



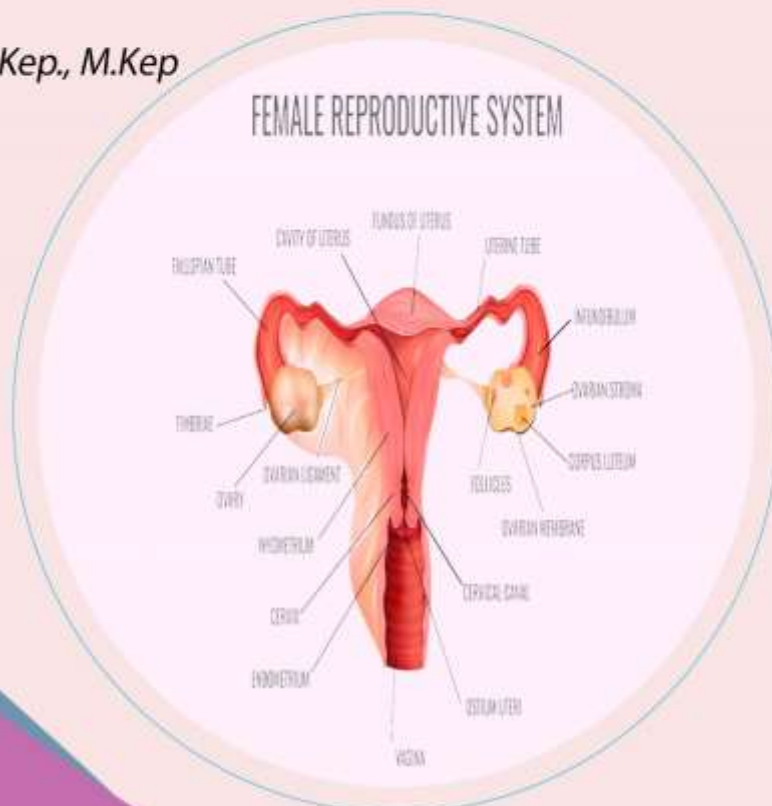
PENERBIT
PT KIMSHAFI ALUNG CIPTA

KESEHATAN REPRODUKSI DAN KESEHATAN WANITA

Rizka Adela Fatsena, SST., M.Keb, Eka Listiana, S.Kep., Ns., M.Kep, Kristiani Murti Kisid, SST., M.Keb, Juwita Desri Ayu, S.Tr.Keb., M.Keb, Fatikhah, M.Kep, Yuliyani, S.KM., M.Biomed, Dwi Juwartin, SKM., MPH, Yosi Maria Wijaya, S. Kep., Ners, M.S, Ns. Thrisia Monica, M.Kep, Fitri Ayatul Azlina, Ns., M.Kep, Ns. eliyana, S. Kep., MNS, Detty Afriyanti S, S.ST, M.Keb, Nur Anita, SST., M.Kes, Ririn Harini, S.Kep., Ns., MS, Dini Rahmayani, Rieih Firdausi, Yayang Harigustian, S.Kep., Ns., M.Kep, Ns. Siti Munawaroh, M. Kep, Hilda Sulistia Alam, SST., Bd., M.Tr.Keb, Husnul Khatimatum Inayah, S. Si.T., M.kes, Eka Handayani, SST., Bdn., M.Kes, Ns. Ni Wayan Udayani, S.Kep., M. Kep, Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep, Dr Tri Lestari Handayani M.Kep Sp.Mat, Baktianita Ratna Etnis, SST., M.Kes, Pintam Ayu Yastirin, S.Si.T., M.Kes, Juwitasari, S.Kep., Ns., MS, Linda Juwita, S.Kep., Ns., M.Kep, Shinta Wahyusari, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat, Ari Widyarni, SKM., M.KES

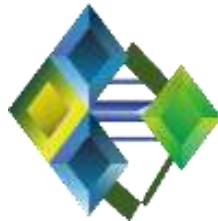
Editor:

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep



Kesehatan Reproduksi Dan Kesehatan Wanita

Rizka Adela Fatsena, SST., M.Keb, Eka Listiana, S.Kep., Ns., M.Kep,
Kristiani Murti Kisid, SST.,M.Keb, Juwita Desri Ayu, S.Tr.Keb., M.Keb,
Fatikhah, M.Kep, Yuliyani, S.KM.,M.Biomed, Dwi Juwartini,
SKM.,MPH, Yosi Maria Wijaya, S. Kep., Ners, M.S, Ns. Thrisia Monica,
M.Kep, Fitri Ayatul Azlina, Ns.,M.Kep, Ns. eliyana, S. Kep., MNS,
Detty Afriyanti S, S.ST, M.Keb, Nur Anita, SST., M.Kes, Ririn Harini,
S.Kep.,Ns.,MS, Dini Rahmayani, Rieh Firdausi, S.Kep., Ns., M.Kep,
Yayang Harigustian.,S Kep.,Ns.,M.Kep, Ns. Siti Munawaroh, M. Kep,
Hilda Sulistia Alam, SST., Bd., M.Tr.Keb, Husnul Khatimatun Inayah,S.
Si.T., M.kes, Eka Handayani,SST.,Bdn.,M.Kes, Ns. Ni Wayan Udayani,
S.Kep.,M. Kep, Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep, Dr Tri
Lestari Handayani M.Kep Sp.Mat, Baktianita Ratna Etnis, SST., M.Kes,
Pintam Ayu Yastirin,S.Si.T.,M.Kes, Juwitasari,S.Kep.,Ns.,MS, Linda
Juwita, S.Kep., Ns., M.Kep, Shinta Wahyusari, S.Kep., Ns., M.Kep.,
Sp.Kep.Mat, Ari Widyarni, SKM.,M.KES



Penerbit PT Kimshafi Alung Cipta

Kesehatan Reproduksi Dan Kesehatan Wanita

Rizka Adela Fatsena, SST., M.Keb, Eka Listiana, S.Kep., Ns., M.Kep, Kristiani Murti Kisid, SST.,M.Keb, Juwita Desri Ayu, S.Tr.Keb., M.Keb, Fatikhah, M.Kep, Yuliyani, S.KM., M.Biomed, Dwi Juwartini, SKM., MPH, Yosi Maria Wijaya, S. Kep., Ners, M.S, Ns. Thrisia Monica, M.Kep, Fitri Ayatul Azlina, Ns., M.Kep, Ns. eliyana, S. Kep., MNS, Detty Afriyanti S, S.ST, M.Keb, Nur Anita, SST., M.Kes, Ririn Harini, S.Kep., Ns., MS, Dini Rahmayani, Rieh Firdausi, S.Kep., Ns., M.Kep, Yayang Harigustian., S Kep., Ns., M.Kep, Ns. Siti Munawaroh, M. Kep, Hilda Sulistia Alam, SST., Bd., M.Tr.Keb, Husnul Khatimatun Inayah, S. Si.T., M.kes, Eka Handayani, SST., Bdn., M.Kes, Ns. Ni Wayan Udayani, S.Kep., M. Kep, Dewi Kusumaningtyas, S.Kep, Ns., M.Kep, Dr Tri Lestari Handayani M.Kep Sp.Mat, Baktianita Ratna Etnis, SST., M.Kes, Pintam Ayu Yastirin, S.Si.T., M.Kes, Juwitasari, S.Kep., Ns., MS, Linda Juwita, S.Kep., Ns., M.Kep, Shinta Wahyusari, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat, Ari Widyarni, SKM., M.KES

Editor : Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep
Tata Letak : Kimshaheen
Desain Cover : Keisha
Ukuran : 15,5 x 23 cm
Halaman : xiv, 690
Terbitan : Februari 2023
ISBN : 978-623-09-2127-8

Hak Cipta 2022 @ PT Kimshafi Alung Cipta dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apa pun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT PT KIMSHAFI ALUNG CIPTA

Taman Cibodas Lippo Cikarang

Jalan Ciliwung 1 No 1

Kabupaten Bekasi – Jawa Barat

www.publisher.alungcipta.com

Surel : publisher@alungcipta.com

Phone 085810672763

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk Bunga Rampai dapat dipublikasikan serta dapat sampai dihadapan pembaca. Buku Bunga Rampai ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir memberikan kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan Kesehatan Reproduksi Dan Kesehatan Wanita

Sistematika buku Kesehatan Reproduksi Dan Kesehatan Wanita ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Oleh karena itu diharapkan Buku Kesehatan Reproduksi Dan Kesehatan Wanita ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran baik di perguruan tinggi dan sejenis lainnya.

Kami menyadari bahwa tulisan ini masih jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Allah SWT, Tuhan Yang Maha Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu mengharapkan saran dan masukan dari pembaca demi penyempurnaan buku bunga rampai ini dimasa mendatang.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku Kesehatan Reproduksi Dan Kesehatan Wanita ini, secara khusus kepada Penerbit PT Kimshafi Alung Cipta sebagai insiator Buku Kolabarasi Bunga Rampai ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bekasi, 22 Oktober 2022

Editor,

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 KONSEP DASAR DAN PARADIGMA KESEHATAN WANITA	1
A. KONSEP DASAR KESEHATAN	1
B. GAMBARAN PEMBANGUNAN KESEHATAN DI INDONESIA.....	3
C. PARADIGMA SEHAT	6
D. PARADIGMA KESEHATAN WANITA.....	12
BAB 2 PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN KESEHATAN WANITA	20
A. PENDAHULUAN	20
B. MASA PRENATAL DAN INTRAUTERI	22
C. MASA POSTNATAL	28
D. MASA REMAJA.....	31
E. MASA REPRODUKSI (<i>CHILDBEARING AGE</i>)....	34
F. MASA KLIMAKTERIUM	36
BAB 3 INDIKATOR KESEHATAN WANITA DAN PERSPEKTIF KESEHATAN WANITA	42
A. INDIKATOR KESEHATAN WANITA.....	42
B. PERSPEKTIF KESEHATAN WANITA	58

BAB 4 PROGRAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN WANITA	67
A. PENDAHULUAN	67
B. PROGRAM UPAYA PREVENTIF DAN PROMOTIF PERTAHANAN KESEHATAN WANITA	69
C. Program Peningkatan Status Kesehatan Wanita Sebelum Kehamilan	80
D. PROGRAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN WANITA MELALUI PEMELIHARAAN KESEHATAN SELAMA KEHAMILAN	81
E. PROGRAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN WANITA MELALUI PELAYANAN KESEHATAN SELAMA KEHAMILAN.....	92
F. PROGRAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN WANITA MELALUI PERTOLONGAN PERSALINAN	94
G. PROGRAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN WANITA MELALUI PELAYANAN KESEHATAN MASA NIFAS DAN PASCA PERSALINAN	95

H.	PROGRAM	PENINGKATAN	STATUS		
	KESEHATAN	WANITA	MELALUI	TINDAKAN	
	RUJUKAN.....				97
BAB	5	DIMENSI	SOSIAL	WANITA	DAN
	PERMASALAHANNYA.....				102
	A.	PENGERTIAN	SOSIAL	.....	102
	B.	STATUS	SOSIAL	WANITA	..... 103
Bab 6	PSIKOLOGIS DALAM SIKLUS KEHIDUPAN WANITA				
	.....				126
	A.	PSIKOLOGI	WANITA	.....	126
	B.	SIKLUS	KEHIDUPAN	WANITA	..... 127
BAB 7	GIZI DALAM SIKLUS KEHIDUPAN WANITA				..... 141
	A.	DEFINISI	SIKLUS	KEHIDUPAN	..... 141
	B.	MASALAH	GIZI	BERDASARKAN	DAUR
	KEHIDUPAN	.....			142
	C.	GIZI	DALAM	SIKLUS	KEHIDUPAN
	MASA	KEHAMILAN.....			142
	D.	KEBUTUHAN	GIZI	IBU	HAMIL
	.....				145
	E.	MASALAH-MASALAH	GIZI	PADA	IBU
	HAMIL	.....			151
	F.	FAKTOR-FAKTOR	YANG	MEMPENGARUHI	
	TUMBUH	KEMBANG	BAYI	.....	154

G. GIZI IBU HAMIL	155
BAB 8 PENYAKIT MENULAR SEKSUAL PADA WANITA.	163
A. PENYAKIT MENULAR SEKSUAL.....	163
B. DAMPAK PMS PADA KESEHATAN REPRODUKSI WANITA	169
C. PENCEGAHAN DAN PENGOBATAN PMS	170
BAB 9 KESEHATAN WANITA SEPANJANG SIKLUS KEHIDUPAN	178
A. KESEHATAN WANITA SEPANJANG SIKLUS KEHIDUPAN	178
B. SIKLUS KESEHATAN WANITA	180
C. FAKTOR - FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DERAJAT KESEHATAN PEREMPUAN	186
D. KESEHATAN REPRODUKSI SEPANJANG DAUR HIDUP WANITA	188
E. KESEHATAN REPRODUKSI SEPANJANG DAUR HIDUP WANITA	190
F. PELAYANAN KESEHATAN PADA WANITA SEPANJANG DAUR KEHIDUPANNYA	192
BAB 10 GINEKOLOGI DAN KESEHATAN SEKSUAL WANITA	205
A. GINEKOLOGI	205

B.	KESEHATAN SEKSUAL WANITA	215
BAB 11	KONSELING DAN PROMOSI KESEHATAN WANITA	
	.....	226
A.	PENDAHULUAN	226
B.	KONSEP KONSELING REPRODUKSI.....	228
C.	KONSEP PROMOSI KESEHATAN	241
BAB 12	PELAYANAN OBSTETRI NEONATAL EMERGENCY	
	DASAR (PONED).....	257
A.	PENDAHULUAN	257
B.	DEFINISI PONED	260
C.	TUJUAN PONED	261
D.	BENTUK PELAYANANAN PONED.....	261
E.	BATASAN KEWENANGAN DALAM PELAYANAN PONED.....	263
F.	KASUS – KASUS YANG HARUS DIRUJUK KE RUMAH SAKIT.....	266
G.	PERSYARATAN SARANA DAN PRASARANA PENYELENGGARAAN PONED	267
H.	SISTIM RUJUKAN DALAM PENYELENGGARAN PONED	268
BAB 13	PELAYANAN OBSTETRIK NEONATAL	
	EMERGENCY KOMPHERENSIF (PONEK).....	280

A.	PENGERTIAN	280
B.	TUJUAN PROGRAM PONEK.....	282
C.	RUANG LINGKUP.....	283
D.	LANGKAH-LANGKAH PELAKSANAAN PROGRAM PONEK	284
E.	Mekanisme Alur Pasien.....	285
F.	KRITERIA UMUM RS PONEK 24 JAM.....	286
G.	Sarana & Prasarana Serta Administrasi.....	287
H.	PEMANTAUAN & EVALUASI KERJA PONEK	291
BAB 14	PENYIMPANGAN PERILAKU SEKSUAL DAN SOSIAL PADA WANITA	296
A.	PENGERTIAN	298
B.	JENIS – JENIS PENYIMPANGAN SEKSUAL ...	299
C.	PENYIMPANGAN SEKSUAL	301
D.	PERILAKU PENYIMPANGAN SEKSUAL PADA WANITA	305
E.	BEBERAPA BENTUK PERILAKU BERESIKO PADA KESEHATAN	306
F.	MODEL PERILAKU BERESIKO REMAJA.....	307
G.	DAMPAK PERILAKU BERESIKO TERHADAP REMAJA	308

H. UPAYA YANG DILAKUKAN DALAM MENCEGAH PENYIMPANGAN PERILAKU SEKSUAL DAN SOSIAL.....	312
BAB 15 KEKERASAN PADA WANITA DAN FISIOTERAPI KESEHATAN WANITA	319
A. PENGANTAR	319
B. KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN	320
C. KONSEP DASAR KEKERASAN PADA PEREMPUAN	321
D. FAKTOR RESIKO KEKERASAN PADA PEREMPUAN	334
E. DAMPAK KEKERASAN PADA PEREMPUAN.....	335
F. PEMULIHAN DAN INTERVENSI KORBAN KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN.....	336
G. FISIOTERAPI KESEHATAN WANITA	338
BAB 16 KONSEP DASAR DAN KOMPONEN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI	344
A. DEFINISI KESEHATAN REPRODUKSI.....	344
B. HAK KESEHATAN REPRODUKSI.....	348
C. SIKLUS HIDUP KESEHATAN REPRODUKSI..	351
D. RUANG LINGKUP KESEHATAN REPRODUKSI	354

BAB 17 SISTEM REPRODUKSI DAN ANATOMI FISIOLOGI KESEHATAN REPRODUKSI	365
A. PENDAHULUAN	365
B. SISTEM REPRODUKSI PRIA	366
C. SISTEM REPRODUKSI WANITA	372
DAFTAR PUSTAKA	382
BAB 18 GIZI DAN PROMOSI KESEHATAN REPRODUKSI	384
A. PENDAHULUAN	384
B. GIZI KESEHATAN REPRODUKSI	385
C. PROMOSI KESEHATAN REPRODUKSI	392
BAB 19 EPIDEMIOLOGI DAN MANFAAT KESEHATAN REPRODUKSI	404
A. PENDAHULUAN	404
B. METODE-METODE EPIDEMIOLOGI	406
C. SEJARAH DAN PERKEMBANGAN EPIDEMIOLOGI KESEHATAN REPRODUKSI.	410
D. PENGGUNAAN METODE EPIDEMIOLOGI DALAM KESEHATAN REPRODUKSI.....	412
E. TUJUAN DIGUNAKANNYA METODE EPIDEMIOLOGI DALAM KESEHATAN REPRODUKSI	412
F. PENGERTIAN KESEHATAN REPRODUKSI....	414

G. MANFAAT KESEHATAN REPRODUKSI	415
H. DAMPAK DARI KURANGNYA PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI	417
I. ASPEK ASPEK PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI	419
J. HAMBATAN-HAMBATAN DALAM MEMPEROLEH PENGETAHUAN YANG BENAR MENGENAI KESEHATAN REPRODUKSI	421
BAB 20 FERTILITAS DAN FEKUNDITAS	428
A. PENDAHULUAN	428
B. FERTILITAS	429
C. FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI FERTILITAS	432
D. PENGUKURAN FERTILITAS.	435
E. Dampak Fertilitas.....	446
F. FEKUNDITAS	447
BAB 21 GENDER DALAM KELUARGA BERENCANA DAN KESEHATAN REPRODUKSI	454
A. PENDAHULUAN	454
B. GENDER	456
C. KELUARGA BERENCANA	462

D.	GENDER DALAM KELUARGA BERENCANA	470
E.	GENDER DALAM KESEHATAN REPRODUKSI	474
F.	ISU GENDER DALAM KESEHATAN REPRODUKSI	475
BAB 22	MENOPAUSE DAN TERAPI HORMON.....	483
A.	MENOPAUSE.....	483
B.	TERAPI HORMON.....	498
DAFTAR PUSTAKA	.....	500
BAB 23	<i>SAFE MOTHERHOOD</i> DAN PEMELIHARAAN ORGAN REPRODUKSI WANITA	506
A.	<i>SAFE MOTHERHOOD</i>	506
B.	PEMELIHARAAN ORGAN REPRODUKSI WANITA	515
BAB 24	KOMPLEKSITAS MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI DAN KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERPEKTIF GENDER.....	526
A.	PENDAHULUAN	526
B.	KESEHATAN REPRODUKSI	528
C.	PERMASALAHAN KESEHATAN REPRODUKSI DI INDONESIA.	529

D. KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERPEKTIF GENDER	530
BAB 25 UPAYA PROMOTIF DAN PREVENTIF KESEHATAN REPRODUKSI	544
A. TEORI PROMOSI KESEHATAN dan PENDIDIKAN KESEHATAN	544
B. RUANG LINGKUP PENDIDIKAN KESEHATAN	547
C. TUJUAN PENDIDIKAN KESEHATAN	548
D. PERAN PENDIDIKAN KESEHATAN.....	549
E. UPAYA PROMOTIF dan PREVENTIF MENURUT LEAVELL DAN CLARK	551
F. UPAYA PREVENTIF (PENCEGAHAN PENYAKIT)	562
BAB 26 HAK KESEHATAN SEKSUAL DAN REPRODUKSI (HKSR)	566
A. PENDAHULUAN	566
B. HAK SEKSUAL DAN REPRODUKSI.....	571
C. HAK SEKSUAL DAN REPRODUKSI BAGI PENYANDANG DISABILITAS	579
BAB 27 KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA, DEWASA DAN LANSIA	589
A. KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA	590

	B. KESEHATAN REPRODUKSI DEWASA	604
BAB 28	GANGGUAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN GANGGUAN MENSTRUASI.....	611
	A. PENDAHULUAN	611
	B. GANGGUAN MENSTRUASI.....	612
	C. ENDOMETRIOSIS	617
	D. MIOMA UTERI	622
	E. KANKER SERVIKS	624
BAB 29	ASPEK PSIKOLOGIS DAN FISIK SIKLUS KEHIDUPAN WANITA.....	636
	A. PENDAHULUAN	636
	B. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN SEPANJANG SIKLUS KEHIDUPAN WANITA	636
	C. PERUBAHAN YANG TERJADI SESUAI SIKLUS KEHIDUPAN WANITA.....	638
BAB 30	DASAR–DASAR KESEHATAN REPRODUKSI	660
	A. PENDAHULUAN	660
	B. DEFINISI.....	661
	C. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN REPRODUKSI	662
	D. RUANG LINGKUP.....	664

E. ORGAN REPRODUKSI.....	673
F. HAK-HAK REPRODUKSI.....	678

BAB 1 KONSEP DASAR DAN PARADIGMA KESEHATAN WANITA

**Rizka Adela Fatsena, SST., M.Keb
Universitas Sebelas Maret**

A. KONSEP DASAR KESEHATAN

Kesehatan merupakan suatu pandangan akan kondisi yang fleksibel antara kesehatan badan jasmani dengan kesehatan mental rohani yang dibedakan dalam sebuah rentang yang selalu berfluktuasi atau berayun mendekati dan menjauhi puncak kebahagiaan hidup dari keadaan sehat yang sempurna. Sehat tidak dapat diartikan sesuatu yang statis, menetap pada kondisi tertentu, tetapi sehat harus dipandang sesuatu fenomena yang dinamis. Kesehatan menurut *World Health Organization* (WHO) merupakan kondisi dinamis meliputi kesehatan jasmani, rohani, sosial, dan tidak hanya terbebas dari penyakit, cacat, dan kelemahan. Dalam peraturan Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 tentang kesehatan disebutkan bahwasanya kesehatan merupakan keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup secara produktif secara sosial dan ekonomi. Sehat secara badan atau fisik ialah seseorang yang tidak memiliki gangguan apapun secara klinis, organ tubuhnya berfungsi secara baik

dan tidak sakit. Sehat secara mental/psikis ialah seseorang yang pikiran, emosional maupun spiritualnya sehat.

Dalam suatu kasus seseorang yang memeriksakan kondisi badannya serba tidak enak, akan tetapi secara klinis atau hasil pemeriksaan dokter menunjukkan bahwa orang tersebut tidak sakit, hal ini bisa disebabkan karena orang tersebut mengalami gangguan secara mental/psikis yang mempengaruhi keadaan fisiknya. Seperti halnya, orang yang sehat secara mental disebutkan bahwa orang tersebut tidak autisme, tidak stres, tidak mengalami gangguan jiwa akut, tidak mempunyai masalah yang berhubungan dengan kejiwaan, misalnya kleptomania, psikopat, dan lain-lain. Penderita penyakit hati juga merupakan contoh dari orang yang tidak sehat mentalnya, karena tidak ada seorang dokter bedah jantung sekalipun yang bisa menghilangkan penyakit ini dengan peralatan bedahnya.

Sedangkan sehat secara sosial didefinisikan terkait kemampuan seseorang untuk berinteraksi dengan lingkungan di mana ia tinggal. Seperti halnya, orang yang tidak sehat sosial diantaranya adalah seorang Wanita Tuna Susila (WTS). Kemudahan orang dengan kategori sehat secara ekonomi adalah orang yang produktif, produktifitasnya mengantarkan ia untuk bekerja dan dengan bekerja ia akan dapat menunjang kehidupan keluarganya.

B. GAMBARAN PEMBANGUNAN KESEHATAN DI INDONESIA

Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia sesuai dengan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar-upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan dalam periode sebelumnya. Gambaran kondisi umum pembangunan kesehatan di Indonesia dipaparkan berdasarkan hasil pencapaian program kesehatan, kondisi lingkungan strategis, kependudukan, pendidikan, kemiskinan, dan perkembangan baru lainnya.

Seluruh isu kesehatan dalam SDGs diintegrasikan dalam satu tujuan yakni tujuan nomor 3, yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia. Terdapat 38 target SDGs di

sektor kesehatan yang perlu diwujudkan. Selain permasalahan yang belum tuntas ditangani diantaranya yaitu upaya penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB), pengendalian penyakit HIV/AIDS, TB, Malaria serta peningkatan akses kesehatan reproduksi (termasuk KB), terdapat hal-hal baru yang menjadi perhatian, antara lain:

1. Kematian akibat penyakit tidak menular (PTM);
2. Penyalahgunaan narkotika dan alkohol;
3. Kematian dan cedera akibat kecelakaan lalu lintas;
4. Universal Health Coverage;
5. Kontaminasi dan polusi air, udara dan tanah;
6. Penanganan krisis dan kegawatdaruratan.

Fokus dari seluruh target tersebut antara lain gizi masyarakat, sistem kesehatan nasional, akses kesehatan dan reproduksi, Keluarga Berencana (KB), serta sanitasi dan air bersih. Pembangunan sektor kesehatan untuk SDGs sangat tergantung kepada peran aktif seluruh pemangku kepentingan baik pemerintah pusat dan daerah, parlemen, dunia usaha, media massa, lembaga sosial kemasyarakatan, organisasi profesi dan akademisi, mitra pembangunan serta Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB). Tantangan terbesar dalam pelaksanaan agenda pembangunan berkelanjutan di Indonesia adalah reformulasi konsep pembangunan yang terintegrasi dan penempatan kesehatan sebagai satu

rangkaian proses manajemen pembangunan yang meliputi input, process, output, outcome dan impact pembangunan serta memahami bersama akan substansi pembangunan kesehatan yang harus dilaksanakan bersama di era desentralisasi dan demokratisasi saat ini.

Program yang diusung untuk mewujudkan SDGs dalam bidang kesehatan adalah Program Indonesia Sehat dengan 3 pilar yakni paradigma sehat, pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional.

1. Paradigma sehat merupakan sebuah pendekatan yang mengedepankan konsep promotif dan preventif dalam pelayanan kesehatan dan menempatkan kesehatan sebagai input dari sebuah proses pembangunan.
2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan dan diarahkan untuk peningkatan Akses dan mutu pelayanan. Dalam hal pelayanan kesehatan primer diarahkan untuk upaya pelayanan promotif dan preventif, melalui pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan baik dalam tatanan tata kelola klinis, tata kelola manajemen dan tata kelola program.
3. Jaminan Kesehatan Nasional, negara bertekad untuk menjamin seluruh penduduk dan warga negara asing yang tinggal di Indonesia dalam pelayanan kesehatannya.

C. PARADIGMA SEHAT

Paradigma sehat merupakan cara pandang atau pola pikir pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, proaktif antisipatif, dengan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan lintas sektoral, dalam suatu wilayah yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan dan perlindungan terhadap penduduk agar tetap sehat dan bukan hanya penyembuhan penduduk yang sakit. Paradigma sehat mengubah cara pandang terhadap masalah kesehatan baik secara makro maupun mikro. Secara mikro, semua sektor harus memperhatikan dampaknya di bidang kesehatan, minimal memberi sumbangan dalam pengembangan lingkungan dan perilaku sehat. Secara makro, pembangunan kesehatan harus menekankan pada upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Hakikatnya, paradigma sehat merupakan bagian dari pembangunan peradaban dan kemanusiaan secara keseluruhan. Paradigma sehat adalah perubahan mental dan watak dalam pembangunan. Dengan demikian, diterapkanlah konsep hidup sehat yang diprakarsai oleh H.L Blum dimana dalam konsepnya derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi faktor lingkungan, gaya hidup, pelayanan kesehatan dan faktor genetik. Dengan tujuan

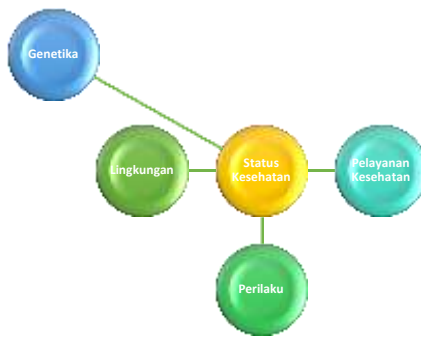
mampu mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal, sehingga perlu adanya suatu indikator untuk menilai derajat kesehatan masyarakat, melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan, yang telah dirumuskan dalam peraturan menteri kesehatan Nomor 39 tahun 2016.

1. Konsep Blum

Semua Negara di dunia menggunakan konsep Blum dalam menjaga kesehatan warga negaranya. Untuk Negara maju saat ini sudah fokus pada peningkatan kualitas sumber daya manusia. Sehingga asupan makanan anak-anak mereka begitu dijaga dari segi gizi sehingga akan melahirkan keturunan yang berbobot. Kondisi yang berseberangan dialami Indonesia sebagai Negara agraris, segala regulasi pemerintah tentang kesehatan malah fokus pada penanggulangan kekurangan gizi masyarakatnya. Bahkan dilematisnya banyak masyarakat kota yang mengalami kekurangan gizi. Padahal dari hasil penelitian membuktikan wilayah Indonesia potensial sebagai lahan pangan dan perternakan karena wilayahnya yang luas dengan topografi yang mendukung. Ada apa dengan pemerintah? Satu jawaban yang pasti seringkali dalam analisis kesehatan pemerintah kurang mempertimbangkan pendapat ahli kesehatan masyarakat (*public health*)

sehingga kebijakan yang dibuat cuma dari sudut pandang kejadian sehat-sakit.

Faktor-faktor determinan yang dikaji dalam konsep Blum terdiri dari 4 faktor yang saling berkaitan satu sama lain, berikut denah konsep beserta penjelasannya :



Gambar 1.1. Denah Konsep

1. Lingkungan

Lingkungan dapat ditinjau dari kondisi fisik, dimana lingkungan yang memiliki kondisi sanitasi buruk dapat menjadi sumber berkembangnya penyakit. Hal ini jelas membahayakan kesehatan masyarakat kita. Terjadinya penumpukan sampah yang tidak dapat dikelola dengan baik, polusi udara, air dan tanah juga dapat menjadi penyebab. Upaya menjaga lingkungan menjadi tanggung jawab semua pihak untuk itulah perlu kesadaran semua pihak. Puskesmas sendiri memiliki

program kesehatan lingkungan dimana berperan besar dalam mengukur, mengawasi, dan menjaga kesehatan lingkungan masyarakat. namun dilematisnya di puskesmas jumlah tenaga kesehatan lingkungan sangat terbatas padahal banyak penyakit yang berasal dari lingkungan kita seperti diare, demam berdarah, malaria, TBC, cacar dan sebagainya.

Selain lingkungan fisik juga ada lingkungan sosial yang berperan. Sebagai makhluk sosial kita membutuhkan bantuan orang lain, sehingga interaksi individu satu dengan yang lainnya harus terjalin dengan baik. Kondisi lingkungan sosial yang buruk dapat menimbulkan masalah kejiwaan.

2. Perilaku Masyarakat

Perilaku masyarakat dalam menjaga kesehatan sangat memegang peranan penting untuk mewujudkan Indonesia Sehat. Hal ini dikarenakan budaya hidup bersih dan sehat harus dapat dimunculkan dari dalam diri masyarakat untuk menjaga kesehatannya. Diperlukan suatu program untuk menggerakkan masyarakat menuju satu misi Indonesia Sehat. Sebagai tenaga motorik tersebut adalah orang yang memiliki kompetensi dalam menggerakkan masyarakat dan paham akan nilai kesehatan masyarakat. Masyarakat yang berperilaku

hidup bersih dan sehat akan menghasilkan budaya menjaga lingkungan yang bersih dan sehat.

Pembuatan peraturan tentang berperilaku sehat juga harus dibarengi dengan pembinaan untuk menumbuhkan kesadaran pada masyarakat. Sebab, apabila upaya dengan menjatuhkan sanksi hanya bersifat jangka pendek. Pembinaan dapat dimulai dari lingkungan keluarga, sekolah, dan masyarakat. Tokoh-tokoh masyarakat sebagai role model harus diajak turut serta dalam menyukseskan program-program kesehatan.

3. Pelayanan Kesehatan

Kondisi pelayanan kesehatan juga menunjang derajat kesehatan masyarakat. Pelayanan kesehatan yang berkualitas sangatlah dibutuhkan. Masyarakat membutuhkan posyandu, puskesmas, rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya untuk membantu dalam mendapatkan pengobatan dan perawatan kesehatan. Terutama untuk pelayanan kesehatan dasar yang memang banyak dibutuhkan masyarakat. Kualitas dan kuantitas sumber daya manusia di bidang kesehatan juga mesti ditingkatkan.

Puskesmas sebagai garda terdepan dalam pelayanan kesehatan masyarakat sangat besar peranannya. sebab di puskesmaslah akan ditangani

masyarakat yang membutuhkan edukasi dan perawatan primer. Peranan Sarjana Kesehatan Masyarakat sebagai manajer yang memiliki kompetensi di bidang manajemen kesehatan dibutuhkan dalam menyusun program-program kesehatan. Utamanya program-program pencegahan penyakit yang bersifat preventif sehingga masyarakat tidak banyak yang jatuh sakit.

Banyak kejadian kematian yang seharusnya dapat dicegah seperti diare, demam berdarah, malaria, dan penyakit degeneratif yang berkembang saat ini seperti jantung koroner, stroke, diabetes melitus dan lainnya. Penyakit itu dapat dengan mudah dicegah asalkan masyarakat paham dan melakukan nasehat dalam menjaga kondisi lingkungan dan kesehatannya.

4. Genetik atau Keturunan

Nasib suatu bangsa ditentukan oleh kualitas generasi mudanya. Oleh sebab itu kita harus terus meningkatkan kualitas generasi muda kita agar mereka mampu berkompetisi dan memiliki kreatifitas tinggi dalam membangun bangsanya. Dalam hal ini kita harus memperhatikan status gizi balita sebab pada masa inilah perkembangan otak anak yang menjadi asset kita dimasa mendatang. Namun masih banyak saja anak Indonesia yang status gizinya kurang bahkan buruk. Padahal

potensi alam Indonesia cukup mendukung. Oleh sebab itulah program penanggulangan kekurangan gizi dan peningkatan status gizi masyarakat masih tetap diperlukan. Utamanya program Posyandu yang biasanya dilaksanakan di tingkat RT/RW. Dengan berjalannya program ini maka akan terdeteksi secara dini status gizi masyarakat dan cepat dapat tertangani.

Program pemberian makanan tambahan di posyandu masih perlu terus dijalankan, terutamanya daerah yang miskin dan tingkat pendidikan masyarakatnya rendah. Pengukuran berat badan balita sesuai dengan Kartu Menuju Sehat (KMS) harus rutin dilakukan. Hal ini untuk mendeteksi secara dini status gizi balita. Bukan saja pada gizi kurang kondisi obesitas juga perlu dihindari. Bagaimana kualitas generasi mendatang sangat menentukan kualitas bangsa Indonesia mendatang.

D. PARADIGMA KESEHATAN WANITA

Paradigma sehat merupakan modal pembangunan kesehatan, yang dalam jangka panjang mampu mendorong masyarakat untuk bersikap mandiri dalam menjaga kesehatan melalui upaya promotif dan preventif, sedangkan paradigma kesehatan wanita merupakan cara pandang atau pola pikir masyarakat yang berorientasi terhadap peningkatan kesehatan wanita yang dapat ditautkan dalam

kesehatan reproduksi. Meningkatnya kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap individu khususnya wanita untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi – tingginya ditandai oleh adanya wanita yang hidup dengan perilaku sehat dalam lingkungan yang sehat dan memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi – tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia dimana hal tersebut merupakan tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2025 (Departemen kesehatan Republik Indonesia, 2009).

Kesehatan reproduksi menurut *World Health Organization* (WHO) merupakan suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan system reproduksi serta fungsi dan prosesnya. Di tingkat internasional (ICPD Kairo,1994) telah disepakati definisi Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya. Dengan adanya definisi tersebut maka setiap orang berhak dalam mengatur jumlah keluarganya, termasuk memperoleh penjelasan yang lengkap tentang cara-cara kontrasepsi sehingga dapat

memilih cara yang tepat dan disukai. Selain itu, hak untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan reproduksi lainnya, seperti pelayanan antenatal, persalinan, nifas dan pelayanan bagi anak, kesehatan remaja dan lain-lain, perlu dijamin.

Aspek hak dan kesehatan reproduksi sangat luas, karena hak dan kesehatan reproduksi menyangkut seluruh siklus kehidupan manusia selama hidupnya, yaitu mulai dari kehamilan, kelahiran, masa anak-anak, remaja, dewasa sampai dengan masa usia lanjut. Selain panjangnya rentang usia masalah kesehatan reproduksi juga sangat kompleks, mulai dari masalah kehamilan dan persalinan, penyakit-penyakit menular seksual dan penyakit degeneratif. Bila dilihat faktor penyebab yang melatar belakang juga bermacam-macam, mulai dari masalah pendidikan, kesehatan, agama, sosial budaya dimana termasuk didalamnya masalah ketidak setaraan gender dalam keluarga dan masyarakat.

Indonesia sebagai salah satu negara yang berpartisipasi dalam kesepakatan global tersebut telah menindaklanjuti dengan berbagai kegiatan. Luasnya ruang lingkup kesehatan reproduksi menuntut penanganan secara lintas program dan lintas sector serta keterlibatan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), organisasi profesi dan semua pihak yang terkait. Saratnya aspek sosial budaya dalam

kesehatan reproduksi juga menuntut perlunya adaptasi yang sesuai dengan situasi dan kondisi di Indonesia.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. 2015. Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Departemen Kesehatan RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI: 2009
- Endra, Febri. 2010. Paradigma Sehat. Malang: FK UMM
- Maryam, Andi. Buku Ajar Kesehatan Reproduksi. Makassar: Universitas Indonesia Timur
- Mulana, Heri D. J. 2013. Promosi Kesehatan. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hidayat, Aziz Alimul. 2014. Pengantar Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- <https://sdgs.bappenas.go.id/tujuan-3/> (diakses pada tgl 16 Januari 2023)
- Kemenkes, 2020. Rencana Aksi Program 2020-2024. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- _____, 2009. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
- Permenkes, 2016. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga.
- Prasetyawati, Arsita Eka. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Untuk*

Kebidanan Holistik. Yogyakarta: Nuha Medika.

World Health Organization. Definisi Sehat WHO: WHO; 1947
[cited 2023 16 January]. Available from: www.who.int.

A. PROFIL PENULIS



Rizka Adela Fatsena

Rizka Adela Fatsena yang kerap disapa Ica lahir di Sukoharjo tanggal 24 Maret 1994. Beliau telah menyelesaikan pendidikan jenjang diploma hingga sarjana di Universitas Sebelas Maret sebelum akhirnya beliau menempuh jenjang master kebidanan di Yogyakarta. Saat ini, beliau kembali lagi ke almamaternya tercinta untuk mengabdikan sebagai dosen kebidanan di Universitas Sebelas Maret. Dalam pendidikannya beliau pernah mendapat beasiswa prestasi akademis dari Kemenristekdikti dan mendapatkan kesempatan untuk belajar di negeri Ratu Elizabeth, tepatnya di Leeds University untuk memahami proses pembelajaran kebidanan serta mengunjungi National Health Service untuk mengetahui bagaimana tugas seorang bidan di Inggris.

Kesibukan beliau sekarang selain melakukan kewajiban tridharma perguruan tinggi juga aktif dalam kegiatan berorganisasi dan belajar untuk selalu meningkatkan kualitas dan kompetensi diri dengan menambah karya ilmiah, seperti menulis buku, artikel koran, artikel di beberapa jurnal, mengikuti pelatihan dan masih banyak yang lainnya. Karya-karya beliau bisa dijumpai di Google Scholar dan apabila ingin terhubung

dapat melalui LinkedIn dengan menetik nama lengkap beliau: Rizka Adela Fatsena.

BAB 2 PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN KESEHATAN WANITA

**Eka Listiana, S.Kep., Ns, M.Kep.
Universitas Muhammadiyah Kendal Batang**

A. PENDAHULUAN

Pertumbuhan dan perkembangan merupakan suatu proses yang berkesinambungan dimana pertumbuhan merupakan penambahan ukuran dan jumlah sel serta jaringan antar sel di dalam tubuh. Pertumbuhan bersifat kuantitatif dalam hal penampilan fisik atau perubahan organ dan struktur fisik, seperti tinggi dan berat badan, sedangkan perkembangan adalah peningkatan struktur dan fungsi tubuh yang lebih kompleks pada keterampilan motorik kasar dan halus. Perkembangan Aspek psikologis dari psikologi manusia, seperti perubahan pengetahuan, karakter sosial, moralitas, keyakinan agama, kecerdasan, dan lain-lain. Secara umum, pertumbuhan dan perkembangan manusia memiliki laju yang berbeda, berkorelasi, dan berjalan secara berurutan pada setiap tahapannya (Jahja, 2019). Faktor yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan manusia adalah faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yang mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan wanita meliputi ras, riwayat keluarga, usia, genetik, dan kelainan

kromosom orang tua. Sedangkan faktor eksternalnya adalah; Usia kehamilan (prematurn) Pola makan ibu selama hamil, Ibu hamil terinfeksi atau terpapar zat/radiasi tertentu, Komorbiditas ibu, Ketidakseimbangan hormon selama kehamilan, Psikologi ibu, Gangguan imunologi, Anoksia janin (gangguan fungsi plasenta), Lingkungan (paparan bahan kimia), Sosial ekonomi dan stimulasi keluarga. Faktor-faktor tersebut mempengaruhi dapat atau tidaknya seseorang mengalami tumbuh kembang sesuai usia (Hurlock, 2016).

Pertumbuhan dan perkembangan kesehatan wanita dibagi menjadi 5 tahap perkembangan yang berkesinambungan. Tujuan pengklasifikasian ini adalah untuk dapat menilai kemungkinan terjadinya masalah kesehatan reproduksi pada setiap tahapan, sehingga pencegahan terhadap masalah tersebut dapat dikelola dengan baik. Tahapan pertumbuhan dan perkembangan wanita meliputi: Masa prenatal dan intrauterin adalah tahap embrionik dan fetal, masa postnatal adalah tahap neonatal dan bayi, tahap anak-anak, pubertas yaitu usia sekolah dan remaja, masa reproduksi dan klimakterik dan menopause (Istichomah, 2019).

B. MASA PRENATAL DAN INTRAUTERI

Menurut William Sallebach, periode pranatal atau pralahir merupakan masa kritis bagi perkembangan fisik, emosi, dan mental bayi. Ini adalah masa mulai terbentuknya kedekatan antara bayi dan orang tua dengan konsekuensi yang akan berdampak panjang, terutama yang berkaitan dengan kemampuan dan kecerdasan bayi dalam kandungan (Manuaba, 2018). Masa prenatal memiliki 6 ciri penting, diantaranya 1) terjadinya pembauran sifat-sifat yang diturunkan oleh kedua orang tua janin, 2) pengaruh kondisi-kondisi dalam tubuh ibu, 3) kepastian jenis kelamin, 4) pertumbuhan cepat, 5) mengandung banyak bahaya fisik dan psikis, dan 6) membentuk sikap-sikap yang baru diciptakan. (Marliani 2015). Perkembangan prenatal terjadi dalam tiga tahap, yaitu geminal, embrionik dan fetal (Berk, 2015). Selama tahapan prenatal ini, zigot yang awalnya hanya satu sel kemudian tumbuh menjadi embrio yang kemudian menjadi janin. Sebelum dan sesudah lahir perkembangan terus berlangsung mengikuti dua prinsip. Pertama, prinsip sefalokaudal, bahwa perkembangan berlangsung dari kepala ke bagian bawah tubuh. Kepala embrio, otak, dan mata terbentuk paling awal dan berukuran besar serta tidak proporsional sampai bagian-bagian tubuh lain terbentuk. Kedua, prinsip proximodistal, perkembangan berlangsung dari bagianbagian tubuh yang

dekat dengan bagian tengah tubuh menuju keluar. Kepala dan dada embrio terbentuk sebelum terbentuknya tungkai dan lengan serta kaki terbentuk sebelum terbentuknya jari tangan dan kaki (Lubis, 2015)

1. Tahapan Germinal

Tahapan germinal terjadi sejak pembuahan sampai 2 minggu. Zigot membelah diri dan menjadi lebih kompleks kemudian menempel pada dinding rahim menjadi tanda awal masa kehamilan. Dalam waktu 36 jam setelah pembuahan, zigot memasuki masa pembelahan dan duplikasi sel cepat (mitosis). 72 jam setelah pembuahan, zigot membelah diri menjadi 16 dan kemudian 32 sel, sehari kemudian menjadi 64 sel. Pembelahan ini terus berlangsung sampai satu sel pertama berkembang menjadi 800 juta atau lebih sel khusus yang membentuk tubuh manusia. (Adriana, 2013) . Sel telur yang membelah diri dan telah dibuahi kemudian melewati tuba falopi menuju rahim dengan perjalanan 3-4 hari. Bentuk yang semula kumpulan sel yang berbentuk bola berubah menjadi bulatan yang berisi cairan dan disebut blastosista. Blastosista ini mengapung bebas dalam rahim selama 1-2 hari lalu melekat di dinding rahim. Hanya sekitar 10-20% dari telur yang dibuahi yang dapat menyelesaikan tugas penting melekatkan diri pada dinding rahim dan

menjadi embrio. Sebelum melekatkan diri, seiring dengan diferensiasi sel terjadi, beberapa sel di bagian luar blastosista berkumpul di satu sisi untuk membentuk cakram embrionik, masa sel yang menebal yang menjadi tempat bagi embrio untuk mulai berkembang. Massa ini akan melakukan diferensiasi menjadi tiga lapisan.

Ektoderma (lapisan paling atas) akan menjadi lapisan luar kulit, kuku rambut, gigi, panca indera, dan sistem saraf termasuk otak dan tulang belakang. Endoderma (lapisan bawah) akan menjadi sistem pencernaan, hati, pankreas, kelenjar ludah, dan pernapasan. Mesoderma (lapisan tengah) akan membangun dan mendiferensiasi menjadi lapisan kulit dalam, otot, tulang, serta sistem pembuangan dan sirkulasi. Bagian lain dari blastosista mulai terbentuk menjadi organ yang akan menghidupi dan melindungi embrio: rongga amnion, dengan lapisan luarnya, amnion dan karion, plasenta dan tali pusar. (Wong, 2015)

2. Tahapan Embrionik

Tahapan kedua masa kehamilan ini dimulai dari 2-8 minggu. Organ dan sistem tubuh utama berkembang pesat. Ini adalah masa kritis, saat embrio paling rentan terhadap pengaruh destruktif dari lingkungan pranatal. Sistem atau struktur organ yang

masih berkembang pada saat terpapar lebih mungkin untuk terkena efeknya. Cacat yang terjadi pada saat kehamilan tahapan selanjutnya tidak lebih serius (Wiknjosastro, 2017). Janin laki-laki lebih memiliki kemungkinan untuk mengalami keguguran secara spontan atau dilahirkan dalam keadaan meninggal daripada janin perempuan. Walaupun sekitar 125 lakilaki di konsepsi untuk 100 perempuan, fakta yang fakta yang dihubungkan dengan mobilitas sperma dalam membawa kromosom Y yang lebih kecil, hanya 105 anak laki-laki yang dilahirkan untuk setiap 100 perempuan. Kerentanan laki-laki berlanjut setelah dilahirkan, lebih banyak dari mereka yang meninggal di awal kehidupan, dan di setiap tahapan kehidupan mereka lebih rentan terhadap berbagai macam penyakit. Hasilnya, hanya ada 96 laki-laki untuk setiap 100 perempuan di AS (Wiknjosastro, 2017).

3. Tahapan fetal

Tahapan ketiga masa kehamilan ini dimulai dari 8 minggu sampai dengan masa kelahiran. Selama masa ini, janin tumbuh dengan pesat sekitar 20 kali lebih besar daripada ukuran panjangnya dan organ sekaligus sistem tubuh menjadi lebih kompleks. Sentuhan akhir seperti kuku jari tangan dan kaki tumbuh serta kelopak mata terbuka. Tingkat aktivitas dan pergerakan janin

menunjukkan perbedaan individual yang ditandai dengan kecepatan jantung mereka yang berubah-ubah. Janin laki-laki, terlepas dari besar dan ukurannya, lebih aktif dan cenderung lebih semangat saat bergerak selama masa kehamilan. Dengan demikian, kecenderungan bayi laki-laki untuk lebih aktif dibandingkan bayi perempuan mungkin merupakan bagian dari pembawaan sejak lahir. (Wiknjosastro, 2017).

Berawal dari sekitar minggu ke-12 masa kehamilan, janin menelan dan menghirup cairan ketuban tempatnya hidup. Cairan ketuban mengandung zat-zat yang melewati plasenta dari aliran darah ibu dan memasuki aliran darah bayi. Mengonsumsi zat ini dapat merangsang indera pengecap dan penciuman yang sedang berkembang dan berkontribusi terhadap perkembangan organ yang dibutuhkan untuk bernapas dan mencerna. Sel perasa yang matang muncul sekitar 14 minggu usia masa kehamilan. Janin melakukan respons terhadap suara dan detak jantung serta getaran dari tubuh ibunya, menunjukkan bahwa mereka bisa mendengar dan merasa. Respons terhadap bunyi dan getaran nampaknya berawal pada minggu ke-26 dari masa kehamilan, meningkat dan mencapai puncaknya pada sekitar minggu ke-32. Janin sepertinya belajar dan

mengingat. Dalam satu eksperimen, bayi berusia 3 hari menghisap puting susu ibunya lebih sering saat mendengar rekaman cerita yang sering dibacakan keras-keras oleh ibunya selama 6 minggu terakhir dari kehamilan dibandingkan dengan saat mereka mendengar dua cerita lain. Sepertinya bayi mengenali pola bunyi yang mereka dengar di dalam kandungan. Kelompok kontrol di mana para ibu tidak membacakan cerita sebelum kelahiran bayi mereka, melakukan respons secara sama terhadap ketiga rekaman. Eksperimen serupa menemukan bahwa bayi berusia 2-4 hari memilih musik dan suara yang mereka dengar sebelum lahir. Mereka juga memilih suara ibu mereka dibandingkan dengan suara perempuan lain, suara perempuan dibandingkan laki-laki, dan bahasa yang digunakan ibu mereka dibandingkan bahasa lain. Saat 60 janin mendengar perempuan membaca, detak jantung mereka meningkat. Jika suara tersebut adalah suara ibu mereka, dan detak jantungnya akan menurun jika merupakan suara orang yang tidak dikenal. Dalam penelitian lain, bayi baru lahir menghisap susu ibunya diberikan pilihan apakah ia akan memilih rekaman suara ibunya atau suara yang telah “di filter” sehingga terdengar seperti di dalam rahim. Bayi baru lahir menghisap lebih sering saat mendengar suara yang di

filter, menunjukkan bahwa janin telah mengembangkan preferensi terhadap bunyi yang mereka dengar sebelum lahir. (Wiknjosastro, 2017).

C. MASA POSTNATAL

1. Neonatal dan Bayi

Bayi baru lahir atau bayi usia 0-28 hari sedang menyesuaikan diri dengan kehidupan di luar kandungan. Ini adalah fase ketika pertumbuhan tercepat terjadi, terutama pada sistem kardiovaskular dan pernapasan. Jika bayi baru lahir bertahan setelah 24 kelahiran, prognosisnya berarti baik. Bayi baru lahir juga mengalami pembesaran rahim, yang lebih besar dari saat bayi baru dilahirkan dibandingkan dengan rahim anak kecil. Hal ini karena tubuh bayi masih dalam pengaruh hormon estrogen ibu yang masuk melalui plasenta. Ini biasanya terjadi pada minggu pertama dan kedua kehidupan (Djitowiyono, 2012). Hormon estrogen pada bayi baru lahir juga menyebabkan pembengkakan payudara, terutama pada wanita. Terkadang juga disertai dengan keluarnya cairan seperti susu. Selain itu, 10-15% wanita yang baru lahir mengalami pendarahan vagina yang biasa dikenal dengan baby period atau withdrawal bleeding, biasanya pada beberapa minggu pertama. Kondisi ini

hilang dengan sendirinya setelah beberapa hari (Djitowiyono, 2012).

Seorang bayi, jadi 1-12 bulan atau berlangsung dua tahun pertama setelah periode baru lahir memiliki 2 minggu. Pada bayi cukup bulan, tubuh tumbuh dengan cepat; Panjang badan bertambah setengah dari panjang badan saat lahir, berat badan tiga kali lipat dari berat lahir, pada usia 1 tahun bayi sudah memiliki 6-8 gigi susu (M, 2010). Pembentukan genitalia interna sangat lengkap sehingga jumlah folikel primordial pada kedua indung telur telah mencapai 750.000 oosit dan tidak akan bertambah pada kehidupan berikutnya. Alat kelamin bayi perempuan yang baru lahir basah dengan cairan bening. Epitel vagina relatif tebal dan pH vagina 5. Setelah 2-3 minggu, epitel vagina menjadi lebih tipis dan pH vagina meningkat menjadi 7. Pada sepertiga anak perempuan, endoserviks tidak berakhir pada bukaan luar rahim tetapi menutupi sebagian rahim (Kristiyanasari Weni, 2011).

2. Kanak-kanak

Masa kanak-kanak adalah masa paling vital yang terjadi dalam pertumbuhan dan perkembangannya terutama dalam perkembangan motorik dan kognitif. Pada masa ini anak-anak mulai dibina untuk menciptakan karakter mereka sendiri melalui kontak

langsung dengan lingkungan setelah lepas dari keluarganya. Anak-anak dituntut untuk mandiri, bisa bergabung dalam kelompok sosial agar anak-anak tidak menjadi kuper (kurang pergaulan). Masa kanak-kanak dimulai saat anak dapat berdiri sampai dengan mencapai kematangan. Masa ini terbagi menjadi dua fase, yaitu: masa kanak-kanak awal (early childhood: 2-6 tahun), dan masa kanak-kanak akhir (late childhood: 6-12). Pada masa ini perangsangan hormon reproduksi sangat kecil (kadar hormon estrogen dan hormon gonadotropin sangat rendah). Oleh karena itu, alat-alat reproduksinya tidak mengalami pertumbuhan yang berarti sampai dengan permulaan masa pubertas (Kristiyanasari Weni, 2011). Pada masa ini sangat penting anak untuk mengenal edukasi seks. Pada anak perempuan secara fisik sedikit lebih kecil dan lebih ringan daripada anak laki-laki. Tubuh anak perempuan memanjang dengan kepala yang masih agak besar dan kemudian setelah memasuki usia 12 tahun lemak menurun secara perlahan. Perbedaan struktur tubuh juga terdapat pada jaringan lemak anak perempuan lebih banyak dibandingkan anak laki-laki. Masa kanak-kanak biasa didominasi dengan peningkatan tonus otot akibat pergerakan seperti berlari, memanjat, melompat sehingga mendorong sel pada otot untuk jauh lebih

berkembang yang nantinya tulang terus menerus bertambah panjang yang diikuti dengan penambahan berat badan (Marmi, 2012).

D. MASA REMAJA

Masa remaja merupakan suatu periode penting dari rentang kehidupan, suatu periode transisional, masa perubahan, masa usia bermasalah, masa dimana individu mencari identitas diri, usia menyeramkan (dreaded), masa ambang menuju dewasa (krori, 2016). Masa remaja disebut juga masa pubertas adalah masa peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa. Masa remaja dibagi menjadi masa remaja awal/prapubertas (6-10 tahun) dan masaadolensi/remaja (10-18 tahun) pada masa remaja akhir, individu sudah mencapai transisi perkembangan yang lebih mendekati masa dewasa. Ciri khas pada masa ini ditandai dengan adanya pertumbuhan yang pesat serta mengalami pubertas. Pubertas adalah suatu periode pematangan fisik yang cepat yang melibatkan perubahan hormonal yang terjadi pada masa remaja awal. Umumnya masa pubertas pada wanita dimulai kira-kira pada umur 8-14 tahun dan berlangsung kurang lebih selama 4 tahun. Perubahan fisik berupa pertumbuhan badan yang cepat, dan munculnya ciri-ciri kelamin sekunder (Kusmiran, 2012).



Gambar 2.1. Perubahan Fisik Wanita dari Bayi Hingga Dewasa (Kusmiran, 2012).

Beberapa perkembangan pada masa ini meliputi (Lubis N. L., 2013)

1. Perkembangan Payudara (Thelarche) Terjadi paling awal, kadang-kadang pada usia <10 tahun yaitu usia 8-13 tahun, dan payudara matang dicapai sekitar usia 14-15 tahun atau 12-18 tahun.
2. Perkembangan Rambut Aksila/Pubis (Adrenarche/Pubarche)

Dimulai sekitar usia 11 tahun atau usia 10-14 tahun dan kemungkinan menjadi tanda pubertas pertama mendahului perkembangan payudara. Pertumbuhan rambut pubis dewasa dicapai juga pada usia 14-15 tahun atau usia 12-18 tahun.

3. Pertumbuhan Tinggi Badan Lebih Cepat (Maximal Growth)

Umumnya terjadi sesudah thelarche atau 1 tahun sebelum menarche dan dipengaruhi oleh hormon pertumbuhan (GH), hormon estradiol dan hormon insulin. Pertumbuhan tinggi badan bisa mencapai 5-10 cm dalam 1 tahun

4. Haid Pertama (Menarche)

Variasi normal terjadinya haid pertama diantara usia 9-16 tahun, rata-rata terjadi 12-13 tahun. Haid pertama umumnya anovulatoire irregular, periodenya lama, dan perdarahannya banyak. Siklus anovulatoir irregular ini dapat terjadi sampai selama 12 bulan.

5. Pubertas Prekoks

Terjadi perubahan karakteristik pubertas pada usia <8 tahun, umumnya ditandai dengan pertumbuhan tinggi maksimal. Biasa dilakukan pengobatan dengan menekan sekresi hormone gonadotropin. Wanita yang mengalami ini cenderung memiliki perawakan pendek, kemampuan seksual lebih dini dan berpotensi untuk terlibat dalam perilaku yang tidak sesuai dengan usianya.

Faktor yang mempengaruhi munculnya pubertas adalah (Santrock, 2012):

- a. Keturunan
- b. System Hormonal
- c. Berat Badan

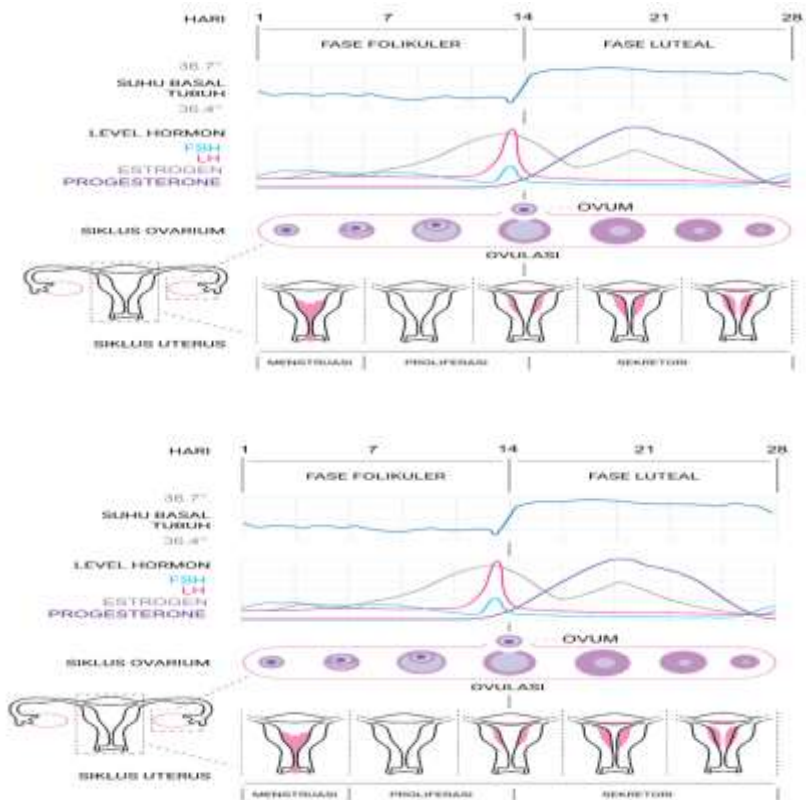
d. Lemak Tubuh

E. MASA REPRODUKSI (*CHILDBEARING AGE*)

Masa reproduksi adalah Masa di mana wanita mampu melahirkan, yang disebut juga usia subur, dengan rentan usia 15-46 tahun, umumnya berlangsung kurang lebih selama 33 tahun. Di masa ini terdapat usia ideal reproduksi yaitu usia 20-35 tahun yang merupakan masa yang paling optimal untuk hamil. Puncak kesuburan wanita ada pada rentang umur 20-29 tahun sehingga persentase terjadinya kehamilan di usia ini 95%. Tetapi ketika usia wanita di 30-an persentase terjadinya kehamilan menurun menjadi 90%. Sedangkan di usia 40 tahun wanita hanya punya persentase 10% untuk hamil. Terjadi ovulasi kurang lebih 450 kali dan akan mengalami menstruasi selama 1800 hari (Lubis N. L., 2013).

Umumnya di masa ini sering menjadi tonggak ukur kesuburan wanita, dimana dianjurkan untuk merawat kesehatan, personal hygiene alat-alat reproduksinya serta deteksi dini terhadap adanya kemungkinan kanker payudara dan kanker serviks (Joinson, 2015). Pada masa reproduksi juga terjadi pematangan folikel yang khas, termasuk ovulasi dan pembentukan korpus luteum. Proses ini terjadi akibat interaksi hipotalamus, hipofisis dan gonad dimana melibatkan folikel dan korpus luteum, hormon steroid,

gonadotropin hipofisis dan faktor autokrin ataupun parakrin bersatu untuk menimbulkan ovulasi. Apabila sel telur setelah ovulasi tidak mengalami pembuahan, maka sel telur ini akan luruh secara bersamaan dengan luruhnya dinding endometrium yang disebut dengan menstruasi (Proverawati, 2010)



Gambar 2.2. Perkembangan folikel di ovarium dan endometrium selama siklus menstruasi (Proverawati, 2010)

F. MASA KLIMAKTERIUM

Klimakterium berasal dari bahasa Yunani yang artinya 'tangga' merupakan peralihan antara masa reproduksi dan masa senium. Istilah klimakterium juga disebut dengan masa lanjut usia dan diklasifikasikan menjadi (Proverawati A, 2017):

1. Menurut Departemen Kesehatan RI: a) Usia 45-54 tahun: masa virilitas atau menjelang usia lanjut; b) Usia 55-64 tahun: masa presenium atau usia lanjut ; c) Usia >65 tahun: masa senium atau usia lanjut
2. WHO (World Health Organization): a) Usia 60-74 tahun: usia lanjut; b) Usia 75-89 tahun: usia tua; c) Usia >90 tahun: usia sangat lanjut.

Sintesis estrogen yang merupakan hormone reproduksi wanita menurun signifikan karena fungsi ovarium menurun sehingga timbul gejala pasca menopause. Keluhan yang sering muncul berupa adanya hot flashes, vagina kering, vagina gatal, disuria, dan dispareunia. Keluhan ini sangat tidak nyaman dan dapat mempengaruhi kualitas hidup, kualitas tidur, mood swing, hubungan interpersonal, aktivitas sehari-hari bahkan fungsi seksual. Ketika estradiol (hormon yang diproduksi ovarium) tidak lagi disekresi maka dapat diambil dari jaringan adiposa, tulang, otak, dan sel otot polos di endotel vascular

sehingga rentan terjadi osteoporosis dengan intensitas berbeda (Nurlina, 2021).

Masa Menopause merupakan haid terakhir atau saat terjadinya haid terakhir. Bagian klimakterium sebelum masa menopause disebut dengan masa pramenopause. Umur terjadi menopause sangat dipengaruhi oleh keturunan, kesehatan umum dan pola kehidupan. Beberapa penelitian menemukan bahwa terjadinya menopause ada hubungannya dengan menarche (haid pertama kali), dimana semakin dini menarche terjadi maka semakin lama menopause timbul, dan sebaliknya. Masa senium adalah masa sesudah masa menopause, ketika telah tercapai keseimbangan baru dalam kehidupan wanita, sehingga tidak ada lagi gangguan vegetatif maupun psikis yang timbul. Ciri khas masa ini adalah adanya kemunduran alat-alat tubuh dan kemampuan fisik sebagai proses menjadi tua (Suparni, 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Adriana, D. (2013). *Tumbuh kembang dan Terapi Bermain pada Anak*. Jakarta: Salemba Medika.
- Berk, L. E. (2015). *Development Through The Lifespan : Dari Prenatal Sampai Masa Remaja, Transisi Menjelang Dewasa*, Volume 1, Edisi Kelima. Terjemahan Daryatno. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Djitowiyono, d. (2012). *Asuhan Keperawatan Neonatus dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Hurlock, B. d. (2016). *Psikologi Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan (Edisi 5)*. Jakarta: Erlangga.
- Istichomah. (2019). Pengaruh karakteristik ibu hamil terhadap pengetahuan dan sikap ibu tentang kehamilan resiko tinggi di wilayah kerja puskesmas Tanjung Beringin Kecamatan Hinai Kabupaten Lngkat. *Journal Kesehatan Surya Medika Yogyakarta.* , 34-40.
- Jahja, Y. (2019). *Psikologi Perkembangan*. Jakarta: Kencana.
- Joinson, C. (2015). Early Menarche Is Associated With An Increased Risk for Depressive Symptoms In Adolescent Girls In A Uk. *Journal of Nurses*, 112-118.
- Kristiyanasari Weni, S. (2011). *Asuhan Keperawatan Neonatus Dan Anak*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kusmiran, E. (2012). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Jakarta: Salemba Medika.

- Lubis, N. L. (2013). Psikologi Kespro Wanita dan Perkembangan Reproduksinya. Jakarta: Kencana.
- Lubis, N. L. (2015). Psikologi Kespro : Wanita & Perkembangan Reproduksinya Ditinjau dari Aspek Fisik dan Psikologi. Jakarta: Kencana.
- M, K. R. (2010). Nelson esensi pediatric edisi 4. Jakarta: EGC.
- Manuaba. (2018). Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita. Jakarta: EGC.
- Marmi, d. (2012). Asuhan Neonatus Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Nurlina. (2021). Kualitas Hidup Wanita Menopause. Bandung: Media Sains Indonesia.
- Proverawati A, S. E. (2017). Menopause dan Sindrom Premenopause. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Proverawati, A. &. (2010). Menarche Menstruasi Pertama Penuh Makna. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Suparni, I. &. (2016). Menopause Masalah dan Penanganannya. Yogyakarta: Deepublish.
- Wiknjastro, H. (2017). Ilmu Kandungan. Jakarta: YBP-SP.
- Wong, D. L. (2015). Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong. Alih bahasa: Agus Sutarna, Neti. Juniarti, H.Y. Kuncoro. Editor edisi bahasa Indonesia: Egi Komara Yudha. Jakarta: EGC.

PROFIL PENULIS



Eka Listiana, S.Kep., Ns., M.Kep.

Lahir di Kendal, 10 Januari 1994, anak ke 4 dari 4 bersaudara. Mengawali studi Sarjana Keperawatan yang kemudian langsung melanjutkan ke jenjang Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Semarang dan mengikuti program S2 Keperawatan

Konsentasi Maternitas di Universitas Diponegoro Semarang.

Penulis mengawali karirnya sebagai dosen tetap di Universitas Muhammadiyah Kendal Batang sejak tahun 2021. Penulis tergabung sebagai tenaga pengajar pada mata kuliah keperawatan maternitas, keperawatan anak, konsep dasar keperawatan, serta psikososial dan budaya dalam keperawatan. Penulis juga aktif menjalankan tugas dan fungsi Tridharma perguruan tinggi, dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta. Penulis berharap dapat menjadi sosok dosen yang dapat menebar manfaat khususnya bagi mahasiswa juga lingkungan sekitar. Saat ini penulis mulai mengembangkan diri dengan terlibat dalam menulis buku serta penelitian dibidang keperawatan khususnya keperawatan maternitas, dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif untuk pengembangan profesi keperawatan agar menjadi lebih baik dan ini adalah karya (buku) pertama, semoga bermanfaat. Email penulis: ekalistiana57@gmail.com.

BAB 3 INDIKATOR KESEHATAN WANITA DAN PERSPEKTIF KESEHATAN WANITA

**Kristiani Murti Kisid, SST., M.Keb
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mataram**

A. INDIKATOR KESEHATAN WANITA

Kesehatan merupakan salah satu indikator pengukuran kesejahteraan suatu bangsa, semakin tinggi derajat kesehatan suatu bangsa maka semakin sejahtera bangsa tersebut. Oleh sebab itu banyak program yang dicanangkan oleh pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan manusia, salah satunya program yang di konsepsikan dalam SDGs (*Sustainable Development Goals*). Salah satu agenda pembangunan pada konsep SDGs adalah menjamin hak akses universal terhadap kesehatan reproduksi yaitu dengan memastikan setiap orang mampu melakukan akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif tanpa adanya kesenjangan (Indrawati dan Dwi, 2018).

Sehat secara reproduksi adalah sehat secara fisik, psikis, mental, kultural dan kesejahteraan social yang utuh pada semua aspek yang berhubungan dengan semua system dan fungsi, serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan. Sehat secara reproduksi merupakan hak semua orang, sehingga

setiap orang harus mampu mengusahakan untuk memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan serta aman bagi dirinya. Setiap orang memiliki hak untuk menentukan jumlah anak, mengatur jarak anak, mengatur penggunaan kontrasepsi, termasuk memperoleh penjelasan secara lengkap terkait kondisi kesehatannya serta layanan kesehatan yang akan digunakan (Rahayu, Et. All., 2017). Kesejahteraan dan kesehatan ibu merupakan indikator utama untuk menentukan generasi yang akan datang. Ibu merupakan kunci dasar dan penentu dari perkembangan social keluarga. Ibu memiliki peran penting dalam pengaturan rumah tangga, pendidikan anak dan kesehatan seluruh warga. Ibu dan anak merupakan anggota keluarga yang menjadi prioritas dalam proses penyelenggaraan kesehatan (Waluyo Et All., 2022). Kesejahteraan ibu dapat diukur dari Angka Kematian Ibu (AKI), pada tahun 2019 AKI di Indonesia dilaporkan masih tetap tinggi yaitu 305 per 100.000 kelahiran hidup, lebih tinggi dari target capaian SDGs yaitu 70 per 100.000 kelahiran hidup dimana perdarahan, pre eklamsia dan penyakit penyerta menjadi penyebab paling tinggi pada AKI (Kemenkes RI, 2020). Masih tinggi AKI mencerminkan rendahnya kualitas kesehatan wanita. Rendahnya kualitas kesehatan wanita tersebut disebabkan oleh masih kurangnya wawasan, lingkungan social budaya yang belum kondusif terhadap

kemajuan perempuan, serta belum dipahaminya secara baik konsep gender dalam kehidupan keluarga dan masyarakat. Indikator kesehatan wanita dapat dilihat dari angka kematian ibu, tingkat pendidikan ibu, pekerjaan ibu dan usia harapan hidup.

1. Angka Kematian Ibu

Angka Kematian Ibu adalah jumlah perempuan yang meninggal dimulai dari kehamilan hingga 42 hari setelah persalinan berakhir tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup. Kecelakaan, bunuh diri atau kasus insidental tidak termasuk dalam perhitungan Angka Kematian Ibu. Angka Kematian Ibu di Indonesia masih tinggi hingga saat ini. Data dari Kementerian Kesehatan pada tahun 2021 terdapat peningkatan Angka Kematian Ibu yaitu dari 4.197 pada tahun 2019 menjadi 6.856 pada tahun 2021. Beberapa penyebab tidak langsung yang memberi kontribusi terhadap peningkatan Angka Kematian Ibu adalah Tiga Terlambat (3T) dan Empat Terlalu (4T). Terlambat memutuskan, terlambat mencapai tempat pelayanan kesehatan dan terlambat mendapatkan pelayanan dari fasilitas kesehatan merupakan bagian penyebab dari 3 T dan terlalu muda melahirkan, terlalu tua melahirkan, terlalu sering

melahirkan dan terlalu dekat jarak kelahiran menjadi bagian penyebab dari 4T.

Family planning (keluarga berencana) menjadi pilar utama dalam menurunkan Angka Kematian Ibu yang tentunya membutuhkan peran serta laki-laki. Peran serta laki-laki dalam menurunkan Angka Kematian Ibu dapat berupa peran sebagai Suami SIAGA dan kepersertaan dalam ber-KB. Pengenalan peran serta laki-laki dalam meningkatkan derajat kesehatan wanita sebaiknya dilakukan mulai dari pembinaan calon pengantin. Dalam kelas tersebut sebaiknya dikenalkan pentingnya peran laki-laki dalam hal menentukan waktu kehamilan, jumlah anak hingga jarak dan penggunaan KB bagi keluarga sehingga mulai dari keluarga akan diwujudkan peningkatan derajat kesehatan perempuan dengan indikator Penurunan Angka Kematian Ibu.

Kematian ibu diklasifikasikan menjadi 2 yaitu kematian ibu secara langsung dan kematian ibu secara tidak langsung. Kematian ibu secara langsung yaitu kematian ibu sebagai akibat komplikasi dari kehamilan, persalinan dan masa nifas. Kematian ibu tidak langsung yaitu kematian yang timbul sebagai akibat dari penyakit yang sudah ada sebelum kehamilan atau yang ada sebagai akibat dari kehamilan

seperti malaria, anemia, HIV/AIDS dan penyakit kardiovaskuler (Saifudin, 2010).

Dipandang dari penyebabnya, kematian ibu di klasifikasikan menjadi dua yaitu:

1) Penyebab kematian Obstetri

Merupakan kematian ibu secara langsung yang disebabkan oleh perdarahan, pre eklamsia, emboli air ketuban dan infeksi.

a. Perdarahan

Perdarahan adalah proses keluarnya darah dari jalan lahir yang diakibatkan oleh adanya pembuluh darah yang terbuka. Perdarahan pada kehamilan dapat terjadi pada trimester I, trimester ke II dan trimester ke III. Perdarahan pada kehamilan trimester I disebabkan oleh Abortus dan kehamilan ektopik terganggu. Abortus adalah keluarnya hasil konsepsi baik sebagian atau seluruhnya sebelum usia kehamilan 22 minggu, sedangkan kehamilan ektopik adalah melekatnya hasil konsepsi yang berada di luar kavum uteri. Kehamilan ektopik dan abortus dapat menyebabkan terjadinya perdarahan yang apabila tidak ditangani dengan segera dapat menyebabkan

terjadinya kematian. Pada trimester II dan trimester III kehamilan dapat terjadi plasenta previa dan solution plasenta, dimana kedua hal tersebut dapat menyebabkan terjadinya perdarahan (Cunningham, 2013).

Perdarahan juga dapat terjadi pada proses persalinan dan masa nifas. Perdarahan masa nifas dikenal sebagai perdarahan *post partum* yang di bagi menjadi dua yaitu perdarahan post partum primer dan perdarahan *post partum* sekunder. Perdarahan *post partum* dapat terjadi karena adanya robekan jalan lahir, retensio plasenta, atonia uteri dan inversion uteri (Kay, 2011).

b. Pre-Eklamsi

Pre-eklamsi adalah suatu kondisi kehamilan yang disebabkan oleh malfungsi endotel sehingga terjadi vasopasme pada kehamilan diatas 20 minggu yang ditandai dengan adanya hipertensi, protein urine dan edema. Pre eklamsia umumnya terjadi pada trimester III namun pada beberapa kasus dapat ditemukan pada trimester awal, pre-eklamsi dapat memberikan kontribusi

terhadap peningkatan angka morbiditas ibu (Wulandari, 2012). Hipertensi adalah keadaan dimana nilai tekanan darah sistolik sekurang-kurangnya berada pada angka 140 mmHg dan diastolic sekurang-kurangnya berada pada angka 90 mmHg pada dua kali pemeriksaan dengan jarak 15 menit pada lengan yang sama. Proteinuria merupakan penanda yang objektif untuk menunjukkan adanya kebocoran endotel. Pada beberapa kasus pre eklamsia seringkali diikuti oleh angka proteinuria yang terlambat terdeteksi, sehingga pada beberapa kasus kejang yang terjadi peningkatan tekanan darah tanpa disertai protein urine dimana protein urine terdeteksi setelah kejang terjadi (Artikasari, 2009).

Klasifikasi pre eklamsia sudah tidak menggunakan pre eklamsia ringan lagi, dikarenakan semua kondisi pre eklamsia merupakan kondisi yang membahayakan dan dapat meningkatkan morbiditas. Pre eklamsia ditegakkan apabila terdapat minimal dua tanda yaitu hipertensi, proteinurine atau adanya kerusakan organ

yang diakibatkan oleh preeklamsi tersebut seperti adanya gangguan ginjal yang ditunjukkan dengan peningkatan nilai keratin, edema paru, gangguan liver yang ditandai dengan peningkatan konsentrasi transaminas 2 kali normal, trombositopenia, adanya gejala neurologis (nyeri kepala, stroke dan gangguan penglihatan), serta gangguan pertumbuhan janin.

c. Emboli Air Ketuban

Emboli air ketuban merupakan keadaan dimana cairan amnion masuk ke dalam pembuluh darah yang kemudian menembus pembuluh kapiler pulmonal. Emboli air ketuban dapat terjadi pada kasus dimana terdapat pembuluh darah yang terbuka dan air ketuban masuk melalui sirkulasi ibu, seperti pada keadaan plasenta akreta, rupture uteri, atau keadaan yang terjadi robekan vena-vena di daerah endoserviks.

d. Infeksi

Infeksi adalah keadaan yang disebabkan oleh adanya invasi jaringan oleh mikroorganisme sehingga menimbulkan rasa sakit karena virulensi dan jumlah

mikroorganisme tersebut. Infeksi pada ibu dapat terjadi selama masa kehamilan, inpartu dan masa nifas. Infeksi terjadi karena adanya proses penanganan baik kehamilan, persalinan maupun nifas yang tidak bersih. Infeksi merupakan suatu keadaan yang berbahaya karena dapat menimbulkan terjadinya sepsis yang dapat meningkatkan Angka Kematian Ibu (Astuti, dkk., 2015).

2) Penyebab kematian non Obstetri

Merupakan kematian tak langsung yang dapat disebabkan oleh penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, malaria, tuberculosi, HIV/AIDS, diabetes, dan lain-lain.

a. Diabetes miletus

Merupakan kondisi dimana terjadinya peningkatan kadar glukosa baik urine maupun darah pada proses kehamilan. Diabetes miletus yang dialami oleh ibu hamil dapat menyebabkan terjadinya persalinan premature, kelainan bawaan, hidramnion, kematian janin dalam kandungan, dan makrosomia. Diabetes dapat menjadi factor pemicu terjadinya komplikasi pada kehamilan seperti pre eklamsi, kelainan letak janin,

inersia uteri dan atonia uteri. Pada persalinan dengan diabetes melitus lebih sering dilakukan secara seksio caesarea, serta lebih mudah untuk terjadi infeksi dan penyembuhan luka jalan lahir yang lebih lama (Wedatiningsih dan Dewi, 2017).

b. Jantung

Merupakan kondisi ketika jantung dan sirkulasi mengalami gangguan fungsi. Gangguan fungsi pada jantung apabila dialami oleh ibu hamil dapat menyebabkan terjadinya Persalinan dengan BBLR (Berat Badan Lahir Rendah) hingga bayi dapat lahir mati (IUFD). Penyakit jantung memberikan pengaruh terhadap proses kehamilan dan persalinan, apabila ibu mengalami hipoksia dan sianosis maka akan mempengaruhi sirkulasi ibu ke janin yang berdampak pada kurangnya pasokan nutrisi ke hasil konsepsi sehingga dapat menyebabkan kerusakan pada hasil konsepsi (Wedatiningsih dan Dewi, 2017).

Perhitungan Angka Kematian Ibu dapat dirumuskan sebagai berikut :

$$AKI = \frac{D \text{ Hamil}}{JLH} \times 1000$$

Keterangan :

D Hamil = Jumlah Kematian ibu dalam tahap kehamilan atau kelahiran

JLH = Jumlah Kelahiran Hidup

Informasi tentang AKI akan memberikan manfaat untuk pengembangan program peningkatan derajat kesehatan reproduksi yang pada akhirnya akan memberikan dampak pada penurunan Angka Kematian Ibu.

2. Pendidikan

Derajat kesehatan wanita salah satunya dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Wanita yang memiliki tingkat pendidikan tinggi akan lebih memahami kondisi kesehatannya dan memiliki pengertian yang lebih baik terhadap masalah-masalah kesehatan serta cara pencegahannya. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka semakin baik pengetahuan seseorang tentang kondisi kesehatan. Dengan pengetahuan yang baik maka akan mempengaruhi sikap seorang wanita dalam merespon permasalahan kesehatan yang dialami. Pendidikan

yang rendah akan membuat seseorang cenderung lebih acuh terhadap kondisi kesehatannya, mereka tidak mengenal bahaya dan ancaman kesehatan yang mungkin terjadi pada dirinya (Akbar dkk., 2021). Wanita yang memiliki pendidikan yang tinggi akan memiliki tingkat respon yang lebih rasional terhadap permasalahan kesehatan yang terjadi pada dirinya. Mereka akan memberikan respon terhadap informasi yang diterimanya dengan mempertimbangkan kerugian dan keuntungan yang akan mereka peroleh dari informasi tersebut. Wanita dengan pendidikan yang tinggi lebih mudah untuk mengadopsi setiap informasi kesehatan yang diterima baik melalui bidan maupun melalui media elektronik dengan mempertimbangkan alasan-alasan yang rasional. mereka lebih meyakini bahwa pendidikan kesehatan yang mereka peroleh akan memberikan manfaat bagi keketannya dan bayinya, mereka akan melakukan pemeriksaan kehamilan secara teratur dan memilih mendapatkan pertolongan persalinan di tenaga kesehatan. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin baik derajat kesehatannya karena wanita yang berada pada kalangan ini akan lebih memilih untuk datang ke pusat layanan kesehatan untuk melakukan

pemeriksaan kehamilan, persalinan, nifas dan bayinya (Juliwanto, 2009).

3. Pekerjaan

Kondisi kemiskinan memberikan kesempatan yang lebih kecil bagi perempuan untuk memperoleh pendidikan. Kondisi keluarga yang memiliki status perekonomian baik akan lebih mudah untuk memenuhi kebutuhan pokok maupun sekunder disbanding keluarga yang memiliki status perekonomian rendah. Keadaan tersebut akan mempengaruhi dalam pemenuhan kebutuhan akan informasi pendidikan. Hal inilah yang mempengaruhi wanita lebih memilih dukun daripada bidan. System pembayaran di dukun yang tidak mengharuskan mereka untuk membayar secara tunai namun bisa menggunakan system barter membuat mereka lebih memilih dukun. Melalui peningkatan penghasilan perempuan, maka pola pemenuhan kebutuhan akan bergeser yaitu tidak hanya kebutuhan primer saja namun juga kebutuhan sekunder termasuk kebutuhan kesehatan perempuan. Tidak hanya informasi dan pendidikan yang sulit terjangkau dengan keterbatasan penghasilan namun juga pemenuhan kebutuhan pokok yang dapat menyebabkan seorang wanita mengalami suatu penyakit, seperti anemia defisiensi Fe pada wanita usia

subur dan ibu hamil yang disebabkan oleh kurangnya asupan makanan yang bergizi seimbang. Anemia pada ibu hamil dapat berdampak pada proses persalinan yang pada akhirnya dapat menyebabkan terjadinya kematian pada ibu (Akbar dkk., 2021).

Pada beberapa kasus kesempatan untuk memperoleh pendidikan pada situasi kesulitan biaya biasanya laki-laki lebih diutamakan untuk meningkatkan pendidikan karena laki-laki dianggap sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah utama dalam keluarga. Pada kasus ini terlihat tidak hanya permasalahan perekonomian saja yang dapat mempengaruhi pendidikan seorang wanita namun juga gender berperan serta dalam menentukan kesempatan memperoleh pendidikan pada seorang wanita. Tingkat pendidikan yang mampu mempengaruhi derajat kesehatan seorang wanita, sehingga dengan terpenuhinya kebutuhan pendidikan, seorang wanita akan mampu memperoleh informasi yang baik untuk kebutuhan kesehatannya, merawat diri sendiri serta ikut serta dalam mengambil keputusan untuk kesehatan dirinya sendiri maupun keluarga dan lingkungannya. Seorang wanita yang memiliki pendidikan setingkat sarjana akan lebih mudah untuk

mendapatkan pekerjaan dengan penghasilan yang mencukupi untuk pemenuhan kebutuhan primer dan sekunder terutama kebutuhan kesehatannya. Meningkatnya jenjang pendidikan tersebut akan memberi dampak pada pengalaman dan wasana yang lebih luas, meningkatkan status social serta memberikan kesempatan bagi wanita untuk meningkatkan aktifitas sehari-hari maupun aktifitas sosialnya (Maryam, 2020).

4. Usia Harapan Hidup

Peningkatan kualitas hidup wanita perlu mendapatkan perhatian khusus karena hal ini berperan penting dalam percepatan pencapaian target dari SDGs (Kementerian PPN/Bappenas & UNICEF, 2017). SDGs memiliki 17 tujuan yang didukung oleh 169 target dimana kesejahteraan pada semua umur menjadi salah satu tujuan pencapaiannya. Indikator kesehatan wanita dipandang dari usia harapan hidupnya dapat dimaknai sebagai pengukuran tingkat kesehatan wanita yang mampu mempengaruhi usia harapan hidupnya sehingga penyebab penurunan usia harapan hidup dapat diketahui. Tingginya usia harapan hidup pada beberapa Negara maju disebabkan oleh penerapan konsep anti penuaan pada pola aktifitas sehari-hari

yang dijalani baik melalui perawatan, makanan yang dikonsumsi serta pengobatan medis.

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik tahun 2021 menunjukkan usia harapan hidup perempuan lebih tinggi daripada laki-laki. Tahun 2021 Angka Harapan Hidup wanita di Indonesia mencapai 73,55 tahun sedangkan laki-laki hanya 69,7 tahun. Hal tersebut disebabkan oleh beberapa factor diantaranya factor kromosom x yang lebih tahan terhadap mutasi gen, adanya peran hormone estrogen pada wanita sehingga wanita memiliki kekebalan tubuh yang lebih stabil di bandingkan laki-laki, kepedulian wanita terhadap kesehatan yang lebih tinggi sehingga membuat wanita lebih sedikit yang memiliki perilaku kesehatan berisiko (merokok, minum alcohol, penggunaan obat terlarang) dibandingkan laki-laki, serta kemampuan bersosialisasi dari seorang wanita yang mampu mempertahankan kondisi kesehatan mentalnya (Baum dkk., 2021).

Analisis terhadap tinggi atau rendahnya suatu Angka Harapan Hidup penting untuk dilakukan untuk mengetahui penyebabnya serta menentukan penanganan yang tepat. Kualitas hidup merupakan suatu gambaran yang sifatnya lebih kompleks karena tidak hanya mengukur sesuatu yang dapat dilihat saja

namun juga mengukur sesuatu yang tidak dapat di cermati secara langsung (Galitsya, 2017). Empat indikator kunci untuk meningkatkan kualitas hidup perempuan yaitu peningkatan partisipasi sekolah dasar bagi anak perempuan, penurunan tingkat kelahiran total, peningkatan angka harapan hidup perempuan serta peningkatan akses perempuan terhadap kontrasepsi (Widiastuty, 2019).

B. PERSPEKTIF KESEHATAN WANITA

PP menteri Negara Pemberdayaan Perempuan Pasal 1 tahun 2008 menyatakan bahwa peningkatan kualitas hidup perempuan merupakan sebuah upaya untuk memperbaiki kondisi fisik dan mental perempuan dalam pemenuhan hak dan kebutuhan hidupnya sebagai bagian hak asasi manusia dari berbagai bidang pembangunan, terutama pendidikan, kesehatan, ekonomi, ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK). Dengan demikian dapat dikatakan bahwa sebagai warga Negara perempuan memiliki hak untuk memperoleh penghidupan dan pekerjaan yang layak sebagai sarana untuk meningkatkan kualitas hidup dan derajat kesehatannya.

Segala sesuatu yang berkaitan dengan wanita beserta segala permasalahannya seringkali dihubungkan dengan perspektif gender dan gerakan feminisme. Salah satu peran

yang seringkali disoroti pada seorang wanita adalah ketika wanita tersebut menjalankan peran ganda yaitu sebagai ibu rumah tangga dan sebagai wanita yang bekerja. Pada situasi tersebut wanita seringkali mendapatkan *Work family conflict*, dimana wanita seringkali mendapatkan keadaan yang berbenturan dengan tanggungjawabnya dalam rumah tangga dan pekerjaan. Peran perempuan untuk membantu meningkatkan status perekonomian keluarga seringkali dibenturkan dengan peran perempuan dalam rumah tangganya (Marettih, 2013). Gender adalah perbedaan peran dan sifat yang melekat pada masyarakat melalui konstruksi secara social maupun kultural.

Data Susenas tahun 2021 menunjukkan 28,32% perempuan mengalami keluhan kesehatan selama sebulan terakhir. Angka ini lebih tinggi dibandingkan dengan presentasi laki-laki yang mengalami keluhan kesehatan selama sebulan terakhir. Kesehatan seorang perempuan dapat diukur melalui perawatan kesehatan yang diperolehnya sejak usia dini, berdasarkan data Susenas tahun 2021 didapatkan bahwa hanya 47,04% wanita yang menggunakan jaminan kesehatan untuk berobat jalan. Disamping itu jika dilihat dari kondisi kesehatan wanita pada masa kehamilan terdapat 5,92% wanita hamil pertama kali pada usia kurang dari 16 tahun. Data Susenas pada Maret 2021 menunjukkan 94,04% wanita memiliki

kemampuan baca tulis huruf latin pada perempuan usia 15 tahun ke atas, angka ini masih lebih rendah dibandingkan lakilaki yaitu 97.15% (Nugroho, 2021).

Data diatas menunjukkan adanya ketimpangan gender yang mempengaruhi derajat kesehatan perempuan. Pentingnya informasi tentang peningkatan kesehatan wanita berbasis gender harus disosialisasikan oleh pemerintah mengingat beberapa factor resiko penyakit lebih rentan dialami seorang wanita. Pemerintah perlu untuk lebih memperhatikan kondisi kesehatan wanita dengan memprioritaskan jaminan kesehatan pada wanita lebih khusus pada ibu hamil sehingga dapat dimanfaatkan untuk memperoleh fasilitas selama proses kehamilan, persalinan dan nifas serta memperoleh informasi kesehatan secara gratis untuk dapat meningkatkan kesejahteraan dirinya dan keluarganya. Seorang wanita perlu untuk mendapatkan informasi kesehatan yang tepat dari sumber yang tepat yaitu dari pusat layanan kesehatan. Dari segi pendidikan, pentingnya untuk mensosialisasikan bahwa untuk menjadi seorang ibu rumah tangga wanita juga memerlukan tingkat pendidikan yang baik karena seorang ibu adalah pendidik dalam keluarganya sehingga seorang wanita memerlukan akses informasi serta perlu memiliki pengetahuan yang baik untuk mendidik anak-anak dalam keluarga (Nugroho, 2021).

Data kesehatan yang diperoleh pada tahun 2017 menunjukkan angka vaksin DTP pada anak dari ibu dengan tingkat pendidikan tertinggi 44% lebih tinggi dibandingkan dari ibu yang tidak bersekolah. Angka vaksin DTP pada anak dari rumah tangga terkaya 22% lebih tinggi dibandingkan dari rumah tangga termiskin. Perempuan di perkotaan 2% lebih mungkin mendapatkan perawatan antenatal. Perempuan dengan tingkat pendidikan tertinggi 41% lebih mungkin mendapatkan perawatan antenatal dibandingkan perempuan tidak bersekolah. Perempuan di perkotaan 11% lebih mungkin mendapatkan penanganan persalinan ahli dibandingkan di pedesaan. Perempuan tidak bersekolah 75% lebih mungkin memiliki kebutuhan keluarga berencana yang tidak terpenuhi dibandingkan perempuan dengan tingkat pendidikan tertinggi. Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa tingkat pendidikan wanita akan mempengaruhi akses informasi dan pelayanan kesehatan yang pada akhirnya berkontribusi terhadap derajat kesehatan wanita (WHO, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Waluyo Darmayanti, Fitriani, Indah Putri Ramadhanti, Anita Rosanty, Indria Hafizah, Sriyana Herman, Lena Atoy, Eman Rahim, Kholilah Lubis, Dwi Yanthi, Dhesi Ari Astuti. 2022. Pengantar Kesehatan Reproduksi Wanita, Eureka Media Aksara, Jawa Tengah.
- Rahayu Atikah, Meitria Syahdatinna Noor, Fahrini Yulidasari, Fauzie Rahman, dan Andini Octaviana Putri. 2017. Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia, Airlangga University Press, Surabaya.
- Indrawati Lely dan Dwi Hapsari Tjandrarini (2018). Peran Indikator Pelayanan Kesehatan untuk Meningkatkan Nilai Sub Indeks Kesehatan Reproduksi dalam Indeks Pembangunan Kesehatan masyarakat (IPKM). *Media Litbangkes*, 28 (2), 95-102.
<http://dx.doi.org/10.22435/mpk.v28i2.180>.
- Saifuddin Abdul Bari. 2010. *Ilmu Kebidanan*, edisi 4. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Kay HH. Placenta previa and abruption. In: JR Scott et al. (eds). *Danforth's Obstetrics and Gynecology*, 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011: 365-79.
- Wulandari R, Firnawati AF. Faktor Risiko Kejadian Preeklampsia Berat pada Ibu Hamil di RSUD dr. Moewardi Surakarta Jurnal Kesehatan. 2012;5

- Cunningham FG. *Obstetri Williams*. 23 ed. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2013.
- Artikasari K. Hubungan Antara Primigravida Dengan Angka Kejadian Preeklampsia/Eklampsia Di RSUD DR. Moewardi Surakarta Periode 1 Januari-31 Desember 2008. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2009.
- Astuti, dkk. 2015. *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Jakarta : Erlangga
- Widatiningsih, Sri & Dewi, Christin Hiyana Tungga. 2017. *Praktik Terbaik Asuhan Kehamilan*. Yogyakarta : Trans Medika.
- Akbar Hainil, Muhammad Qasim, Wuri Ratna Hidayani, Nyoman Sri Ariantini, Ramli, Ria Gustirini, Janner Pelanjani Simamora, Hasria Alang, Fitriah Handayani, Aysanti Yuliana Paulus. 2021. *Teori Kesehatan Reproduksi*. Edisi I. Jakarta:Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Maryam Andi. 2020. *Bahan Ajar Kesehatan Reproduksi*. Makasar: Prodi Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia Timur.
- Baum, F., Musolino, C., Gesesew, H. A., & Popay, J. (2021). *New Perspective on Why Women Live Longer Than*

Men: An Exploration of Power, Gender, Social Determinants, and Capitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), pp. 661.

Kementerian PPN/Bappenas & UNICEF. (2017). Laporan baseline SDGs tentang anak-anak di Indonesia.

Kementerian PPN/Bappenas dan UNICEF

Galitsya, T. M. (2017). Kualitas hidup perempuan berdasarkan dimensi kesetaraan gender di Indonesia dengan pendekatan PLS Prediction Orientation Segmentation (PLS-POS) [Tesis Master, Institut Teknologi Sepuluh November, Surabaya]. ITS Repository. <http://repository.its.ac.id/2258/7/1315201711-Master-Theses.pdf>

Widiastuty Isti Larasati. 2019. Pengaruh Kualitas Hidup Perempuan Terhadap Dinamika Angka Harapan Hidup Di Jawa Barat. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 14 (2). Hal 105-118. *p-ISSN : 1907-2902*

Nugroho Saiful. 2021. Potret Indikator Kesehatan dan Pendidikan Perempuan di Hari Ibu. *Radar Jember*. 23 Desember 2021 pukul 2.44 pm. <https://radarjember.jawapos.com/opini/23/12/2021/potret-indikator-kesehatan-dan-pendidikan-perempuan-di-hari-ibu/>.

Marettih Anggia Kargenti Evanurul. 2013. Work Conflict Pada Ibu Bekerja (Studi Fenomenologi dalam erspektif Gender dan Kesehatan Mental. Sosial Budaya, 1 (10).
WHO. 2020. Indonesia : Gender dan Kesehatan. WHO.

PROFIL PENULIS



Kristiani Murti Kisid, SST., M.Keb

Penulis dilahirkan di kota Mataram pada tanggal 2 Februari 1986 dan mempunyai latar belakang Pendidikan yaitu D-III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Manado tahun lulus 2007, D-IV Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Denpasar tahun lulus 2009 dan S2 Kebidanan di Universitas Brawijaya Malang tahun lulus 2015. Pengalaman Mengajar Di Poltekkes Kemenkes Mataram 2009 - 2019, dan Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mataram dari tahun 2015 sampai sekarang pada prodi D-IV Kebidanan. Penulis memegang salah satu Mata Kuliah Pengendalian kependudukan dan fertilitas. Hal tersebut membuat penulis sangat tertarik untuk mengambil kesempatan menjadi bagian dalam menulis buku Kesehatan Wanita dan Reproduksi. Penulis memiliki kepakaran dibidang Kebidanan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga BKKBN. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Email Penulis : kristianikisid@gmail.com

BAB 4 PROGRAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN WANITA

**Juwita Desri Ayu, S.Tr.Keb., M.Keb.
Universitas Aisyah Pringsewu**

A. PENDAHULUAN

Angka Kematian Ibu (AKI) yang didefinisikan sebagai semua kematian seorang wanita selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas yang disebabkan oleh kehamilan, persalinan, dan masa nifas atau penatalaksanaannya, tetapi bukan karena sebab lain (kecelakaan atau insidental) merupakan salah satu indikator utama untuk menilai efektivitas program kesehatan wanita. AKI merupakan seluruh kematian dalam ruang lingkup tersebut disetiap 100.000 kelahiran hidup. Selain untuk menilai program kesehatan wanita, indikator tersebut juga mampu menilai derajat kesehatan suatu masyarakat karena sensitifitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan dari sisi aksesibilitas maupun kualitas. Secara umum, terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991-2015, yaitu dari 390 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup. Meskipun demikian, angka tersebut jauh dari target *Millennium Development Goals* (MDGs) 2015 sebesar 102 per 100.000 kelahiran hidup. AKI tiga kali lebih tinggi dari tujuan MDGs, menurut temuan Survei Penduduk Antar

Sensus (SUPAS) 2015. Kematian ibu lebih sering terjadi di rumah sakit (77%), di rumah (15,6%), saat bepergian ke rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya (4,1%), dan di fasilitas kesehatan lainnya (2,5%).

AKI di Indonesia tercatat sebanyak 4.627 kematian pada tahun 2020, menurut data yang diperoleh dari pencatatan Program Kesehatan Keluarga Kementerian Kesehatan. Jumlah ini menunjukkan adanya peningkatan dibandingkan tahun 2019 yaitu sebesar 4.221 angka kematian. Pada tahun 2020, sebanyak 1.330 kasus perdarahan (28,74%), 1.110 kasus hipertensi dalam kehamilan (26,01%), 230 kasus gangguan sistem peredaran darah (4,97%), dan kasus lain (40,28%) menyebabkan sebagian besar kematian ibu. Penyebab kematian ibu ini menunjukkan bahwa kematian ibu dapat dihindari jika cakupan pelayanan dan kualitas pelayanan sesuai. Memastikan bahwa setiap ibu memiliki akses ke layanan kesehatan ibu berkualitas tinggi—seperti perawatan prenatal, bantuan persalinan terampil yang disediakan di fasilitas medis, perawatan pascapersalinan untuk ibu dan bayi, perawatan khusus, dan rujukan apabila terjadi komplikasi serta layanan KB pascapersalinan—merupakan bagian penting dari strategi percepatan pengurangan *Maternal Mortality Ratio* (MMR)/ AKI.

B. PROGRAM UPAYA PREVENTIF DAN PROMOTIF PERTAHANAN KESEHATAN WANITA

Pada hakekatnya, memiliki anak merupakan naluri alami yang dimiliki setiap manusia untuk melestarikan jenisnya. Sistem reproduksi merupakan salah satu komponen tubuh manusia yang paling vital karena memainkan peran penting dalam reproduksi manusia dan tidak dapat digantikan oleh organ lain. Kesehatan organ reproduksi adalah hal yang harus diperhatikan oleh semua wanita, bahkan ibu baru dan remaja putri untuk menjaga kesehatannya, serta memastikan organ reproduksinya berfungsi dengan baik dan tidak menjadi sasaran perhatian yang tidak diinginkan.

1. Promosi Kesehatan Dalam Teori

Bahasa Inggris adalah tempat ungkapan "*health promotion*" pertama kali muncul. Istilah "*health promotion*" atau lebih tepatnya "*promotion of health*" pertama kali diterjemahkan ke dalam bahasa Indonesia oleh ahli kesehatan masyarakat yang juga menerjemahkan lima tahap pencegahan dari buku H. R. Leavell dan E. G. Clark "*Preventive Medicine for the Doctor in His Communities*". Dari sudut pandang kesehatan masyarakat, menurut Leavell dan Clark (1955), ada lima tingkat pencegahan penyakit: 1. *promotion of health* (promosi kesehatan); 2. *specific*

protection (perlindungan khusus); 3. *early diagnosis and prompt treatment* (diagnosis dini dan pengobatan segera); 4. *limitation of disability* (pembatasan cacat); dan 5. *rehabilitation* (rehabilitasi).

Upaya preventif tahap pertama yang disebut sebagai “*promotion of health*”, didefinisikan oleh para profesional kesehatan masyarakat di Indonesia sebagai upaya untuk meningkatkan kesehatan, bukan sebagai promosi kesehatan. Kesehatan seseorang dapat ditingkatkan dengan gizi seimbang, sering berolahraga, dan pilihan gaya hidup lainnya untuk menjaga kesehatan dan mencegah penyakit. Namun, bukan berarti promosi kesehatan tidak ada hubungannya dengan itu. Selain meningkatkan kesehatan melalui inisiatif untuk meningkatkan gizi dan faktor lainnya, menurut Leavell dan Clark, peningkatan kesehatan juga dapat dilakukan dengan memberikan masyarakat dan individu akses ke pendidikan kesehatan (*health education*).

World Health Organization (WHO) telah merumuskan definisi mengenai promosi kesehatan, yaitu: “*Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and improve, their health. To reach a state of complete physical, mental, and social, well-being, an individual or group must be*

able to identify and realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment". (Ottawa Charter, 1986). Hal ini mengarah pada kesimpulan bahwa promosi kesehatan adalah suatu prosedur untuk mengembangkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Seorang individu juga harus mampu memahami dan memenuhi keinginan dan ambisinya serta mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya untuk mencapai tingkat kesehatan fisik, mental, dan sosial yang setinggi mungkin (lingkungan fisik, sosial budaya dan sebagainya). Peserta konferensi kemudian memahami istilah "*health promotion*" sebagai perpanjangan dari frasa "*health education* (pendidikan kesehatan)".

2. Pendidikan Kesehatan

a. Definisi

Pendidikan kesehatan merupakan suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan atau suatu kegiatan guna membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan atau perilakunya untuk mencapai derajat kesehatan mereka secara optimal.

b. Peran

1. Elemen lingkungan dan fungsi pendidikan kesehatan: Banyak fasilitas pelayanan kesehatan telah dibangun oleh berbagai organisasi pemerintah, komersial, dan LSM. Namun, fasilitas tersebut tidak digunakan atau dipelihara dengan baik karena perilaku masyarakat itu sendiri. Untuk mengatasi masalah ini, maka tersedianya pendidikan kesehatan diperlukan.
2. Peran pendidikan kesehatan dalam perilaku: pendidikan kesehatan merupakan suatu upaya guna menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk aspek kesehatan. Artinya, pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara untuk memelihara kesehatan mereka, menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan orang lain, ke mana masyarakat mencari sumber pengobatan apabila sakit dan lain-lain.
3. Peran pendidikan kesehatan dalam upaya pelayanan kesehatan: dalam rangka perbaikan kesehatan masyarakat, pemerintah

Indonesia dalam hal ini Departemen Kesehatan telah menyediakan fasilitas kesehatan masyarakat dalam bentuk Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Namun, pemanfaatan Puskesmas oleh masyarakat masih kurang optimal, karena masih banyak Puskesmas yang tidak dimanfaatkan sebagaimana mestinya, sehingga bangunan tersebut akhirnya terbengkalai rusak dimakan masa.

4. Peran pendidikan kesehatan dalam faktor hereditas: orang tua khususnya ibu merupakan faktor yang sangat penting dalam mewariskan suatu status kesehatan bagi anak-anak mereka. Orang tua yang sehat dan gizinya dalam status baik akan mewariskan kesehatan yang baik pula pada anak mereka, dan sebaliknya. Oleh karena itu, pendidikan kesehatan diperlukan agar masyarakat menyadari dan melakukan hal-hal yang mampu membuat mereka mewariskan status kesehatan yang baik untuk keturunan mereka.

c. Ruang Lingkup

1. Berdasarkan dimensi sasaran pendidikannya:

- a. Pendidikan kesehatan kelompok, dengan sasaran kelompok.
 - b. Pendidikan kesehatan masyarakat, dengan sasaran masyarakat luas.
2. Berdasarkan dimensi tempat pelaksanaannya:
- a. Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid.
 - b. Pendidikan kesehatan di rumah sakit, dengan sasaran pasien dan keluarga pasien, di Puskesmas dan sebagainya.
 - c. Pendidikan kesehatan di tempat kerja, dengan sasaran buruh atau karyawan di tempat kerja bersangkutan.
3. Berdasarkan dimensi tingkat pelayanannya:
- a. Promosi kesehatan.
 - b. Perlindungan khusus.
 - c. Diagnosa dan pengobatan dini.
 - d. Pembatasan kecacatan.
 - e. Rehabilitasi.

3. Definisi Serta Manfaat Upaya Promotif Dan Preventif

Upaya promotif dan preventif, juga dikenal sebagai upaya pencegahan, didefinisikan oleh Leavell dan Clark sebagai segala macam tindakan yang dilakukan secara langsung atau tidak langsung untuk

mencegah masalah kesehatan atau penyakit. Strategi pencegahan mencakup perilaku menghindar dan difokuskan pada penyakit atau masalah kesehatan tertentu. Keuntungan dari tindakan promosi dan preventif adalah sebagai berikut:

- a. Menurunkan angka kesakitan.
- b. Meningkatkan proporsi kasus yang terdeteksi dini.
- c. Menurunkan kejadian komplikasi.
- d. Meningkatkan kualitas hidup.

4. Pencegahan Penyakit (Usaha Preventif)

Secara garis besar usaha-usaha kesehatan dapat dibagi menjadi 3 golongan, yaitu sebagai berikut:

- a. Usaha pencegahan (usaha preventif).
- b. Usaha pengobatan (usaha kuratif).
- c. Usaha rehabilitasi (usaha rehabilitatif).

Menurut ketiga model usaha tersebut, fokus utamanya adalah pada usaha pencegahan penyakit karena akan memberikan hasil yang lebih baik dan biaya yang lebih murah daripada usaha pengobatan dan rehabilitasi.

5. Peran Bidan Dalam Tingkatan Upaya Promotif Dan Preventif

Kunci untuk mengatasi masalah kesehatan dalam keluarga dan masyarakat, khususnya kesehatan

reproduksi, adalah dengan mempromosikan dan mencegah kesehatan. Upaya pencegahan dipecah menjadi tingkatan-tingkatan berikut oleh Leavell dan Clark dalam bukunya “*Preventive Medicine for the Doctor in His Community*”:

A. Peran Bidan Pada Masa Sebelum Sakit (Prepatogenesis)

1. Promosi kesehatan (health promotion):
 - a. Karena nutrisi dan penyakit berhubungan langsung, promosi kesehatan harus fokus pada penyediaan makanan yang cukup baik dalam jumlah maupun kualitas.
 - b. Promosi kesehatan dalam kaitannya dengan perbaikan kebersihan dan sanitasi lingkungan, seperti penyediaan air bersih rumah tangga dan peningkatan proses pembuangan limbah.
 - c. Meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat, seperti pelayanan Keluarga Berencana (KB), remaja yang terkena penyakit menular akibat seks bebas, dan pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja yang hamil sebelum menikah.
2. Pendidikan kesehatan pada masyarakat:
 - a. Penyuluhan perorangan dan komunitas tentang konsumsi makanan sehat.

- b. Penyuluhan dan inisiatif untuk meningkatkan kebersihan lingkungan dengan melibatkan otoritas lokal dan masyarakat umum.
 - c. Seluruh rangkaian pelayanan kesehatan untuk masyarakat, keluarga, dan masyarakat, berdasarkan Undang-Undang Nomor 44 Pasal 1 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, meliputi pelayanan promotif (pendidikan kesehatan), preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
3. Perlindungan khusus (specific protection)
- a. Memvaksinasi bayi baru lahir dan anak kecil serta mendidik masyarakat umum tentang pentingnya nilai vaksinasi.
 - b. Memberikan penyuluhan tentang cara menggunakan kondom dan kontrasepsi untuk melindungi dari Penyakit Menular Seksual (PMS).

B. Peran Bidan Pada Masa Saat Sakit (Patogenesis)

- 1. Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*)
 - a. Terapkan program pemeriksaan gratis di daerah pedesaan dengan bantuan otoritas lokal dan profesional kesehatan lainnya
 - b. Sebarkan kesadaran akan nilai diagnosis dini.

- c. Jalankan program untuk IVA dan *pap smear test*.
 - d. Mengedukasi masyarakat khususnya wanita untuk melakukan “SADARI (Pemeriksaan Payudara Sendiri)”
 - e. Segera setelah diketahui bahwa pasien memiliki kondisi atau komplikasi yang serius, segera rujuk atau tangani mereka.
2. Pembatasan kecacatan (disability limitation)
 - a. Pengobatan dan perawatan diberikan agar pasien sembuh dan tidak menimbulkan komplikasi.
 - b. Menghindari komplikasi dan kecacatan.
 - c. Meningkatkan fasilitas kesehatan dengan bantuan penduduk setempat untuk mendukung potensi pengobatan dan perawatan yang lebih intensif.

C. Peran Bidan Pada Masa Rehabilitasi (Rehabilitation)

1. Rehabilitasi merupakan strategi guna mengintegrasikan kembali bekas penderita ke dalam masyarakat sehingga mereka dapat kembali berperan sebagai kontributor bagi diri mereka sendiri dan masyarakat pada umumnya. Rehabilitasi meliputi vokasional sosial

(menduduki pekerjaan atau posisi dalam masyarakat dengan kemampuan kerja maksimal berdasarkan bakat dan kelemahan), mental (menyesuaikan diri dalam interaksi pribadi atau sosial dengan sukses), fisik (memperoleh perbaikan fisik semaksimal mungkin), dan estetika (mengembangkan rasa keindahan). Selama tahap rehabilitasi ini, tugas bidan adalah sebagai berikut:

- a. Ciptakan kesadaran di antara individu untuk menyambut bekas penderita dengan menawarkan dukungan moral, jika hanya untuk bertahan hidup.
- b. Mengusahakan kesepakatan rehabilitasi sosial agar setiap penyandang disabilitas dapat mempertahankan diri.
- c. Penyuluhan dan dukungan berkelanjutan harus diberikan setelah bekas penderita sembuh.
- d. Memberikan konseling kepada penyandang disabilitas agar mereka tetap termotivasi untuk kembali sehat.
- e. Meningkatkan rasa percaya diri dalam penyembuhan dan bersosialisasi dengan masyarakat serta memberikan penyuluhan kepada masyarakat agar dapat menerima penderita sebagai manusia normal.

- f. Sebarkan kesadaran kesehatan untuk melindungi bekas penderita dari penyakit yang menimbulkan risiko bagi kesejahteraan mereka.

C. Program Peningkatan Status Kesehatan Wanita

Sebelum Kehamilan

1. Keluarga Berencana

- a. Penundaan usia kehamilan pertama (rekomen-dasi: hamil di atas usia 18 tahun).
- b. Peningkatan jarak kehamilan (rekomen-dasi: lebih dari dua tahun).

2. Nutrisi Prakonsepsi

- a. Peningkatan status nutrisi (rekomen-dasi: berat badan sebelum kehamilan lebih dari 41 kg).
- b. Kecukupan gizi mikronutrien (rekomen-dasi: terutama asam folat dan zat besi).
- c. Kecukupan mikronutrium (rekomen-dasi: yodium).

3. Pencegahan Infeksi Dan Pengobatan Pada Wanita Usia Reproduksi

- a. Pencegahan infeksi HIV dan Penyakit Menular Seksual/ PMS terutama pada remaja.
- b. Pengobatan Penyakit Menular Seksual/ PMS.
- c. Pemberian imunisasi khususnya tetanus.
- d. Pemberian imunisasi khusus seperti rubella.

4. Peningkatan Status Wanita Dan Pendidikan

- a. Peningkatan pendidikan untuk mengurangi buta huruf.
- b. Pemberdayaan wanita dalam keluarga sebagai pembuat keputusan khususnya mengenai kesehatan wanita.
- c. Peningkatan akses wanita dalam keuangan/ekonomi.
- d. Pencegahan sunat wanita (*female genital cutting*) dan kekerasan terhadap wanita.

D. PROGRAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN WANITA MELALUI PEMELIHARAAN KESEHATAN SELAMA KEHAMILAN

1. Kehamilan Trimester I (1-13 Minggu)

No.	Daftar Masalah Umum	Fisiologi	Intervensi
1.	Perubahan payudara, adanya sensasi baru seperti nyeri, perasaan geli.	Hipertropi jaringan pada glandula mammae dan peningkatan vaskularisasi; pigmentasi, penambahan ukuran serta penonjolan pada area puting susu dan areola.	Pakai bra yang menyangga dan tidak elastis. Cuci dengan air hangat, kemudian lap kering.
2.	Urgensi dan peningkatan frekuensi berkemih.	Vascular engorgement dan perubahan fungsi kandung kemih yang disebabkan oleh hormon.	Melakukan senam kegel. Membatasi asupan cairan sebelum tidur.

		Kapasitas kandung kemih berkurang karena pembesaran uterus.	Jika diperlukan, kenakan diapers. Menenangkan hati. Rujukan ke dokter apabila disertai nyeri atau sensasi panas.
3.	Kurang energi, kelelahan.	Tidak dapat dijelaskan; kemungkinan oleh pengaruh peningkatan hormon estrogen, progesteron, Human chorionic conadotropin (hCG), atau peningkatan Basal Metabolic Rate (BMR); respon fisiologis kehamilan.	Istirahat. Menenangkan diri. Keseimbangan diet untuk mencegah anemia.
4.	Nausea (mual) dan vomiting (muntah); morning sickness (mual-muntah yang sering terjadi di pagi hari) terjadi pada 50-70% ibu hamil; dapat diikuti dengan perasaan tidak enak pada mulut.	Penyebab tidak diketahui, kemungkinan oleh Human chorionic conadotropin (hCG), psikologis, reflek kebahagiaan atau ambivalen terhadap kehamilan.	Hindari keadaan perut kosong atau terisi secara berlebihan. Pertahankan sikap tubuh yang baik. Berikan ruang kosong dalam perut. Berhenti merokok. Konsumsi makanan yang mengandung karbohidrat kering dan upayakan tetap berada di atas tempat tidur sampai merasa lebih baik.
5.	Ptialisme (produksi saliva yang berlebihan)	Kemungkinan akibat hormon estrogen dan	Gunakan pencuci mulut yang

	berpotensi terjadi sejak 2-3 minggu setelah pertama tidak mendapat haid.	keengganan menelan karena rasa mual.	mengandung penyegar. Mengunyah permen karet dan menghisap permen.
6.	Ginggivitis/ radang gusi dan epuli/ tumor atau benjolan yang tumbuh pada gusi (hyperemia; hipertropi; perdarahan; dan pelunakan) keadaan menghilang secara spontan 1-2 bulan setelah melahirkan.	Peningkatan vaskularisasi dan proferasi terhadap jaringan konektif akibat stimulasi hormon estrogen.	Keseimbangan diet yang adekuat dan buah-buahan yang segar serta sayuran. Menggunakan sikat gigi halus; melakukan perawatan gigi dengan baik.
7.	Hidung tersumbat, epistaksis (mimisan).	Hyperemia membrane mukosa karena hormon estrogen yang tinggi.	Humidifikasi (menghirup uap air panas untuk mengurangi sumbatan hidung). Menghindari trauma. Membersihkan dengan cairan normal salin.
8.	Leukorea (keputihan), sering ditemukan pada kekeruhan kehamilan.	Stimulan serviks secara hormonal menjadi hipertropi dan hiperaktif. Produksi mukus dalam jumlah yang berlebihan.	Tidak dapat dicegah; jangan menyemprot saat membersihkan. Menjaga kebersihan yang baik. Menggunakan pembalut. Rujuk ke dokter apabila disertai rasa gatal, bau busuk, atau terjadi perubahan jenis dan warna.

9.	Dinamika psikososial; perasaan labil dan tidak menentu.	Adaptasi hormonal dan metabolik; perasaan mengenai peran wanita; seksualitas; waktu kehamilan; dan jarak perubahan dalam satu kehidupan dan gaya hidup.	Dukung pasangan dan jelaskan perubahan yang terjadi adalah hal yang normal dan perlu diterima. Peningkatan komunikasi pasangan, keluarga dan teman dekat.
----	---------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber: (Kusmiran, 2014; dilengkapi dan dimodifikasi oleh penulis).

2. Kehamilan Trimester II (14-26 Minggu)

No.	Daftar Masalah Umum	Fisiologi	Intervensi
1.	Peningkatan pigmentasi, jerawat, kulit berminyak.	Melanosis (kelainan pigmentasi yang ditandai dengan kelainan warna kulit akibat berkurang atau bertambahnya pertumbuhan pigmen melanin pada kulit), stimulasi hormon dari <i>pituitary anterior</i> .	Tidak dapat dicegah, biasanya menetap sampai masa nifas. Menenangkan hati ibu dan keluarga.
2.	<i>Spider nevi/ telangiectasia</i> (pembuluh darah yang melebar atau pecah yang terletak di dekat permukaan kulit atau selaput lendir), terlihat selama TM II/ III pada leher, toraks, wajah dan lengan.	Perubahan konsentrasi hormon estrogen.	Tidak dapat dicegah. Memberitahukan bahwa akan perlahan menghilang selama masa nifas, namun tidak dapat hilang sepenuhnya.

3.	Eritema (bercak kemerahan pada kulit) pada telapak tangan terjadi pada $\pm 50\%$ wanita hamil yang menyertai <i>spider nevi</i> .	Faktor predisposisi genetik dan hiperestrogen menimbulkan bercak kemerahan menyebar pada area tangan dan ujung jari menutupi kulit secara berlebihan.	Tidak dapat dicegah. Menjelaskan bahwa kondisi tersebut akan hilang dalam waktu satu minggu setelah melahirkan.
4.	<i>Pruritus</i> / sensasi gatal (non-inflamasi).	Tidak diketahui sebabnya.	Menjaga kebersihan kuku dan upayakan tetap pendek. Mandi dengan sodium bikarbonat/ minyak untuk mengganti sabun mandi.
5.	<i>Palpitasi</i> (sensasi jantung berdegup kencang).	Tidak diketahui, kemungkinan terjadi perubahan kardiovaskular.	Menjaga ketenangan. Rujuk ke dokter apabila disertai gejala serangan jantung.
6.	Hipotensi supinasi (sindrom aorta-vena kava) dan bradiakardia (denyut jantung lebih lambat dari normal).	Adanya tekanan pada uterus atas vena kava asenden saat posisi terlentang yang mengakibatkan kurangnya aliran darah dari uterus ke plasenta dan perfusi renal.	Posisi miring atau setengah duduk dengan leher sedikit fleksi.
7.	Pusing dan sinkop/ penurunan kesadaran (hipotensi ortostatik) yang menetap selama hamil.	Labilitas vasomotor atau postural hipotensi dari hormone, pada kehamilan terakhir mungkin disebabkan oleh vena yang statis pada ekstremitas bawah.	Melakukan latihan ringan, napas dalam, sering menggerakkan kaki. Menghindari perubahan posisi yang mendadak. Menghindari tempat panas,

			<p> penuh sesak, bergerak pelan-pelan dan menjaga lingkungan yang dingin. Mengonsumsi makanan 5-6 kali sehari dengan porsi kecil. Menggunakan kaos kaki elastis. Duduk sesuai kebutuhan. Apabila ada gejala-gejala serius rujuk ke dokter. </p>
8.	Makanan kesukaan.	<p> Penyebabnya tidak diketahui, terpengaruh oleh faktor geografis dan budaya. </p>	<p> Tidak dapat dicegah. Memenuhi keinginan, kecuali hal tersebut mengganggu keseimbangan diet. Konsultasikan “<i>ngidam</i>” yang tidak dapat dipenuhi kepada dokter. </p>
9.	<p> Sensasi terbakar di dada bagian bawah atau perut bagian atas, terkadang disertai dengan sendawa dan sedikit cairan yang keluar, dikenal sebagai rasa panas dalam perut </p>	<p> Progesteron merelaksasi sfingter jantung, memperlambat buang air besar, dan mengurangi motilitas saluran pencernaan. Ini juga membalikkan gerak peristaltik, menggerakkan isi perut ke atas dan menekannya dengan </p>	<p> Membatasi/ menghindari produksi gas/ makanan berlemak, dan makan banyak. Mempertahankan sikap yang baik. Minum susu, teh, makan cemilan, untuk minum dan makan </p>

	(<i>pyrosis acid indigestion</i>).	rahim yang membesar.	ringan sementara waktu. Dokter dapat memberikan antasida. Rujuk apabila ditemukan gejala-gejala menetap.
10.	Konstipasi (sulit BAB), terjadi pada $\pm 50\%$ pada ibu hamil.	Motilitas saluran pencernaan diperlambat oleh hormon progesteron, akibat peningkatan reabsorpsi air, pengeringan feses, tekanan intestinal karena uterus semakin membesar.	Minum sekurang-kurangnya enam gelas sehari. Menerapkan diet berserat. Melakukan latihan ringan, jadwal tetap untuk gerakan <i>bowel</i> , gerakan teknik relaksasi dan panas dalam. Hindari penggunaan pelunak, laksatif, atau obat tanpa resep.
11.	Kembung dan bersendawa.	Berkurangnya motilitas saluran pencernaan, peran hormon memberikan peluang bakteri untuk menghasilkan gas; menelan udara.	Mengunyah makanan pelan-pelan dan sempurna. Menghindari makanan yang mengandung gas, makanan berlemak, banyak makan. Melakukan latihan <i>bowel</i> .
12.	Varises vena yang diikuti sakit kaki dan kelemahan dapat menetap pada kaki dan	Predisposisi hereditas; relaksasi otot halus dinding vena karena hormon yang menyebabkan <i>vasocongestion</i>	Menghindari kegemukan. Menghindari berdiri/ duduk terlalu lama, menggunakan

	vulva-hemoroid adalah varises perianal.	<i>pelvic</i> ; kondisi ini diperberat oleh karena pembesaran uterus, hamil dan gerakan <i>bowel</i> usus ke bawah, sumbatan varises kaki jarang terjadi namun mungkin saja dapat terjadi yang disebabkan karena hemoroid.	pakaian ketat, dan konstipasi. Melakukan latihan ringan. Mengistirahatkan kaki dan pinggul elavasi/ diturunkan. Menggunakan stoking khusus untuk mengurangi thrombosis hemoroid. Mengurangi pembengkakan dan nyeri dengan mandi air hangat. Menggunakan kompres lokal untuk mengecilkan hemoroid.
13.	Sakit kepala (minggu ke-26 kehamilan).	Ketegangan emosional (pada umumnya lebih dari <i>vascular migraines headache</i>), nyeri mata (kelainan refraksi), <i>vascular encogement</i> dan sumbatan sinus dari stimulasi hormon.	Dukungan emosi. Pendidikan kesehatan prenatal. Melakukan releksasi. Rujuk ke dokter untuk kasus sakit kepala berat dan menetap setelah mengkaji hipotensi.
14.	<i>Carpal Tunnel Syndrome</i> (CTS)/ sensasi kesemutan dan mati rasa (antara ibu jari, jari kedua dan ketiga serta sisi	Tekanan pada saraf median karena perubahan jaringan yang mengelilinginya, nyeri, mati rasa, rasa gatal panas, kehilangan kemampuan gerak	Tidak dapat dicegah. Rasa <i>baal</i> pada tangan dapat dipijat apabila diperlukan dan membantu mengurangi keluhan.

	<i>lateral</i> jari kelingking).	(mengetik), menjatuhkan benda.	Pembedahan dapat menyebabkan risiko $\pm 1\%$ terhadap sindrom simpaletis.
15.	Mati rasa secara periodik; jari terasa gatal (<i>acrodysesthesia</i>) terjadi pada $\pm 5\%$ ibu hamil.	Sindrom traksi fleksus brakialis terasa berat pada bahu selama hamil (khususnya pada malam dan pagi hari).	Mengatur posisi yang baik. Memakai bra yang mendukung payudara.
16.	Nyeri pada sekitar ligament (kelemahan)	Ligament yang menciut atau tertekan (disebabkan oleh pembesaran uterus).	Tidak dapat dicegah. Menganjurkan untuk istirahat. Menerapkan mekanisme badan yang baik untuk menghindari tekanan pada ligament yang berlebihan. Menghilangkan kram dengan berjongkok atau mengangkat lutut ke dada.
17.	Nyeri sendi, pinggang dan tekanan pada pelvis, hipermobilitas sendi.	Releksasi sendi simfisis dan sakroiliaka karena hormonal, akibat pelvis tidak stabil, lengkung <i>cervicothoracis</i> dan lumbar yang berlebihan karena perubahan pada pusat gravitasi dari pembesaran perut.	Menggunakan korset kehamilan. Mempertahankan posisi postur dan mekanisme badan yang baik. Menghindari kepenatan. Memakai sepatu hak pendek. Releksasi. Tidur pada kasur yang rata.

			Menggosok bagian punggung secara perlahan. Melakukan latihan menggoyang pelvis. Istirahat. Beritahukan kondisi tersebut akan hilang pada 6-8 minggu setelah hal ini dirasakan.
--	--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber: (Kusmiran, 2014; dilengkapi dan dimodifikasi oleh penulis).

3. Kehamilan Trimester III (27-40 Minggu)

No.	Daftar Masalah Umum	Fisiologi	Intervensi
1.	Napas pendek serta sesak napas, terjadi pada $\pm 60\%$ ibu hamil.	Ekspansi diafragma dibatasi akibat pembesaran uterus, diafragma naik 4 cm.	Atur posisi yang baik. Gunakan bantal ekstra pada saat tidur. Hindari beban yang berlebihan pada area perut. Berhenti merokok. Segera rujuk apabila gejala bertambah berat untuk mengatasi anemis, emfisema dan asma.

2.	Insomnia/ masalah atau gangguan sulit tidur, terjadi pada minggu-minggu terakhir kehamilan.	Akibat adanya gerakan janin, sering berkemih, adanya kram otot, napas pendek atau sesak, dan ketidaknyamanan lainnya.	Menenangkan hati, relaksasi, <i>massage</i> atau memijat punggung. Menyangga badan dengan bantal. Minum susu hangat atau mandi air hangat sebelum tidur.
3.	Respon psikososial, perasaan labil, kacau dan cemas.	Adaptasi hormonal dan metabolik, perasaan cemas dalam menghadapi persiapan persalinan dan bertanggungjawab dengan peran baru menjadi orang tua.	Menenangkan hati. Perlu dorongan dari orang terdekat dan berarti. Memperbaiki komunikasi dengan pasangan, keluarga dan teman terdekat.
4.	Sering miksi/ BAK.	<i>Vascular engogement</i> dan berubahnya fungsi kandung kemih karena hormon, kapasitas kandung kemih yang menurun akibat terjadinya pembesaran uterus dan bagian presentasi rahim.	Melakukan latihan kegel. Membatasi asupan cairan sebelum tidur. Menenangkan hati. Bila diperlukan, kenakan <i>diapers</i> . Apabila terdapat nyeri dan sensasi panas tak terkendali segera bawa ke fasilitas kesehatan (rujuk).
5.	Ketidaknyamanan yang dirasakan pada masa perinatal.	Terdapat tekanan akibat adanya pembesaran uterus, trauma ketika berdiri dan berjalan, hamil ganda.	Istirahat, releksasi dan menjaga sikap tubuh yang baik. Menggunakan korset.
6.	Kontraksi <i>Braxton-Hicks</i> /	Intensifikasi kontraksi uterus	Menenangkan hati. Istirahat.

	kontraksi palsu (kontraksi tidak teratur dan rasa nyeri hilang timbul yang dialami oleh ibu hamil).	untuk persiapan persalinan.	Mengubah posisi. Melakukan teknik pernapasan.
7.	Kaki kram, terutama pada saat ibu hamil dalam posisi berbaring.	Kondisi di mana terdapat tekanan pada saraf yang mempersarafi ekstremitas bawah akibat ekspansi uterus, berkurangnya pasokan kalsium dan faktor-faktor yang memberatkan termasuk kelelahan, sirkulasi perifer yang buruk, dan konsumsi susu lebih dari satu liter setiap hari.	Menyingkirkan bekuan darah dengan mengecek tanda <i>Homan's</i> (adanya nyeri betis pada saat dorsofleksi kaki dengan posisi lutut lurus). Melakukan pijatan dan pemanasan yang memengaruhi otot.

Sumber: (Kusmiran, 2014; dilengkapi dan dimodifikasi oleh penulis).

E. PROGRAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN WANITA MELALUI PELAYANAN KESEHATAN SELAMA KEHAMILAN

1. Perawatan Antenatal

- a. Peningkatan cakupan kunjungan antenatal.
- b. Peningkatan kualitas pelayanan antenatal.
- c. Penanganan terpadu hipertensi ibu hamil dan preeklamsia.

- d. Identifikasi dan penanganan risiko komplikasi dan kegawatdaruratan persalinan seperti kehamilan kembar dan malpresentasi.

2. Peningkatan Gizi Ibu Hamil

- a. Pemberian gizi tambahan zat besi dan asam folat pada semua ibu hamil.
- b. Pemberian tambahan energi protein.
- c. Pemberian tambahan yodium dan vitamin A.

3. Pencegahan Anemia

- a. Pencegahan anemia dengan pola diet yang baik, pemberian tambahan zat besi dan asam folat.
- b. Pengobatan malaria dan cacing tambang.
- c. Identifikasi gejala anemia sedang dan berat.

3. Pencegahan Dan Pengobatan Infeksi Pada Ibu Hamil

- a. Pengobatan Penyakit Menular Seksual/ PMS terutama sifilis dan gonorrhoea.
- b. Pengobatan malaria dan cacing tambang pada daerah endemik.
- c. Pemeriksaan dan konseling HIV/ AIDS.
- d. Pemberian imunisasi Tetanus Toksoid (TT) pada semua ibu hamil.

4. Pendidikan Keluarga Berencana (KB)

- a. Pendidikan kesehatan kepada wanita, keluarga dan masyarakat mengenai tanda bahaya bagi ibu hamil dan Bayi Baru Lahir (BBL).

- b. Pemberdayaan wanita untuk menentukan penolong persalinan dan menjamin kebersihan alat.
- c. Mendorong ibu, ayah dan keluarga untuk mempersiapkan transportasi saat persalinan dan komplikasi BBL.
- d. Identifikasi masalah transportasi dengan pemberdayaan masyarakat.
- e. Pendidikan kesehatan mengenai perawatan BBL khususnya pemberian ASI Eksklusif dan pencegahan praktik tradisional yang membahayakan.
- f. Konseling kepada ibu dengan HIV positif untuk pencegahan penularan kepada bayi meliputi risiko transmisi melalui pemberian ASI.

F. PROGRAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN WANITA MELALUI PERTOLONGAN PERSALINAN

Pelayanan kesehatan selama proses persalinan merupakan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan professional dan perawatan kegawatdaruratan persalinan.

1. Penolong Persalinan Oleh Tenaga Kesehatan

- a. Memonitor persalinan menggunakan lembar partograf.
- b. Menjamin persalinan yang bersih.

- c. Penanganan segera terhadap tanda bahaya bagi ibu dan bayi termasuk penanganan kegawatdaruratan.
 - d. Persiapan perawatan resusitasi.
 - e. Fokus perawatan berdasar keluarga.
2. Perawatan Kegawatdaruratan Persalinan
- a. Identifikasi tanda bahaya.
 - b. Memfasilitasi pelayanan kegawatdaruratan.
 - c. Peningkatan kualitas pelayanan.
 - d. Penggunaan standar pelayanan.
 - e. Pelatihan dan pengawasan staf untuk tindakan operasi Sectio Caesaria (SC).
 - f. Ketersediaan obat dan peralatan.
 - g. Ketersediaan labu darah yang aman.

G. PROGRAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN WANITA MELALUI PELAYANAN KESEHATAN MASA NIFAS DAN PASCA PERSALINAN

Pelayanan kesehatan pasca persalinan pada ibu dan pelayanan kesehatan Bayi Baru Lahir (BBL) meliputi pelayanan dasar dan kegawatdaruratan. Pelayanan kesehatan pasca persalinan melibatkan kerjasama dengan para tenaga kesehatan komunitas yang meliputi: waktu pelayanan, jenis pelayanan, dan upaya penurunan keterlambatan akses ke pelayanan kegawatdaruratan.

1. Waktu Perawatan Rutin

- a. Monitor ibu dan bayi sekurang-kurangnya 24 jam setelah persalinan.
- b. Jadwal kunjungan 6-12 jam setelah persalinan, 6 hari dan 4-6 minggu setelah persalinan disesuaikan dengan program pelayanan.

2. Jenis Pelayanan

- a. Pemberian dukungan terhadap ibu dan keluarga khususnya mengenai proses menyusui.
- b. Pemberian informasi mengenai deteksi dini adanya komplikasi dan mekanisme rujukan.
- c. Pemberian vitamin A, dosis 200.000 IU kepada ibu.
- d. Pemberian konseling Keluarga Berencana (KB).
- e. Pemberian imunisasi pada bayi dan pemberian informasi mengenai perawatan BBL.

3. Penurunan Keterlambatan Akses Ke Pelayanan Kegawatdaruratan

- a. Pemberian informasi kepada ibu, keluarga dan masyarakat.
- b. Pemberian informasi mengenai pentingnya kesegeraan untuk merujuk ibu atau bayi apabila ditemukan adanya tanda bahaya.
- c. Pemberian informasi mengenai pentingnya alat transportasi.

- d. Peningkatan kualitas pelayanan, meliputi: standar pelayanan, tenaga kesehatan professional, ketersediaan obat, peralatan dan labu darah.

H. PROGRAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN WANITA MELALUI TINDAKAN RUJUKAN

Upaya deteksi dini dan penanganan pada ibu hamil berisiko atau yang memiliki komplikasi kebidanan perlu lebih ditingkatkan baik di tingkat fasilitas pelayanan KIA maupun di masyarakat. Berikut merupakan contoh kasus rujukan antara lain sebagai berikut:

1. Kadar Hemoglobin (Hb) < 8 gr%.
2. Tekanan darah tinggi (systole > 140 mmHg, diastole > 90 mmHg).
3. Edema nyata.
4. Eklampsia.
5. Perdarahan pervaginam.
6. Ketuban pecah dini.
7. Letak lintang pada usia kehamilan > 32 minggu.
8. Letak sungsang pada primigravida.
9. Infeksi berat/ sepsis, persalinan prematur.

DAFTAR PUSTAKA

- Jannah, N., & Rahayu, S. (2020). *Kesehatan Reproduksi & Keluarga Berencana*. Jakarta: EGC.
- Kemendes RI. (2020). *Rencana Aksi Kegiatan Direktorat Kesehatan Keluarga Tahun 2020-2024*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemendes RI. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kusmiran, E. (2014). *Kesehatan Reproduksi dan Wanita*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mardiani, N. (2020). *Kesehatan Reproduksi & KB*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Marmi. (2015). *Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Maryanti, D., & Septikasari, M. (2017). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Teori Dan Praktikum*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nelwan, J. E. (2019). *Epidemiologi Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Purwoastuti, E., & Walyani, E. S. (2015). Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Rosyida, D. A. C. (2020). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja Dan Wanita*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.

- Rusmini., Purwandani, S., Utami, V. N., & Faizah, S. N. (2017).
*Pelayanan KB Dan Kesehatan Reproduksi Berbasis
Evidence Based*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Sibagariang, E. E. (2016). *Kesehatan Reproduksi Wanita (Edisi
Revisi)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

PROFIL PENULIS



Juwita Desri Ayu, S.Tr.Keb., M.Keb.

Penulis dilahirkan di Jakarta, pada 20 Desember 1996. Setelah menyelesaikan pendidikan dasar dan menengah di Kota Lampung, penulis memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan (Amd.Keb.), serta Sarjana Terapan Kebidanan (S.Tr.Keb.) dari Program Studi DIII dan DIV Kebidanan, Fakultas Kesehatan - Universitas Aisyah Pringsewu (UAP), Lampung pada tahun 2017 dan tahun 2018. Selanjutnya, penulis memperoleh gelar Magister Kebidanan (M.Keb.) dari Program Studi Magister Kebidanan, Fakultas Kedokteran - Universitas Padjadjaran (UNPAD), Bandung pada tahun 2021. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen dengan tugas tambahan sebagai Gugus Kendali Mutu (GKM) di Program Studi DIII Kebidanan, Fakultas Kesehatan - Universitas Aisyah Pringsewu (UAP), Lampung. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, mengikuti pelatihan dan *workshop*, konferensi pemuda (tingkat nasional dan internasional), serta menulis beberapa buku. Semoga kajian ilmu pengetahuan serta pengalaman yang disampaikan oleh penulis melalui buku ini dapat bermanfaat dan digunakan sebagaimana mestinya, serta dapat mewedahi minat para pembaca dan menghadirkan kemaslahatan yang berdampak positif bagi masyarakat secara umum, serta dapat dijadikan sebagai salah satu sumber informasi bagi tenaga kesehatan, para cendekiawan yang sedang menempuh pendidikan

dibidang kesehatan secara khusus. Email Penulis:
jdesriayu@gmail.com

BAB 5 DIMENSI SOSIAL WANITA DAN PERMASALAHANNYA

**Ns. Fatikhah, M.Kep
Universitan Muhammadiyah Kendal Batang**

Pada bagian ini, kita akan mempelajari mengenai dimensi sosial Wanita dan permasalahannya. Dari permasalahan yang terjadi kita akan belajar memahami dan mencari solusi pencegahannya.

A. PENGERTIAN SOSIAL

Sosial memiliki beberapa pengertian, Sosial berasal dari Bahasa latin, “socil” artinya sekutu, istilah tersebut erat hubungannya dengan kehidupan manusia dalam masyarakat, misalnya sifat yang mengarah pada rasa empati terhadap orang lain. Pengertian sosial dapat didefinisikan sebagai rangkaian norma, moral, nilai dan aturan yang bersumber dari budaya masyarakat dan dipakai sebagai acuan dalam interaksi antar manusia dalam suatu komunitas.

Kamus Besar Bahasa Indonesia mendefinisikan sosial adalah semua hal yang berkenaan dengan masyarakat atau sifat-sifat kemasyarakatan yang memperhatikan kepentingan umum.

B. STATUS SOSIAL WANITA

Menurut kamus Bahasa Indonesia, status adalah keadaan atau kedudukan orang dalam hubungan dengan masyarakat di sekelilingnya. Sedangkan sosial merupakan sifat-sifat kemasyarakatan yang memperhatikan kepentingan umum.

Prawiro (2019) istilah sosial memiliki beberapa pengertian yang merujuk pada sikap, orientasi atau perilaku yang mempertimbangkan kepentingan, niat atau kebutuhan orang lain. Sehingga sosial dapat didefinisikan sebagai rangkaian norma, moral, nilai dan aturan yang bersumber dari budaya masyarakat dan dipakai sebazgai acuan dalam interaksi antar manusia dalam komunitas.

Soekanto (2006) mendefinisikan status sosial atau kedudukan sosial adalah tempat seseorang secara umum dalam masyarakat sehubungan dengan orang lain, dalam arti lingkungan pergaulannya, prestisnya, dan hak-hak serta kewajiban-kewajibannya.

Dari beberapa definisi dapat disimpulkan bahwa status sosial berarti posisi atau kedudukan seseorang dalam masyarakat yang menyangkut dengan pergaulan, prestise, hak dan kewajibannya dengan orang lain. Orang yang memiliki status sosial yang tinggi akan ditempatkan lebih tinggi dibandingkan dengan orang yang memiliki status sosial yang lebih rendah dalam struktur masyarakat. Status

sosial Wanita adalah kedudukan Wanita yang berada di lingkungan masyarakat.

1. Faktor-faktor yang mempengaruhi status sosial Wanita

Posisi atau Status sosial Wanita dilingkungan masyarakat dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adalah sebagai berikut.

a. Struktur Keluarga

Rendahnya kedudukan perempuan dalam keluarga terutama budaya yang menganut paham patriaka. Paham patriaka menonjolkan pria sebagai orang yang berkuasa dalam rumah tangga, sehingga tidak jarang perempuan dalam mengambil keputusan penting, bahkan untuk dirinya sendiri lebih diserahkan kepada pria (suami), bapak dan keluarga.

b. Kemiskinan

Rendahnya kedudukan perempuan dalam keluarga, ditambah tingginya angka kemiskinan dapat berpengaruh terhadap status Wankondisi ini tergambar dari banyaknya Wanita yang terpaksa menikah di usia muda karena orang tua mendorong untuk cepat menikah agar terlepas dari beban ekonomi . Disisi lain, status nutrisi sangat penting bagi wanita untuk proses reproduksi, namun dampak kemiskinan menyebabkan pemenuhan nutriisi sehari-hari. Wanita sering tidak mendapatkan makanan yang cukup, atau makanan

yang bergizi, karena lebih mengutamakan bapa, suami atau saudara pria daripada kaum wanita.

c. Rendahnya tingkat Pendidikan Wanita dari pria.

Kesempatan untuk sekolah bergantung dari kemampuan keluarga untuk membiayainya. Kemiskinan dapat mempengaruhi Pendidikan Wanita, karena dalam situasi yang sulit ini, biasanya keluarga lebih memprioritaskan Pendidikan bagi anak pria lebih diutamakan, karena pria sebagai pencari nafkah (Zulkarnaini, 2002). Keluarga kurang mendukung pengembangan karir Wanita. Disisi lain, pandangan masyarakat terhadap Pendidikan Wanita sangat merugikan, karena masyarakat Pendidikan tinggi bagi Wanita tidak menguntungkan. Masyarakat beranggapan makin tinggi Pendidikan Wanita makin sulit mendapatkan jodoh. Kondisi ini yang menyebabkan semakin sulit bagi Wanita untuk mendapatkan kesempatan mendapatkan Pendidikan yang lebih tinggi. Dampak yang terjadi pada Wanita adalah tidak mampu mengambil sebuah keputusan yang baik bagi dirinya dan keluarga, termasuk yang berkaitan dengan status kesehatan reproduksinya.

d. Norma sosial dan budaya masyarakat.

e. Menurut kondisi normatif, pria dan Wanita mempunyai status atau kedudukan dan peranan yang sama, namun

dari data objektif, di masyarakat Wanita mengalami ketertinggalan yang lebih besar daripada pria dalam berbagai bidang kehidupan dan pembangunan. Kondisi ini tidak lain karena norma sosial budaya. Norma sosial dan budaya di masyarakat masih berlaku Wanita sebagai ibu rumah tangga dan melakukan pekerjaannya untuk urusan rumah tangga, sedangkan kedudukan pria sebagai kepala keluarga dan berstatus pencari nafkah (Kartono, 2007).

2. Dampak status wanita dengan status sosial yang rendah

Dengan status Wanita yang rendah akan berdampak pada beberapa aspek.

a. Kehidupan sosial

Dampak sosial yang terjadi antara lain kehidupan Wanita terbelenggu, suara dan kepentingan Wanita kurang terwakili sehingga Wanita sering potensi untuk berkembang terbelenggu karena harus mengalah

b. Hambatan memperoleh pekerjaan

Status Wanita berdampak juga terhadap pekerjaan, wanita memiliki peran ganda sedangkan pembagian tugas dirumah belum ada pemerataan antara suami istri, ditempat pekerjaan juga masih ada diskriminasi upah yang minimal dibanding kaum pria.

c. Bidang Kesehatan

Tuntutan suami terhadap istri seperti menginginkan anak banyak, menginginkan anak laki-laki menyebabkan Wanita beresiko terhadap kejadian infeksi yang cukup tinggi, sedangkan perlindungan terhadap hukum masih lemah. Hal ini akan menyebabkan ancaman Kesehatan reproduksi cukup tinggi. Disisi lain kebutuhan bio, psiko sosial dan kultural kurang perhatian (Lubis, 2016).

3. Permasalahan yang berhubungan dengan status sosial wanita.

Secara umum permasalahan yang berhubungan dengan status Wanita yang muncul antara lain.

- a. Kedudukan Wanita di masyarakat yang masih rendah Struktur keluarga yang dianut Sebagian besar di Indonesia adalah garis Patriaka, dimana peran pria sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah sedangkan Wanita sebagai ibu rumah tangga. Posisi ini menempatkan Wanita lebih rendah dari posisi pria, sehingga status Wanita kurang menguntungkan. Saat Wanita berperan ganda, status Wanita harus bertarung, menghadapi persaingan dengan kaum pria dari segi Pendidikan dan pencurahan waktu ke sektor publik lebih luas. Selama struktur masyarakat masih

mempertahankan struktur patriaka, maka selama itu pula Wanita akan tetap menjadi warga kelas dua didalam kehidupan sosial masyarakat.

- b. Wanita memperoleh perlakuan yang tidak laya System masyarakat yang dianut berpengaruh dengan perlakuan terhadap kaum Wanita, biasanya perlakuan terhadap kaum wanita tidak sama dengan kaum pria. Wanita memiliki kekuasaan, sumber daya, kedudukan yang lebih lemah, baik dikeluarga maupun dimasyarakat. Kondisi ini menyebabkan:
 - i. kaum Wanita tidak mampu menjangkau pelayanan Kesehatan dan informasi Kesehatan yang penting;
 - ii. mendapatkan kesempatan Pendidikan lebih rendah dari kaum pria; serta
 - iii. tidak memiliki kendali atas hak menerima pelayanan Kesehatan yang mendasar.

Dari permasalahan umum tersebut, dapat dispesifikan beberapa permasalahan yang terjadi pada Wanita, disini akan diuraikan berbagai permasalahan, penyebab dan bagaimana solusi mengatasi permasalahan tersebut.

1. Kekerasan
 - a. Pengertian

Pengertian kekerasan dalam KUHP pasal 89 menyatakan bahwa kekerasan adalah mempergunakan tenaga atau kekuatan jasmani tidak kecil secara yang tidak sah, misalnya memukul dengan tangan atau dengan segala ancaman senjata, menepak, menendang dan sebagainya.

b. Bentuk Kekerasan

- i. Bentuk psikis seperti mencemooh, mencerca, menendang, melenggang, memaki, mengancam, melarang berhubungan dengan keluarga atau kawan dekat/ masyarakat, intimidasi, isolasi, melarang istri bekerja.
- ii. Kekerasan fisik antara lain memukul, membakar, menendang, melempar sesuatu. Menarik rambut, mencekik dan lain sebagainya.
- iii. Kekerasan ekonomi contohnya tidak memberi nafkah, memaksa pasangan untuk prostitusi, memaksa anak untuk mengemis, mengetatkan istri dalam keuangan tetapi istri tidak menginginkannya.
- iv. Kekerasan seksual seperti perkosaan, pemaksaan kehendak atau melakukan

penyerangan seksual, berhubungan seksual dengan istri tidak menghendaki.

c. Penyebab kekerasan

Beberapa penyebab kekerasan yang terjadi dalam keluarga antara lain adanya perselisihan tentang ekonomi, cemburu pada pasangan, perselingkuhan, adanya problem seksual (impoten, Firgid, hiperseks), pengaruh kebiasaan minuman alkohol, drugs abused, kehilangan pekerjaan (menganggur), dan lainnya.

d. Akibat Tindakan kekerasan

- 1) Kurang bersemangat atau kurang percaya diri.
- 2) Gangguan psikologis sampai timbul gangguan system dalam tubuh (Psikosomatik seperti cemas, tertekan, stress, anoreksia, insomnia, sering mimpi buruk, , jantung berdebar, keringat dingin, mual, gastritis, nyeri perut, pusing, nyeri kepala dan lainnya.
- 3) Ciedera ringan sampai berat seperti lecet, memar, luka,patah tulang, luka bakar, luka terkena benda tajam.

2. Perkosaan

a. Pengertian

Perkosaan adalah setiap Tindakan pria yang memasukkan penis, jari atau alat lainnya kedalam

vagina seorang Wanita tanpa persetujuannya. Dikatakan perkosaan bukan hanya bila seseorang disiksa, dipukul sampai pingsan atau ketika perempuan meronta, melawan, berupaya melarikana diri atau korban hendak bunuh diri, akan tetapi meskipun perempuan tidak melawan, apapun yang dilakukan perempuan, bila perbuatannya bukan keinginan perempuan termasuk tindakan perkosaan. Perkosaan bisa juga dilakukan oleh suami yang berhubungan seksual pada istrinya, sedangkan istrinya tidak menginginkan, apalagi bila disertai dengan tindakan kekerasan (Widyatun, 2012)

- b. Resiko Kesehatan pada korban pemerkosaan
- 1) Kehamilan
 - 2) Terjangkit infeksi menular seksual
 - 3) Cedera, robek dan sayatan, cekikan, memar bahkan sampai ancaman jiwa
 - 4) Hubungan seksual dengan suami mengalami gangguan , memerlukan waktu terbebas dari trauma ataupun merasa diri telah ternoda
 - 5) Gejala psikososial ringan hingga berat seperti menyalahkan diri sendiri, kondisi ini terjadi karena pandangan budaya biasanya menyalahkan perempuan, perasaan malas untuk bersosialisasi, merasa tidak berharga, cemas, merasa tidak

berdaya. Gejala psikologi ini bila tidak dikelola dengan baik akan menimbulkan komndisi yang semakin parah, seperti ketakutan yang luar biasa (Fobia). Respon psikologis ini tergantung dari tipe kepribadian seseorang, introfert ataukah ekstrofert, dukungan keluarga dan lingkungan, pengalaman menghadapi stress, koping mekanik

- 6) Ganggau psikosomatik, insomnia, gangguan tidur, noreksia, tidak nafsu makan, mual, muntah, sakit kepala, badan sakit dan lainnya.

c. Penatalaksanaan korban pemerkosaan

- 1) Memberikan asuhan pemenuhan kebutuhan psikologis, menumbuhkan kepercayaan diri bahwa hal ini terjadi bukan kesalahannya
- 2) Bersikap dengan baik, penuh perhatian, empatik, Menumbuhkan gairah hidup
- 3) Memberikan konseling dalam membuat keputusan, menghargai kemauannya untuk menjaga privasi dan keamanannya
- 4) Memberi asuhan untuk menangan gangguan kesehata yang muncul, mendampingi untuk periksa atau lapor pada polisi

3. Pelecehan seksual

a. Pengertian

Pelecehan seksual adalah segala bentuk perilaku maupun perkataan bermakna seksual yang berefek merendahkan martabat orang yang menjadi sasaran

- b. Bentuk pelecehan seksual
 - 1) Mengucapkan kata-kata yang jorok tentang tubuh Wanita
 - 2) Main mata, siul-siul nakal, isyarat jorok, sentuhan, rabaan, remasan, usapan, elusan, colekan, pelukan, ciuman pada bagian tubuh Wanita
 - 3) Menggodanya kearah hubungan seksual
 - 4) Pria memperlihatkan alat kelaminnya atau onani didepan Wanita
- d. Akibat pelecehan seksual terjadi gangguan psikologis, marah, mengumpat, tersinggung, dipermalukan, terhina, trauma sehingga takut keluar rumah, kondisi ini menyebabkan kehilangan gairah kerja, malas

4. Single Parent

- a. Pengertian
Single parent adalah keluarga yang mana hanya ada satu orang tua tunggal (hanya ayah atau ibu saja).
- b. Sebab-sebab terjadinya single parent
 - 1) Perceraian, kondisi ini terjadi karena adanya ketidak harmonisan dalam keluarga yang

disebabkan oleh perbedaan pendapat, perselisihan yang tidak ada jalan keluarnya, perselingkuhan, masalah ekonomi, , pekerjaan salah satu pasangannya, kurang komunikasi karena salah satu bekerja jauh, problem seksual dan banyak lagi yang dapat menimbulkan terjadinya perceraian

- 2) Orang tua meninggal .dengan berbagai penyebab kematian seperti kecelakaan, musibah bencana alam, keracunan, penyakit, pembunuhan dan lainnya.
- 3) Orang tua masuk penjara menyebabkan salah satu pasangannya tidak ada dalam waktu yang cukup lama, dan menyebabkan salah satu pasangannya harus menghidupi keluarganya. Penyebab seseorang masuk penjara bisa karena kriminalitas, seperti perampokan, pembunuhan, pencurian, pengedar narkoba, baik dalam bentuk pedate maupun pidana korupsi
- 4) Studi atau bekerja ke pulau lain atau negara lain Pendidikan atau bekerja pada salah satu pasangan di pulau atau negara lain, menyebabkan salah satu pasangannya harus tinggal sendiri dalam jangka waktu yang cukup lama. Hal ini menyebabkan anak dalam jangka waktu orangtuanya tidak

didamping salah satu sosok atau figure dari orang tuanya.

c. Dampak single parent

1) Dampak negative

Bagi anak yang tidak siap ditinggalkan orang tuannya bisa mengakibatkan perubahan tingkah laku. Respon perilaku anak bisa marah, berkata kasar, suka melamun, agresif, suka memukul, menendang, menyakiti orang tuanya. Dampak yang paling berbahaya bila anak mencari pelarian di luar rumah seperti menjadi anak jalanan, terpengaruh penggunaan narkoba untuk melenyapkan segala kegelisahan dalam hatinya, terutama anak yang kurang kasih sayang atau perhatian dari orang tuanya. Dampak lain dengan salah satu orang tuanya tidak ada, anak sering diejek teman sebayanya, sehingga menimbulkan rasa sedih, minder, hal ini dapat menyebabkan anak tidak percaya diri dan kurang kreatif

2) Dampak positif

Dengan hanya satu peran dapat memberikan kesempatan ibu mendidik anaknya sesuai harapan tanpa menimbulkan komunikasi yang kontradiktif.

Bila ada ayah ibu, kadang-kadang menimbulkan komunikasi yang berlawanan dan anak susah untuk mencerna. Dengan single parent, anak hanya mengikuti satu nilai yang diberikan dari sang ibu.. Nilai yang ditanamkan oleh ibu dapat diterima penuh karena tidak ada pertentangan. Dampak yang akan muncul adalah anak lebih bisa mandiri, dan berkepribadian kuat, karena terbiasa tanpa harus didampingi, terbiasa menyelesaikan berbagai masalah kehidupan.

d. Penatalaksanaan single parent

- 1) Memberikan kegiatan positif Orang tua single parent dapat mendukung anak merealisasikan diri secara positif dengan menyalurkan hobi/bakatnya sehingga menghindari anak melakukan hal-hal yang negatif.
- 2) Memberikan peluang anak belajar berperilaku baik dengan bertandang pada keluarga yang harmonis, memberi kesempatan bagi anak untuk meneladani figur orang tua yang tidak diperoleh dalam lingkungan keluarganya sendiri.
- 3) Bergabung dalam komunitas dengan nasib yang sama, ini memberikan kesempatan anak melihat bila dirinya tidak sendirian, masih ada orang lain yang memiliki keadaan atau kondisi yang sama

dengan dirinya, hanya memiliki satu peran orang tua.

5. Perkawinan usia muda dan tua

a. Pengertian

Perkawinan adalah ikatan batin antara pria dan Wanita sebagai suami istri dengan tujuan membentuk keluarga yang Bahagia dan kekal berdasarkan ketuhanan yang Maha Esa (UU No 16 tahun 2019 tentang perubahan UU No 1 tahun 1974 Permasalahan yang ada pada Wanita adalah perkawinan di usia muda atau usia tua. Pemerintah menetapkan kebijakan yang dituangkan dalam UU no 16 tahun 2019 tentang perkawinan, pada pasal 7 ayat 1 berbunyi “perkawinan hanya diizinkan apabila seorang Wanita atau pria sudah mencapai umur 19 (Sembilan belas tahun)” sehingga apabila perkawinan dilangsungkan sebelum usia 19 tahun untuk wanita dan usia 21 tahun untuk pria, dikategorikan usia perkawinan muda dan bila dilakukan pada Wanita diatas usia 35 tahun dikategorikan perkawinan usia tua (BKP RI, 2019).

b. Kelebihan

- 1) Kelebihan perkawinan di usia muda antara lain, Terhindar dari perilaku seks bebas, karena kebutuhan seksual terpenuhi serta menginjak usia

tua tidak lagi memikirkan tentang anak yang masih kecil.

2) Kelebihan perkawinan di usia tua adalah Kematangan fisik, psikologis, sosial, finansial sehingga harapan membentuk keluarga berkualitas terbentang.

c. Kekurangan

1) Kekurangan perkawinan di usia muda

a) Kematangan reproduksi belum sempurna, sehingga berpotensi terhadap kejadian kematian bayi dan ibu, resiko komplikasi selama kehamilan, persalinan dan nifas.

b) Kematangan psikologis belum tercapai sehingga belum bisa mengatasi berbagai problematika yang ada dalam keluarga.

c) Ditinjau dari segi sosial, dengan perkawinan muda akan mengurangi kebebasan gerak sehingga pengembangan diri tidak maksimal, mengurangi kesempatan untuk melanjutkan Pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi.

d) Meningkatnya angka perceraian, kondisi ini terjadi karena kegagalan dalam melewati berbagai macam permasalahan.

2) Kekurangan perkawinan diusia tua

Meningkatkan angka kesakitan dan kematian bagi ibu, kondisi ini terjadi karena alat reproduksi yang dipersiapkan melebihi usia produktif sehingga angka kesakitan dan kematian ibu cukup tinggi.

d. Penatalaksanaan

1) Perkawinan usia muda

- a) Pendewasaan usia kehamilan dengan menggunakan alat kontrasepsi sehingga kehamilan dapat pada waktu usia reproduksi sehat.
- b) Bimbingan psikologis. Dengan bimbingan ini pasangan usia muda paham dalam menghadapi persoalan-persoalan agar mempunyai cara pandang dengan pertimbangan kedewasaan, tidak mengedepankan emosi.
- c) Peningkatan pengetahuan Kesehatan sehingga bisa perbaikan gizi untuk ibu hamil.

2) Perkawinan usia tua

Penatalaksanaan difokuskan pada pengawasan kesehatan ANC secara rutin dan peningkatan pengetahuan tentang kesehatannya.

6. Homeless

a. Pengetian

Beberapa istilah yang digunakan *homeless* adalah tuna wisma atau gelandangan yaitu orang yang hidup dalam keadaan tidak sesuai dengan norma di masyarakat setempat, serta tidak mempunyai tempat tinggal yang tetap diwilayah tertentu dan hidup ditempat umum. *Homeless* banyak terdapat di kota-kota besar. Kedatangan mereka ke kota besar tanpa didukung oleh pendidikan dan ketrampilan yang memadai. Biasanya mereka tinggal di emperan toko, kolong jembatan, kolong jalan layang, gerobak, tempat barang bekas, sekitar rel kereta api, di taman, di tempat umum lainnya. Pekerjaan mereka sebagai pengamen, pengemis, pemulung sampah (Widyatun, 2012).

b. Penyebab

Penyebab *homeless* antara lain kemiskinan, bencana alam, yatim piatu, kurang kasih sayang orang tua, tinggal di daerah konflik dan lainnya yang menyebabkan seseorang kehilangan rumahnya.

c. Dampak *Homeless*

Berbagai dampak yang terjadi akibat *homeless* antara lain; kebersihan kurang, kurang gizi, Tindakan kekerasan sesama *homeless* karena perebutan kekuasaan, pelecehan seksual dan beresiko narkoba.

d. Penatalaksanaan

- 1) Upaya pencegahan dengan penyuluhan dan konseling, Pendidikan dan pelatihan serta dilakukan pembinaan.
- 2) Dilakukan penertiban oleh aparatatur pemerintahan serta menyediakan penampungan dengan rumah singgah, melakukan rehabilitasi dengan berbagai pelatihan dan pendidikan.

7. Incest

b. Pengertian

Incest adalah hubungan seksual yang terjadi antar anggota keluarga. Anggota keluarga yang dimaksud adalah anggota keluarga yang mempunyai hubungan pertalian darah. Batas pertalian darah paling atas adalah kakek, paling bawah adalah cucu, batas kesamping adalah keponakan. Keluarga diluar itu bukan termasuk *incest*. Pelaku biasanya adalah orang yang lebih dewasa (lebih kuasa) dan korban lebih banyak adalah anak-anak. Sering terjadi pada anak tiri oleh bapak tiri, menantu oleh mertua, cucu oleh kakeknya (Widyatun, 2012).

c. Upaya Mengatasi

- 1) Waspada dalam mengasuh anak. Tidak membiasakan anak dirumah sendirian dengan anggota keluarga yang berlainan jenis.

- 2) Tidak mengabaikan kata hati tiap ada gelagat yang menjurus pada tindakan pelecehan dalam keluarga.
- 3) Memisahkan tempat tidur anak mulai umur 3 tahun dari ayah atau saudara baik sesama jenis kelamin maupun berlainan jenis kelamin.
- 4) Perlu juga melibatkan orang lain diluar lingkungan keluarga.
- 5) Laporkan pada petugas penegak hukum walaupun dibawah ancaman pelaku.

DAFTAR PUSTAKA

- BKP RI. (2019). Undang-undang (UU) Nomor 16 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Undang-undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia. (2021). Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) Online. <https://kbbi.web.id/>
- Kartono, K. (2007). Psikologi wanita, mengenal wanita sebagai ibu & nenek (V). CV. Mandar Maju.
- Lubis, N. L. (2016). Psikologi Kespro, Wanita dan Perkembangan Reproduksi: Ditinjau dari aspek fisik dan psikologisnya. Perpustakaan Nasional Kencana.
- Prawiro, M. (2019). Pengertian Sosial: Definisi, Unsur, dan Jenis Interaksi Sosial. Maxmanroe.Com. <https://www.maxmanroe.com/vid/sosial/pengertian-sosial.html>
- Soekanto, S. (2006). Sosiologi Suatu Pengantar. PT. Raja Grafindo Persada.
- Widyatun, D. (2012). Dimensi Sosial Wanita dan Permasalahannya. Jurnal Bidan Diah. <http://jurnalbidandiah.blogspot.com/2012/05/dimensi-sosial-wanita-dan.html>
- Zulkarnaini, dkk. (2002). Asal-usul dan Jati Diri Perempuan Sebuah Analisis dan Kritik.

PROFIL PENULIS



FATIKHAH

Penulis lahir di Kendal pada tanggal 11 April 1965. Anak ke 3 dari 8 bersaudara dari hasil pernikahan H. Zaenal Arifin dan Masruroh. Latar belakang pendidikan mulai dari SLTA sampai tingkat Magester ambil Keperawatan dan terakhir pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Diponegoro Semarang tahun 2016. Pengalaman mengajar mulai tahun 1988, pertama di Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Muhammadiyah Kudus, SPK Pemda Kendal, dan terakhir di Akademi Keperawatan Muhammadiyah Kendal dan sampai sekarang masih aktif menjadi Dosen keperawatan maternitas di Universitas Muhammadiyah Kendal Batang. Untuk menunjang profesinya, penulis bergabung dalam penulisan buku Antologi tentang Kesehatan Wanita dan Reproduksi, ini adalah buku kedua yang disusun oleh penulis, buku perdana yang ditulis adalah buku Fiksi yang berjudul “Cinta menyapa di ujung senja”, penulis berharap tidak berhenti untuk berkarya lewat tulisan. Karya tulisan lain yang sudah disusun penulis adalah jurnal hasil penelitian dan pengabdian masyarakat, telah di publis di beberapa Jurna sinta 4 dan 3.

Bab 6 PSIKOLOGIS DALAM SIKLUS KEHIDUPAN WANITA

**Yuliyani, S.KM., M.Biomed
Psikologi STIKES Widyagama Husada Malang**

A. PSIKOLOGI WANITA

Psikologi pada masa lalu mempelajari perilaku seseorang tanpa memperhatikan jenis kelamin. Ilmu psikologi bisa dipelajari baik pada laki-laki maupun wanita. Seorang wanita juga memiliki masalah psikologis yang berkaitan dengan kehidupannya serta pengalamannya. Untuk memahami psikologi seorang wanita, maka seseorang harus mengerti bagaimana status wanita tersebut dalam bidang psikologi yang mengalami perubahan. Pada tahun 1960'an dalam sejarah perkembangan psikologi feminisme terdapat wacana tentang diskriminasi seks, diskriminasi pekerjaan, kekerasan seksual dan kebebasan bereproduksi. Pandangan adanya perbedaan karakteristik fisiologis antara laki-laki dan perempuan menimbulkan diskriminasi terhadap perempuan dalam segala sisi yang sebetulnya tidak ada kaitannya dengan aspek fisiologis dan psikologis perempuan. Oleh karena itu, terdapat kontroversi dalam memandang eksistensi perempuan. Seorang perempuan seharusnya dapat dipahami, bahwa perempuan

juga memiliki kualitas dan kesempatan sebagai manusia dalam meningkatkan mutu hidup secara umum seperti yang dimiliki laki-laki. Berbagai sikap dan kepercayaan terhadap kaum perempuan banyak dipengaruhi mitos dan *stereotype negative* yang bersumber dari pengaruh sosio budaya. Pengaruh tersebut dapat merugikan perkembangan status dan diri perempuan, sehingga seharusnya dapat diubah dan dihilangkan atau setidaknya dikurangi. Penelitian atau studi tentang perempuan cenderung menggambarkan sikap yang berlaku dalam lingkungan sosial budaya tertentu di suatu daerah atau wilayah. Pandangan tentang perempuan dapat mempengaruhi proses penelitian yang dilakukan. Aspek biologis dan pengaruh lingkungan sangat berpengaruh terhadap suatu perilaku, terutama pada perempuan.

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap psikologi dan peran gender, antara lain:

- a. Orangtua
- b. Sekolah
- c. Pengaruh dan tampilan media
- d. Pengaruh ras, budaya, dan kelas sosial

B. SIKLUS KEHIDUPAN WANITA

Siklus kehidupan kesehatan wanita sepanjang hidupnya meliputi (Lestari, 2014) :

1. Masa konsepsi

Hubungan seksual pada laki-laki dan wanita, sehingga terjadi pertemuan sperma dan sel telur yang memungkinkan terjadinya fertilisasi kemudian zigot akan berimplantasi. Sel trofoblas di dalam endometrium akan terus berkembang membentuk jaringan untuk menjadi plasenta. Plasenta berfungsi sebagai sumber nutrisi dan oksigenasi bagi perkembangan janin. Perubahan yang terjadi pada kehidupan intrauterin yaitu :

a. Masa embrional

Perkembangan intrauterin sampai usia kehamilan 8 minggu. Pada masa ini, ovum yang telah dibuahi mengadakan pembelahan dan diferensiasi sel-sel menjadi organ-organ yang hampir lengkap untuk menjadi manusia. Proses pembentukan organ atau organogenesis yang terjadi pada beberapa sistem organ misalnya sistem sirkulasi, berkembang sampai usia kehamilan 12 minggu. Oleh karena itu pertumbuhan masa embrional hingga minggu ke-12 (trimester pertama kehamilan).

b. Masa *fetal*

Pada masa ini terjadi pertumbuhan intrauterin antara usia kehamilan 8-12 minggu hingga

sekitar 40 minggu. Usia kehamilan 40 minggu pada kehamilan normal atau aterm, janin bertumbuh dan berkembang dengan pesat serta sudah memungkinkan untuk hidup di dunia luar.

Faktor-faktor yang memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan janin, yaitu:

- a. Keturunan
- b. Fertilitas
- c. Kecukupan gizi
- d. Kondisi sperma dan sel telur
- e. Faktor hormonal
- f. Faktor psikologis

2. Masa bayi

Masa ini dimulai saat bayi sudah dilahirkan keluar dari rahim ibu. Bila bayi yang dilahirkan cukup bulan atau aterm, maka pembentukan genetalia interna sudah sempurna. Organ reproduksi dalam, vagina, genetalia eksterna sudah terbentuk, labia mayora sudah menutupi labia minora.

Saat bayi sudah berada di luar rahim, maka bayi akan beradaptasi dengan mengisap dan menelan sebagai upaya untuk mempertahankan hidupnya. Indra lainnya juga mulai berkembang dan hubungan sosial juga dimulai, yaitu hubungan antara ibu dan bayinya. Hubungan sosial ibu dan

bayi ini didapatkan dari kontak antara ibu dan bayi dengan menyusui bayinya, merawat bayinya. Hubungan dan kontak antara ibu dan bayi sangat penting dan berpengaruh dalam pertumbuhan seorang bayi. Kontak ibu dan bayi dapat memberikan rasa aman dan nyaman pada bayi.

Faktor-faktor yang mempengaruhi kontak ibu dan bayi, antara lain :

- a. ASI eksklusif
- b. Pemberian makan tambahan yang tepat dan sesuai dengan usianya
- c. Tumbuh kembang dan pemberian gizi seimbang
- d. Imunisasi dan MTBS
- e. Pencegahan kekerasan pada anak
- f. Kesetaraan pendidikan pada anak laki-laki dan perempuan

3. Masa kanak-kanak

Pada masa kanak-kanak terlihat jelas perkembangan fisiknya. Organ genital pada masa ini belum terlihat dengan jelas sampai anak wanita tersebut mengalami menstruasi. Pada masa ini sudah mulai tampak perbedaan laki-laki dan perempuan, terutama dalam tingkah laku. Perbedaan tersebut dapat dipengaruhi oleh lingkungan dan pendidikan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi :

- a. Faktor internal :

- 1) Genetik/keturunan dari orang tua secara fisik, misalnya bentuk tubuh.
 - 2) Kemampuan intelektual
 - 3) Keadaan hormonal tubuh
 - 4) Emosi dan sifat
- b. Faktor eksternal :
- 1) Keluarga
 - 2) Gizi
 - 3) Budaya setempat
 - 4) Personal hygiene

4. Masa pubertas

Pubertas merupakan suatu tahap perkembangan seorang anak menjadi dewasa secara seksual. Pada perempuan, pubertas terjadi pada rentang usia 10–14 tahun. Menurut KBBI, puber adalah masa atau kehidupan usia remaja. Sedangkan pubertas adalah masa akil balig atau masa remaja. Masa pubertas disebut juga masa perubahan atau transisi dari masa anak-anak menuju ke masa dewasa. Masa pubertas setiap anak berbeda-beda, dipengaruhi oleh banyak faktor. Pubertas merupakan suatu tahapan yang sangat penting bagi wanita. Periode pubertas akan terjadi perubahan dari masa anak-anak menjadi dewasa. Perubahan tersebut meliputi perubahan hormon, perubahan fisik, perubahan psikologi dan sosial. Pubertas merupakan proses perubahan ketidakmatangan fisik dan seksual

menuju kematangan fisik dan seksual. Fase kematangan fisik dan seksual dapat membuat organ reproduksi seorang remaja dapat berfungsi untuk bereproduksi (Marmi, 2013). Perubahan yang menandakan bahwa remaja sudah memasuki tahap kematangan organ seksual yaitu dengan tumbuhnya organ seks sekunder. Pertumbuhan organ seks sekunder dapat ditandai dengan pembesaran payudara, tumbuhnya rambut ketiak dan alat kemaluan, adanya jerawat, bau badan yang menyengat, pinggul membesar dan juga mulai berkembangnya beberapa organ vital yang siap untuk dibuahi (Manuaba, 2007). Pubertas merupakan titik pencapaian dari kematangan seksual pada anak perempuan yaitu dengan terjadinya *menarche*. *Menarche* merupakan perdarahan yang terjadi pertama kali dari uterus. *Menarche* pada perempuan terjadi pada masa pubertas sekitar dengan 12–14 tahun. Usia *menarche* bervariasi pada setiap individu dan wilayah tempat tinggal (Susanti, 2012). Adapun faktor-faktor yang dapat mempengaruhi *menarche* dini yaitu status gizi, genetik, keadaan lingkungan, konsumsi makanan tinggi kalori tinggi lemak, sosial ekonomi, keterpaparan media massa orang dewasa (pornografi), perilaku seksual dan gaya hidup (Soetjiningsih, 2007). Keadaan lingkungan yang dimaksud adalah kehidupan di daerah kota dengan keadaan sosial

dan ekonomi yang sangat kompleks kemungkinan akan mengalami menstruasi lebih cepat daripada yang hidup di daerah desa.

Perubahan yang terjadi selama masa pubertas :

- a. *Telarche* (perkembangan payudara)

Perubahan ini terjadi yang pertama kali, terkadang pada usia kurang dari 10 tahun disebut “*the first physical sign of puberty*”.

- b. *Adrenarche/purbarche* (perkembangan rambut aksila/pubis)

Mulai tumbuhnya rambut aksila atau pada pubis, terkadang perkembangan ini mendahului perkembangan payudara.

- c. *Maximal growth* (pertumbuhan tinggi badan lebih cepat)

Perkembangan ini biasanya terjadi setelah 2 tahun setelah *telarche* atau 1 tahun sebelum *menarche*. Perkembangan ini dipengaruhi oleh hormon pertumbuhan, estradiol dan *insulin like growth factor* (IGF-I) atau somatomedin-C.

- d. *Menarche* (menstruasi pertama kali)

Menarche adalah menstruasi yang pertama kali dialami oleh seorang anak perempuan. *Menarche* terjadi di rentang usia 9-16 tahun. Menstruasi pertama kali biasanya anovulatoir, iregular,

periodenya lama dan perdarahannya banyak. Siklus anovulatoir iregular dapat terjadi selama 12 bulan, seiring bertambahnya usia siklus menstruasi akan normal dan teratur disertai ovulasi.

e. Perubahan psikologi

Perubahan ini membuat perasaan menjadi lebih sensitif, rasa ingin tahu yang tinggi, mulai mempunyai ketertarikan dengan lawan jenis dan mulai timbul hasrat seksual/libido. Masa-masa ini merupakan masa mulai mencari jati diri dan rentan dengan pergaulan dan lingkungan luar seperti pergaulan bebas, obat-obatan terlarang.

Faktor yang mempengaruhi :

- a. Gizi
- b. Informasi tentang kesehatan reproduksi
- c. Pencegahan kekerasan termasuk kekerasan seksual
- d. Pencegahan terhadap pengaruh obat-obat terlarang
- e. Perkawinan usia dini
- f. Pendidikan ketrampilan
- g. Peningkatan penghargaan diri
- h. Pencegahan terhadap godaan dan ancaman

5. Masa reproduksi (dewasa)

Masa reproduksi ditandai dengan siklus menstruasi selama kurang lebih 30-40 tahun setelah pubertas. Secara reproduksi, pada masa ini merupakan usia yang matang

untuk terjadinya kehamilan. Perubahan yang terjadi pada masa ini adalah menstruasi menjadi lebih teratur. Psikologi pada masa ini lebih stabil dan bisa beradaptasi dengan lingkungan.

8. Faktor yang mempengaruhi :
 - a. Kehamilan yang aman
 - b. Persalinan yang lancar
 - c. Pencegahan kematian pada ibu dan bayi
 - d. Pencegahan kecacatan pada bayi
 - e. Pelayanan KB
 - f. Pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas
 - g. Pencegahan aborsi
 - h. Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim
 - i. Penanganan infertilitas

6. Masa klimakterium, menopause, senium

a. Klimakterium

Klimakterium sering disebut juga masa perimenopause. Klimakterium merupakan masa peralihan dari masa reproduksi dan masa senium yang bersifat fisiologis, terjadi sekitar usia 40 tahun ke atas. Seorang wanita yang memasuki masa klimakterium, terjadi penurunan produksi estrogen dan peningkatan hormon gonadotropin. Kadar hormon tersebut tetap tinggi hingga sekitar 15 tahun setelah menopause kemudian mulai menurun, hal ini karena ovarium menjadi

tua. Proses menua terjadi pada usia 40 tahun. Saat lahir, jumlah folikel dimiliki wanita sebanyak 750.000 buah, sedangkan saat menopause jumlah folikel hanya beberapa ribu dan folikel ini resisten terhadap rangsangan gonadotropin. Hal ini menyebabkan siklus ovarium terhambat. Pada wanita yang berusia lebih dari 40 tahun, 25% siklus menstruasinya tidak disertai ovulasi.

b. Menopause

Menopause adalah keadaan seorang wanita mengalami penurunan hormon estrogen. Keadaan ini menyebabkan terhentinya menstruasi untuk selamanya. Terjadinya amenore ditegakkan dengan diagnosa selama kurang lebih 1 tahun. Berhentinya menstruasi ditandai dengan siklus yang lebih panjang dengan perdarahan yang berkurang. Usia menopause dipengaruhi oleh keturunan, kesehatan secara umum dan pola kehidupan sehari-hari. Terjadinya menopause berhubungan dengan menarche. Makin awal terjadinya menarche, maka makin lambat terjadi menopause. Menopause artifisial karena operasi pada umumnya lebih banyak menyebabkan keluhan daripada menopause yang alamiah.

c. Senium

Pada masa seniu telah terjadi keseimbangan hormonal, sehingga tidak ada lagi gangguan vegetatif maupun psikis. Hal lain yang terjadi pada masa ini adalah kemunduran fungsi organ-organ dan kemampuan fisik sebagai proses menjadi tua. Pada wanita terjadi osteoporosis dengan intensitas yang berbeda-beda pada setiap wanita. Berkurangnya hormon steroid dan berkurangnya osteotrofoblas sangat berperan dalam masa ini.

d. Perubahan yang terjadi

Wanita yang memasuki masa klimakterium mengalami perubahan yang dapat menyebabkan gangguan ringan sampai berat. Perubahan dan gangguan ini sifatnya berbeda-beda pada setiap wanita. Pada permulaan klimakterium, kesuburan mulai menurun. Pada masa menopause terjadi kelainan perdarahan. Pada pasca menopause terdapat gangguan vegetatif, psikis dan organik. Gangguan vegetatif biasanya berupa rasa panas dengan keluarnya keringat saat malam hari dan perasaan jantung berdebar-debar. Saat masa pascamenopause terjadi atrofi pada alat-alat genitalia. Ovarium menjadi kecil, uterus mengecil dan endometrium mengalami atrofi. Payudara mulai menjadi lembek. Metabolisme mengalami perubahan yang

menyebabkan terjadinya gangguan atau penyakit koroner pada masa ini. Pada wanita perokok dan hipertensi, kemungkinan timbulnya gangguan akan lebih besar. Faktor yang mempengaruhi:

- a. Hormonal
- b. Kejiwaan
- c. Lingkungan
- d. Pola makan
- e. Gaya hidup
- f. Aktivitas fisik
- g. Pekerjaan

DAFTAR PUSTAKA

- Lestari,TW., Ulfiana, E., Suparmi. (2014). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Berbasis KompetensiJakarta : EGC.
- Manuaba. (3007). Pengantar Kuliah Osbtetri. Jakarta : EGC
- Marmi. (2013). Kesehatan Reproduksi. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Pusdiknakes. (2004). Modul Kesehatan Reproduksi untuk Siswa. Jakarta : Pusdiknakes
- Sarwono. (2007). Ilmu Kandungan. Jakarta : YBPSP
- Susanti. (2012). Psikologi Ibu dan Anak. Bandung : Fitramaya
- Soetjiningsih. (2007). Tumbuh Kembang Remaja dan Perkembangannya. Jakarta : CV Agung Seto
- Widyastuti, Y. (2009). Kesehatan Reproduksi. Yogyakarta : Fitramaya

PROFIL PENULIS



Yuliyani

Dosen Prodi D3 Kebidanan

Penulis lahir di Nganjuk tanggal 24 Juli 1967. Penulis adalah Dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Stikes Widyagama Husada Malang.

Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di RSI Surabaya dan S1 pada FKM Universitas Airlangga Surabaya dan melanjutkan S2 pada Fakultas Kedokteran Ilmu Biomedik Universitas Brawijaya Malang. Penulis menekuni bidang menulis buku, menulis di Malang Posco Media dan juga praktisi *Soft Prenatal Yoga* serta *Home Care Post Natal Treatment*.

BAB 7 GIZI DALAM SIKLUS KEHIDUPAN WANITA

Dwi Juwartini, SKM., MPH
Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta

A. DEFINISI SIKLUS KEHIDUPAN

Siklus kehidupan dengan kata lain disebut daur kehidupan. Dalam kamus besar Bahasa Indonesia daur berarti peredaran masa atau tahun, siklus dapat disebut putaran waktu yang didalamnya terdapat rangkaian kejadian yang berulang-ulang secara tetap dan teratur. Dengan memahami konsep Angka Kecukupan Gizi maka kita dapat mengetahui kecukupan zat gizi sesuai siklus atau daur kehidupan (Pritasari,dkk,2017). Dalam kehidupan manusia berkaitan dengan tumbuh kembang, menurut Almatsier (2011) pertumbuhan itu bertambahnya jumlah dan ukuran sel, sedangkan perkembangan adalah peningkatan fungsi sel, jaringan, organ tubuh dalam bentuk yang kompleks. Tumbuh kembang dimulai dengan pembentukan embrio dan diferensiasi sel-sel pada saat pembentukan janin pada saat ibu hamil, melahirkan bayi hingga menjadi manusia dewasa. Tahapan siklus kehidupan wanita terdiri dari masa kehamilan, menyusui, bayi, balita, usia sekolah, dewasa, dan usia lanjut. Puncak pertumbuhan dimana pembentukan sel lebih banyak daripada pemecahan sel, tetapi pada prosesw penuaan atau oging akan terjadi

proses sebaliknya. Masa pertumbuhan yang paling cepat adalah masa pertumbuhan bayi dan remaja.

B. MASALAH GIZI BERDASARKAN DAUR KEHIDUPAN

Pendekatan siklus kehidupan penting dipelajari karena kondisi kesehatan pada satu tahap dapat dipengaruhi tahap sebelumnya. Sebagai contoh wanita usia subur yang sehat akan mempengaruhi kondisi ibu hamil yang sehat dan melahirkan bayi yang sehat, begitu juga sebaliknya. Keadaan kesehatan setiap individu pada tahap siklus kehidupan dipengaruhi secara langsung oleh dua faktor utama, konsumsi makanan dan adanya penyakit infeksi. Secara tidak langsung ketidaksiediaan pangan di tingkat keluarga, asuhan ibu dan anak serta pelayanan kesehatan.

C. GIZI DALAM SIKLUS KEHIDUPAN WANITA DI MASA KEHAMILAN

Kehamilan merupakan masa kritis dimana gizi ibu yang baik merupakan faktor penting yang mempengaruhi kesehatan ibu dan anak. Gizi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu kehamilan. Status gizi ibu hamil dapat berpengaruh terhadap berat badan bayi yang dilahirkan dan sangat erat hubungannya dengan

tingkat kesehatan bayi selanjutnya serta angka kematian bayi.

Selama kehamilan, proses pertumbuhan tetap berlangsung yaitu pertumbuhan janin yang dikandung dan berbagai pertumbuhan organ tubuh yang mendukung proses pertumbuhannya sehingga peningkatan metabolisme pada ibu hamil berdampak pada peningkatan suplai vitamin dan mineral disamping energi, protein, dan lemak. Jika kebutuhan energi, protein, lemak, vitamin, dan mineral yang meningkat ini tidak dapat dipenuhi melalui makanan yang dikonsumsi ibu hamil maka akan mengalami kekurangan gizi yang mengakibatkan berat badan bayi lahir rendah, kelahiran premature (lahir belum cukup bulan), dan lahir dengan berbagai kesulitan / sampai meninggal. Kekurangan gizi pada ibu hamil bukan saja berdampak pada janin yang akan dilahirkan, tetapi dapat menimbulkan masalah pada ibu hamil itu sendiri. Masalah gizi pada ibu hamil disebabkan karena tidak terpenuhinya kebutuhan zat gizi dari makanan, terbagi menjadi masalah gizi makro (kekurangan energi kronis / KEK) dan masalah gizi mikro (kekurangan zat besi, Iodium dan Kalsium).

Ibu hamil yang menderita KEK dan Anemia mempunyai resiko kesakitan yang lebih besar terutama pada trimester III kehamilan, dibandingkan dengan ibu

hamil normal. Akibatnya akan mempunyai resiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi dengan BBLR, kematian saat persalinan, pendarahan, dan pasca persalinan yang sulit karena lemah dan mudah mengalami gangguan kesehatan. Selain itu akan meningkatkan resiko kesakitan dan kematian bayi karena rentan terhadap infeksi, saluran pernafasan bawah, gangguan belajar, dan masalah perilaku. Kecukupan gizi ibu di masa kehamilan banyak disorot sebab berpengaruh sangat besar terhadap tumbuh-kembang anak. Masa kehamilan merupakan salah satu masa kritis tumbuh-kembang manusia yang singkat (*window of opportunity*); masa lainnya adalah masa sebelum konsepsi (*calon ibu, remaja putri*), masa menyusui (*ibu menyusui*), dan masa bayi/anak 0—2 tahun. Mengapa? Karena kekurangan gizi yang terjadi di masa tersebut akan menimbulkan kerusakan awal pada kesehatan, perkembangan otak, kecerdasan, kemampuan sekolah, dan daya produksi yang bersifat menetap, tidak dapat diperbaiki. Artinya, janin atau bayi 0—2 tahun yang mengalami kekurangan gizi, akan memiliki risiko mengalami hambatan dalam pertumbuhan dan perkembangannya. Bayi akan tumbuh menjadi anak dengan tinggi badan kurang dari seharusnya (*lebih pendek*) dan/atau terhambat perkembangan kecerdasannya. Khusus untuk ibu hamil, jika janin dalam kandungannya

mengalami kekurangan gizi, maka anaknya kelak pada usia dewasa akan berisiko lebih tinggi untuk menderita penyakit degeneratif (diabetes, hipertensi, penyakit jantung, stroke) dibandingkan dengan yang tidak mengalami kekurangan gizi.

D. KEBUTUHAN GIZI IBU HAMIL

Kehamilan menyebabkan meningkatnya metabolisme energi, karena itu kebutuhan energi dan zat gizi lainnya meningkat selama kehamilan. Peningkatan ini diperlukan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, penambahan besarnya organ kandungan, perubahan komposisi dan metabolisme tubuh ibu. Apabila kekurangan zat gizi tertentu yang diperlukan saat hamil dapat menyebabkan janin tumbuh tidak sempurna. Pada wanita hamil pada dasarnya semua zat gizi memerlukan tambahan, tapi ada beberapa zat gizi yang sering kali mengalami kekurangan seperti energy protein dan beberapa mineral (zat besi dan kalsium).

Kebutuhan gizi ibu hamil per trisemester:

1. Trimester I

Pada trimester ini ibu hamil biasanya mengalami morning sickness, enggan gejala mual, muntah, dan nafsu makan berkurang. Jika ibu hamil enggan makan, bias berdampak buruk terhadap kesehatan ibu. Oleh karena itu kebutuhan energi,

protein, vitamin, mineral bertambah. Selama kehamilan, diperlukan tambahan protein, rata-rata 17 gram/hari. Akan tetapi, pada trimester pertama belum bisa terpenuhi. Diharapkan 1g/kg protein.

- a) Kebutuhan zat gizi minggu ke-1 s/d minggu ke-4
Pada periode ini ibu hamil mengkonsumsi makanan yang bergizi tinggi untuk mencukupi kebutuhan kalori ibu dan janin yang bertambah 2200 kkal per hari sehingga lebih banyak saat tidak hamil.
- b) Kebutuhan zat gizi minggu ke-5 s/d ke-6
Pada minggu ke-5 ibu hamil masih mual muntah sehingga makanan yang masuk supaya tidak terganggu disasati dengan porsi kecil tapi sering, makan selagi hangat.
- c) Kebutuhan zat gizi minggu ke-7 s/d minggu ke-8
Pada periode ini kalsium dibutuhkan kalsium yang tinggi untuk menunjang pembentukan tulang pada janin, tambahan kalsium 10 mg perhari.
- d) Kebutuhan zat gizi minggu ke-9 s/d minggu ke-12
Kebutuhan minggu ini ibu hamil dilarang menambah konsumsi asam folat tetapi diperbanyak vitamin C sebesar 200 mg karena saat minggu ini terjadi pembentukan otak janin jadi selain menambah vitamin C, ibu hamil juga

menambah protein tinggi agar janin tidak mengalami cacat saat lahir.

2. Trimester II

Trimester yang ke 2, morning sickness sudah mulai berkurang, tetapi kebutuhan gizi ibu hamil makin bertambah. Ini dikarenakan pertumbuhan janin lebih cepat dari pada trimester sebelumnya. Pada trimester ini asupan protein dan kalori harus bertambah. Zat gizi ini digunakan untuk membentuk plasenta, ketuban, menambah volume darah yang dialirkan ke seluruh tubuh. Selain itu, ibu hamil memiliki napsu makan 1,5g/kg.

a) Kebutuhan zat gizi minggu ke-13 s/d minggu ke-16

Dilarang mengonsumsi coklat, minum kopi, dan teh. Karena, kandungan kafein beresiko mengganggu perkembangan saraf pusat janin yang mulai berkembang. Untuk pertumbuhan dan perkembangan organ tubuh janin, ibu hamil disarankan menambah asupan kalori 300 kkal perhari.

b) Kebutuhan zat gizi minggu ke-17 s/d minggu ke-23

Pada periode ini terjadi pembentukan sel darah merah baru, jantung, dan peredaran darah janin

sehingga ibu hamil disarankan makan sayur, buah, dan cairan untk mencegah sembelit. Pastikan ibu minum 8-10 gelas perhari air putih untuk mencukupi kebutuhannya.

- c) Kebutuhan zat gizi minggu ke-24 s/d minggu ke-28

Pada minggu ke-28, perbanyak konsumsi makanan yang mengandung asam lemak omega 3 yang berfungsi untuk pembentukan otak dan kecerdasan janin, dan mengkonsumsi vitamin E yang tinggi sebagai antioksidan.

3. Trimester III

Karena janin semakin besar sehingga kebutuhan gizi ibu hamil semakin meningkat. Selain mengkonsumsi protein, kalori, dan vitamin pada trimester akhir ini, ibu hamil juga pemerhati asupan zat besi. Dapat mengkonsumsi suplemen zat besi dengan pengawasan dokter selama kehamilan. Mineral yang dibutuhkan adalah iodine yang berfungsi sebagai pembentuk senyawa tiroksin, senyawa ini berguna untuk mengontrol metabolisme sel. Apabila kekurangan senyawa ini dapat menyebabkan bayi lahir kerdil dan pertumbuhannya terlambat

Penambahan protein bisa mencapai 2g/kg bb perhari. Konsumsi kalori trimester ini sebagai

cadangan energi untuk peralihan, pertumbuhan otak janin akan terjadi cepat sekali pada bulan terakhir menjelang persalinan.

Zat Gizi yang dibutuhkan ibu hamil di bagi dalam 2 bagian, yaitu :

1. Zat Gizi Makro

Energi dibutuhkan tergantung dari aktivitas ibu dan peningkatan BMR. Untuk ibu hamil ditambahkan 300 kalori/hari dari sebelum hamil.

Protein dibutuhkan untuk menunjang pembentukan sel-sel baru bagi ibu dan bayi, ada penambahan sebesar 10 g/kg BB/ hari.

Lemak akumulasi lemak diperlukan sebagai cadangan energi ibu, sebagai pembawa vitamani yang larut dalam lemak.

Karbohidrat akumulasi hidrat arang tidak banyak terjadi, kecuali sedikit dalam bentuk jaringan hidrat arang, digunakan untuk mencegah terjadinya ketosis.

2. Zat Gizi Mikro

Kalsium, Fosfor dan Vitamin D, kalsium merupakan salah satu zat gizi yang sangat penting untuk ibu hamil, disamping fosfor dan

vitamin D. Ketiga zat gizi ini berfungsi untuk pembentukan tulang dan gigi janin.

Fe (zat besi) bermanfaat untuk meningkatkan pertumbuhan janin, selain itu akan disimpan oleh janin dihati selama bulan pertama sampai dengan bulan keenam kehidupannya. Memasuki trimester III berfungsi meningkatkan kadar HB dalam darah untuk transfer ke plasenta, janin dan persiapan kelahiran. Kebutuhan Fe selama kehamilan rata-rata 1.000 mg. Kebutuhan zat besi tiap trimester sebagai berikut :

Trimester I : ± 1 mg/hari (kehilangan basal 0,8 mg/hari) ditambah 30-40 mg untuk kebutuhan janin dan sel darah merah.

Trimester II : ± 5 mg/hari (kehilangan basal 0,8 mg/hari) ditambah kebutuhan sel darah merah 300 mg dan conceptus 115 mg.

Trimester III : 5 mg/hari (kehilangan basal 0,8 mg/hari) ditambah kebutuhan sel darah merah 150 mg, conceptus 223 mg

Yodium salah satunya mineral untuk pembentukan hormone tiroksin yang dibutuhkan untuk pertumbuhan janin, serta mengatasi kekurangan yodium selama

kehamilan yang hilang melalui urine. Kebutuhan yodium 125 mikrogram/hari. Apabila kekurangan yodium ibu hamil dapat melahirkan anak kretin.

E. MASALAH-MASALAH GIZI PADA IBU HAMIL

Kehamilan merupakan suatu proses faali yang menjadi awal kehidupan generasi penerus. Salah satu kebutuhan esensial untuk proses reproduksi sehat adalah terpenuhinya kebutuhan energi, protein, karbohidrat, vitamin, dan mineral serta serat. Kurangnya asupan zat gizi makro (karbohidrat, protein, dan lemak) maupun zat gizi mikro (asam folat, zat besi, seng, kalsium, iodium, dan lain-lain) dapat menimbulkan masalah gizi dan kesehatan pada ibu dan bayinya. Ibu hamil dengan gizi baik dan sehat mempunyai status gizi baik : LiLA \geq 23,5 cm, IMT Pra hamil (18,5 - 25,0), selama hamil, kenaikan BB sesuai usia kehamilan, kadar Hb normal $>$ 11 gr/dL. tekanan darah Normal (Sistol $<$ 120 mmHg dan Diastol $<$ 80 mmHg), gula darah urine negative, protein urine negatif.

Sedangkan gizi kurang timbul apabila dalam jangka waktu lama asupan zat gizi sehari-hari kedalam tubuh lebih rendah dari Angka Kecukupan Gizi (AKG) yang dianjurkan sehingga tidak mencukupi kebutuhan. Masalah

Gizi Kurang yang banyak dijumpai pada ibu hamil antara lain:

a. Kurang Energi Kronik (KEK)

Timbulnya KEK pada ibu hamil disebabkan karena dalam jangka waktu yang lama asupan energi (karbohidrat dan lemak) tidak mencukupi kebutuhan tubuh. Penapisan ibu hamil risiko KEK dilakukan dengan pengukuran Lingkar Lengan Atas (LiLA). Apabila LiLA < 23,5 cm maka ibu hamil berisiko KEK. Untuk memastikan KEK pada ibu hamil digunakan Indeks Massa Tubuh (IMT) pada Trimester I. Jika IMT pada Trimester I < 18,5 maka ibu hamil didiagnosa KEK. Apabila IMT trimester I tidak diketahui karena ibu hamil melakukan ANC di Trimester II atau III, serta diketahui data BB dan TB sebelum hamil dapat digunakan IMT Pra hamil. Ibu hamil KEK, akan mengalami risiko keguguran, perdarahan pasca persalinan, kematian ibu, kenaikan BB ibu hamil terganggu, tidak sesuai dengan standar, malas tidak suka beraktivitas, payudara dan perut kurang membesar, pergerakan janin terganggu, mudah terkena penyakit infeksi, persalinan akan sulit dan lama. Ibu hamil KEK akan berdampak pada janin, dan anak yang akan berlanjut sampai pada usia dewasa, antara lain:

- 1) Gangguan pertumbuhan janin (Intrauterine Growth Retardation)

- 2) Risiko bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR)
- 3) Risiko bayi lahir dengan kelainan kongenital (Defect Neural Tube, bibir sumbing, celah langit-langit dll)
- 4) Risiko bayi lahir stunting sehingga meningkatkan risiko terjadinya penyakit tidak menular (PTM) pada usia dewasa seperti Diabetes Melitus, Hipertensi, Jantung Koroner.
- 5) Gangguan Pertumbuhan dan perkembangan sel otak yang akan berpengaruh pada kecerdasan anak

b. Anemia

Anemia pada ibu hamil adalah suatu keadaan ketika sel darah merah atau Hemoglobin (Hb) dalam darah kurang dari normal (<11 g/dl). Kekurangan zat besi menyebabkan pembentukan sel darah merah tidak mencukupi kebutuhan fisiologis tubuh, terutama pada kondisi hamil dimana banyak terjadi perubahan fisiologis tubuh.

Penyebab timbulnya anemia pada ibu hamil antara lain:

- 1) Makanan yang dikonsumsi kurang mengandung protein, zat besi, vitamin B12 dan asam folat.
- 2) Meningkatnya kebutuhan tubuh selama hamil akan zat-zat gizi karena perubahan fisiologis ibu hamil dan pertumbuhan serta perkembangan janin.

- 3) Meningkatnya pengeluaran zat besi dari tubuh karena perdarahan akut dan kronis. Perdarahan akut dapat disebabkan misalnya kecelakaan. Perdarahan kronis, yaitu pendarahan yang berlangsung lama karena infeksi penyakit, kecacingan, dan malaria.
- 4) Ibu hamil KEK (kurang energi kronik).
- 5) Jarak persalinan terlalu dekat.

F. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TUMBUH KEMBANG BAYI

Secara umum ada dua faktor yang mempengaruhi tumbuh kembang bayi dalam kandungan :

1. Faktor genetik

Merupakan modal dasar dalam mencapai hasil akhir proses tumbuh kembang bayi. Termasuk faktor genetik antar lain faktor bawaan yang normal atau patologis, jenis kelamin, suku bangsa. Selain itu penyakit keturunan yang disebabkan oleh kelainan kromosom, seperti down syndrome, Turner syndrome.

2. Faktor lingkungan

Lingkungan yang cukup baik akan memungkinkan tercapainya potensi bawaan, sedangkan yang kurang baik akan menghambatnya. Lingkungan ini secara bio-psiko-fisiko-social yang mempengaruhi individu setiap hari, mulai konsepsi sampai akhir hayatnya.

Faktor lingkungan prenatal yang berpengaruh terhadap tumbuh kembang janin dari konsepsi sampai lahir diantaranya gizi ibu saat hamil

Gizi yang jelek sebelum hamil maupun sedang hamil sering menghasilkan bayi BBLR (berat badan lahir rendah) atau lahir mati dan jarang menyebabkan cacat bawaan. Dismaping itu dapat mentebabkan mudah terkena infeksi saat hamil. Bayi yang lahir dari ibu dengan gizi kurang dan hidup di lingkungan miskin, maka akan mengalami kurang gizi juga mudah terkena infeksi selanjutnya akan menghasilkan wanita dewasa yang berat badan dan tinggi badan kurang juga.

G. GIZI IBU HAMIL

1. Prinsip Diet

Energi yang dibutuhkan disesuaikan dengan kebutuhan ibu dan peningkatan BMR sebesar 2132,1 kalori yang berfungsi untuk menyediakan energi yang cukup supaya protein tidak memecah protein, meskipun kebutuahn protein sebesar 90 g karena fungsi protein sangat diperlukan untuk pertumbuhan janin. Lemak berfungsi untuk pembawa vitamin yang larut dalam lemak sehingga kebutuhan lemak cukup sebesar 59,2 g. Zat gizi yang paling besar dibutuhkan ibu hamil adalah

karbohidat yaitu sebesar 320 g gunanya untuk mencegah terjadinya ketosis. Selain zat gizi tadi ibu hamil juga masih butuh tambahan vitamin dan mineral terutama zat besi untuk menambah jatah darah ibu dan janin.

2. Syarat Diet

Syarat gizi tergantung dari masing-masing kesehatan ibu hamil dan umur kehamilan. Tiga bulan pertama nafsu makan sangat kurang karena masih sering timbul mual dan muntah. Sehingga pada saat itu makanan harus diatur sedemikian rupa, sehingga mudah dicerna, porsi tidak terlalu besar. Tiga bulan berikutnya metabolisme basal mulai meningkat, sehingga berat badan juga mulai bertambah dengan nyata. Pada saat itu protein diutamakan dan harus dijaga jangan sampai kekurangan darah. Saat itu baik sekali diberikan sayur-sayuran daun juga vitamin A. Tiga bulan terakhir metabolisme basal tetap naik terus dibarengi nafsu makan baik sekali dan wanita hamil selalu merasa lapar. Pemeriksaan kenaikan berat badan perlu dilakukan dengan teliti, jangan sampai wanita ini menjadi terlalu gemuk, untuk menghindari kesulitan waktu melahirkan kelak. Dan juga apabila ada tanda-tanda menderita keracunan hamil, maka dia harus pantang garam. Pada tri wulan ini kandungan sudah semakin besar sekali hingga lambung terdesak oleh

fetus. Maka makanan dianjurkan porsi kecil tapi sering untuk mencegah kekurangan unsur-unsur gizi.

3. Tujuan Diet

Tujuan Umum : meningkatkan gizi baik ibu dan bayi, selain itu juga akan bermanfaat pula untuk peningkatan mutu generasi yang akan datang.

Tujuan Khusus : mengetahui prinsip-prinsip, diet, tata laksana diet ibu hamil, bahan makanan yang dianjurkan dan yang tidak dianjurkan untuk ibu hamil.

4. Makanan Yang Dianjurkan Dan Tidak Dianjurkan

Sejak zaman nenek moyang perhatian besar telah diberikan kepada wanita yang sedang hamil. Wanita hamil merupakan orang istimewa yang membawa kehidupan baru yang berpengaruh terhadap kelangsungan hidup umat manusia pada umumnya. Khusus tentang makanan adanya yang dianggap baik dan ada yang dianggap tidak baik. Sehingga timbul berbagai larangan dan anjuran terhadap makanan tertentu. Para sosiologi yang melakukan penelitian menemukan banyak pantangan terhadap berbagai jenis makanan pada masyarakat Jawa, Sumatra dan Bali. Tetapi menurut ilmu kedokteran tidak ada larangan terhadap makanan tertentu bagi ibu yang

sedang hamil. Tentu saja semua perlu dibatasi dalam jumlah yang wajar, dan disesuaikan dengan kesehatan wanita hamil.

5. Diet Komplikasi Kehamilan

a. Diet Hiperemesis

Hiperemesis adalah mual muntah yang berlebihan pada awal kehamilan dalam waktu relatif lama. Keadaan ini dapat menyebabkan dehidrasi dan penurunan berat badan apabila tidak segera diatasi. Ciri khas pemberian diet dengan penekanan pemberian makanan sumber karbohidrat kompleks, terutama pada pagi hari, serta menghindari makanan yang berlemak dan goreng-gorengan untuk menekan rasa mual dan muntah, dan pemberian makanan dan minuman yang berjarak.

Tujuan diet ini untuk mengganti glikogen tubuh dan mengontrol asidosis, dan berangsur-angsur memberikan makanan yang cukup zat gizi. Syarat diet hyperemesis makanan secara berangsur-angsur ditingkatkan dalam porsi dan nilai gizi, sesuai dengan keadaan dan kebutuhan gizi ibu

hamil, mudah dicerna, tidak merangsang saluran cerna, porsi tapi sering.

b. Diet Preeklamsia

Preeklamsia merupakan sindroma yang terjadi pada saat kehamilan masuk pada minggu ke-20 dengan tanda dan gejala seperti hipertensi, proteinuria, kenaikan berat badan yang cepat, mudah timbul kemerah-merahan, mual, muntah, pusing, nyeri lambung, oliguria, gelisah dan kesadaran umum menurun. Ciri khas diet ini memperhatikan asupan garam dan protein. Tujuan diet preeklamsia untuk mempertahankan tekanan darah normal, mengurangi retensi garam atau air, mengurangi dan mencegah timbulnya faktor lain atau penyulit baru pada saat kehamilan atau setelah melahirkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, Sunita. 2002. Prinsip Dasar Ilmu Gizi, Gramedia, Jakarta
- Almatsier, Sunita, 2005. Penuntun Diet edisi baru, Instalasi Gizi perjan RS. Dr.Cipto Mangunkusumo & Asosiasi Dietesien Indonesia. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama
- <http://www.Kompasiona.com/jepretpotret/59869c4263a8e6112f165114/dari-terbaik-di-dua-dunia-mencintai-menikmati-tiga-siklus-kehidupan-dengan-sempurna>
- Pritasari,dkk.2007. Bahan Ajar Gizi:Gizi Dalam Daur Kehidupan, Jakarta. Kementrian Kesehatan RI. Diakses di <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wpcontent/uploads/2007/11/GIZI-DALAM-DAUR-KEHIDUPAN-FINAL-SC.pdf> pada 27 Oktober 2019.

PROFIL PENULIS



Dwi Juwartini,SKM.,MPH, lahir di Klaten, 26 Maret 1973. Penulis merupakan dosen tetap di Program Studi D3 Keperawatan Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta dan bergabung di Departemen Keperawatan Maternitas. Penulis menyelesaikan jenjang pendidikan S1 Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Ibu Anak dan Kesehatan Reproduksi Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta dan menyelesaikan jenjang pendidikan S2 Magister Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Ibu dan Anak, Kesehatan Reproduksi di Universitas Gajah Mada Yogyakarta. Kegiatan utama penulis adalah memberikan kuliah di Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta, melakukan penelitian dan menjalankan pengabdian masyarakat. Penulis juga terlibat aktif sebagai pengurus Ikatan Perawat Maternitas Indonesia (IPEMI) Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta. Email Penulis: dwijuwartini@gmail.com

BAB 8 PENYAKIT MENULAR SEKSUAL PADA WANITA

Yosi Maria Wijaya, S.Kep.,Ners, M.S
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santo Borromeus

A. PENYAKIT MENULAR SEKSUAL

Penyakit menular seksual (PMS), dikenal juga dengan istilah infeksi menular seksual (IMS) atau penyakit lewat hubungan seksual (PHS) adalah infeksi yang ditularkan dari satu orang ke orang lain melalui kontak seksual, biasanya melalui kontak vaginal, oral, atau anal. Namun, PMS kadang-kadang dapat menyebar juga melalui kontak fisik yang intim, sebagai contoh seperti herpes dan Human Papilloma Virus (HPV), menyebar melalui kontak kulit. PMS disebabkan oleh bakteri, virus maupun parasit. Kontak seksual, termasuk vagina, anal, dan seks oral, diketahui menularkan lebih dari 30 bakteri, virus, dan parasit. Sebagian besar PMS disebabkan oleh delapan patogen. Selain itu, pada wanita selama periode kehamilan, persalinan, dan pemberian ASI, beberapa PMS dapat diturunkan dari ibu ke anaknya. Adanya target *sustainable development goals* (SDGs), salah satu target adalah tujuan ketiga untuk mengurangi kematian yang berhubungan dengan penyakit baik penyakit tropis, menular, dan tidak menular. Infeksi menular seksual digolongkan sebagai jenis penyakit menular, sehingga penurunan angka kejadian IMS

menjadi salah satu target SDGs (Yarbrough & Burnham, 2016). Menurut statistik organisasi kesehatan dunia pada tahun 2016, diperkirakan 490 juta orang menderita herpes kelamin, dan diperkirakan 300 juta wanita mengidap infeksi HPV, yang merupakan penyebab utama kanker serviks dan kanker anal pada pria yang berhubungan seks dengan pria. *World Health Organization* (WHO) melaporkan 374 juta infeksi baru pada tahun 2020: klamidia (129 juta), gonore (82 juta), sifilis (7,1 juta), dan trichomoniasis (156 juta) (Rowley et al., 2019).

Jenis PMS yang sering terjadi pada wanita adalah *chlamydia*, herpes genital, gonore, HIV/AIDS, HPV, sifilis, dan trichomoniasis, berikut penjelasan jenis IMS pada wanita:

- 1) Gonore yang lebih dikenal di kalangan masyarakat dengan istilah GO adalah penyakit menular seksual yang disebabkan oleh bakteri *Neisseria gonorrhoea*. Pada wanita, GO seringkali tidak menimbulkan gejala dan luput dari diagnosis dokter. Hal ini menyebabkan wanita tidak menyadari dirinya terinfeksi GO dan dapat menularkan pada orang lain. Seorang wanita jika dalam periode hamil menderita gonore biasanya dijumpai dalam bentuk menahun dan 60 kasus adalah asimtomatik sehingga penderita tidak menyadari penyakitnya. Namun, dapat pula terjadi peningkatan

gejala selama kehamilan misalnya kolpitis dan vulvitis. Dapat pula disertai oftalmia neonatorum yang menjadi petunjuk awal bahwa ibu menderita gonorea.

- 2) Sifilis disebabkan oleh *Treponema pallidum*, yaitu sejenis bakteri yang berbentuk spiral. Penularan bisa terjadi melalui tranfusi darah bila donor berada dalam tahap awal infeksi tersebut. Infeksi bisa ditularkan dari seorang ibu yang terinfeksi kepada bayinya yang belum lahir. Sifilis yang terkait dengan kehamilan adalah sifilis congenital, dimana merupakan salah satu komplikasi sifilis yang berat. Akibat langsung penyakit ini terhadap janin antara lain kematian janin dalam kandungan, partus prematurus, dan partus immaturus. Gejala sifilis kongenital adalah pertumbuhan intrauterine yang terhambat, kelainan membrane mukosa, kelainan rambut, kulit dan kuku, kelainan tulang, kelainan kelenjar getah bening (adanya limfadenofati generalisata), kelainan organ dalam seperti hepatomegali, splenomegali, nefritis, nefrosis, pneumonia, kelainan mata, kelainan sistem saraf pusat seperti meningitis, kelainan hematologi. Sifilis harus diobati segera setelah diagnosis ditegakkan, tanpa memandang tuanya kehamilan. Semakin dini pengobatan diberikan, maka semakin baik prognosisnya bagi janin. Sifilis primer yang tidak diobati secara

adekuat, 25% akan menjadi sifilis sekunder dalam waktu 4 tahun. Tanpa pengobatan, sifilis primer maupun sekunder 10% akan berkembang menjadi sifilis kardiovaskular dan 16% menjadi neurosifilis. Sekitar 10% dari penderita yang tidak diobati akan meninggal akibat langsung dari penyakit.

- 3) Infeksi *Chlamydia trachomatis* (*C.trachomatis*) pada banyak negara merupakan penyebab utama infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual. Infeksi ini dapat menyebabkan penyebab uretritis, servisititis, endometritis, salpingitis, perihepatitis. Infeksi *C. trachomatis* sampai saat ini masih merupakan problematik karena keluhan ringan, kesukaran fasilitas diagnostik, mudah menjadi kronis dan residif, serta mungkin menyebabkan komplikasi yang serius, seperti infertilitas dan kehamilan ektopik. Selain itu bayi yang lahir dari ibu yang terinfeksi chlamydia mempunyai risiko untuk menderita konjungtivitis dan atau pneumonia, bayi yang lahir per vaginam dari ibu dengan infeksi Chlamydia, 20-50% dapat mengalami konjungtivitis inklusi dalam 2 minggu pertama kehidupannya. Pneumonia dapat terjadi pada usia 3-4 bulan dengan prevalensi 10-20% . Diagnosis infeksi klamidia dapat ditegakkan bila sekret mukopurulen dari ostium uteri eksternum atau apusan serviks.

- 4) Trikomoniasis merupakan penyakit protozoa persisten yang umum menyerang saluran urogenital pada wanita ditandai dengan timbulnya vaginitis dengan bercak-bercak berwarna merah seperti “stroberi”, disertai dengan discharge berwarna hijau dan berbau. Penyakit ini dapat menyebabkan urethritis atau cytiasis dan umumnya tanpa gejala. Seorang wanita yang terinfeksi trichomonas akan mengalami gejala mengeluarkan cairan vagina yang berwarna kuning kehijauan atau abu-abu serta berbusa dalam jumlah banyak, kadang disertai perdarahan dan berbau tidak sedap, rasa gatal pada vulva, buang air kecil disertai rasa nyeri sehingga menimbulkan rasa tidak nyaman. Biasanya trichomoniasis berdampingan dengan gonorrhoea.
- 5) Infeksi HPV, beberapa tipe dari HPV dapat menimbulkan kutil, kondiloma akuminata, yang biasanya disebabkan oleh HPV tipe 6 dan 11. Infeksi HPV pada daerah genital tidak jarang terjadi pada wanita hamil dengan atau tanpa keluhan. Infeksi HPV jika terjadi pada kehamilan, ditemukan kasus prematuritas banyak ditemukan hasil seropositif terhadap HPV tipe 16. Dampak yang muncul antara lain HPV tipe 6 dan 11 dapat menyebabkan laring papilomatosis pada bayi yang dilahirkan.
- 6) Kandidiasis

Penyakit ini disebabkan oleh jamur *Candida albicans*. Kandidiasis terjadi akibat reaksi radang disebabkan oleh jamur pada area genitalia vagina dan vulva. Penderita kandidiasis mengeluhkan rasa gatal pada kemaluan, dapat menyebabkan gangguan tidur, adanya sekresi seperti susu kental dan warna putih kekuningan, sekret tidak berbau.

Beberapa gejala yang dapat muncul akibat PMS, yaitu (Cheng, Paintsil, & Ghebremichael, 2020):

- a. *Discharge* yang tidak biasa dari vagina atau penis
- b. Luka atau kutil di daerah alat kelamin
- c. Rasa nyeri atau sering buang air kecil
- d. Rasa nyeri saat berhubungan seksual
- e. Gatal dan kemerahan di daerah alat kelamin
- f. Lecet atau luka di sekitar mulut
- g. Bau pada area vagina yang abnormal
- h. Rasa gatal, atau berdarah
- i. Sakit perut bagian bawah
- j. Demam

Infeksi menular seksual seringkali dikaitkan dengan hubungan seksual, ada beberapa cara IMS dapat ditransmisikan sebagai berikut:

- a. Hubungan seksual tanpa perlindungan (tanpa kondom) melalui vaginal, oral, atau anal seks. Sulit untuk menentukan apakah seseorang memiliki IMS atau

tidak, seringkali tidak bergejala, dan IMS dapat menyebar.

- b. Beberapa IMS seperti sifilis dan herpes, dapat ditularkan tanpa adanya seks.
- c. Kontak seksual antara sesama wanita (homoseksual)
- d. Dari seorang wanita hamil atau menyusui kepada anaknya

B. DAMPAK PMS PADA KESEHATAN REPRODUKSI WANITA

PMS memiliki dampak yang signifikan pada kesehatan seksual dan reproduksi di seluruh dunia. Sebagian besar PMS memengaruhi pria maupun wanita, tetapi masalah kesehatan yang ditimbulkan sering kali lebih berbahaya pada wanita. Hal ini bisa karena saluran vagina lebih tipis dan lebih halus, sehingga lebih rentan terhadap infeksi oleh bakteri dan virus. Selain itu, lingkungan lembap dalam rongga vagina mempercepat pertumbuhan bakteri (Prevention, 10AD). Pada kondisi spesifik, jika seorang wanita hamil mengidap PMS atau penyakit kelamin, dapat berdampak pada bayi dimana bayi bisa menderita kondisi kesehatan yang serius.

Wanita sering memiliki masalah kesehatan yang lebih serius dari IMS dibandingkan pria, antara lain:

1. Seorang wanita yang terinfeksi klamidia dan gonore, dibiarkan tidak terawat, meningkatkan risiko sakit panggul kronis dan kehamilan ektopik yang mengancam jiwa. Klamidia dan gonore juga dapat menyebabkan kemandulan.
2. Sifilis yang tidak diobati pada wanita hamil mengakibatkan kematian bayi hingga 40%
3. Wanita memiliki risiko lebih tinggi daripada pria mendapatkan IMS selama adanya kontak seksual tanpa proteksi kondom..

PMS dapat menyebabkan masalah kesehatan pada wanita, antara lain:

1. infertilitas yang permanen
2. masalah selama kehamilan dan masalah kesehatan pada bayi Menurut WHO, pada tahun 2012 dilaporkan lebih dari 900.000 wanita hamil terinfeksi sifilis dan menyebabkan sekitar 350.000 kelahiran yang terganggu termasuk kelahiran mati.
3. infeksi di bagian-bagian lain tubuh
4. kerusakan organ
5. jenis kanker tertentu, seperti kanker serviks/leher rahim
6. kematian

C. PENCEGAHAN DAN PENGOBATAN PMS

Beberapa PMS seperti Hepatitis B, virus herpes simplex (HSV), HIV, dan HPV adalah empat infeksi yang

disebabkan virus, kondisi ini tidak dapat disembuhkan. PMS yang disebabkan bakteri atau parasit seperti sifilis, gonore, klamidia, trichomoniasis dapat diobati dengan antibiotik. Meskipun belum ada obat untuk PMS yang disebabkan oleh virus, pengobatan dapat sering mengurangi gejala-gejala dan mengurangi risiko penyebaran infeksi. Cara yang paling efektif untuk menghindari IMS adalah dengan menghindari hubungan seksual baik melalui vagina, oral, atau seks anal. Jika seorang wanita aktif dalam berhubungan seksual, berikut adalah tindakan pencegahan untuk mengurangi kemungkinan penularan infeksi menular seksual:

- a. **Dapatkan vaksinasi.** Ada HPV dan vaksin hepatitis B yang tersedia. Vaksin ini telah menandai kemajuan signifikan dalam pencegahan IMS. Pada akhir tahun 2020, vaksin HPV dimasukkan dalam program imunisasi rutin di sebagian besar negara maju. Sebagai upaya menurunkan prevalensi kanker serviks sebagai masalah kesehatan masyarakat global, target cakupan tinggi untuk vaksinasi HPV, skrining dan pengobatan lesi kanker, dan penanganan kanker harus dipenuhi pada tahun 2030 dan berkelanjutan.
- b. **Gunakan kondom.** Ketika berhubungan seksual, kondom adalah cara yang paling efektif untuk mencegah IMS. Kenakan kondom sebelum penis

menyentuh vagina, mulut, atau anus. Bentuk-bentuk lain kontrasepsi, seperti pil, suntikan, implan, atau diafragma, tidak akan melindungi dari IMS. Kondom, meskipun sangat efektif, tidak menyediakan perlindungan terhadap IMS di luar daerah kelamin seperti sifilis atau herpes kelamin. Hasil penelitian pada wanita pekerja seksual penggunaan kondom saat berhubungan seksual sebagian besar dalam kategori rendah (Wijaya & Niman, 2022), perlu adanya kesadaran dalam menerapkan perilaku seksual yang aman.

- c. **Lakukan tes.** Pastikan pasangan tidak menderita infeksi menular seksual. Komunikasikan antar pasangan
- d. **Pertahankan monogami.** Berhubungan seks hanya dengan satu pasangan dapat mengurangi risiko tertular IMS.
- e. **Batasi jumlah hubungan seksual.** Adanya perilaku berganti-ganti pasangan seksual meningkatkan risiko penularan IMS.
- f. **Jangan melakukan douche.** Douching mematikan bakteri normal yang melindungi area vagina dari infeksi, sehingga dapat meningkatkan peluang penularan IMS.

- g. **Hindari alkohol atau obat-obatan.** Terlalu banyak penggunaan alkohol atau narkoba mendorong perilaku berisiko dan meningkatkan risiko serangan seksual dan penularan IMS.

Berikut beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mengontrol penyebaran IMS menurut WHO:

- a. Perubahan perilaku kompleks

Informasi, pendidikan dan konseling dapat meningkatkan kemampuan orang untuk mengenali gejala IMS. Namun, kurangnya kesadaran publik, kurangnya pelatihan, dan stigma yang ada di masyarakat tentang IMS tetap menjadi hambatan. Hasil penelitian menunjukkan ada pernah mendengar IMS dengan kejadian infeksi menular seksual (Simbolon & Budiarti, 2020). Penelitian lain menyatakan bahwa individu yang tidak terpapar informasi IMS memiliki kecenderungan 1,154 kali untuk terkena IMS dibandingkan individu yang terpapar informasi IMS (Sinaga, 2011). Sehingga, peran tenaga kesehatan dalam memberikan informasi agar setiap individu khususnya wanita dapat mengetahui tentang IMS. Tanpa pengetahuan, seseorang mungkin tidak menyadari risiko atau mungkin tidak yakin tentang

cara melindungi diri dari IMS (Simbolon & Budiarti, 2020).

b. Skrining dan perawatan pada layanan kesehatan

Seseorang yang membutuhkan skrining dan perawatan untuk IMS di layanan kesehatan memiliki hambatan, mencakup sumber daya yang terbatas, stigmatasi, kualitas layanan yang buruk dan biaya yang harus diberikan. Beberapa populasi dengan tingkat risiko IMS tertinggi seperti pekerja seks, kelompok homoseksual, sering kali tidak memiliki akses ke layanan kesehatan yang memadai. (Agustini & Arsani, 2013).

DAFTAR PUSTAKA

- WHO, Sexually Transmitted Infections (STIs). Diakses pada tanggal 17 Januari 2023 melalui [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Agustini, N. N. M., & Arsani, N. L. K. A. (2013). Infeksi Menular Seksual dan Kehamilan. In *Prosiding Seminar Nasional MIPA*.
- Cheng, Y., Paintsil, E., & Ghebremichael, M. (2020). Syndromic versus laboratory diagnosis of sexually transmitted infections in men in Moshi District of Tanzania. *AIDS Research and Treatment*, 2020.
- Prevention, C. for D. C. and. (10AD). ways STDs impact women differently from men. *CDC Fact Sheet*, 2011, 1–2.
- Rowley, J., Vander Hoorn, S., Korenromp, E., Low, N., Unemo, M., Abu-Raddad, L. J., ... Gottlieb, S. (2019). Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(8), 548-562P.
- Simbolon, W. M., & Budiarti, W. (2020). Kejadian Infeksi Menular Seksual pada Wanita Kawin di Indonesia dan Variabel-variabel yang Memengaruhinya. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 7(2), 81–87.

- Sinaga, N. B. (2011). Faktor Sosiodemografi dan Sosiokultur yang berhubungan dengan Infeksi Menular Seksual Pada remaja Indonesia. Thesis. Universitas Indonesia.
- Wijaya, Y. M., & Niman, S. (2022). Hubungan Karakteristik Sosiodemografi Dengan Health Belief Penggunaan Kondom Pada Wanita Pekerja Seks Komersial (Psk). *Jurnal Kesehatan*, 10(1), 8–14.
- Yarbrough, M. L., & Burnham, C.-A. D. (2016). The ABCs of STIs: an update on sexually transmitted infections. *Clinical Chemistry*, 62(6), 811–823.

PROFIL PENULIS



Yosi Maria Wijaya

Penulis telah menyelesaikan studi di bidang keperawatan pada jenjang sarjana dan profesi ners di STIK Immanuel Bandung, kemudian menyelesaikan jenjang pascasarjana di National Cheng Kung

University Taiwan.

Saat ini penulis aktif sebagai pengajar dan mendapat tugas tambahan sebagai Kepala Program Studi D3 Keperawatan di STIKes Santo Borromeus. Penulis memiliki kepakaran dibidang keperawatan maternitas. Penulis juga tergabung dalam organisasi dan asosiasi pendidikan dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti sesuai bidang keilmuan. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga mendapatkan hibah eksternal seperti dari Asosiasi Pendidikan dan Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif sebagai reviewer program kompetisi yang diselenggarakan oleh Kemenristek DIKTI, serta aktif mempublikasikan hasil karya penelitiannya.

BAB 9 KESEHATAN WANITA SEPANJANG SIKLUS KEHIDUPAN

**Ns. Thrisia Monica, M.Kep
Akademi Keperawatan Bina Insani Sakti Sungai Penuh**

A. KESEHATAN WANITA SEPANJANG SIKLUS KEHIDUPAN

Dalam siklus kehidupan setiap wanita hampir mengalami suatu proses yang dinamakan kehamilan, persalinan, nifas dan memiliki anak atau bayi baru lahir yang akan menjadi suatu tonggak utama dalam sebuah keluarga. Keluarga yang sehat dan sejahtera dengan kualitas hidup yang baik, diantaranya dapat dipertimbangkan dari segi kesehatan ibu dan anak. (Risksedas, 2013). Pembangunan kesehatan bertujuan untuk mempertinggi derajat kesehatan masyarakat. Demi tercapainya derajat kesehatan yang tinggi, maka wanita sebagai penerima kesehatan, anggota keluarga dan pemberi pelayanan kesehatan harus berperan dalam keluarga, supaya anak tumbuh sehat sampai dewasa sebagai generasi muda. Oleh sebab itu seharusnya wanita diberi perhatian, sebab: (1) wanita menghadapi masalah Kesehatan khusus yang tidak dihadapi pria berkaitan dengan fungsi reproduksinya, (2) Kesehatan wanita secara langsung mempengaruhi kesehatan anak yang dikandung dan

dilahirkan, (3) kesehatan wanita sering dilupakan dan ia hanya sebagai objek dengan mengatasnamakan “pembangunan” seperti program KB, dan pengendalian jumlah penduduk, (4) masalah kesehatan reproduksi wanita sudah menjadi agenda internasional diantaranya Indonesia menyepakati hasil-hasil konferensi mengenai kesehatan reproduksi dan kependudukan (Beijing dan Kairo), (5) kebebasan dalam menentukan hal yang paling baik menurut dirinya sesuai dengan kebutuhannya dimana ia sendiri yang memutuskan atas tubuhnya sendiri.

Siklus kehidupan dengan kata lain disebut daur kehidupan. Dalam kamus besar Bahasa Indonesia daur berarti peredaran masa atau tahun, siklus dapat disebut putaran waktu yang didalamnya terdapat rangkaian kejadian yang berulang-ulang secara tetap dan teratur. Dengan memahami konsep Angka Kecukupan Gizi maka kita dapat mengetahui kecukupan zat gizi sesuai siklus atau daur kehidupan (Pritasari, dkk, 2017). Dalam kehidupan manusia berkaitan dengan tumbuh kembang, menurut Almatsier (2011).

Pertumbuhan itu bertambahnya jumlah dan ukuran sel, sedangkan perkembangan adalah peningkatan fungsi sel, jaringan, organ tubuh dalam bentuk yang kompleks. Tumbuh kembang dimulai dengan pembentukan embrio dan diferensiasi sel-sel pada saat pembentukan janin

pada saat ibu hamil, melahirkan bayi hingga menjadi manusia dewasa. Tahapan siklus kehidupan wanita terdiri dari masa kehamilan, menyusui, bayi, balita, usia sekolah, dewasa, dan usia lanjut. Puncak pertumbuhan dimana pembentukan sel lebih banyak daripada pemecahan sel, tetapi pada proses penuaan atau *going* akan terjadi proses sebaliknya. Masa pertumbuhan

B. SIKLUS KESEHATAN WANITA

Dalam pendekatan siklus hidup ini, dikenal lima tahap, yaitu:

1. Konsepsi
2. Bayi dan anak
3. Remaja
4. Usia subur
5. Usia lanjut

1. *Konsepsi*

- a. Perlakuan sama terhadap janin laki-laki/perempuan
- b. Pelayanan antenatal, persalinan aman dan nifas serta pelayanan bayi baru lahir.
- c. Masalah yang mungkin terjadi pada tahap ini :
pengutamaan jenis kelamin, BBLR, kurang gizi (malnutrisi).
- d. Pendekatan pelayanan antenatal, promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

2. *Bayi dan anak*

- a. ASI Eksklusif dan penyapihan yang layak
- b. Tumbuh kembang anak, pemberian makanan dengan gizi seimbang
- c. Imunisasi dan manajemen terpadu balita sakit
- d. Pencegahan dan penanggulangan kekerasan
- e. Pendidikan dan kesempatan yang sama pada anak laki-laki dan perempuan
- f. Masalah yang mungkin terjadi pada tahap ini :
pengutamaan jenis kelamin, sunat perempuan, kurang gizi (malnutrisi), kesakitan dan kematian BBLR, penyakit lain disemua usia dan kekerasan.
- g. Pendekatan yang dilakukan: pendidikan kesehatan, kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan primer, imunisasi, pelayanan antenatal, persalinan, postnatal, menyusui serta pemberian suplemen, dll.

3. *Remaja*

Masa remaja atau pubertas adalah usia antara 10 sampai 19 tahun dan merupakan peralihan dari masa kanak-anak menjadi dewasa. Peristiwa terpenting yang terjadi pada gadis remaja adalah datangnya haid pertama yang dinamakan menarche. Secara tradisi, menarche dianggap sebagai tanda kedewasaan, dan gadis yang mengalaminya dianggap sudah tiba waktunya untuk melakukan tugas-tugas sebagai wanita dewasa, dan siap dinikahkan. Pada usia ini tubuh wanita mengalami

perubahan dramatis, karena mulai memproduksi hormon-hormon seksual yang akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan sistem reproduksi.

- a. Gizi seimbang
- b. Informasi tentang kesehatan reproduksi
- c. Pencegahan kekerasan, termasuk seksual
- d. Pencegahan terhadap ketergantungan narkoba
- e. Perkawinan pada usia yang wajar
- f. Pendidikan, peningkatan keterampilan
- g. Peningkatan penghargaan diri
- h. Peningkatan pertahanan terhadap godaan dan ancaman.
- i. Masalah yang ditemui meliputi: seks komersial, pelecehan seksual, penyalahgunaan obat (alkohol, obat, tembakau), kekerasan gender, praktik tradisional berbahaya, perilaku seks tidak aman, kehamilan remaja, aborsi tidak aman, ISR/IMS/HIV/ AIDS.
- j. Pendekatan yang dapat dilakukan meliputi; konseling tentang perubahan hukum/sosial, pendidikan kesehatan, deteksi, pencegahan, pengobatan, kontrasepsi yang sesuai, pemberian suplemen, pendidikan dalam keluarga, konseling dll

4. *Usia Subur*

Usia dewasa muda, yaitu antara 18 sampai 40 tahun, sering dihubungkan dengan masa subur, karena pada usia ini kehamilan sehat paling mungkin terjadi. Inilah usia produktif dalam menapak karir yang penuh kesibukan di luar rumah. Di usia ini wanita harus lebih memperhatikan kondisi tubuhnya agar selalu dalam kondisi prima, sehingga jika terjadi kehamilan dapat berjalan dengan lancar, dan bayi yang dilahirkan pun sehat. Pada periode ini masalah kesehatan berganti dengan gangguan kehamilan, kelelahan kronis akibat merawat anak, dan tuntutan karir.

Kanker, kegemukan, depresi, dan penyakit serius tertentu mulai menggerogoti tubuhnya. Gangguan yang sering muncul pada usia ini, adalah endometriosis yang ditandai dengan gejala nyeri haid, kram haid, nyeri pinggul saat berhubungan seks, sakit saat buang air besar atau buang air kecil. Penderita kadang mengalami nyeri hebat, tetapi ada juga yang tidak mengalami gejala apa-apa.

- a. Kehamilan dan persalinan yang aman
- b. Pencegahan kecacatan dan kematian akibat kehamilan pada ibu dan bayi
- c. Menjaga jarak kelahiran dan jumlah kehamilan dengan penggunaan alat kontrasepsi (KB)
- d. Pencegahan terhadap PMS/HIV/AIDS

- e. Pelayanan kesehatan reproduksi berkualitas
- f. Pencegahan dan penanggulangan masalah aborsi secara rasional
- g. Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim
- h. Pencegahan dan manajemen infertilitas.
- i. Masalah yang mungkin ditemui: Kesakitan dan kematian ibu yang disebabkan berbagai kondisi, malnutrisi/anemia, kemandulan, pelecehan/kekerasan seksual, komplikasi aborsi, ISR/IMS/HIV/AIDS dan pengaturan kesuburan.
- j. Pendekatan yang dapat dilakukan

Pendidikan kesehatan, suplemen, konseling, pencegahan primer, pengobatan KB, pendidikan tentang perilaku seksual yang bertanggungjawab, pencegahan dan pengobatan IMS, pelayanan antenatal, persalinan, post partum pelayanan kebidanan darurat, imunisasi dan informasi - informasi.

5. *Usia Lanjut*

Yang dianggap lanjut usia (lansia) adalah setelah mencapai usia 60 tahun. Inilah masa yang paling rentan diserang berbagai penyakit degeneratif dan penyakit berat lainnya. Sangat penting bagi wanita untuk melakukan pemeriksaan kesehatannya secara teratur. Prioritas utamanya adalah menjaga agar tubuh tetap sehat dengan mengatur pola makan yang benar, dan minum

suplemen yang dibutuhkan tubuh. Selain itu olahraga ringan dan tetap aktif secara intelektual.

a. Perhatian pada problem meno/andro-pause

b. Perhatian pada penyakit utama degeneratif, termasuk rabun, gangguan mobilitas dan osteoporosis.

c. Deteksi dini kanker rahim dan kanker rahim

d. Masalah yang mungkin terjadi pada tahap ini: penyakit sistem sirkulasi, kekerasan, prolaps/osteoporosis, kanker saluran reproduksi, payudara/kanker prostat, ISR/IMS/HIV/AIDS.

e. Pendekatan yang dapat dilakukan: dipengaruhi oleh pengalaman reproduksi sebelumnya, diagnosis, informasi dan pengobatan dini.

6. Berkurangnya hormone estrogen pada wanita menopause mungkin menyebabkan berbagai keluhan sebagai berikut:

a. Penyakit jantung koroner

b. Kadar estrogen yang cukup, mampu melindungi wanita dari penyakit jantung koroner. Berkurangnya hormone estrogen dapat menurunkan kadar kolesterol baik (HDL) dan meningkatnya kadar kolesterol tidak baik (LDL) yang meningkatkan kejadian penyakit jantung koroner.

c. Osteoporosis

d. Adalah berkurangnya kepadatan tulang pada wanita

akibat penurunan kadar hormone estrogen, sehingga tulang menjadi rapuh dan mudah patah.

e. Gangguan mata

f. Mata terasa kering dan kadang terasa gatal karena produksi air mata berkurang.

g. Kepikunan (demensia tipe Alzheimer).

h. Kekurangan hormone estrogen juga mempengaruhi susunan saraf pusat dan otak. Penurunan hormone estrogen menyebabkan kesulitan berkonsentrasi, sukar tidur, gelisah, depresi sampai pada kepikunan tipe Alzheimer. Penyakit kepikunan tipe Alzheimer dapat terjadi bilam kekurangan estrogen sudah berlangsung cukup lama dan berat, yang dipengaruhi faktor keturunan.

C. FAKTOR - FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DERAJAT KESEHATAN PEREMPUAN

Secara Umum

1. Kemiskinan

Diperkirakan sekitar 40% penduduk Indonesia masih berada di bawah garis, kemiskinan sejak terjadinya krisis ekonomi yang berkepanjangan. Hal ini menghambat akses terhadap pelayanan kesehatan yang pada akhirnya dapat berakibat kesakitan, kecacatan dan kematian.

2. Kedudukan perempuan dalam keluarga dan masyarakat

Kedudukan perempuan dalam keluarga dan masyarakat ditentukan oleh banyak hal, misalnya keadaan sosial ekonomi, budaya dan nilai-nilai yang berlaku di masyarakat dimana mereka menetap. Dewasa ini masih banyak ditemukan diskriminasi terhadap perempuan, antara lain:

- a. Perempuan di nomorudukan dalam segala aspek kehidupan, misalnya dalam pemberian sehari-hari, kesempatan memperoleh pendidikan, kerja dan kedudukan.
- b. Perempuan seringkali terpaksa menikah pada usia muda karena tekanan ekonomi atau orang tua mendorong untuk cepat menikah agar terlepas dari beban ekonomi.
- c. Keterbatasan perempuan dalam pengambilan keputusan untuk kepentingan dirinya, misalnya dalam ber- KB, dalam memilih bidan sebagai penolong persalinan atau dalam mendapat pertolongan segera di RS ketika di perlukan, disamping kurangnya kesempatan mengendalikan penghasilan keluarga.
- d. Tingkat pendidikan perempuan yang belum merata dan masih rendah menyebabkan informasi yang diterima tentang

kesehatan reproduksi sangat terbatas. Seperti diketahui, tingkat pendidikan yang meningkat.

D. KESEHATAN REPRODUKSI SEPANJANG DAUR HIDUP WANITA

Meningkatkan rasa percaya diri, wawasan dan kemauan untuk mengambil keputusan yang baik bagi diri dan keluarga, termasuk yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

Akses ke fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan Kesehatan

- a. Jarak ke fasilitas kesehatan yang cukup jauh dan sulit dicapai
- b. Kurangnya informasi tentang kemampuan fasilitas Kesehatan
- c. Keterbatasan biaya
- d. Tradisi yang menghambat pemanfaatan tenaga dan fasilitas Kesehatan
- e. Kualitas pelayanan kesehatan reproduksi yang kurang memadai, antara lain karena :
 - i. Pelayanan kesehatan yang kurang memperhatikan kebutuhan klien
 - ii. Kemampuan fasilitas kesehatan yang kurang memadai

- iii. Beban ganda, tanggung jawab tidak proporsional sehingga kesehatan anak perempuan dan perempuan semakin buruk.

Akses pelayanan kespro rendah karena :

- i. Pengetahuan tentang seksualitas dan informasi mengenai hak reproduksi masih rendah.
- ii. Menonjolnya perilaku seksual resiko tinggi
- iii. Diskriminasi social
- iv. Sikap negative terhadap perempuan dan anak perempuan
- v. Rendahnya kemampuan dalam pengendalian kehidupan seksual pada reproduksi
- vi. Kurangnya penanganan kespro dan seksual pada laki-laki dan perempuan usia lanjut.
- vii. Kebijakan dan program kesehatan masih belum mempertimbangkan perbedaan sosial.

Faktor - Faktor Yang Mempengaruhi Siklus Kesehatan Wanita Dari Konsepsi Sampai Usia Lanjut :

- a. Konsepsi
- a. keturunan
- b. fertilitas
- c. kecukupan gizi
- d. kondisi sperma dan ovum
- e. faktor hormonal

E. KESEHATAN REPRODUKSI SEPANJANG DAUR HIDUP WANITA

Faktor psikologis

a. Bayi

- 1) lingkungan
- 2) kondisi ibu
- 3) sikap orang tua
- 4) aspek psikologis pada masa bayi
- 5) sistem reproduksi
- 6) masa kanak-kanak.

b. Faktor dari dalam

Hal-hal yang diwariskan dari orang tua, misalnya bentuk tubuh kemampuan intelektual.

c. keadaan hormonal tubuh

d. emosi dan sifat

e. faktor dari luar

- 1) keluarga
- 2) gizi
- 3) budaya setempat
- 4) kebiasaan anak dalam hal personal hygiene

f. remaja

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

a. masalah gizi

- (1) anemia dan kurang gizimkronis
- (2) pertumbuhan yang terhambat pada remaja putri

b. masalah pendidikan

- (1) buta huruf
- (2) pendidikan rendah

c. Masalah lingkungan dan pekerjaan

Lingkungan dan suasana yang kurang memperhatikan kesehatan remaja dan bekerja yang akan mengganggu kesehatan remaja. Lingkungan sosial yang kurang sehat dapat menghambat bahkan merusak kesehatan fisik mental dan emosional remaja.

d. Masalah seks dan seksualitas

Pengetahuan yang tidak lengkap dan tidak tenang masalah seksualitas, misalnya mitos yang tidak benar.

a.kurangnya bimbingan untuk bersikap positif dalam hal yang berkaitan dengan seksualitas.

b.penyalahgunaan dan ketergantungan napza yang mengarah pada penularan HIV/AIDS.

- a. penyalahgunaan seksual
- b. kehamilan remaja
- c. kehamilan pranikah atau diluar ikatan pernikahan
- d. Masalah kesehatan reproduksi remaja

- (1) ketidakmatangan secara fisik dan mental
- (2) risiko kematian dan komplikasi ibu dan janin lebih besar
- (3) kehilangan kesempatan untuk pengembangan diri
- (4) risiko bertambah untuk melakukan aborsi yang tidak nyaman

f. Dewasa

Faktor yang mempengaruhi siklus kehidupan wanita pada masa dewasa

- (1) Perkembangan organ reproduksi
- (2) tanggapan seksual
- (3) kedewasaan psikologis

g. Usia lanjut

- (1) Faktor hormonal
- (2) Kejiwaan
- (3) Lingkungan
- (4) pola makan
- (5) aktivitas fisik (olahraga)

F. PELAYANAN KESEHATAN PADA WANITA SEPANJANG DAUR KEHIDUPANNYA

1. Skirining

Skirining (*screening*): pemeriksaan sekelompok orang untuk memisahkan orang yang sehat dari orang yang

mempunyai keadaan patologis yang tidak terdiagnosis atau mempunyai risiko tinggi. (Kamus Dorland ed. 25 : 974).
Skrining: pengenalan dini secara pro-aktif pada ibu hamil untuk menemukan adanya masalah atau faktor risiko. (Rochjati P,2008).
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. Penyaringan atau screening adalah upaya mendeteksi/mencari penderita dengan 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.

2. Penemuan Penyakit Dengan ‘*Screening*’

Screening: Penemuan penyakit secara aktif pada orang-orang yang tampak sehat dan tidak menunjukkan adanya gejala.

- a) Uji screening tidak dimaksudkan sebagai diagnostik, akan tetapi seringkali digunakan sebagai tes diagnosis.
- b) Diagnosis menyangkut konfirmasi mengenai ada atau tidaknya suatu penyakit pada individu yang dicurigai

atau menderita suatu penyakit tertentu. Orang-orang dengan tanda positif atau dicurigai menderita penyakit seharusnya diberi perawatan/ pengobatan setelah diagnosa dipastikan hasilnya.

3. Kriteria Menilai, Suatu Alat Ukur

Suatu alat (test) screeening yang baik adalah yang mempunyai tingkat validitas dan reabilitas yang tinggi yaitu mendekati 100%. Validitas merupakan petunjuk tentang kemampuan suatu alat ukur (test) dapat mengukur secara benar dan tepat apa yang akan diukur. Sedangkan reliabilitas menggambarkan tentang dalam atau konsistensi suatu alat ukur.

4. Tujuan Screening

- a. Mengetahui diagnosis sedini mungkin agar cepat terapi nya
- b. Mencegah meluasnya penyakit
- c. Mendidik masyarakat melakukan general check up
- d. Memberi gambaran kepada tenaga kesehatan tentang suatu penyakit (waspada mulai dini)
- e. Memperoleh data epidemiologis, untuk peneliti dan klinisi

5. Bentuk Pelaksanaan *Screening*

- a. Mass screening adalah *screening* secara masal pada masyarakat tertentu
- b. Selective *screening* adalah *screening* secara selektif

berdasarkan kriteria tertentu, contoh pemeriksaan ca paru pada perokok; pemeriksaan ca servik pada wanita yang sudah menikah.

c. *Single disease screening* adalah *screening* yang dilakukan untuk satu jenis penyakit

d. *Multiphasic screening* adalah *screening* yang dilakukan untuk lebih dari satu jenis penyakit contoh pemeriksaan IMS; penyakit sesak nafas.

6. Kriteria Program Penyaringan

a. Penyakit yang dipilih merupakan masalah kesehatan prioritas

b. Tersedia obat potensial untuk terapinya

c. Tersedia fasilitas dan biaya untuk diagnosis dan terapinya

d. Penyakit lama dan dapat dideteksi dengan test khusus

e. Screeningnya memenuhi syarat sensitivitas dan spesivitas

f. Teknik dan cara screening harus dapat diterima oleh masyarakat

g. Sifat perjalanan penyakit dapat diketahui dengan pasti

h. Ada SOP tentang penyakit tersebut

i. Biaya screening harus seimbang (lebih rendah) dengan resiko biaya bila tanpa screening

j. Penemuan kasus terus menerus

7. Contoh *Screening*

- a. Mammografi untuk mendeteksi ca mammae
- b. Pap smear untuk mendeteksi ca cervix
- c. Pemeriksaan Tekanan darah untuk mendeteksi hipertensi
- d. Pemeriksaan reduksi untuk mendeteksi deabetes mellitus
- e. Pemeriksaan urine untuk mendeteksi kehamilan
- f. Pemeriksaan EKG untuk mendeteksi Penyakit Jantung Koroner

8. Apa Itu Validitas

- a. Validitas adalah kemampuan dari test penyaringan untuk memisahkan mereka yang benar sakit terhadap yang sehat
- b. Besarnya kemungkinan untuk mendapatkan setiap individu dalam keadaan yang sebenarnya (sehat atau sakit)
- c. Validitas berguna karena biaya screening lebih murah daripada test diagnostic

9. Komponen Validitas

- a. Sensitivitas adalah kemampuan dari test secara benar menempatkan mereka yang positif betul-betul sakit.
- b. Spesivicitas adalah kemampuan dari test secara benar

menempatkan mereka yang negatif
betul-betul tidak sakit.

10. Hasil Screening

Rumus :

Sensitivitas: $TP / (TP + FN)$

Spesivitas: $TN / (T)$

Masalah Sex dan Sexualitas

Para remaja dapat memperoleh informasi mengenai seks dan seksualitas dari berbagai sumber, termasuk dari teman sebaya, lewat media massa baik cetak ataupun eletronik termasuk di dalamnya iklan, buku ataupun situs di internet yang khusus menyediakan informasi tentang seks dan seksualitas. Sebagian informasi tersebut dapat dipercaya, sebagian lainnya mungkin tidak. Jadi pemberian pendidikan seks pada remaja sebenarnya adalah mencari tahu terlebih dahulu apa yang telah mereka ketahui mengenai seks dan seksualitas, menambahkan hal yang kurang serta membenarkan informasi yang ternyata tidak sesuai. Informasi yang salah tersebut seperti misalnya informasi bahwa berhubungan seksual merupakan salah satu pembuktian kasih sayang dan apabila berhubungan seksual cuma sekali saja tidak akan menyebabkan kehamilan atau bahwa penyakit AIDS sudah ada obat penyembuhnya. Tanpa adanya informasi yang tepat, maka

akan dapat menjerumuskan kehidupan remaja. Pendidikan seks sendiri merupakan suatu proses untuk memperoleh informasi dan membentuk sikap serta keyakinan mengenai seks, identitas seksual serta hubungan. Pendidikan seks juga dapat membantu remaja untuk memiliki kemampuan sehingga mereka dapat bertindak sesuai apa yang mereka yakini dengan percaya diri. Hal ini berarti juga dapat membantu mereka untuk menghindari terjadinya penyalahgunaan seksual, eksploitasi seksual, terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan serta penularan penyakit seksual serta HIV dan AIDS.

Usia dewasa muda, yaitu antara 18 sampai 40 tahun, sering dihubungkan dengan masa subur, karena pada usia ini kehamilan sehat paling mungkin terjadi. Inilah usia produktif dalam menapak karir yang penuh kesibukan di luar rumah. Di usia ini wanita harus lebih memperhatikan kondisi tubuhnya agar selalu dalam kondisi prima, sehingga jika terjadi kehamilan dapat berjalan dengan lancar, dan bayi yang dilahirkan pun sehat. Pada periode ini masalah kesehatan berganti dengan gangguan kehamilan, kelelahan kronis akibat merawat anak, dan tuntutan karir. Kanker, kegemukan, depresi, dan penyakit serius tertentu mulai menggerogoti tubuhnya. Gangguan yang sering muncul pada usia ini, adalah endometriosis yang ditandai dengan gejala nyeri haid, kram haid, nyeri pinggul saat

berhubungan seks, sakit saat buang air besar atau buang air kecil. Penderita kadang mengalami nyeri hebat, tetapi ada juga yang tidak mengalami gejala apa-apa. a. Kehamilan dan persalinan yang aman b. Pencegahan kecacatan dan kematian akibat kehamilan pada ibu dan bayi c. Menjaga jarak kelahiran dan jumlah kehamilan dengan penggunaan alat kontrasepsi (KB) d. Pencegahan terhadap PMS/HIV/AIDS e. Pelayanan kesehatan reproduksi berkualitas f. Pencegahan dan penanggulangan masalah aborsi secara rasional g. Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim h. Pencegahan dan manajemen infertilitas. i. Masalah yang mungkin ditemui: Kesakitan dan kematian ibu yang disebabkan berbagai kondisi, malnutrisi/anemia, kemandulan, pelecehan/kekerasan seksual, komplikasi aborsi, ISR/IMS/HIV/AIDS dan pengaturan kesuburan. j. Pendekatan yang dapat dilakukan : pendidikan kesehatan, suplemen, konseling, pencegahan primer, pengobatan KB, pendidikan tentang perilaku seksual yang bertanggungjawab, pencegahan dan pengobatan IMS, pelayanan antenatal, persalinan, post partum pelayanan kebidanan darurat, imunisasi dan informasi-informasi.

ASUHAN YANG DIBERIKAN

a). Kehamilan dan persalinan yang aman

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

USIA LANJUT

Pada lanjut usia akan merasakan rasa loneliness yaitu suatu pengalaman yang tidak menyenangkan muncul dari hubungan sosial seseorang mengalami kekurangan dalam berbagai aspek, baik dalam kuantitas maupun kualitas. Seorang lanjut usia sering menilai dirinya tidak berharga, tidak di perhatikan, dan tidak dicintai, rasa ini akan semakin dirasakan oleh lanjut usia yang sebelumnya adalah seorang yang aktif dalam berbagai kegiatan yang berhubungan dengan orang banyak.

Hilangnya perhatian dan dukungan dari lingkungan sosial yang berkaitan dengan hilangnya kedudukan atau peran dapat menimbulkan konflik atau keguncangan. Masalah ini terkait dengan sikap masyarakat sebagai orang

timur yang menghormati usia lanjut sebagai seseorang sehingga kurang bisa menerima bila seorang usia lanjut masih aktif dalam berbagai kegiatan produktif, lebih jauh dinyatakan bahwa penyebab menurunnya kontak sosial pada lanjut usia. Masa usia lanjut pada wanita terbagi (klimakterium, menopause, senium).

Klimakterium

Klimakterium bukan suatu keadaan patologik melainkan suatu masa peralihan yang normal yang berlangsung beberapa tahun sebelum dan sesudah menopause. Fase klimakterium berlangsung bertahap yaitu :

1) Sebelum menopause Pada masa ini klimakterium kira-kira dimulai 6 tahun sebelum masa menopause. Disini, fungsi organ reproduksinya mulai turun, kadar estrogen mulai turun dan kadar hormon gonadotropin mulai meningkat sampai timbulnya keluhan tanda-tanda menopause.

2) Selama menopause Terjadi selama berlangsungnya menopause, rentangan 1-2 tahun sebelum sampai 1 tahun sesudah menopause. Pada periode ini wanita mengalami keluhan memuncak.

3) Sesudah menopause Masa ini berlangsung mulai 6-7 tahun sesudah menopause. Pada saat ini kadar estrogen

sudah pada titik rendah sesuai dengan keadaan senium dan disertai dengan mulai memburuknya kondisi badan.

Menopause

Menopause adalah periode berhentinya haid secara alamiah atau suatu masa dimana seorang wanita mengalami perdarahan haid terakhir dan tidak pernah mendapatkan haid lagi. Menopause menyebabkan beberapa perubahan fisik yang dapat mempengaruhi fungsi seksual seorang wanita, semua merupakan akibat dari berkurangnya kadar estrogen dan progesterone.

Senium

Pada masa ini telah terjadi keseimbangan hormonal yang baru. Pada masa ini perubahan yang terjadi ialah kemunduran alat-alat tubuh dan kemampuan fisik sebagai proses menjadi tua. Dalam masa ini cenderung terjadi osteoporosis yang disebabkan oleh pengaruh hormon steroid dan osteotrofoblas yang berkurang.

DAFTAR PUSTAKA

- Kusmiran Eny, 2011. Kesehatan Reproduksi Remaja Dan Wanita, Salemba Medika
- Novita, Herayono, Darma, 2014. Kesehatan Reproduksi Sepanjang Daur Hidup Wanita, STIKES SYEDZA SAINTIKA
- Baharudin H. 2009. Psikologi Pendidikan Refleksi Teoritis terhadap Fenomena. Yogyakarta: Ar-Ruzz Media Grup.
- Makmum, Abin Syamsudin. 2007. Psikologi Kependidikan. Bandung: PT Rosdakarya. Sugandhi, Nani M & Yusuf, Syamsu LN. 2011. Perkembangan Peserta Didik. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada

PROFIL PENULIS



Ns. Thrisia Monica, M.Kep Lahir Di Sungai Penuh 25 Juni 1990, Penulis merupakan dosen tetap di Program Studi D3 Keperawatan Akademi Keperawatan Bina Insani Sakti Sungai Penuh, Penulis menyelesaikan jenjang pendidikan S1 Sarjana Keperawatan dan Profesi Keperawatan (Ners) di STIKES MERCUBAKTIJAYA Padang dan menyelesaikan jenjang pendidikan S2 Magister Keperawatan Peminatan Manajemen Keperawatan di Universitas ANDALALAS (UNAND), Kegiatan utama penulis adalah memberikan kuliah di Akademi Keperawatan Bina Insani Sakti Sungai Penuh dengan mata kuliah yang diampu salah satunya adalah, mata kuliah Keperawatan Maternitas, melakukan penelitian dan menjalankan pengabdian masyarakat. Penulis juga terlibat aktif sebagai anggota PPNI daerah domisili Kota Sungai Penuh Provinsi Jambi, Email Penulis: thrisiamonica90@gmail.com

BAB 10 GINEKOLOGI DAN KESEHATAN SEKSUAL WANITA

**Fitri Ayatul Azlina, S.Kep., Ns, M.Kep.
Universitas Lambung Mangkurat**

Pada bagian ini, kita akan mempelajari mengenai ginekologi dan kesehatan seksual wanita. Ginekologi dan kesehatan seksual wanita akan kita bahas dalam sub topik yang berbeda meskipun pada beberapa kasus ginekologi turut memengaruhi kondisi kesehatan seksual tersebut, namun kesehatan seksual wanita hanya akan dibahas secara umum.

A. GINEKOLOGI

Ginekologi merupakan ilmu yang membahas mengenai kelainan maupun penyakit pada organ genitalia perempuan seperti infeksi, tumor dan kanker (Pramana, 2021). Para profesionalitas kesehatan baik cabang ilmu kedokteran, ilmu keperawatan khususnya keperawatan maternitas, dan ilmu kebidanan turut mempelajari dan memperdalam kajian mengenai ginekologi. Seiring pesatnya ilmu pengetahuan dalam bidang ginekologi, sebuah studi menyatakan bahwa sebesar 85% merekomendasikan untuk membahas mengenai diagnosis maupun pengobatan dan sisanya yakni 15% membahas mengenai evaluasi yang telah dilakukan (Prusova, Churcher, Tyler, & Lokugamage, 2014). Oleh karena itu,

pada bagian ini kita akan mempelajari mengenai masalah-masalah yang terjadi dalam kajian ginekologi baik dalam lingkup *general gynecology*, *gynecologic infectious disease*, dan *gynecologic oncology*.

1. *General Gynecology*

a. Endometriosis

Endometriosis merupakan salah satu penyakit organ reproduksi yang umum menyerang perempuan usia reproduksi (Bieber, Sanfilippo, Horowitz, & Shafi, 2015). Referensi lain menyebutkan bahwa endometriosis adalah penyakit ginekologi jinak. Meskipun demikian, penyakit ini dapat memengaruhi kehidupan sosial maupun ekonomi. Insidensi endometriosis terjadi pada usia reproduksi dengan persentase sebesar 10-15%. Sebagian kasus endometriosis terjadi pada perempuan antara *menarche* sampai menopause dengan periode usia antara 25 tahun - 45 tahun. Kelainan atau peradangan yang terjadi pada endometrium diakibatkan karena adanya pertumbuhan kelenjar dan stroma. Endometriosis menjadi penyebab paling umum terjadinya nyeri panggul (*pelvic*) dan infertilitas sebesar 35-50%. Pengaruh endometriosis terhadap kesuburan terjadi karena perlukaan saluran tuba, perleknetan, distorsi anatomi panggul, peradangan struktur panggul, perubahan sistem kekebalan tubuh, perubahan hormonal sel telur, dan

gangguan implantasi (Bieber et al., 2015; Smolarz, Szyłło, & Romanowicz, 2021).

Tatalaksana endometriosis ditujukan untuk mengendalikan gejala karena penyakit ini cenderung sulit diobati dan dapat bersifat kronis. Pilihan kontrasepsi steroid, obat-obatan antiinflamasi nonsteroid, dan analgesik merupakan terapi yang umum digunakan pada kasus endometriosis. Selain itu, kombinasi terapi farmakologi dan pembedahan juga bisa menjadi alternatif pilihan. Perubahan gaya hidup sehat dan mengatur pola makan memiliki peran penting sebagai bagian dari penatalaksanaan kasus endometriosis (Smolarz et al., 2021; WHO, 2021).

b. Leimyoma Uteri

Leimyoma uteri (leimyomata atau fibroid rahim) merupakan pertumbuhan abnormal otot polos yang timbul dari lapisan myometrium rahim dan salah satu masalah ginekologi yang umum terjadi pada perempuan usia reproduksi. Sebagian besar kasus tidak menunjukkan gejala sehingga deteksi klinis sulit dilakukan. Insidensi kasus leimyoma uteri dapat dilihat pada perempuan mendekati perimenopause karena usia memainkan peran penting terhadap kejadian leimyoma. Skrining dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan panggul dan USG. Pilihan tatalaksana yang dapat diberikan yakni terapi medikamentosa, emboloterapi, dan terapi bedah. Leimyoma turut memengaruhi kualitas hidup secara

signifikan akibat tindakan histerektomi (Bieber et al., 2015; Sperling, 2020).

c. Kehamilan Ektopik

Kehamilan ektopik disebut juga dengan hamil di luar kandungan dan berkontribusi sebesar 9,6% terhadap penyebab kematian maternal (Bieber et al., 2015; Say et al., 2014). Area implantasi dapat terjadi di ovarium, serviks, tuba fallopi, namun lebih dari 90% kehamilan ektopik terjadi di tuba. Faktor risiko terkait dengan riwayat kehamilan ektopik sebelumnya dengan peningkatan risiko 7 sampai 13 kali lipat atau berpeluang sebesar 60-80%, sterilisasi tuba, dan riwayat radang panggul. Adanya nyeri hebat dan perdarahan aktif menjadi gejala dan diagnosis untuk kasus ini. Tatalaksana medis dan pembedahan menjadi pilihan yang dapat diberikan. Meskipun demikian, hal ini juga bergantung pada kadar β -hCG dan lokasi serta ukuran kehamilan ektopik (Bieber et al., 2015).

d. Gangguan Vulva

Gangguan vulva merupakan masalah umum dalam ginekologi dan termasuk juga dalam masalah dermatologi. Sebagian besar laporan kasus gangguan vulva didapatkan dari klinik dermatologi genital. Perbedaan antara vulva normal dan abnormal sulit dibedakan. Diperlukan diagnosis yang akurat terkait pemahaman mengenai variasi anatomi dan fisiologis

vulva. Gangguan vulva dapat dikategorikan menjadi penyakit menular, inflamasi, neoplastic, dan neuropatik. Distorsi anatomi vulva dapat memberikan gambaran penyakit selain dengan gejala munculnya jenis lesi. Terapi yang dapat diberikan adalah kortikosteroid topical yang bertujuan untuk mengurangi inflamasi (Bieber et al., 2015).

2. *Gynecologic Infectious Disease*

a. Infeksi Vulva Vagina

Infeksi yang terjadi pada vulva dan vagina terjadi akibat adanya perubahan mikroflora endogen saluran kelamin bagian bawah. Salah satu bentuk infeksi yang umum terjadi adalah vaginitis yang merupakan masalah ginekologi. Infeksi vulva dikategorikan menjadi gangguan flora kulit dan penyakit menular seksual. Bakteri yang menyebabkan terjadinya infeksi vulva adalah stafilokokus. Gejala yang diakibatkan dapat berupa lesi eritematosa dan perlu dilakukan pemeriksaan secara histologis sekaligus untuk menentukan diagnosis. Tatalaksana infeksi pada vagina dan vulva dapat dilakukan dengan menggunakan larutan antiseptik dan terapi antibiotic (Bieber et al., 2015).

b. Penyakit Menular Seksual

Penyakit menular seksual atau biasa disingkat PMS merupakan penyakit yang sering terjadi di negara-negara

berkembang di dunia. PMS dapat terjadi pada perempuan usia 15 sampai 44 tahun. PMS yang biasa terjadi seperti *gonore*, *sifilis*, *chlamydia*, *chancroid*, *lympho granuloma venereum (LGV)* dan *granuloma ingunale*. PMS dapat disebabkan oleh infeksi bakteri, virus, dan organisme parasit. Tatalaksana yang dilakukan mengikuti dari penyebab yang mendasarinya. Jika penyebab infeksi adalah bakteri, maka terapi antimikroba dapat diberikan dan relative mudah untuk disembuhkan (Bieber et al., 2015). Penyakit kelamin ini dapat dicegah dengan selalu menjaga kebersihan organ reproduksi. Tidak hanya itu, perilaku menular seksual sering diakibatkan karena perilaku yang tidak sehat seperti seks bebas, sehingga hal tersebut perlu menjadi perhatian bersama. Perlunya edukasi mengenai kesehatan reproduksi termasuk kesehatan seks.

3. *Gynecologic Oncology*

Ginekologi onkologi selalu berkaitan dan menjadi topik yang selalu dibahas dan menantang bagi para akademisi maupun klinisi. Hal ini karena dampak yang ditimbulkan pada perempuan yang mengalami masalah-masalah dalam ginekologi onkologi berkaitan dengan tingkat produktivitas maupun kualitas hidupnya. Kanker atau keganasan ginekologi yang menyerang perempuan di dunia menjadi pekerjaan rumah seluruh profesionalitas kesehatan. *The International Agency for Research on*

Cancer (IARC) telah memprediksi bahwa sebesar 27 miliar kasus kanker baru dan 17 miliar kematian akibat kanker akan terjadi setiap tahun di dunia pada tahun 2030 (Noor, Tay, & Low, 2014). Tentunya angka tersebut membuat para akademisi dan klinisi harus memikirkan langkah-langkah konkrit untuk memudahkan prediksi tersebut.

Pada dasarnya, keganasan ginekologi dapat dicegah jika para perempuan bisa berkontribusi untuk menghindari faktor-faktor pemicu terjadinya kanker tersebut melalui konsumsi sayur dan buah, melakukan aktivitas fisik, berhenti merokok, membatasi konsumsi alkohol, melakukan vaksinasi, serta menghindari terpajan zat-zat yang bersifat karsinogenik (Kemenkes RI, 2022). Meski demikian, masih tetap diperlukan riset-riset maupun inovasi terbaru untuk dapat menurunkan angka kejadian kanker ginekologi. Tiga faktor penting yang memengaruhi tren kenaikan kanker ginekologi, yaitu pertumbuhan dan peningkatan usia harapan hidup, merokok, serta diet, obesitas, dan ketidakaktifan fisik (Noor et al., 2014).

Penggunaan tembakau merupakan salah satu hal yang dapat dicegah dan dihindari. Konsumsi tembakau merupakan penyebab terbesar dari kejadian kanker dan kematian di seluruh dunia. Apabila konsumsi tembakau terus berlanjut, maka diperkirakan pada tahun 2020 jumlah perokok di dunia mencapai dua miliar. Kelebihan berat badan dan obesitas merupakan faktor yang turut

berkontribusi terhadap risiko kanker. Hal ini disebabkan karena makan berlebihan dan tidak sesuai dengan kebutuhan nutrisi yang diperlukan oleh tubuh serta ketersediaan makanan yang berkalori tinggi ditambah dengan kurangnya aktivitas fisik (Noor et al., 2014). Beberapa jenis ginekologi onkologi, yaitu :

a. Kanker Payudara

Kanker payudara merupakan kanker yang menempati peringkat pertama yang terjadi pada perempuan di Indonesia dengan jumlah kasus sebanyak 65.858 kasus (Globocan, 2020; Kemenkes RI, 2022). Usia dan riwayat keluarga menjadi faktor risiko yang penting terhadap kejadian kanker payudara. Risiko kanker payudara mengalami peningkatan apabila terdapat keluarga yang memiliki riwayat atau sedang mengidap penyakit tersebut. Skrining atau deteksi dini dapat dilakukan melalui pemeriksaan payudara sendiri (sadari), pemeriksaan payudara klinis (sadanis), USG, dan mamografi direkomendasikan kepada semua perempuan berusia ≥ 40 tahun (Azlina, Noor, & Fatimatu Zahrah, 2014; Kemenkes RI, 2022). Meskipun demikian, kebanyakan kasus terdeteksi saat sudah stadium lanjut. Teknik pembedahan dan terapi radiasi terbaru dinyatakan terbukti dalam menurunkan morbiditas. Selain itu, kemoterapi dan terapi hormonal dapat membantu mengurangi kekambuhan dan meningkatkan kualitas

hidup pasien dengan kanker payudara stadium awal (Bieber et al., 2015).

b. Kanker Serviks

Kanker serviks merupakan salah satu jenis kanker tertinggi pada perempuan di Indonesia dan menempati urutan kedua kanker yang menyerang perempuan dengan jumlah kasus sebesar 36.633 kasus (Globocan, 2020; Kemenkes RI, 2022). Deteksi dini kanker serviks dapat dilakukan dengan melakukan pemeriksaan IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat) dan pap smear. Pendekatan dalam upaya peningkatan pengetahuan serta kesadaran dalam melakukan skrining kanker serviks harus dilakukan secara berkelanjutan (Jassim, Obeid, & Nasheet, 2018). Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan self-efficacy perempuan untuk dapat melakukan skrining adalah melalui edukasi kesehatan. Program edukasi kesehatan melalui kerja sama dengan puskesmas dan kader dapat membantu meningkatkan pengetahuan, sikap, dan self-efficacy perempuan untuk mau melakukan deteksi dini (Azlina, Setyowati, & Budiati, 2021). Langkah lain yang dapat dilakukan untuk menurunkan kejadian kanker serviks, yakni melakukan workshop bagi penyuluh di Puskesmas, melakukan kampanye media online, dan membina remaja peduli kanker (Kemenkes RI, 2022).

c. Kanker Ovarium

Kanker ovarium merupakan salah satu keganasan ginekologi yang paling mematikan karena keterlambatan diagnosis, respon yang buruk terhadap pengobatan, serta memiliki tingkat kekambuhan yang tinggi. Kanker ovarium memiliki distribusi geografis yang tinggi karena mirip dengan kanker rahim dan kanker paling umum ketiga setelah kanker payudara dan kanker serviks (Kemenkes RI, 2022; Noor et al., 2014). Kanker ovarium juga disebut sebagai “umbrella” karena mencakup beberapa subtype tumor seperti tumor stroma epitel yang terjadi sekitar 90% dari kanker ovarium, serta tumor lain seperti tumor stroma sex-cord dan tumor sel germinal sehingga kanker ovarium bersifat sporadic dan terjadi akibat akumulasi beberapa perubahan genetic yang disebabkan oleh faktor ekstrinsik dan intrinsic. Sekitar 10% kanker ovarium membawa mutasi BRCA1 dan BRCA2 (Bieber et al., 2015; Sperling, 2020).

d. Kanker Ginekologi Lainnya

Kanker vulva merupakan kanker yang jarang terjadi pada perempuan dan memiliki persentase sebesar 3% dari semua jenis kanker ginekologi yang lain. Hasil laporan kasus menyatakan bahwa sebanyak 58% kasus kanker vulva berasal dari negara maju. Gejala kanker vulva paling umum seperti gatal pada vulva atau adanya kelainan pada daerah vulva. Sebagian besar kanker vulva terjadi pada daerah labia dengan persentase 70% yang didahului

dengan intraepitel vulva neoplasma (IVN). Biopsi penting dilakukan untuk melakukan diagnosis. Selain kanker vulva, kanker vagina juga merupakan jenis kanker yang langka, namun berbeda dengan kanker vulva, kanker vagina terjadi di Negara berkembang. Lebih dari 70% kasus terjadi pada perempuan dengan usia lebih dari 60 tahun (Noor et al., 2014; Sperling, 2020).

B. KESEHATAN SEKSUAL WANITA

Seks didefinisikan dalam tiga pengertian yakni, jenis kelamin perempuan dan laki-laki, adanya aktivitas seksual secara genital (secara fisik) meskipun hanya sekedar adanya hasrat serta rangsangan seksual, dan kondisi yang berkaitan dengan hormonal, anatomi dan fisiologi, maupun genetik. Seksualitas merupakan salah satu dari 14 kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi dan juga sebagai fenomena yang kompleks karena tidak hanya dieskpresikan melalui aktivitas seksual, melainkan dengan cara-cara yang lain seperti bagaimana cara berpakaian, cara bergerak, cara berhubungan seks dan dengan siapa hubungan seks tersebut dilakukan (Afiyanti & Pratiwi, 2016; Cancer Council, 2022).

Manusia memerlukan kelembutan, kedekatan dan intimasi, mencintai dan dicintai, tampil menarik di depan publik, serta bereproduksi Pada masa bayi dan anak-anak, perkembangan seksualitas dimulai yakni bagaimana dia

belajar memahami perbedaan jenis kelaminnya, berbicara, cara bermain, cara berpakaian, perilaku yang sesuai berdasarkan jenis kelamin tersebut. Hal ini kemudian berlanjut pada masa remaja yang mana proses pubertas mulai terjadi dimana terjadi perubahan besar baik secara fisik maupun emosional. Pada fase ini, organ reproduktif sudah mulai mencapai maturisasi dan tentu adanya ketertarikan dengan lawan jenis juga muncul pada masa remaja ini. Meskipun demikian, perubahan dan perkembangan seksualitas tersebut juga dipengaruhi oleh lingkungan dan masalah-masalah psikosial. Selanjutnya, pada masa dewasa, perkembangan seksualitas sudah mencapai tahap optimal dan mulai terjadinya intimasi dengan pasangan hidup. Hal ini turut memengaruhi peran yang dijalani oleh perempuan dan laki-laki. Pada fase ini, tidak menutup kemungkinan, berbagai masalah kesehatan yang berkaitan dengan seksualitas dapat terjadi. Pada fase ini pula, mulai terjadinya kekhawatiran terhadap penampilan fisik. Kemudian. Masa usia lanjut atau menopause yang berarti adanya penurunan organ reproduksi menjadi tidak aktif dan dapat pula terjadinya penurunan gairah seks kepada pasangan (Afiyanti & Pratiwi, 2016).

Sebelum kita membahas lebih lanjut mengenai kesehatan seksual manusia, terlebih dahulu kita memahami bagaimana perbedaan seks pada manusia dan seks pada

binatang. Seks pada manusia dikaitkan dengan kondisi biologis, fisiologis, psikologis, sosial, dan norma yang berlaku, serta bersifat mulia dan sacral yang hanya dianggap benar apabila terjadi ikatan pernikahan. Seks pada binatang lebih ditujukan untuk mempertahankan keturunan atau generasi dan dilakukan karena adanya hasrat atau dorongan (insting) dan biasanya dilakukan pada musim-musim tertentu. Kebutuhan seksual pada manusia diekspresikan akibat adanya perasaan pada dua orang individu yang saling menyayangi, memperhatikan, menghargai sehingga menimbulkan hubungan timbal balik antara masing-masing individu tersebut (Afiyanti & Pratiwi, 2016).

1. Definisi Kesehatan Seksual

Kesehatan seksual merupakan dasar bagi kesehatan fisik dan emosional serta kesejahteraan individu, pasangan dan keluarga, dan perkembangan sosioekonomi masyarakat dan Negara. Kesehatan seksual pertama kali didefinisikan oleh WHO dalam *Technical Report series* tahun 1975 sebagai “integrasi aspek somatic, emosional, intelektual dan sosial melalui hubungan yang positif untuk meningkatkan kepribadian, komunikasi, dan cinta”. Kesehatan seksual adalah keadaan sejahtera fisik, emosional, mental, dan sosial tanpa adanya kelemahan, disfungsi, dan penyakit. Kesehatan seksual memerlukan

pendekatan yang positif terhadap konsep seksualitas itu sendiri serta adanya hubungan maupun pengalaman seksual yang aman dan menyenangkan, bebas dari paksaan, diskriminasi, dan kekerasan (WHO, 2015).

Kesehatan seksual perlu dipahami dalam konteks sosial, ekonomi, dan juga politik. Elemen kunci dari kesehatan seksual dari sisi holistik dan positif yaitu kesehatan seksual berkaitan dengan kesejahteraan, bukan hanya tidak adanya penyakit dan melibatkan rasa hormat serta bebas dari diskriminasi dan kekerasan. Kesehatan seksual bergantung pada pemenuhan hak asasi manusia dan relevan sepanjang hidup serta dieskpresikan dalam ekspresi seksual. Selain itu, kesehatan seksual sangat dipengaruhi oleh norma gender, peran, ekspektasi, dan dinamika kekuasaan (WHO, 2017).

2. Siklus Respon Seksual

Respon seksual merupakan sebuah ekspresi yang mendalam akibat adanya hasrat atau dorongan yang menetap akan intimasi, kasih sayang, cinta, dan penerimaan seseorang yang sifatnya fluktuatif dari waktu ke waktu. Salah satu faktor yang menentukan kesejahteraan dan kualitas hidup adalah respon seksual ini. Faktor - faktor seperti kenyamanan dan kepercayaan terhadap tubuh serta harga diri yang tinggi juga menjadi faktor penentu penting yang mana peran seksual sebagai perempuan dan

menghormati otonomi pasangan dalam memelihara keintiman turut memengaruhi kualitas hidup. Ada empat siklus respon seksual perempuan menurut Master dan Johnson, yaitu (Afiyanti & Pratiwi, 2016; Wylie & Mimoun, 2009) :

1. *Excitement* (rangsangan)

Pada fase ini terjadinya perasaan subyektif akan kenikmatan seksual yang ditandai dengan perubahan psikologis maupun genital. Munculnya respon fisiologis yang terjadi baik di dalam maupun di luar tubuh yang diakibatkan adanya rangsangan fisik maupun mental. Tanda yang dapat terlihat seperti vagina yang terlubrikasi, panggul dan payudara mengalami pembengkakan, peningkatan denyut jantung dan pernapasan, penegangan puting susu, pembengkakan pada area klitoris dan labia, dan dilatasi daerah vagina.

2. *Plateau*

Tahapan ini adalah tahap kedua dimana terjadi ketegangan otot dan tahap maksimal terjadinya gairah sehingga disebut juga sebagai ketegangan seksual. Hal ini ditandai dengan semakin melebarnya labia dan vulva serta persiapan uterus dan panggul akan terjadinya penetrasi penis ke dalam vagina.

3. *Orgasmic*

Tahap ketiga dari siklus respon seksual adalah orgasme atau puncak kenikmatan seksual dengan kontraksi ritmis otot kelamin. Tahap ini ditandai dengan melebarnya secara maksimal vagina dan labia.

4. *Resolution*

Fase akhir dari siklus respon seksual adalah resolusi yang mana terjadi kondisi relaksasi yang dialami. Pada kondisi ini organ reproduksi berangsur-angsur kembali ke keadaan semula.

3. Hak-Hak Kesehatan Seksual

Peran seksualitas dalam rentang kehidupan manusia dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti peran sebagai orang tua atau pasangan, usia, status kesehatan, hubungan sosial, budaya dan kepercayaan, peluang dan minat serta bagaimana memaknai perasaan diri sendiri (Cancer Council, 2022). Penerapan hak asasi manusia yang berkaitan dengan seksualitas dan kesehatan seksual bertujuan untuk memenuhi dan mengekspresikan seksualitas dan menjalankan kesehatan seksual dalam kerangka perlindungan terhadap diskriminasi. Pemenuhan kesehatan seksual berkaitan dengan sejauh mana hak asasi manusia dihormati, dilindungi, dan dipenuhi. Adapun hak-hak penting untuk merealisasikan kesehatan seksual meliputi (WHO, 2015) :

- a. Hak untuk hidup, kebebasan, otonomi, dan keamanan pribadi.
- b. Hak atas kesetaraan dan non diskriminasi.
- c. Hak untuk bebas dari penyiksaan atau perlakuan atau hukuman yang kejam, tidak manusiawi, atau merendahkan martabat.
- d. Hak privasi.
- e. Hak atas standar kesehatan tertinggi termasuk kesehatan seksual dan jaminan sosial.
- f. Hak untuk menikah dan berkeluarga serta memiliki ikatan pernikahan secara bebas bersama calon pasangan dan memiliki kesetaraan serta berhak melakukan perceraian.
- g. Hak untuk memutuskan jumlah dan jarak anak.
- h. Hak atas informasi dan pendidikan.
- i. Hak atas kebebasan berpendapat dan berekspresi.
- j. Hak atas pemulihan dari tindakan kekerasan.

DAFTAR PUSTAKA

Afiyanti, Y., & Pratiwi, A. (2016). *Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Perempuan Promosi, Permasalahan, dan Penanganannya dalam Pelayanan Kesehatan dan Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.

- Azlina, F. A., Noor, M. S., & Fatimatuzzahrah. (2014). Perbedaan Tingkat Pengetahuan Tentang Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) Sebelum dan Sesudah Pemberian Media Leaflet. *Jurnal Dunia Keperawatan*, 2(1).
- Azlina, F. A., Setyowati, S., & Budiati, T. (2021). Female health education package enhances knowledge, attitudes, and self-efficacy of housewives in cervical cancer screening. *Enfermeria Clinica*, 31, S215–S219.
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.12.025>
- Bieber, E. J., Sanfilippo, J. S., Horowitz, I. R., & Shafi, M. I. (2015). *Clinical Gynecology*. Spain: Cambridge University Press.
- Cancer Council. (2022). *Sexuality , Intimacy and Cancer*. (W. Winkler, Ed.) (second edi). Australia: Cancer Council Australia.
- Globocan. (2020). *Cancer Incident in Indonesia*. International Agency for Research on Cancer, 858, 1–2. Retrieved from
<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/360-indonesia-fact-sheets.pdf>
- Jassim, G., Obeid, A., & Nasheet, H. A. Al. (2018). Knowledge , attitudes , and practices regarding cervical cancer and screening among women visiting primary health care Centres in Bahrain. *BMC Public Health*, 1–6.
<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5023-7>

- Kemenkes RI. (2022). *Panduan Pelaksanaan Hari Kanker Sedunia 2022*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Noor, R., Tay, E. H., & Low, J. (2014). *Gynaecologic Cancer*. Taylor & Francis Group. USA: Pan Stanford Publishing.
<https://doi.org/10.1201/b17082>
- Pramana, C. (2021). *Praktis Klinis Ginekologi*. Bandung: MEDIA SAINS INDONESIA.
- Prusova, K., Churcher, L., Tyler, A., & Lokugamage, A. U. (2014). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists guidelines: How evidence-based are they? *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 34(8), 706–711. <https://doi.org/10.3109/01443615.2014.920794>
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., ... Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), 323–333.
[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X)
- Smolarz, B., Szyłło, K., & Romanowicz, H. (2021). Endometriosis: Epidemiology, classification, pathogenesis, treatment and genetics (review of literature). *International Journal of Molecular Sciences*, 22(19). <https://doi.org/10.3390/ijms221910554>
- Sperling, R. (2020). *Obstetric and Gynecology*. New York: Wiley Blackwell.
- WHO. (2015). *Sexual health, human rights and the law*. WHO Library Cataloguing in Publication Data. Geneva: World

- Health Organization. Retrieved from <https://share-netinternational.org/sexual-health-human-rights-law/>
- WHO. (2017). Sexual Health and its linkages to Reproductive Health: an operational approach. World Health Organization.
- WHO. (2021, March 31). Endometriosis. World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
- Wylie, K., & Mimoun, S. (2009). Sexual response models in women. *Maturitas*, 63(2), 112–115.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2009.03.007>

PROFIL PENULIS



Fitri Ayatul Azlina, S.Kep., Ns, M.Kep., lahir di Bangkuang, 04 Februari 1993. Penulis merupakan dosen muda di Program Studi Keperawatan FK ULM dan bergabung di Departemen Keperawatan Maternitas sejak tahun 2016. Penulis menyelesaikan jenjang pendidikan S1 Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat tahun 2015 dan menyelesaikan jenjang pendidikan S2 Keperawatan dengan Peminatan Keperawatan Maternitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2019. Kegiatan utama penulis adalah memberi kuliah di Program Studi Keperawatan FK ULM, melakukan penelitian dengan mengikuti hibah, dan menjalankan pengabdian masyarakat. Penulis juga terlibat aktif sebagai pengurus Ikatan Perawat Maternitas Indonesia (IPEMI) Provinsi Kalimantan Selatan. Penulis telah memiliki beberapa HAKI dengan judul HAKI terakhir tahun 2022 adalah “Buku Petunjuk Asuhan Persalinan dalam Keperawatan”. Email Penulis: fitriayatulazlina@ulm.ac.id

BAB 11 KONSELING DAN PROMOSI KESEHATAN WANITA

**Ns. Eliyana, S.Kep., MNS
Universitas Muhammadiyah Kendal Batang (UMKABA)**

A. PENDAHULUAN

Wanita menjadi populasi yang memiliki resiko tinggi mengalami gangguan kesehatan, terlebih bagi para wanita yang hidup dinegara berkembang (WHO Fact, 2023). Banyak alasan yang menyebabkan tinggi kasus kesehatan pada wanita, diantaranya terkait faktor sosiokultural yang menjadikan hambatan wanita untuk mendapatkan layanan kesehatan seperti; kesetaraan gender, norma sosial, peran domestik, rendahnya akses layanan kesehatan dan rendahnya tingkat pendidikan (WHO Fact, 2023; Contantino et al, 2020; WHO Searo, 2020). Salah satu problem kesehatan wanita di Indonesia yang masih menjadi *Current Issue* adalah masalah kesehatan reproduksi dimana merupakan kondisi yang kompleks terkait kesehatan secara fisik, mental, sosial yang utuh. Kondisi ini bukan hanya terkait bebas dari penyakit atau kecacatan fungsi tubuhnya. Masalah reproduksi pada wanita selalu terkait dengan seksualitas dan tubuh manusia yang secara konsekuen akan terkait dengan kesehatan biologis. Terdapat banyak problematika kesehatan reproduksi wanita di Indonesia, diantaranya masih tingginya Angka Kematian Ibu (AKI),

meningkatnya kasus HIV/AIDS pada wanita, tingginya angka obesitas, meningkatnya kejadian penyakit tidak menular (Diabetes Melitus, Kanker, Hipertensi), tingginya kejadian anemia dan resiko gangguan kesehatan lainnya yang menyertai (Fachriyah. et al, 2021; Komnas Perempuan, 2021; Riskesdas, 2018).

Kegiatan pelayanan kesehatan bagi wanita dimulai mencakup banyak aspek, dimulai dari layanan yang bersifat promotif hingga layanan rehabilitatif. Kegiatan yang dapat dilakukan berupa pemeriksaan fisik, imunisasi, suplementasi gizi dan konsultasi dan promosi kesehatan. Konseling dan promosi kesehatan dapat dilakukan melalui kegiatan tanya jawab, diskusi kelompok dan diskusi interaktif menggunakan sarana komunikasi, informasi dan edukasi serta penggunaan media promosi (Utami et al. 2021). Perawat sebagai bagian dari sistem layanan kesehatan mengambil peran penting dalam upaya layanan promosi dan konseling kesehatan. Berdasarkan *Framework for Maternal and Child Health Nursing care*, layanan kesehatan ini dibagi menjadi beberapa tahapan yaitu promosi kesehatan, perawatan kesehatan, restorasi dan rehabilitasi kesehatan wanita (Ward&Hisley, 2009). Pada bab ini akan dibahas terkait konsep konseling dan promosi kesehatan bagi wanita sebagai upaya promotif guna meningkatkan status kesehatan dan kualitas hidup wanita khususnya di Indonesia.

B. KONSEP KONSELING REPRODUKSI

1. Pengertian Konseling Kesehatan Reproduksi

Kualitas hidup telah menjadi isu penting dalam layanan kesehatan khususnya bagi penderita penyakit yang bersifat kronis. Wanita memiliki resiko kesehatan yang dapat bersifat kronis sehingga akan mempengaruhi kualitas hidupnya. Wanita dengan gangguan kesehatan akan semakin sulit untuk mendapatkan layanan kesehatan dikarenakan masih banyaknya normal sosial, peran domestik dan isu ketidaksetaraan gender dalam budaya masyarakat kita. Sehingga untuk dapat memiliki kualitas hidup yang baik menjadi sebuah tantangan yang dirasakan pada abad ke 21 ini. Konseling menjadi salah satu upaya untuk dapat meningkatkan kualitas hidup wanita (Bieyabanie et al, 2021).

Konseling merupakan media atau proses dimana seseorang diberikan kesempatan untuk menentukan, memilih, merencanakan dan melanjutkan kehidupan yang baik sesuai dengan kemampuan dan kondisinya. Walaupun konseling dapat diberikan secara individu namun pelaksanaannya dapat dilakukan secara kelompok sehingga dapat terjangkau dari segi biaya dan waktunya. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa konseling yang dilakukan secara rutin dapat

memberikan efek positif pada peningkatan status kesehatan (Karimlou et al, 2019; Bieyabanie et al, 2021).

Konseling dikenal sebagai suatu proses yang terjadi dalam hubungan seseorang dengan seseorang yaitu individu yang mengalami masalah yang tak dapat diatasinya, dengan seorang petugas profesional yang telah memperoleh latihan dan pengalaman untuk membantu agar klien memecahkan kesulitannya. Proses konseling didesain untuk menolong klien memahami dan menjelaskan pandangan mereka terhadap kehidupan dan membantu mencapai tujuan penentuan diri mereka melalui pilihan yang telah diinformasikan dengan baik serta bermakna bagi mereka dan melalui pemecahan masalah emosional atau karakter interpersonal.

Konseling menjadi bentuk hubungan antara dua orang, dimana seseorang yaitu klien dibantu untuk lebih mampu menyesuaikan diri secara efektif terhadap dirinya sendiri dan lingkungannya, hubungan konseling menggunakan wawancara untuk memperoleh dan memberikan berbagai informasi, melatih atau mengajar, meningkatkan kematangan, memberikan bantuan melalui pengambilan keputusan.

Konseling kesehatan reproduksi adalah proses pemberian bantuan dari kepada seorang individu atau sekelompok orang yang memiliki masalah kesehatan reproduksi. Isi percakapan konseling disesuaikan

dengan umur dan permasalahan, perkembangan fisik dan mentalnya, misalnya masalah pacaran, perilaku seksual, penyakit menular seksual dan kehamilan yang tidak diinginkan (Rahayu et al. 2017).

Menurut BKKN (2021) konseling kesehatan reproduksi merupakan suatu bentuk komunikasi dua arah yang dilakukan antara dua pihak. Pihak pertama adalah konselor, membantu pihak lainnya yaitu klien dalam memecahkan masalah kesehatan reproduksi yang dihadapinya. Konseling kesehatan reproduksi berorientasi pada klien atau yang lebih dikenal dengan client centered. Hal ini menekankan peran klien sendiri dalam proses konseling sampai pengambilan keputusan.

Teori ini berpijak pada keyakinan dasar martabat manusia bahwa bila klien mengalami masalah maka yang dapat menyelesaikan masalah tersebut adalah inivididu tersebut. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa konseling kesehatan reproduksi merupakan bentuk komunikasi dua arah antara konselor dan klien tentang masalah kesehatan reproduksi dimana tenaga kesehatan memberikan bantuan dalam upaya memahami kondisi kesehatan dan memberikan bantuan dalam upaya pengambilan keputusan klien terhadap kondisi kesehatan reproduksi dan terkait hak-hak reproduksinya.

2. Tujuan Konseling Kesehatan Reproduksi

Kegiatan konseling secara umum bertujuan untuk dapat memberikan informasi tentang kesehatan reproduksi secara benar dan proporsional sesuai dengan kebutuhan klien. Konseling juga membantu klien dalam memperoleh identitas dirinya dalam pilihan perilaku dan orientasi seksual, meningkatkan pengetahuan sesksualitas yang benar serta mampu untuk mengurangi kecemasan yang dialami klien berkaitan dengan perilaku dan orientasi seksnya. Selain itu, konseling kesehatan reproduksi dapat memberikan pengaruh dalam merubah perilaku kesehatan seseorang agar dapat menjadi perilaku yang bertanggung jawab dalam keterampilan perilaku kesehatannya (BKKBN, 2021).

Tujuan diberikannya layanan bimbingan dan konseling didasarkan pada banyak masyarakat yang menghadapi berbagai masalah dalam dirinya karena kurang mampunya menghadapi realitas. Proses konseling dapat membantu seseorang untuk memperoleh suatu pengalaman yang sedemikian rupa sehingga mereka memiliki suatu pemahaman yang lebih baik tentang realitas dan mampu menghadapinya secara efektif. Agar Mampu memecahkan masalah secara wajar dan objektif. Bimbingan secara keseluruhan yang berkenaan dengan pengentasan masalah dan fasilitasi perkembangan individu.

Konseling juga bertujuan untuk membantu individu menemukan nilai, makna, dan tujuan dalam hidup manusia sendiri. Juga diarahkan untuk membantu klien agar menjadi lebih sadar bahwa mereka memiliki kebebasan untuk memilih dan bertindak, dan kemudian membantu mereka membuat pilihan hidup yang memungkinkannya dapat mengaktualisasikan diri dan mencapai kehidupan yang bermakna.

3. Prinsip Dasar Konseling Kesehatan Reproduksi

Prinsip dasar konseling kesehatan reproduksi meliputi (BKKN, 2019):

- a. Pemahaman bahwa mendapatkan mendapatkan informasi kesehatan reproduksi adalah kebutuhan dan hak klien.
- c. Informasi kesehatan reproduksi yang diberikan lengkap, benar, jujur, dan bertanggung jawab.
- d. Mendampingi pengambilan keputusan berdasarkan konsekuensi atas pilihan yang diambil.
- e. Empati dan tidak menghakimi.

4. Proses Konseling Kesehatan Reproduksi

Setiap tahapan proses konseling individu membutuhkan keterampilan keterampilan khusus. Namun keterampilan-keterampilan itu bukanlah yang utama jika hubungan konseling individu tidak mencapai rapport. Dengan demikian proses konseling individu ini tidak dirasakan oleh peserta konseling (konselor klien)

sebagai hal yang menjemukan. Keterlibatan klien dalam proses konseling sejak awal hingga akhir dirasakan sangat bermakna dan berguna. Secara umum proses konseling individu dibagi atas tiga tahapan (Lubis, 2011);

- a. Tahap awal konseling terjadi sejak klien menemui konselor hingga berjalan proses konseling sampai konselor dan klien menemukan definisi masalah klien atas dasar isu, kepedulian, atau masalah klien.

Adapun proses konseling tahap awal sebagai berikut;

- i. Membangun hubungan konseling yang melibatkan klien

Hubungan konseling bermakna ialah jika klien terlibat berdiskusi dengan konselor. Hubungan tersebut dinamakan *a working realitionship*, yakni hubungan yang berfungsi, bermakna, dan berguna. Keberhasilan proses konseling individu amat ditentukan oleh keberhasilan pada tahap awal ini. Kunci keberhasilan terletak pada 1) keterbukaan konselor, 2) keterbukaan klien, artinya dia dengan jujur mengungkapkan isi hati, perasaan, harapan, dan sebagainya. Namun, keterbukaan ditentukan oleh faktor konselor yakni dapat dipercayai klien karena dia tidak berpura-pura, akan tetapi jujur,

asli, mengerti, dan menghargai. Ketiga, konselor mampu melibatkan klien terus menerus dalam proses konseling. Karena dengan demikian, maka proses konseling individu akan lancar dan segera dapat mencapai tujuan konseling individu.

ii. Memperjelas dan mendefinisikan masalah

Jika hubungan konseling telah terjalin dengan baik dimana klien telah melibatkan diri, berarti kerjasama antara konselor dengan klien akan dapat mengangkat isu, kepedulian, atau masalah yang ada pada klien. Sering klien tidak begitu mudah menjelaskan masalahnya, walaupun mungkin dia hanya mengetahui gejala-gejala yang dialaminya. Karena itu amatlah penting peran konselor untuk membantu memperjelas masalah klien. Demikian pula klien tidak memahami potensi apa yang dimilikinya., maka tugas konselor lah untuk membantu mengembangkan potensi, memperjelas masalah, dan membantu mendefinisikan masalahnya bersama-sama.

iii. Membuat penafsiran dan penjajakan

Konselor berusaha menjajaki atau menaksir kemungkinan mengembangkan isu atau masalah, dan merancang bantuan yang mungkin dilakukan, yaitu dengan membangkitkan semua potensi sklien, dan dia prosemenentukan berbagai alternatif yang sesuai bagi

antisipasi masalah. Menegosiasikan kontrak yaitu perjanjian antara konselor dengan klien. Hal itu berisi :

- a) kontrak waktu, artinya berapa lama diinginkan waktu pertemuan oleh klien dan apakah konselor tidak keberatan.
- b) Kontrak tugas, artinya konselor apa tugasnya, dan klien apa pula.
- c) kontrak kerjasama dalam proses konseling. Kontrak menggariskan kegiatan konseling, termasuk kegiatan klien dan konselor. Artinya mengandung makna bahwa konseling adalah urusan yang saling ditunjak, dan bukan pekerjaan konselor sebagai ahli. Disamping itu juga mengandung makna tanggung jawab klien, dan ajakan untuk kerja sama dalam proses konseling.

1. Tahap Pertengahan (Tahap Kerja).

Berangkat dari definisi masalah klien yang disepakati pada tahap awal, kegiatan selanjutnya adalah memfokuskan pada; 1) penjelajahan masalah klien; 2) bantuan apa yang akan diberikan berdasarkan penilaian kembali apa-apa yang telah dijelajah tentang masalah klien. Adapun tujuan-tujuan dari tahap pertengahan ini yaitu : Menjelajahi dan mengeksplorasi masalah, isu, dan kepedulian klien lebih jauh dan Menjaga agar hubungan konseling selalu terpelihara.

Hal ini bisa terjadi jika : pertama, klien merasa senang terlibat dalam pembicaraan atau wawancara konseling, serta menampakkan kebutuhan untuk mengembangkan potensi diri dan memecahkan masalahnya. Kedua, konselor berupaya kreatif dengan keterampilan yang bervariasi, serta memelihara keramahan, empati, kejujuran, keikhlasan dalam memberi bantuan. Kreativitas konselor dituntut pula untuk membantu klien menemukan berbagai alternatif sebagai upaya untuk menyusun rencana bagi penyelesaian masalah dan pengembangan diri.

2. Proses konseling agar berjalan sesuai kontrak.

Konselor dan klien agar selalu menjaga perjanjian dan selalu mengingat dalam pikiranya.

3. Tahap Akhir Konseling (Tahap Tindakan).

Pada tahap akhir konseling ditandai beberapa hal yaitu :

1) Menurunnya kecemasan klien. Hal ini diketahui setelah konselor menanyakan keadaan kecemasannya. 2) Adanya perubahan perilaku klien kearah yang lebih positif, sehat, dan dinamis. 3) Adanya rencana hidup masa yang akan datang dengan program yang jelas. 4) Terjadinya perubahan sikap positif, yaitu mulai dapat mengoreksi diri dan meniadakan sikap yang suka menyalahkan dunia luar, seperti orang tua, guru, teman, keadaan tidak menguntungkan dan sebagainya. Jadi klien sudah berfikir realistis dan percaya diri.

Tujuan-tujuan tahap akhir adalah sebagai berikut;

- a) Memutuskan perubahan sikap dan perilaku yang memadai. Klien dapat melakukan keputusan tersebut karena dia sejak awal sudah menciptakan berbagai alternatif dan mendiskusikanya dengan konselor, lalu dia putuskan alternatif mana yang terbaik. Pertimbangan keputusan itu tentunya berdasarkan kondisi objektif yang ada pada diri dan di luar diri. Saat ini dia sudah berpikir realistik dan dia tahu keputusan yang mungkin dapat dilaksanakan sesuai tujuan utama yang ia inginkan.
- b) Terjadinya transfer of learning pada diri klien. Belajar dari proses konseling mengenai perilakunya dan hal-hal yang membuatnya terbuka untuk mengubah perilakunya diluar proses konseling. Artinya, klien mengambil makna dari hubungan konseling untuk kebutuhan akan suatu perubahan.
- c) Melaksanakan perubahan perilaku. Pada akhir konseling klien sadar akan perubahan sikap dan perilakunya. Sebab ia datang minta bantuan adalah atas kesadaran akan perlunya perubahan pada dirinya.

d) Mengakhiri hubungan konseling. Kegiatan ini harus atas persetujuan klien. Sebelum ditutup ada beberapa tugas klien yaitu: pertama, membuat kesimpulan-kesimpulan mengenai hasil proses konseling; kedua, mengevaluasi jalanya proses konseling; ketiga, membuat perjanjian untuk pertemuan berikutnya.

4. Langkah Konseling

Dalam memberikan konseling, konselor dapat mengikuti langkah dibawah ini yang dikenal dengan istilah GATHER, yaitu:

- a) Greet: Berikan salam, mengenalkan diri dan membuka komunikasi.
- b) Ask atau Assess: Menanyakan keluhan atau kebutuhan klien dan menilai apakah keluhan/keinginan yang disampaikan memang sesuai dengan kondisi yang dihadapi.
- c) Tell: Beritahukan bahwa persoalan pokok yang dihadapi oleh pasien adalah seperti yang tercermin dari hasil tukar informasi dan harus dicarikan upaya penyelesaian masalah tersebut.
- d) Help: Bantu pasien atau klien untuk memahami masalah utamanya dan masalah itu yang harus diselesaikan. Jelaskan beberapa cara yang dapat menyelesaikan masalah tersebut, termasuk keuntungan dan keterbatasan dari masing – masing

dari alat kontrasepsi yang di pilih. Minta pasien untuk memutuskan cara terbaik bagi dirinya.

- e) Explain: Jelaskan bahwa cara terpilih telah diberikan atau dianjurkan dan hasil yang diharapkan mungkin dapat segera terlihat atau diobservasi beberapa saat hingga menampakkan hasil seperti yang diharapkan. Jelaskan pula siapa dan dimana pertolongan lanjutan atau darurat dapat diperoleh.
- f) Refer dan Return visit: Rujuk apabila fasilitas ini tidak dapat memberikan pelayanan yang sesuai atau buat jadwal kunjungan ulang apabila pelayanan terpilih telah diberikan.

b. Karakteristik Konselor

5. Dalam pelaksanaan konseling, penyedia layanan atau konselor perlu memiliki delapan karakteristik berikut (BKKK, 2021), yaitu:

- a) Keterampilan Membangun Relasi, yaitu kemampuan penyedia layanan untuk membantu klien merasa nyaman dengan proses konseling yang terbina. Relasi yang nyaman antara penyedia layanan dan klien dapat menciptakan suasana yang kondusif bagi klien untuk menyampaikan masalah, hambatan, dan ide yang dimilikinya dalam proses pengambilan keputusan yang sedang berjalan.
- b) Empati, yaitu kemampuan penyedia layanan untuk memahami secara mendalam sudut pandang

kliennya. Dalam proses membangun hubungan yang baik dengan klien, empati dapat membantu penyedia layanan mengembangkan hubungan membantu, menggali informasi, dan membantu klien merasa diterima dengan segala kondisinya.

- c) Kesesuaian antara tingkah laku dan perasaan (genuiness), yaitu kondisi di mana penyedia layanan mampu menampilkan perilaku yang sesuai dengan apa yang dirasakannya. Sikap ini dapat membantu klien untuk melihat kenyataan mengenai kondisinya, sehingga dapat menyesuaikan harapan dengan kondisi tersebut.
- d) Penerimaan, yaitu sikap yang menunjukkan bahwa penyedia layanan dapat menghormati dan menerima klien apa adanya dan tanpa syarat dalam konteks relasi untuk proses konseling.
- e) Kemajemukan Kognitif, yaitu kemampuan untuk bersikap lebih empatik, terbuka pikiran, self-aware, dan efektif dalam menangani klien dari latar belakang budaya yang berbeda. Kemampuan ini membantu penyedia layanan untuk kondisi sulit pada klien secara lebih mendetail dari beragam perspektif, sehingga ia menjadi lebih mampu untuk membantu menyelesaikan masalah klien.
- f) Kemawasan terhadap kondisi diri, yaitu kemampuan untuk mengetahui dan menyadari kondisi dirinya

sendiri, sebelum ia berhadapan dengan klien. Kemawasan diri penyedia layanan, terutama terhadap kondisi psikologisnya, sangat penting dalam mendorong terciptanya hubungan membantu dengan klien.

- g) Kompetensi, yaitu kemampuan serta kemauan dari penyedia layanan untuk memberikan upaya terbaiknya dalam melaksanakan konseling dan membantu klien.
- h) Sensitivitas terhadap Keragaman Budaya, yaitu pemahaman penyedia layanan terhadap berbagai budaya yang ada di sekitarnya dalam rangka membantu memahami klien dan kondisi kehidupan sehari-harinya.

C. KONSEP PROMOSI KESEHATAN

1. Pengertian Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan proses memungkinkan orang untuk meningkatkan kontrol atas kesehatan mereka. Untuk mencapai keadaan fisik, mental yang lengkap dan kesejahteraan sosial, individu atau kelompok harus dapat mengidentifikasi dan untuk mewujudkan aspirasi, untuk memenuhi kebutuhan, dan untuk mengubah atau mengatasi keadaan lingkungan. Promosi kesehatan bukan hanya tanggung jawab sektor kesehatan, tetapi melampaui gaya hidup sehat untuk kesejahteraan (Piper, 2019).

Promosi kesehatan didefinisikan sebagai program promosi kesehatan untuk mengidentifikasi, menentukan metode untuk memfasilitasi perubahan perilaku, memberikan panduan tentang waktu metode, dan pilihan metode intervensi, untuk mencapai kesehatan yang optimal (Jones and Bartlett, 2020). Indrayani & Syafar (2020) menyebutkan bahwa promosi kesehatan merupakan proses pemberdayaan rakyat (individu dan masyarakat) yang memungkinkan mereka mampu mengendalikan determinan-determinan kesehatan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya.

Berdasarkan pendapat dari para ahli dapat disimpulkan promosi kesehatan merupakan sebuah proses pemberdayaan baik secara individu, kelompok, ataupun komunitas dalam bentuk pemberian intervensi pendidikan kesehatan, pembinaan ataupun kombinasi dari kedua intervensi tersebut dengan tujuan untuk memudahkan perubahan perilaku kesehatan masyarakat sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal.

2. Komponen Promosi Kesehatan

Pakpahan (2021) Promosi Kesehatan terdiri dari tiga komponen yaitu:

- a) Pendidikan Kesehatan (Health Education) Merupakan kombinasi dari pengalaman belajar dirancang untuk memengaruhi, mengaktifkan, dan memperkuat perilaku sukarela yang kondusif bagi kesehatan individu,

kelompok, atau komunitas untuk memfasilitasi proses yang memungkinkan individu, keluarga, dan kelompok membuat keputusan yang terinformasi dengan baik tentang praktik kesehatan.

- b) Pencegahan Penyakit (Disease Prevention) Merupakan kegiatan atau serangkaian kegiatan yang bersifat preventif, dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan, yang ditujukan untuk menghindari dan mengurangi risiko dan dampak buruk akibat penyakit. Kegiatan pencegahan penyakit digunakan untuk membuat individu dan komunitas tetap sehat dengan mencegah kemungkinan penyakit di masa depan. Tindakan preventif diartikan sebagai intervensi yang diarahkan untuk mencegah munculnya penyakit yang spesifik dan mengurangi insiden dan prevalensi penyakit dalam populasi.
- c) Perlindungan Kesehatan (Health Protection) Perilaku di mana seseorang terlibat dengan maksud khusus untuk mencegah penyakit, mendeteksi penyakit pada tahap awal, atau untuk memaksimalkan kesehatan dalam batasan penyakit. Perlindungan kesehatan bertujuan untuk mengurangi kemungkinan individu atau masyarakat dalam menghadapi bahaya lingkungan atau berperilaku tidak aman atau tidak sehat. Intervensi ditujukan untuk mencegah orang jatuh sakit atau sakit dengan membangun mekanisme perlindungan.

Perlindungan kesehatan di era kesehatan masyarakat modern berfokus terutama pada mencegah dan mengendalikan infeksi penyakit dan melindungi dari radiasi, bahan kimia dan bahaya lingkungan.

3. Tujuan Promosi Kesehatan

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 (Nurmala, 2018).

Tujuan promosi kesehatan terdiri dari 3 tingkatan tujuan, yaitu:

- a) Tujuan Program; Merupakan pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode waktu tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan.
- b) Tujuan Pendidikan; Merupakan deskripsi perilaku yang akan dicapai dapat mengatasi masalah kesehatan yang ada.
- c) Tujuan Perilaku; Merupakan pendidikan atau pembelajaran ditujukan untuk mencapai perilaku yang diinginkan, hal ini berhubungan dengan pengetahuan dan sikap.
- d) Tujuan Intervensi Perilaku dalam promosi kesehatan
 - a. Mengurangi perilaku negatif bagi kesehatan.

- b. Mencegah meningkatnya perilaku negatif bagi kesehatan
- c. Meningkatkan perilaku positif bagi kesehatan
- d. Mencegah menurunnya perilaku positif bagi kesehatan

4. Prinsip Promosi Kesehatan

Pakpahan (2021) menjelaskan promosi kesehatan telah berkembang yang semula dianggap sebagai tujuan atau titik akhir yang diinginkan menjadi sebuah proses atau alat untuk memfasilitasi gerakan dalam mencapai tujuan. Promosi kesehatan sebagai seni dan sains dalam membantu individu atau masyarakat untuk membuat perubahan gaya hidup dan dianggap sebagai kombinasi dari dukungan pendidikan dan lingkungan untuk membangun perilaku dan kondisi yang kondusif bagi kesehatan.

Perkembangan promosi kesehatan, pendapat para ahli dan hasil penelitian menemukan bahwa pelaksanaan promosi kesehatan secara efektif dapat dilakukan dalam berbagai prinsip, yaitu:

- a) Pengembangan kebijakan publik yang berwawasan kesehatan
- b) Penciptaan lingkungan yang kondusif
- c) Penguatan gerakan masyarakat
- d) Pemberdayaan masyarakat

- e) Pengembangan kemampuan individu
Penataan kembali arah pelayanan kesehatan
- f) Lintas sektor
- g) Keadilan sosial
- h) Holistik
- i) Berkelanjutan
- j) Menggunakan berbagai strategi

Hal yang terpenting untuk keberhasilan promosi kesehatan adalah pertimbangan berbagai faktor sosial dan lingkungan, baik berfokus pada tindakan individu, keluarga, sekolah, komunitas, atau pemerintah. Kombinasi strategi promosi kesehatan diperlukan untuk mengatasi berbagai determinan kesehatan (Pakpahan, 2021).

5. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Rachmawati (2019) menyebutkan bahwa Berdasarkan Piagam Ottawa tahun 1986, ruang lingkup promosi kesehatan dikelompokkan menjadi lima area yaitu :

- a) Build Healthy Policy Build Healthy Policy atau membangun kebijakan publik yang berwawasan kesehatan memperhatikan dampak kesehatan dari setiap keputusan yang telah dibuat. Kebijakan publik sebaiknya menguntungkan kesehatan. Bentuk kebijakan publik antara lain berupa peraturan perundangundangan, kebijakan fiskal, kebijakan pajak dan pengembangan organisasi serta

kelembagaan. Berikut contoh-contoh bentuk kebijakan di Indonesia : Kebijakan kawasan tanpa rokok, Pembatasan iklan rokok dan Pemakaian helm dan sabuk pengaman.

- b) Create Supportive Environment Create Supportive Environment atau menciptakan lingkungan yang mendukung merupakan peranan yang besar untuk mendukung seseorang atau mempengaruhi kesehatan dan perilaku seseorang. Berikut merupakan contoh lingkungan yang mendukung: Penyediaan pojok laktasi di tempat-tempat umum Penyediaan tempat sampah dan Pengembangan tempat konseling remaja.
- c) Strengthen Community Action Strengthen Community Action atau memperkuat gerakan masyarakat. Promosi kesehatan berperan untuk mendorong serta memfasilitasi upaya masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Berikut contoh-contoh penguatan gerakan masyarakat: Terbentuknya yayasan atau lembaga konsumen kesehatan, Terbentuknya posyandu dan Terbentuknya pembiayaan kesehatan bersumber daya masyarakat.
- d) Develop Personal Skill Develop Personal Skill atau mengembangkan keterampilan individu merupakan upaya agar masyarakat mampu membuat keputusan yang efektif tentang kesehatannya. Masyarakat

membutuhkan informasi, pendidikan, pelatihan dan berbagai keterampilan. Promosi Kesehatan berperan untuk memberdayakan masyarakat agar dapat mengambil keputusan dan mengalihkan tanggung jawab kesehatan berdasarkan pengetahuan dan ketrampilan setiap individu. Pemberdayaan akan lebih efektif bila dilakukan dari tatanan rumah tangga, tempat kerja, dan tatanan lain yang telah ada di masyarakat

- e) Re-Orient Health Service Re-Orient Health Service atau menata kembali arah utama pelayanan kesehatan kepada upaya preventif dan promotif serta mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif

6. Strategi Promosi Kesehatan

Berdasarkan Piagam Ottawa (1984) dalam Nurmala (2018) misi promosi kesehatan dapat dilakukan menggunakan 3 strategi yang dijelaskan sebagai berikut:

- a) Advokasi (advocate) Kondisi politik, ekonomi, sosial, budaya, lingkungan, perilaku dan faktor biologis dapat memengaruhi kesehatan seseorang. Promosi kesehatan berupaya untuk mengubah kondisi tersebut sehingga menjadi kondusif untuk kesehatan masyarakat melalui advokasi. Kegiatan advokasi ini tidak hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan, tetapi juga dapat dilakukan oleh masyarakat sasaran kepada para pemangku kebijakan

dari berbagai tingkat atau sektor terkait dengan kesehatan. Tujuan kegiatan ini adalah untuk meyakinkan para pemangku kebijakan bahwa program kesehatan yang akan dijalankan tersebut penting dan membutuhkan dukungan kebijakan atau keputusan dari pejabat tersebut.

- b) **Mediasi (mediate)** Promosi kesehatan juga mempunyai misi sebagai mediator atau menjembatani antara sektor kesehatan dengan sektor yang lain sebagai mitra. Hal ini dikarenakan faktor yang mempengaruhi kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan saja. Promosi kesehatan membutuhkan upaya bersama dari semua pihak baik dari pemerintah, sektor kesehatan, sektor ekonomi, lembaga nonprofit, industri, dan media.
- c) **Memampukan (enable)** Promosi kesehatan berfokus pada keadilan dan pemerataan sumber daya kesehatan untuk semua lapisan masyarakat. Hal ini mencakup memastikan setiap orang di masyarakat memiliki lingkungan yang kondusif untuk berperilaku sehat, memiliki akses pada informasi yang dibutuhkan untuk kesehatannya, dan memiliki keterampilan dalam membuat keputusan yang dapat meningkatkan status kesehatan mereka. Prinsip promosi kesehatan di sini adalah masyarakat mampu

untuk memiliki kontrol terhadap determinan yang dapat memengaruhi kesehatan mereka.

7. Sasaran Promosi Kesehatan

Berdasarkan pentahapan upaya promosi kesehatan, maka menurut (Widyawati, 2020) sasaran dibagidalam tiga kelompok sasaran, yaitu :

- a) Sasaran Primer (primary target) Sasaran umumnya adalah masyarakat yang dapat dikelompokkan menjadi, kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, Ibu hamil dan menyusui anak untuk masalah KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) serta anak sekolah untuk kesehatan remaja dan lain sebagainya. Sasaran promosi ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (empowerment).
- b) Sasaran Sekunder (secondary target) Sasaran sekunder dalam promosi kesehatan adalah tokoh-tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, serta orang-orang yang memiliki kaitan serta berpengaruh penting dalam kegiatan promosi kesehatan, dengan harapan setelah diberikan promosi kesehatan maka masyarakat tersebut akan dapat kembali memberikan atau kembali menyampaikan promosi kesehatan pada lingkungan masyarakat sekitarnya. Tokoh masyarakat yang telah mendapatkan promosi kesehatan diharapkan pula agar dapat menjadi model

dalam perilaku hidup sehat untuk masyarakat sekitarnya.

- c) Sasaran Tersier (tertiary target) Adapun yang menjadi sasaran tersier dalam promosi kesehatan adalah pembuat keputusan (decision maker) atau penentu kebijakan (policy maker). Hal ini dilakukan dengan suatu harapan agar kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok tersebut akan memiliki efek/dampak serta pengaruh bagi sasaran sekunder maupun sasaran primer dan usaha ini sejalan dengan strategi advokasi (advocacy)

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional [BKKN]. (2021). Buku Pedoman Konseling Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. *Direktorat Kesehatan Keluarga, Kementerian Kesehatan Indonesia*. Jakarta.
- Bieyabanie, H., Charandabi., & Mirghafourvand, M. (2021). Effect of Counseling on the Health Promoting Lifestyle and Quality of Life Among Mastectomised Woman. *Health Education and Health Promotion* 9 (4). Diakses tanggal 05 Januari 2023.
- Costantino, C., Casuccio, A., & Restivo, V. (2020). Potential Risk and Factors of Women's Health Promotion. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (9555). Diakses tanggal 05 Januari 2023.
- Fachriyah, F., Sukmawan, R.F., Purba, T.S., Bela, A., & Imtinan. (2021). Kesehatan Reproduksi Perempuan di Indonesia dalam Perspektif Gender. *Seminar Nasional Kesehatan Masyarakat UPNVJ*. Diakses tanggal 13 Januari 2023.
- Jones and Bartlett (2020) *The Essence of Nursing: Knowledge and Caring*. London: Jones & Bartlett Learning, LLC.
- Karimlou, V., Charandabi, S., Malakouti, J., & Mirghafourvand, M. (2019). Effect of Counseling on Health Promoting Lifestyle and the Quality of Life in Iranian Middle-Aged Women; a Randomised Controlled Clinical Trial. *BMC*

- Health Service Research 19 (350)*. Diakses pada tanggal 05 Januari 2023.
- Komnas Perempuan. (2021). Catatan Tahunan Komnas Perempuan Tahun 2020. Vol. 4. Diakses tanggal 13 Januari 2023
- Lubis, Namora. (2011). *Memahami Dasar-Dasar Konseling. Kencana*. Jakarta.
- Nurmala, I. (2018) *Promosi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Pakpahan, M. (2021) *Promosi Kesehatan & Prilaku Kesehatan*. 1st edn, Jakarta: EGC. 1st edn. Yogyakarta: Yayasan Kita Menulis.
- Piper, S. (2019) *Health promotion for nurses: Theory and practice*. Edisi 7, *Health Promotion for Nurses: Theory and Practice*. Edisi 7. Newyork: Roudledge. doi: 10.4324/9780203870914. Diakses 13 Januari 2023.
- Riset Kesehatan Dasar [Riskesdas]. (2018). *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Diakses tanggal 13 Januari 2023.
- Rahayu, A., Noor, M., Yulidasari, F., Rahman, F., & Putri, A. (2017). *Kesehatan Reproduksi; Remaja dan Lansia*. *Airlangga University Press*. Surabaya.
- Utami, K., Supinganto, A., Setyawati, I., & Budiana, I. (2021). *Effectiveness of Reproductive and Sexual Health Program for Prospective Bridges (Catin) in Improving Catin's Knowledge and Attitudes of Catin in Gunungsari*

Public Health center in 2018. *Dinasti International Journal of Education Management and Social Science*, 2 (4). Available Online: <https://dinastipub.org/DIJEMSS>.

Diakses tanggal 05 Januari 2023.

Ward, S., & Hisley, S. (2009). *Maternal an Child Nursing Care; Optimizing Outcomes for Mother, Children and Families*. Davis Company. USA

World Health Organization (WHO). Women's Health. Vaccines and Vaccination. Available online:

<https://www.who.int/health-topics/women-s-health/>.

Diakses tanggal 13 Januari 2023

World Health Organization; South East Asia Region. (2020).

Indonesia; Gender and Health. Diakses tanggal 05 Januari 2023

Widyawati (2020) Buku Ajar Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Keperawatan. *Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Binalita Sudama Medan*. Medan.

PROFIL PENULIS



Ns. Eliyana, S.Kep., MNS

Penulis lahir di Way Kanan Lampung Agustus 1985 dan melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan dan Ners di *Universitas Muhammadiyah Yogyakarta*. Sejak menempuh pendidikan sarjana, penulis memiliki ketertarikan pada keperawatan komunitas. Mencoba peruntungan untuk melanjutkan studi melalui dana beasiswa pemerintah (LPDP), penulis berkesempatan menimba ilmu di *Kasetsart University Thailand dengan Major Family and Community Nursing*. Setelah menyelesaikan studi pada tahun 2014, penulis kembali mengabdikan dan memberikan kontribusi sebagai perawat komunitas dengan melakukan kegiatan pendampingan dan pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan dengan melakukan upaya-upaya promosi kesehatan. Bergabung menjadi bagian dari Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Kendal Batang (UMKABA) sebagai dosen tetap menjadikan peluang untuk kontribusi terhadap peningkatan status kesehatan masyarakat semakin luas. Penulis saat ini aktif menjalankan Tridarma perguruan tinggi termasuk mengajar pada bidang keparan yaitu Keperawatan Keluarga, Keperawatan Komunitas dan Keperawatan Gerontik. Selain itu, penulis juga melakukan penelitian baik dana mandiri maupun hibah penelitian yang berskala nasional. Saat ini, penulis sedang aktif menyusun kegiatan Project Pemberdayaan masyarakat khususnya bagi Lansia dan Pekerja. Penulis berharap dengan mengambil bagian dalam penulisan buku mampu memberikan

kontribusi yang lebih luas sehingga dapat lebih bermanfaat. Email
Penulis: ely_pras@yahoo.com

BAB 12 PELAYANAN OBSTETRI NEONATAL EMERGENCY DASAR (PONED)

**Detty Afriyanti S, S.ST, M.Keb
Universitas Fort De Kock**

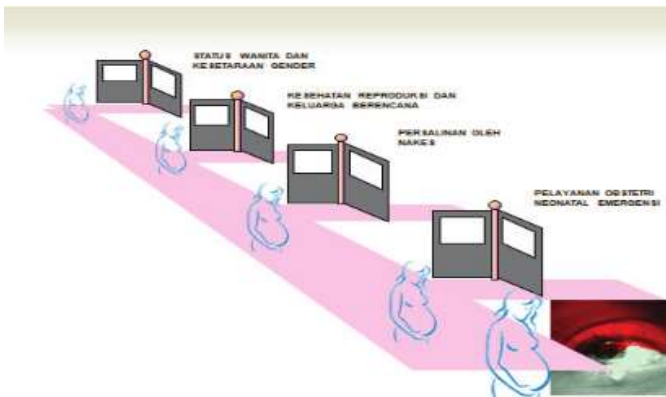
A. PENDAHULUAN

Angka kematian ibu dan bayi baru lahir di Indonesia merupakan yang tertinggi di antara negara-negara ASEAN. Situasi ini tentu mengkhawatirkan masyarakat Indonesia. Tingginya AKI dan AKB termasuk neonatal juga dipengaruhi dan didorong berbagai faktor yang mendasari timbulnya risiko maternal dan atau neonatal, yaitu faktor-faktor penyakit, masalah gizi dari WUS/maternal serta faktor 4 T (terlalu muda dan terlalu tua untuk hamil dan melahirkan, terlalu dekat jarak kehamilan/persalinan dan terlalu banyak hamil atau melahirkan. Kondisi tersebut, diperparah lagi oleh adanya keterlambatan penanganan kasus emergensi/komplikasi maternal dan atau neonatal secara adekuat akibat oleh kondisi 3T terlambat), yaitu terlambat mengambil keputusan merujuk, terlambat mengakses fasilitas pelayanan kesehatan yang tepat, dan terlambat memperoleh pelayanan dari tenaga kesehatan yang tepat / kompeten.

Melihat permasalahan yang dihadapi dalam upaya mempercepat penurunan AKI dan AKB termasuk AKN yang begitu kompleks, maka diperlukan upaya yang lebih

keras dan dukungan komitmen dari seluruh stakeholders baik pusat maupun daerah, seperti dukungan dari organisasi profesi, masyarakat, dan swasta serta LSM baik nasional maupun internasional. Salah satu upaya yang telah dilaksanakan untuk mempercepat penurunan AKI dan AKN melalui penanganan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi di tingkat pelayanan dasar adalah melalui upaya memberikan pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar (PONED). Menurut *the international federation of gynecology obstetrics (FIGO)* terdapat 4 (empat) pintu keluar dari kematian ibu, yaitu status perempuan dan kesetaraan gender, keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, persalinan yang bersih dan aman oleh tenaga yang kompeten, dan PONED-PONEK. Jadi, upaya PONED hanyalah salah satu upaya dan merupakan upaya terakhir untuk mencegah kematian ibu. Selain PONED, upaya yang tidak kalah pentingnya adalah upaya pencegahan melalui pemberdayaan masyarakat, agar keluarga dan masyarakat secara mandiri bertanggung jawab untuk menjaga kesehatan diri dan keluarganya, terutama ibu hamil dan janin yang dikandungnya. Untuk itu, upaya pemberdayaan masyarakat diperlukan tenaga kesehatan yang mampu menggerakkan peran serta aktif berbagai pihak yang peduli, agar mau berperan dalam upaya pergerakan demi sasaran, sehingga masyarakat tahu,

mau dan mampu memanfaatkan layanan kesehatan maternal (ibu hamil/neonatal) emergensi yang disediakan.



Gambar 12.1 : Pintu untuk menghindari kematian ibu

Sumber : Kemenkes RI, 2013

Indikator keberhasilan pemberdayaan masyarakat ini dibuktikan dengan adanya keseimbangan antara kegiatan yang dilaksanakan dalam upaya penguatan sisi supply dalam pemenuhan kebutuhan pelayanan obstetri neonatal emergensi yang berkualitas dengan upaya-upaya dalam penggerakkan demand sasaran untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan obstetri dan neonatal yang tersedia. Berbagai pihak yang dapat dilibatkan dalam upaya –upaya dimaksudkan agar mau berperan dalam upaya penggerakkan demand sasaran pelayanan kesehatan yang disediakan, antara lain adalah lintas sektor terkait, organisasi profesi kesehatan, tokoh masyarakat dan agama, swasta, LSM/masyarakat peduli, media massa yang ada di wilayah

kerjanya. Dengan demikian, untuk komplikasi yang membutuhkan pelayanan di rumah sakit, diperlukan penanganan yang berkesinambungan (*continuum of care*), yaitu dari pelayanan di tingkat dasar sampai ke rumah sakit. Untuk itu, pemerintah Indonesia berupaya dalam akselerasi penurunan angka kematian ibu dan bayi dengan meningkatkan akses pelayanan PONED atau pelayanan obstetri neonatus dasar melalui program penanganan komplikasi pada ibu hamil dan bayi baru lahir. PONED dilaksanakan di Puskesmas besar di bawah pengawasan dokter dan dirujuk ke rumah sakit oleh tenaga kesehatan atau fasilitas kesehatan desa atau masyarakat. Puskesmas yang melayani PONED merupakan puskesmas induk yang merupakan puskesmas rawat inap yang standby 24 jam sehari.

B. DEFINISI PONED

PONED adalah pelayanan yang mempunyai fasilitas atau kemampuan untuk melakukan penanganan kegawatdaruratan obstetric dan neonatal dasar sebagai tempat rujukan atau rujukan antara kasus kasus kegawatdaruratan obstetrik dan neonatal dasar dari pos kesehatan desa (PKD) dan puskesmas non PONED. Apabila ada kasus yang memerlukan penanganan seksis sesarea dan tranfusi, maka melakukan rujukan ke rumah sakit pelayanan obstetri neonatal emergensi komprehensif

(PONEK). Pos kesehatan desa (PKD) dan puskesmas non perawatan disiaopkan untuk melakukan pertolongan pertama gawat darurat obstetri dan neonatal (PPGDON) dan tidak disiapkan untuk melakukan PONED.

C. TUJUAN PONED

Untuk menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI). Pelayanan medis yang dapat dilakukan di puskesmas mampu PONED meliputi:

1. Pelayanan obstetri yang terdiri dari :
 - a. Pencegahan dan penanganan pendarahan
 - b. Pencegahan dan penanganan preeklamsi dan eklamsi;
Pencegahan dan penanganan infeksi
 - c. Pencegahan dan penanganan infeksi
 - d. Penangan partus lama/macet
 - e. Pencegahan dan penanganan abortus.
2. Pelayanan neonatal meliputi :
 - a. Pencegahan dan penanganan asfiksia
 - b. Pencegahan dan penanganan hipotermi
 - c. Pencegahan dan penanganan BBLR
 - d. Pencegahan dan penanganan kejang atau icterus
 - e. Pencegahan dan penanganan gangguan minum

D. BENTUK PELAYANANAN PONED

Bentuk pelayanan PONED, antara lain meliputi:

1. Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan, antara lain berupa penyediaan tenaga bidan di desa,

kesinambungan keberadaan bidan desa, penyediaan fasilitas pertolongan persalinan pada PKD/puskesmas pembantu (pustu), dan puskesmas, kemitraan bidan dan dukun bayi, serta berbagai pelatihan bagi petugas.

2. Penyediaan pelayanan kegawatdaruratan yang berkualitas dan sesuai standar, antara lain bidan desa di PKD/ puskesmas pembantu (pustu), puskesmas Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar (PONED) , Rumah Sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK) 24 jam.
3. Mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan dan penanganan komplikasi keguguran, antara lain dalam bentuk KIE, pelayanan KB berkualitas pasca persalinan dan pasca keguguran pelayanan asuhan pasca keguguran, serta meningkatkan partisipasi aktif pria.
4. Pemantapan kerja sama lintas program dan sector, antara lain dengan jalan menjalin kemitraan dengan pemerintah daerah, organisasi profesi (IDI, POGI, IDAI, IBI, PPNI), Perinasia, PMI, LSM dan berbagai organisasi swasta.
5. Peningkatan partisipasi perempuan, keluarga dan masyarakat, antara lain dalam bentuk meningkatkan pengetahuan tentang tanda bahaya, pencegahan terlambat 1 dan 2 serta menyediakan buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

E. BATASAN KEWENANGAN DALAM PELAYANAN PONED

Kewenangan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan PONED dapat berubah sesuai dengan kebijakan/ketentuan yang berlaku dan dapat dijabarkan pada tabel 1 dibawah ini:

Tabel 12.1 : Batasan Kewenangan Dalam PONED

No	Kewenangan	Kemampuan
Maternal		
1	Perdarahan pada kehamilan muda	Diagnosis abortus, mola hidatidosa, kehamilan ektopik Resusitasi , stabilisasi Evaluasi sisa mola dengan verbocain Culdocentesis Pemberian cairan Pemberian antibiotika Evaluasi Kontrasepsi pasca keguguran
2	Perdarahan post partum	Diagnosis atonia uteri, perdarahan jalan lahir, sisa placenta, kelainan pembekuan darah Kompresi bimanual Kompresi aortal Placenta manual Penjahitan jalan lahir Restorasi jalan lahir Pemantauan keseimbangan cairan Pemberian antibiotika Pemberian zat vasoaktif Pemantauan pasca tindakan Rujukan jika diperlukan
3	Hipertensi dalam kehamilan	Dignosis hipertensi dalam kehamilan Diagnosis preeklampsi – eklampsi Resusitasi Stabilisasi Pemberian MgSO ₄ dan penanggulangan intoksikasi MgSO ₄ Induksi/akselerasi persalinan Persalinan berbantu (ekstraksi vakum dan forceps)

		Pemantauan pasca tindakan Pemberian MgSO ₄ hingga 24 jam postpartum Rujukan bila diperlukan
4	Persalinan macet	Diagnosis persalinan macet Diagnosis distosia bahu/ kala II lama Akselerasi persalinan pada inersia uteri hipotoni Tindakan ekstraksi vakum/forceps/melahirkan distocia bahu
5	Ketuban pecah sebelum waktunya dan sepsis	Diagnosis ketuban pecah sebelum waktunya Diagnosis sepsis Induksi/akselerasi persalinan Antibiotika profilaksis / terapeutik terhadap chorioamnionitis Tindakan persalinan berbantu (assited labor) pada kala II lama / exhausted Pemberian zat vasoaktif Pemberian antibiotika pada sepsis Pemantauan pasca tindakan Rujukan apabila diperlukan
6	Infeksi nifas	Diagnosis infeksi (metritis, mastitis, pelvio- peritonitis, thrombophlebitis) Penatalaksanaan infeksi nifas sesuai dengan penyebabnya (memberikan utero-tonika, antibiotika, dan zat vasoaktif) Terapi cairan pada infeksi nifas/ thrombophlebitis Drainase abses pada abses mammae dan kolpotomi pada abses pelvis Pemantauan pasca tindakan Rujukan bila diperlukan
Neonatal		
1	Asfiksia pada neonatal	Peletakan bayi pada meja resusitasi dan dibawa radiant warmer Resusitasi (ventilasi dan pijat jantung) pada asfiksia Terapi oksigen Koreksi asam basa akibat asfiksia Intubasi (apabila diperlukan) Pemantauan pasca tindakan termasuk menentukan resusitasi berhasil atau gagal
2	Gangguan nafas pada bayi baru lahir	Penyebab dan tingkatan gangguan nafas pada bayi baru lahir Terapi oksigen Resusitasi bila diperlukan

		Manajemen umum dan spesifik (lanjut) gangguan pernafasan Pemantauan pasca tindakan Rujukan bila diperlukan
3	Bayi berat lahir rendah (BBLR)	Diagnosis BBLR dan penyulit yang sering timbul (hipotermia, hipoglikemia, hiperbilirubinemia, infeksi/sepsis, dan gangguan minum) Penyebab BBLR dan faktor predisposisi Pemeriksaan fisik Penentuan usia gestasi Komplikasi pada BBLR Pengaturan pemberian minum / jumlah cairan yang dibutuhkan bayi Pemantauan kenaikan BB Penilaian tanda kecukupan pemberian ASI
4	Hipotermi pada bayi baru lahir	Diagnosis hipotermi Menghangatkan bayi dengan incubator
5	Hipoglikemi dari ibu dengan diabetes millitus	Diagnosis hipoglikemi berdasarkan hasil pengukuran kadar glukosa darah Pengukuran glukosa mengikuti GIR (glukose infusion rate), termasuk pemebrian SI apabila memungkinkan
6	Ikterus	Diagnosis ikterus berdasarkan kadar bilirubin serum atau metode kremer Pemeriksaan klinis ikterus pada hari pertama, hari kedua, hari ketiga dan seterusnya untuk perkiraan klinis derajat ikterus Diagnosis banding ikterus Pemberian ASI Penyinaran
7	Kejang pada neonatus	Diagnosis kejang pada neonatus Tatalaksana penggunaan fenobarbital atau fenitoin Pemeriksaan penunjang Pemberian terapi suportif Pemantauan hasil penatalaksanaan
8	Infeksi neonatus	Diagnosis infeksi neonatal Pemberian antibiotik Menjaga fungsi respirasi dan kardiovaskuler

Sumber : Pusdiklat Aparatur, Kemenkes Kesehatan RI, 2011

F. KASUS – KASUS YANG HARUS DIRUJUK KE RUMAH SAKIT

Adapun beberapa kasus yang harus dirujuk ke rumah sakit adalah:

1. Kasus ibu hamil yang memerlukan rujukan segera ke rumah sakit
 - a. Ibu hamil dengan panggul sempit
 - b. Ibu hamil dengan riwayat bedah sesar
 - c. Ibu hamil dengan perdarahan antepartum
 - d. Hipertensi dalam kehamilan (preeklamsi berat / eklamsi)
 - e. Ketuban pecah disertai dengan keluarnya mekonium kental
 - f. Ibu hamil dengan tinggi fundus 40 cm atau lebih (makrosomia, polihidramnion, kehamilan ganda)
 - g. Primipara pada fase aktif kala satu persalinan dengan penurunan kepa 5/5
 - h. Ibu hamil dengan anemia berat
 - i. Ibu hamil dengan disproporsi kepala panggul
 - j. Ibu hamil dengan penyakit penyerta yang mengancam jiwa (DM, kelainan jantung)
2. Kasus pada bayi baru lahir yang harus segera di rujuk ke rumah sakit
 - a. Bayi risiko tinggi usia gestasi kurang dari 32 minggu
 - b. Bayi dengan asfiksia ringan dan sedang tidak menunjukkan perbaikan selama 6 jam
 - c. Bayi dengan kejang meningitis

- d. Bayi dengan kecurigaan sepsis
- e. Infeksi pra intra post partum
- f. Kelainan bawaan
- g. Bayi yang butuh tranfusi tukar
- h. Bayi dengan distress nafas yang menetap
- i. Meningis
- j. Bayi yang tidak menunjukkan kemajuan selama perawatan
- k. Bayi yang mengalami kelainan jantung
- l. Bayi dengan hiperbilirubinemia dan bayi dengan kadar bilirubin total lebih dari 10 mg/d

G. PERSYARATAN SARANA DAN PRASARANA PENYELENGGARAAN PONED

Persyaratan sarana dan prasarana dalam penyelenggaraan PONED, adalah:

1. Memiliki ruangan perawatan kebidanan dan kandungan, ruang obstetri, ruang tindakan neonatus, ruang perawatan pasca persalinan, ruang jaga perawat dan dokter, dan ruang bedah minor.
2. Menyediakan fasilitas ruangan pra-persalinan, kamar bersalin dan tempat tidur rawat inap untuk kasus emergensi/komplikasi obstetri dan neonatus.
3. Menyediakan tim pendukung yang sudah terlatih PONED minimal terdiri dari 1-2 orang dokter umum, 5 orang perawat D3, 5 orang bidan D3, 1 orang analis laboratorium, dan 1 orang petugas administrasi.

4. Terletak di wilayah strategis dan mudah diakses oleh puskesmas atau fasyankes non-PONED lainnya. Jarak tempuh dari pemukiman atau puskesmas non-PONED ke puskesmas PONED <1 jam dengan transportasi umum, dan jarak dari puskesmas PONED ke rumah sakit minimal 2 jam
5. Berfungsi dalam Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM).
6. Memiliki peralatan medis, non-medis, obat-obatan, dan fasilitas tindakan medis serta rawat inap untuk mendukung penyelenggaraan PONED

H. SISTIM RUJUKAN DALAM PENYELENGGARAN PONED

1. Penerimaan pasien

Sistim penyelenggaraan pelayanan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap kasus penyakit atau masalah kesehatan baik secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti unit unit yang setingkat kemampuannya.

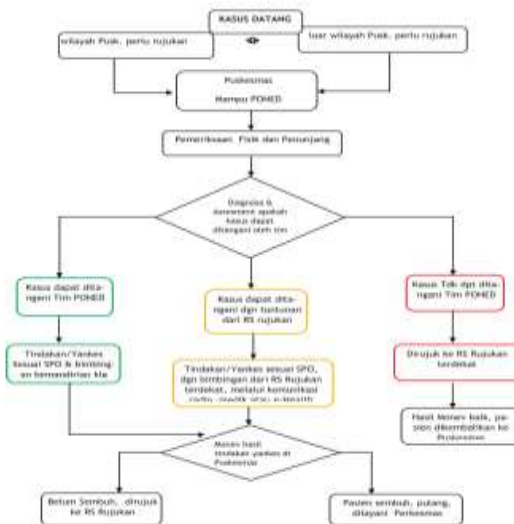
a. Kasus yang dirujuk ke PONED berasal dari :

1) Rujukan masyarakat

- a) Datang sendiri sebagai pasien perorangan atau keluarga
- b) Diantar/dirujuk oleh kader posyandu, dukun bayi, dan lainnya

- c) Dirujuk dari institusi masyarakat, seperti poskesdes, polindes
 - 2) Rujukan dari pelayanan kesehatan perorangan tingkat pertama dari wilayah kerja puskesmas PONEB, antara lain :
 - a) Unit rawat jalan puskesmas, puskesmas pembantu/keliling
 - b) Praktek dokter atau bidan mandiri
 - c) Fasilitas pelayanan kesehatan perorangan tingkat pertama lainnya
 - 3) Rujukan dari puskesmas sekitar
- b. Alur pelayanan di fasilitas rawat inap puskesmas

Alur rujukan kasus tersebut dapat dilihat pada gambar dibawah ini :



Gambar 12.2 Alur rujukan pelayanan PONEB

Sumber : Kemenkes, 2013

2. Pelaksanaan rujukan

Kebutuhan merujuk pasien tidak hanya dalam kondisi kegawatdaruratan saja, akan tetapi juga pada kasus yang tidak dapat ditangani di fasilitas pelayanan rawat inap karena tim interprofesi tidak mampu melakukan dan atau peralatan yang diperlukan tidak tersedia. Khusus untuk pasien dalam kondisi sakit cukup berat dan atau kegawatdaruratan medik, proses rujukan mengacu pada prinsip utama, yaitu:

- a. Ketepatan menentukan diagnosis dan menyusun rencana rujukan, yang harus dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, sesuai dengan kemampuan dan kewenangan tenaga dan fasilitas pelayanan
 - b. Kecepatan melakukan persiapan rujukan dan tindakan secara tepat sesuai rencana yang disusun
 - c. Menuju / memilih fasilitas rujukan terdekat secara tepat dan mudah dijangkau dari lokasi
6. Model pola rujukan kegawatdaruratan medik/PONED yang ideal adalah dengan regionalisasi pelayanan kesehatan dengan cara :
- a. Pemetaan fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan dalam wilayah kabupaten /kota
 - b. Pemetaan sumber daya tenaga kesehatan dan kelengkapan peralatannya
 - c. Alur rujukan kasus obstetric dan neonatal secara timbal balik

- d. Pada lokasi –lokasi tertentu seperti di lokasi terpencil/sangat terpencil, merujuk pasien ke rumah sakit rujukan medik spesialisik/PONEk terdekat hampir tidak mungkin, dan atas dasar kebutuhan pelayanan rujukan, puskesmas dengan fasilitas rawat inap di lokasi lokasi terpencil dan sangat terpencil di pusat gugus pulau atau pusat cluster daratan terpencil/sangat terpencil, perlu dipertimbangkan untuk ditingkatkan kemampuannya, sebagai pusat rujukan medik spesialistik terbatas.
- e. Pada kondisi kabupaten berada di daerah terpencil atau sebagian wilayah kabuapten berada di daerah terpencil.
- f. Rujukan yang dikirim ke fasilitas pelayanan rujukan medik spesialisik terbatas (PONEK), harus menerima umpan balik rujukan, sehingga kebutuhan pelayanan kesehatan dapat secara tuntas dilayani.

3. Regionalisasi sistim rujukan PONED

a. Pengertian

Regionalisasi sistim rujukan PONED adalah pembagian wilayah sistim rujukan dari satu wilayah kabupaten dan daerah sekitar yang berbatasan dengannya, dimana puskesmas mampu PONED yang berada dalam salah satu regional sistim rujukan wilayah kabupaten /kota, difungsikan sebagai rujukan antara yang akan mendukung berfungsinya rumah sakit PONEK sebagai rujukan obstetri dan neonatal emergensi /komplikasi di wilayah kabupaten /kota bersangkutan

b. Manfaat sistim rujukan maternal neonatal

Perbaikan sistim pelayanan kesehatan maternal dan neonatal tidak cukup dengan hanya melakukan standarisasi pelayanan dan peningkatan kemampuan sumber daya manusia, tetapi juga perbaikan sistim rujukan maternal dan neonatal yang akan menjadi bagian dari tulang punggung sistim pelayanan secara keseluruhan. Karena dalam kenyataannya, masih selalu terdapat kasus maternal dan neonatal yang harus mendapatkan pelayanan pada fasilitas kesehatan yang sesuai setelah mendapatkan pertolongan awal di fasilitas pelayanan kesehatan primer. Beberapa kasus kegawatdaruratan maternal dan neonatal memerlukan tempat rujukan antara sebagai sarana untuk melakukan stabilisasi, setelah itu pengobatan dan tindakan definitif harus dikerjakan di fasilitas pelayanan yang lebih baik oleh karena keterbatasan teknis baik di fasilitas pelayanan kesehatan primer maupun tempat rujukan antara (puskesmas).

c. Proses regionalisasi sistim rujukan

Satu wilayah sistim rujukan (regional) tersebut akan menjadi catchment area dari satu sub sistim rujukan pelayanan obstetri dan neonatal emergensi di kabupaten /kota.

Dengan ditingkatkannya kemampuan puskesmas mampu poned, diharapkan kasus emergensi/komplikasi obstetri

dan neonatal tertentu dari lokasi –lokasi yang jauh dari pusat rujukan RS PONEK di kabupaten, dapat ditangani di puskesmas mampu PONEK. Sedangkan, kasus lainnya di luar kewenangannya akan di rujuk ke RS PONEK dengan persiapan pra rujukan, didampingi petugas terlatih emergensi dalam perjalanan rujukannya. Adapun proses regionalisasi sistim rujukan dilaksanakan sebagai berikut:

1) Mempelajari :

- a) Peta wilayah kabupaten dengan kejelasan batas wilayah kecamatan dan jalur transportasi yang difungsikan masyarakat dengan menggunakan sarana transportasi yang tersedia dengan jarak dan waktu tempuh (km, jam/menit) serta ketersediannya (rutin per hari, per satuan waktu lainnya)
- b) Lokasi –lokasi puskesmas, puskesmas dengan rawat inap, dan fasilitas layanan kesehatan lainnya yang ada dengan tingkatan kompetensinya dalam pelayanan obstetri dan neonatal emergensi
- c) Lokasi rumah sakit yang ada, baik RSUD kabupaten/kota bersangkutan maupun rumah sakit swasta dan RSUD tetangga yang ada dalam jangkauan/akses sistim rujukan dan

tingkat kompetensinya dalam pelayanan obstetri dan neonatal emergensi/komplikasi

- 2) Memetakan sistim rujukan obstetri-neonatal dan alur rujukannya, dengan keberadaan lokasi lokasi fasilitas pelayanan kesehatan yang sudah berfungsi atau akan ditingkatkan fungsinya sebagai rujukan antara untuk pelayanan kasus emergensi obstetri neonatal dasar (PONED) dalam satu persatu regional sistim rujukan dengan RS PONEK/Rumah sakit sayang ibu dan bayi (RSSIB) sebagai rujukan spesialistik.
- 3) Hasil pemetaan wilayah dan alur sistim rujukan medis di masing masing daerah administratif dan regional wilayah, dikomunikasikan kepada para pemangku kepentingan (stakeholders) penyelenggaraan pelayanan kesehatan perseorangan di tingkat pertama, kedua dan bila perlu ketiga serta penanggung jawab sistim rujukan.
- 4) Menindaklanjuti proses pemetaan regionalisasi sistim rujukan, dilakukan proses penguatan fungsi pelayanan dari masing masing unit pelayanan melalui pembinaan petugas dan pembinaan fasilitas layanan kesehatan serta pelatihan dan kunjungan berkala pendampingan dalam rangka alih pengetahuan dan keterampilan teknis medis, teknis

komunikasi perubahan perilaku (BCC), serta kemampuan manajemen penyelenggaraan.

DAFTAR PUSTAKA

- Kementrian Kesehatan RI. 2013. Pedoman Peralatan Medik bagi Pelayanan Kesehatan Bayi Baru Lahir , Bayi dan Balita. Jakarta
- Handayani Sri; Kartasurya Martha Irine; Sriatmi Ayun. Analisis Pelaksanaan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) Di Puskesmas PONED Kabupaten Kendal. Proseding Seminar Ilmiah Kesehatan , ISSN 2338-2694
- Kementrian Kesehatan RI. 2013. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu Di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI. 2012. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Ibu Di fasilitas Kesehatan dasar dan Rujukan, Kementrian Kesehatan RI. Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI. 2012. Pedoman Sistim Rujukan Nasional. Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI. 2010. Buku Saku Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial, Pedoman Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar. Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI. 2013. Pedoman Penyelenggaraan Puskesmas Mampu PONED. Jakarta
- Keputusan Menteri Kesehatan RI No 1428 tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Kesehatan Lingkungan Puskesmas

Mujiati, Lestari Heni, Eva laelasari. Kesiapan Puskesmas
PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi dasar)
Di Lima Regional Indonesia. Vol 24. No 1. 2014.

<https://www.ejournal.litbang.kemkes.go.id>

Kismoyo.CP.Evaluasi Pelayanan Kegawatdaruratan Maternal
Neonatal Pada Puskesmas Mampu Pelayanan Obsteric
dan Neonatal Emergensi Dasar (PONED) Di Kabupaten
Bantul. Thesis Program Pasca sarjana Fakultas
Kedokteran UGM.2011

PROFIL PENULIS



Detty Afriyanti S, S.ST, M.Keb

lahir di Bukittinggi. Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma IV Kebidanan tahun 2008 dan Magister Ilmu Kebidanan tahun 2013 di Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung.

Penulis aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan, pengajar bimbingan belajar UKOM mahasiswi kebidanan dan pengajar Sekolah Komplementer Cinta Ibu di Yogyakarta, dan aktif menjadi nara sumber pada kegiatan seminar, workshop dan pelatihan bertema kesehatan Ibu dan Anak. Penulis telah menerbitkan Buku, seperti Buku Kumpulan Soal Uji Kompetensi Untuk Mahasiswa Profesi Bidan dan D III Kebidanan, Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Untuk Sarjana Kebidanan dan Profesi Bidan, dan berbagai Modul Kebidanan lainnya, serta aktif menerbitkan artikel diberbagai jurnal nasional dan internasional. Penulis aktif sebagai asesor kompetensi LSP-P1 BNSP, sebagai sekretaris sekaligus penelaah Komite Etik Penelitian Kesehatan, dan sebagai auditor mutu internal. Saat ini, pengalaman organisasi di IBI dan AIPKIND. Selain itu, penulis merupakan Founder De HoMCE; Praktisi Mandiri Bidan; dan Praktisi Komplementer bagi Ibu dan Anak. Motto hidup adalah hasil bukan menjadi hal yang utama. Pengalaman didalam berproses membuat diri semakin lebih matang. Jangan takut dan antipati terhadap masalah yang ditemui. Masalah membuat mental dan kemampuan seseorang semakin meningkat. Maka, Upgradelah diri. Akun media sosial penulis Ig : @bidan

dehomce; atau FB Idhet Home Care; email
afriyantidetty@gmail.com

BAB 13 PELAYANAN OBSTETRIK NEONATAL EMERGENCY KOMPHERENSIF (PONEK)

**Nur Anita, SST.,M.Kes
STIKES Marendeng Majene**

A. PENGERTIAN

Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergency Kompherensif atau biasa disebut dengan PONEK yaitu suatu pelayanan atau asuhan pada kegawatdaruratan obstetrik dan neonatus yang berlanjut atau berkesinambungan. Ponek merupakan program terpadu yang tidak hanya mencakup tentang peran, kebijakan serta manajemen Rumah sakit, tetapi juga peran berbagai lintas sektor seperti dinas kesehatan, puskesmas dan unsur-unsur pemangku jabatan yang lain yang berperan dalam upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak. PONEK adalah pelayanan obstetri emergency kompherensif untuk bayi baru lahir. Rumah Sakit PONEK 24 jam adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal 24 jam secara lengkap, kompherensif dan terintegrasi (kemenkes, 2014 dalam rahayu 2022).PONEK merupakan suatu program pelayanan dimana setiap unsur tim yang ada didalamnya melakukan fungsi yang berbeda, sangat membutuhkan keterpaduan, kecepatan dan ketepatan informasi yang ditujukan kepada peningkatan mutu, cakupan dan efektifitas layanan kepada masyarakat.

Untuk mendukung pelaksanaan PONEK agar dapat berjalan secara maksimal, maka perlu adanya sistem informasi yang mendukung, antara lain :

1. Sistem Informasi yang sehubungan dengan PONEK yang sejalan dengan Visi dan Misi Rumah Sakit.
2. Sistem informasi yang dapat mengintegrasikan seluruh data penting yang ada diruang Persalinan (*Intranatal Room*) dan ruang Neonatal yang melaksanakan PONEK yang dapat diakses secara transparan melalui *Workstation*.
3. Sistem informasi yang mampu memberikan peningkatan mutu pelayanan PONEK bagi pasien yaitu dengan tersedianya data PONEK yang lengkap dan akurat.
4. Sistem informasi yang dapat mendukung mekanisme pemantauan dan evaluasi.
5. Sistem informasi yang dapat membantu para pengambil keputusan dengan adanya ketersediaan data yang lengkap, akurat dan tepat waktu.
6. Sistem informasi yang dapat mendukung kegiatan operasional (rutin) serta dapat meminimalkan pekerjaan yang kurang memberikan nilai tambah, meningkatkan kecepatan aktivitas Rumah Sakit serta dapat menciptakan titik kotak tunggal/*case manager* bagi pasien.

7. Sistem Informasi yang dapat memberdayakan karyawan (*empowering*)
8. Sistem informasi yang dapat mengakomodasi aktivitas yang dibutuhkan untuk keperluan penelitian dan pengembangan keilmuan dibidang obstetri dan ginekologi.

B. TUJUAN PROGRAM PONEK

Tujuan utama PONEK adalah untuk memungkinkan ibu dan bayi baru lahir diselamatkan melalui program rujukan yang direncanakan kabupaten, kota atau negara bagian. Menurut Kemenkes RI tahun 2012 tujuan dari program PONEK 24 jam yaitu:

1. Adanya kebijakan berbasis Rumah Sakit dan dukungan administrasi penuh dalam layanan PONEK.
2. Membentuk kelompok Rumah Sakit PONEK yang ditunjuk oleh direktur RS dan memiliki surat keputusan atau surat kuasa.
3. Kinerja teknis tim PONEK konsisten dengan standar kinerja administrasi dan standar kinerja klinis.
4. Adanya proses konsultasi dan pengembangan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal antara RS PONEK, puskesmas PONEK, Puskesmas penunjang, dokter rawat inap mandiri dan bidan dan lembaga swasta Rumah Sakit.

5. Pengelolaan program PONEK akan dikoordinasikan dan disinkronkan antara penyelenggara program dengan pejabat tingkat kabupaten/kota, negara bagian, dan pusat.

C. RUANG LINGKUP

Rumah Sakit PONEK harus mampu memberikan pelayanan maternal dan neonatal secara kompherensif dan terintegrasi selama 24 jam sehari dan 7 hari seminggu. Cakupan pelayanan PONEK terdiri atas:

1. **Stabilisasi dan kesiapan ruang gawat darurat untuk pengobatan definitif.**
2. **Perawatan darurat oleh tim PONEK Rumah Sakit di ruang gawat darurat.**
3. **Perawatan bedah yang tepat meliputi laparatomi dan seksio sesarea**
4. **Perawatan menengah dan intensif untu ibu dan anak**
5. **Perawatan prenatal beresiko tinggi yakni *Top Of Form dan Bottom Of Form***

Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan ibu dan anak PONEK terdiri 2 tipe kelas yaitu:

1. PONEK kelas C

Rumah Sakit PONEK kelas C memberikan pelayanan memberikan pelayanan kesehatan fisiologis ibu dan bayi baru lahir, pelayanan kesehatan patologi ibu dan bayi baru lahir (sebelum lahir, selama dan setelah melahirkan), pelayanan

kesehatan neonatus, pelayanan ginekologi dan pelayanan khusus/unit perawatan intensif serta transfusi darah.

2. PONEK kelas D

Rumah Sakit PONEK kelas D juga memberikan 5 pelayanan seperti RS kelas C yaitu memberikan pelayanan kesehatan fisiologis ibu dan bayi baru lahir, pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir beresiko, kesehatan (sebelum, selama, dan setelah melahirkan), kesehatan neonatus, pelayanan ginekologi, dan perawatan intensif neonatus. Fasilitas yang disediakan di Rumah Sakit kelas D lebih lengkap seperti unit perawatan intensif, perawatan neonatal kelas 2 dan unit perawatan intensif neonatal.

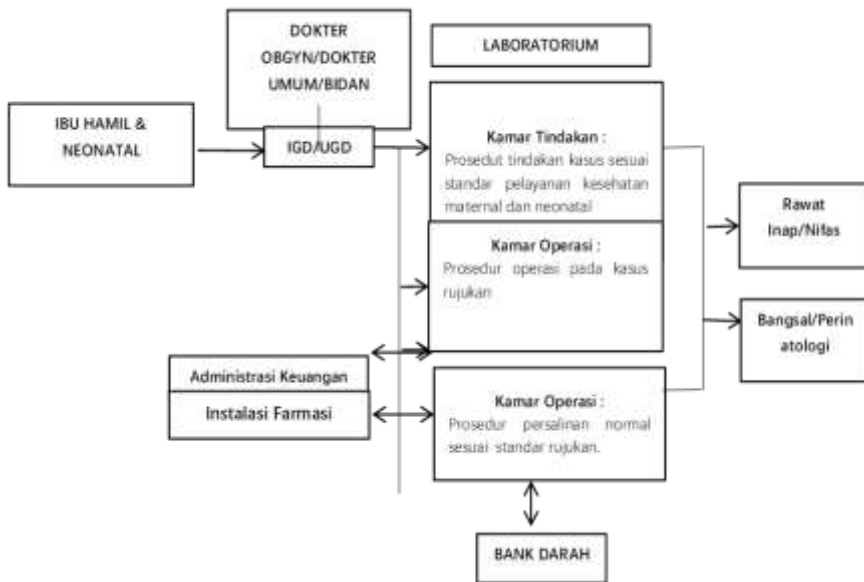
D. LANGKAH-LANGKAH PELAKSANAAN PROGRAM PONEK

Rumah Sakit Melaksanakan program PONEK sesuai dengan pedoman PONEK yang ditetapkan dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Melaksanakan dan menerapkan standar pelayanan perlindungan ibu dan bayi secara terpadu.
2. Mengembangkan kebijakan dan standar pelayanan ibu dan bayi
3. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi

4. Meningkatkan kesiapan Rumah Sakit dalam melaksanakan fungsi pelayanan obstetrik dan neonatus termasuk pelayanan kegawatdaruratan (PONEK 24 jam)
5. Meningkatkan fungsi Rumah Sakit sebagai model dan pembina teknis dalam pelaksanaan IMD dan ASI eksklusif serta Perawatan Metode Kangguru (PMK) pada BBLR.
6. Meningkatkan fungsi Rumah Sakit sebagai pusat rujukan pelayanan kesehatan ibu dan bayi bagi sarana pelayanan kesehatan lainnya.
7. Melaksanakan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan program RSSIB 10 langkah menyusui dan peningkatan kesehatan ibu.
8. Melakukan pemantauan dan analisis yang meliputi angka keterlambatan operasi section caesaria, Angka Kematian Ibu dan Anak, kejadian tidak dilakukannya Inisiasi Menyusu Dini pada Bayi Baru Lahir.

E. Mekanisme Alur Pasien



F. KRITERIA UMUM RS PONEK 24 JAM

Untuk menjadi Rumah Sakit PONEK/rujukan, Rumah Sakit memiliki kriteria tertentu, Kriteria Umum Rumah Sakit PONEK 24 jam yaitu:

1. Unit gawat darurat harus memiliki satu dokter berlisensi yang bertugas menangani kegawatdaruratan umum, obstetri dan neonatus.
2. Perawat, bidan dan dokter dilatih untuk melakukan resusitasi kegawatdaruratan obstetri dan Neonatus.
3. Ada prosedur operasional standar untuk penerimaan dan manajemen kegawatdaruratan obstetri neonatus.
4. Jika memungkinkan, tidak ada kebijakan penyimpanan untuk pasien obstetri neonatus darurat.

5. Menerapkan prosedur pendelegasian khusus.
6. Waktu respons standar di UGD (percobaan 5 menit), ruang bersalin (percobaan <30 menit), dan pusat darah (percobaan <1 jam).
7. Memiliki ruang bersalin yang siap untuk operasi yang diinginkan dalam waktu 30 menit.
8. Tim operasi yang siap melaksanakan tugas setiap waktu (ON CALL)
9. Dukungan dari seluruh aspek tim pelayanan PONEK, antara lain dokter spesialis kandungan, dokter anak, dokter/ahli anastesi, penyakit dalam, tenaga medis lainnya, dokter umum, bidan dan perawat.
10. Menyediakan layanan donor darah 24 jam.

G. Sarana & Prasarana Serta Administrasi

Pada implementasi dilapangan, PONEK harus memiliki sarana prasarana laboratorium penunjang untuk memberikan pelayanan yang baik. Antara lain :

1. Layanan darah

Layanan darah yang ada di PONEK meliputi sediaan darah, tes darah, dan kolaborasi dengan unit suplai darah yang lain.

2. Pelayanan intensif

Pelayanan intensif yang ada di PONEK meliputi pemantauan cairan, pengawasan gawat nafas/ventilator dan perawatan sepsis.

3. Pencitraan

Meliputi ketersediaan laboratorium dan USG untuk ibu dan anak.

4. Laboratorium

Pelayanan laboratorium 24 jam Rumah Sakit PONEK setidaknya menyediakan pemeriksaan darah dan urine secara berkala, kultur darah dan urine serta pemeriksaan kimia lainnya.

Selain sarana & Prasarana, sistem pengadministrasian Rumah Sakit harus memiliki komitmen yang kuat dan berkesinambungan untuk mendukung pelaksanaan PONEK. Yang terdiri atas :

1. Pencatatan

Dalam pelaksanaan PONEK, sangat dibutuhkan pencatatan yang baik, ada beberapa format yang digunakan untuk mendukung proses pencatatan baik di tingkat Puskesmas Maupun ditingkat Rumah Sakit.

Untuk tingkat Puskesmas Format Baku yang telah digunakan untuk peencatatan adalah :

- a) Pencatatan System Informasi Manajemen Puskesmas (SP2PT).
- b) KMS ibu Hamil (Buku KIA)
- c) Kohort Ibu dan Bayi
- d) Partograf
- e) Format-format AMP

Untuk tingkat Rumah Sakit format yang digunakan yaitu :

a) Formulir Maternal dan neonatal (Form MP)

Formulir ini mencatat data dasar semua ibu bersalin/nifas dan bayi baru lahir yang masuk ke Rumah Sakit. Dapat diisi oleh bidan ataupun perawat.

b) Formulir Medical Audit (Form MA)

Formulir ini dipakai untuk menulis hasil/kesimpulan data audit maternal dan audit neonatal. Yang mengisi form ini adalah dokter yang bertugas dibagian kebidanan dan kandungan (untuk kasus ibu) dan bagian anak (untuk kasus neonatal).

2. Pelaporan

Pelaporan hasil kegiatan dilakukan secara berjenjang dengan menggunakan format yang terdapat pada buku pedoman AMP, yaitu laporan dari Rumah Sakit Kabupaten/ Kota ke DinKes Kabupaten/ kota (Form RS) laporan ini berisi tentang :

- a) Kesakitan dan kematian Ibu dan bayi termasuk Penyebab
- b) Laporan puskesmas
- c) Laporan bulanan yang berisi tentang hal sama dengan laporan diatas beserta dengan jumlah kasus rujukan yang dirujuk ke Rumah Sakit.

3. Pemantauan

Pemantauan dilakukan oleh institusi yang berada satu tingkat diatasnya secara fungsional. Hasil pemantauan

harus dimanfaatkan oleh unit kesehatan masing-masing dan menjadi dasar untuk melakukan perbaikan serta perencanaan ulang.

4. Evaluasi

Evaluasi pelaksanaan pelayanan PONEK dilakukan secara berjenjang dan dilaksanakan pada setiap semester dalam bentuk evaluasi tengah tahun dan akhir tahun. Kegiatan evaluasi dilakukan melalui pertemuan evaluasi kesehatan ibu dan anak. Hasil evaluasi disampaikan melalui pertemuan pemantapan sistem rujukan kepada pihak yang terkait baik lintas program maupun lintas sektoral untuk dapat dilakukan penyelesaian masalah dan rencana tindak lanjut.

Adapun beberapa aspek yang dievaluasi antara lain

- a) Masukan (input) meliputi tenaga, dana, sarana, obat dan alat, pencatatan dan pelaporan, prosedur tetap PONEK, jumlah dan kualitas pengelolaan seperti *Case Fatality Rate*.
- b) Proses meliputi kualitas pelayanan yang diberikan, kemampuan, keterampilan dan kepatuhan tenaga pelaksana pelayanan terhadap prosedur tetap PONEK dan frekuensi pertemuan.
- c) Keluaran (output) meliputi jumlah dan jenis kasus PONEK yang dilayani, proporsi kasus terdaftar dan rujukan baru kasus PONEK di tingkat RS kabupaten/kota, *Case Fatality Rate*, proporsi jenis mordibitas dan mortalitas ibu dan bayi, respon time.

H. PEMANTAUAN & EVALUASI KERJA PONEK

Pemantauan dan evaluasi kinerja PONEK meliputi:

1. Kegiatan Monitoring dan Evaluasi kinerja harus dilakukan secara mandiri dan tidak bergantung pada siapapun dalam tim PONEK Rumah Sakit (self-assesment), bisa dilakukan kapan saja, terus menerus dan tepat sasaran.
2. Jika tim PONEK RS tidak dapat melakukan penilaian secara mandiri, maka pihak luar dapat dimintai bantuan (non-penilaian sendiri). badan eksternal adalah Rumah Sakit yang memenuhi kriteria RS PONEK yang efektif atau sekelompok profesional yang bertanggung jawab bekerja sama dengan dinas kesehatan setempat untuk menyelenggarakan pelatihan PONEK. Peringkat ini secara bertahap diturunkan, mencoba untuk kembali ke penilaian diri poin 1.
3. Hasil penilaian dapat mencakup tiga kriteria Rumah Sakit untuk menjadi PONEK tidak layak, PONEK layak, dan PONEK layak plus.
4. Hasil evaluasi harus dilaporkan kepada direktur Rumah Sakit. Departemen kesehatan setempat harus bekerja dengan profesional yang relevan untuk mendapatkan laporan guna mempertahankan keabsahan hasil manfaat.
5. Rumah Sakit PONEK yang ingin meningkatkan nilai PONEK dapat melakukannya dengan berbagai cara yang

paling sesuai, seperti magang, mahasiswa, atau menyelesaikan pelatihan standar.

6. Upaya memelihara/meningkatkan pelayanan RS PONEK harus mencakup audit perinatal ibu (AMPs) secara berkala (minimal 3-4 kali pertahun)

DAFTAR PUSTAKA

- Akhun N. (2022). Interaktif dan Interkoneksi Buku Pintar Standar Akreditasi RS 2022.
- Issabela C.M dkk. (2023). kegawatdaruratan Maternal Neonatal, Media Sains indonesia. Bandung.
- Departemen Kesehatan RI. (2008). Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Kompherensif (PONEK) 24 jam di Rumah Sakit. Indonesia
- KEMENKES RI NO 1051 tahun 2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan PONEK 24 jam di Rumah Sakit
- Sianturi E dkk. (2019). Kesehatan Masyarakat, Zifatama Jawara. Sidoarjo. Cetakan Pertama
- Sulistiyani, PA dkk. (2022). Kesehatan Masyarakat dalam kebidanan. PT Global Eksekutif Tekhnologi. Sumatra Barat. Cetakan pertama.

PROFIL PENULIS



NUR ANITA

Penulis Lahir di Limboro Timur, Tanggal 13 Mei 1990, Sejak masih duduk dibangku sekolah dasar penulis sudah sangat ingin menjadi bagian dari profesi kesehatan. Setelah diperkenalkan dengan profesi bidan oleh orang tua. Maka penulis mulai tertarik dengan profesi ini.

Penulis memulai pendidikan Sekolah dasar di SDN. 59 Limboro Timur, Pendidikan SMP di SMP Neg. 5 Tande & SMP Negeri 3 Majene, pendidikan SMA di SMA Negeri 1 Majene, pendidikan Diploma Tiga kebidanan di STIKes Bina Bangsa Majene dan selesai pada tahun 2011, penulis kemudian melanjutkan studi Diploma IV Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Makassar dan selesai pada tahun 2013. Pada tahun 2019 penulis menyelesaikan studi pada program studi S2 Magister Kesehatan Reproduksi Universitas Muslim Indonesia. Selain menjadi dosen kebidanan di STIKes Marendeng Majene. penulis juga pernah bekerja sebagai tenaga bidan di RSUD Kabupaten Majene bagian persalinan. Penulis juga sering mengikuti riset-riset nasional yang dilaksanakan oleh kementerian kesehatan antara lain sebagai enumerator pada riset PTM tahun 2016, sebagai Enumerator pada Rifaskes tahun 2017 dan sebagai Penanggung jawab teknis (PJT) Kabupaten Polewali Mandar pada Riset Kesehatan Dasar (RisKesDas) tahun 2018. Penulis saat ini aktif didunia Mengajar, menulis, riset, pengabdian masyarakat dan tetap

menjalankan tugas utama sebagai ibu rumah tangga bagi suami dan keempat buah hatinya. Email Penulis: anita.nurssit90@gmail.com

BAB 14 PENYIMPANGAN PERILAKU SEKSUAL DAN SOSIAL PADA WANITA

**Ririn Harini S.Kep., Ns, M.Kep.
Universitas Muhammadiyah Malang**

Pada bagian ini, kita akan mempelajari mengenai Penyimpangan perilaku seksual dan social pada wanita yang diawali dengan pemahaman tentang perubahan perilaku remaja. Perubahan perilaku remaja Indonesia yang makin memprihatinkan dengan semakin banyaknya penyalahgunaan narkoba, merokok, penyalahgunaan alkohol dan seks bebas. Hal ini disebabkan antara lain karena luasnya akses remaja terhadap situs online, media cetak, media elektronik dan media sosial yang tanpa diimbangi dengan pengawasan yang cukup dari orang tua. Fenomena tersebut akan meningkatkan kesempatan remaja untuk mengamati bermacam-macam perilaku negative. Lama kelamaan kebiasaan itu akan membentuk pola pikir dan perilaku remaja sehari-hari. Remaja makin berisiko terhadap berbagai macam persoalan, baik di negara maju maupun negara berkembang (Miller et al., 2021).

Remaja memiliki rasa ingin tahu yang tinggi tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi. Kesehatan reproduksi antara lain meliputi kondisi dimana remaja tidak mengalami kehamilan pranikah, tidak melakukan pengguguran kandungan, bebas

dari kekerasan dan pelecehan seksual dan bebas dari penyakit infeksi seksual (Solehati, Rahmat and Kosasih, 2019). Perubahan remaja secara fisik, kognitif dan psikososial akan menstimulasi perasaan seksual sehingga secara naluriah mulai melakukan perilaku seksual seperti menyukai lawan jenis, bercumbu, bahkan hingga berhubungan seksual pranikah (Gustiawan and Mutmainnah, 2021). Kondisi emosional remaja yang cenderung belum stabil tersebut, kurangnya pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi, serta pembahasan terkait seksualitas yang cenderung masih tabu dimasyarakat, mengakibatkan tingginya tingkat perilaku penyimpangan seksual pada wanita khususnya remaja dan pencegahan perilaku beresiko menjadi tantangan baik bagi orang tua maupun institusi sosial (Amaris Susanto, Zayani and Sari, 2021).

Jumlah remaja di Indonesia relatif cukup banyak, menurut data Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia tahun 2020, menunjukkan bahwa terdapat 64,5 juta remaja Indonesia berusia antara 16-30 tahun. Remaja di Indonesia adalah bagian dari kelompok usia produktif yang berarti mereka mewakili generasi untuk memakmurkan Indonesia baik sekarang maupun di masa depan. Proporsi remaja yang besar menjadi alasan agar remaja Indonesia lebih dijaga lagi agar terhindar dari bahaya kehancuran generasi akibat perilaku seksual menyimpang (Saputri and Hidayani,

2017). Penyimpangan perilaku seksual yang dibahas dalam bab ini adalah lebih pada penyimpangan seksual atau lebih dikenal dengan paraphilia.

A. PENGERTIAN

Penyimpangan seksual atau lebih dikenal dengan paraphilia adalah gairah seksual yang terjadi secara intens dan berulang pada hal-hal tertentu seperti barang, situasi, dan target yang mereka jadikan sebagai pelampiasan. Walaupun begitu, hal yang bersifat tidak biasa belum tentu dapat dikatakan sebagai paraphilic disorder karena belum tentu memenuhi kriteria paraphilic disorder. Istilah penyimpangan seksual (sexual deviation) sering disebut juga dengan abnormalitas seksual (sexual abnormality), terjadinya penyimpangan seksual merupakan aktivitas yang dilakukan seseorang dengan mendapatkan kenikmatan yang tidak sesuai atau tidak sewajarnya didapat oleh setiap orang. Penyimpangan seksual kadang dengan ketidakwajaran seksual yaitu perilaku seksual atau fantasi-fantasi seksual yang diarahkan pada pencapaian orgasme lewat relasi diluar hubungan kelamin heteroseksual, dengan jenis kelamin yang sama, atau dengan partner yang belum dewasa, dan bertentangan dengan norma-norma tingkah laku seksual dimasyarakat yang bisa diterima secara umum. Penyimpangan seksual yang termasuk gangguan psikologis mulai dikatakan

sebagai penyakit apabila gairah seksual yang timbul karena paraphilic disorder terjadi dengan intens dan terjadi secara terus menerus, selain itu adanya gangguan stres yang mengakibatkan gangguan dalam kegiatan yang berhubungan dengan sosial atau kemungkinan untuk membahayakan orang lain (anak kecil contohnya).

B. JENIS – JENIS PENYIMPANGAN SEKSUAL

Ada berbagai macam penyimpangan seksual yang dapat terjadi pada seseorang. Terdapat pedoman diagnostik untuk mengenali secara detail hal tersebut. Beberapa jenis penyimpangan seksual yaitu:

1. Fetishisme

Fetishisme adalah penyimpangan seksual yang mengandalkan benda mati atau non living object sebagai cara untuk memuaskan keinginan seksual. Rata-rata fetish mengarah pada hal yang biasa dipakai oleh manusia seperti pakaian tertentu. Dapat dikatakan memiliki diagnosis fetishisme apabila objek fetish merupakan ‘sumber utama’ dari rangsangan seksual atau sangat diperlukan untuk mencapai respon seksual yang memuaskan. Fantasi fetishistik adalah lazim dan tidak mengganggu apabila tidak menyebabkan penderitaan bagi individu.

2. Ekshibisionisme

Ekshibisionisme adalah kecenderungan secara repetitif dalam memamerkan alat kelamin kepada orang

asing (biasanya di tempat umum) tanpa memiliki niat untuk mengajak ke hubungan yang lebih akrab. Penderita ekshibisionisme akan merasa bergairah ketika melihat orang yang menyaksikan terkejut, takut, atau terpesona. Bagi penderita ekshibisionisme, sangat sulit untuk mengontrol hal tersebut karena merasa hal tersebut adalah keinginan yang susah dikendalikan.

3. Voyeurisme

Voyeurisme adalah kecenderungan seseorang untuk selalu melihat orang yang sedang berhubungan seksual atau menanggalkan pakaian. Biasanya hal tersebut akan diikuti dengan rangsangan seksual dan masturbasi tanpa sepengetahuan dari orang yang diintipnya. Faktor adanya risiko tertangkap adalah salah satu bentuk kepuasan dari penderita voyeurisme. Penderita penyimpangan seksual jenis ini dapat dikategorikan kriminal karena aktivitasnya sering sekali tanpa persetujuan.

4. Pedofilia

Pedofilia adalah preferensi seksual menyimpang yang menetap terhadap partner pasangan, dimana partner pasangan tersebut biasanya anak-anak, dalam kasus tersebut biasanya pra-pubertas atau awal masa pubertas, baik laki-laki maupun perempuan. Pedofilia jarang ditemukan pada wanita.

5. Sadomasokisme

Sadomasokisme adalah preferensi terhadap aktivitas seksual secara yang melibatkan pengikatan atau menimbulkan rasa sakit atau penghinaan. Dinamakan masochism apabila individu yang suka untuk menjadi orang yang terkena rangsangan (seperti penghinaan atau rasa sakit) dan sadism apabila individu sebagai pelaku dari rangsangan tersebut.

C. PENYIMPANGAN SEKSUAL

Penyimpangan seksual yang terjadi pada seseorang yang memiliki gangguan secara gairah seksual sebelum mengalami pubertas. Penyebab penyimpangan seksual antara lain:

1. Mengalami trauma atau anxiety yang memengaruhi perkembangan psikoseksual
2. Pola umum yang seharusnya menjadi gairah tergantikan oleh pola lain
3. Pola meningkatnya gairah seksual diasosiasikan dengan hal tertentu (contohnya adalah fetish)

Penyimpangan seksual adalah aktivitas seksual yang ditempuh seseorang untuk mendapatkan kenikmatanseksual dengan tidak sewajarnya. Biasanya, cara yang digunakan oleh orang tersebut adalah menggunakan objek seks yang tidak wajar. Penyebab terjadinya kelainan ini bersifat psikologis atau kejiwaan, seperti pengalaman sewaktu kecil, dari lingkungan

pergaulan, dan faktor genetik. Seseorang yang perilaku seksualnya menyimpang bukanlah tanda- tanda degenerasi, karena penyimpangan dari tujuan seksual seperti halnya hubungan yang menyimpang terhadap objek seksual telah ada sejak permulaan zaman dan selama abad-abad yang kita kenal, disetiap ras dari suku yang paling primitif, hingga masyarakat yang paling berbudaya, dan kadang- kadang berhasil mencapai tahap toleransi dan prevalensi umum Frustrasi dalamkepuasan seksual yang normal mungkin akan mengarah pada berjangkitnya penyakit kejiwaan. Konsekuensi dan aspek frustrasi ini akan dipaksa menjadi suatu tahapan penikmatan aspek seksualitas yang mulai tidak normal, pembendungan hasrat semacam ini akan menekankan hasrat untuk kemudian menyimpang Selain itu penyebab terjadinya penyimpangan seksual Secara umum, penyebab terjadinya penyimpangan seksual adalah multifaktoral, mencakup gejala-gejala di dalam dan di luar pribadi yang saling berkaitan. Adapun beberapa factor yang dapat mempengaruhi terjadinya penyimpangan seksual dan social pada wanita/ remaja putri anatara lain :

1. Faktor internal

Faktor Internal adalah faktor yang berasal dari dalam individu, pengaruh dari faktor ini biasanya berasal dari seseorang itu sendiri atau melalui faktor herediter atau factor keturunan. Perubahan perubahan hormonal yang meningkat hasrat seksual itu sendiri. Peningkatan hasrat

seksual ini membutuhkan penyaluran dalam bentuk bertingkah laku seksual.

2. Faktor Eksternal

Faktor Eksternal adalah faktor yang berasal dari luar individu, ada beberapa faktor yang mempengaruhi seseorang dalam terjadinya penyimpangan seksual yaitu:

a. Keluarga

Salah satu yang berperan yaitu orang tua, ketidaktahuan orang tua maupun sikap menabukan pembicaraan seks dengan anak, bahkan cenderung membuat jarak dengan anak tentang permasalahan seksual mengakibatkan pengetahuan anak tentang seksberkurang. Peran orang tua untuk mengajarkan sejak dini memberikan pengertian tentang pendidikan seksual sangatlah penting. Agar ke depannya anak sudah mengerti dan paham untuk menghindari terjadinya penyimpangan

b. Penyebaran rangkasangan seksual melalui media massa

Di era globalisasi dimana percepatan pertumbuhan teknologi serta mudahnya mendapat segala informasi yang dibutuhkan membuat penyebaraninformasi mengenai hal hal yang berbau seksualitas mudah untuk didapatkan. Hal tersebut tentunya bila tidak diawasi dengan baik tentunya akan memberikan

dampak rangsangan seksual yang bisa menyebabkan suatu penyimpangan seksual

c. Lingkungan pergaulan

Selain proses sosialisasi yang terjadi di dalam lingkungan keluarga, setiap individu pasti mempunyai ruang lingkup bersosialisasi lain, yaitu lingkungan bermain, lingkungan belajar, dan lingkungan masyarakat. Disinilah peran individu lain (individu selain keluarga) memegang peranan penting dalam perkembangan suatu individu. Maka dari itu lingkungan pergaulan yang dimasuki suatu individu harus dapat berpengaruh serta mengingatkan dalam mengontrol pengarus individu di masyarakat. Hal ini sangat terkait erat dengan pandangan dan nilai-nilai masyarakat terhadap seks.

d. Pernah Menjadi Korban

Suatu Individu yang pernah menjadi korban pelecehan seks atau pemerkosaan cenderung subyek yang paling rentan dalam menjadi pelaku aktivitas penyimpangan seksual, hal ini terjadi karena individu ini sudah merasa terlanjur terlibat meskipun menjadi korban sehingga munculah sifat atau keinginan jiwa untuk tetap melanjutkan kegiatan penyimpangan seksual tersebut.

e. Alkohol serta Obat-Obatan

Faktor ini merupakan factor eksternal yang paling sering ditemui seperti minuman keras serta obat-obatan kerap membuat seseorang terpengaruh dan tak sadarkan diri, hal ini dapat membuat seseorang tersebut menjadi tak sadarkan diri dan melakukan tindakan penyimpangan seksual.

D. PERILAKU PENYIMPANGAN SEKSUAL PADA WANITA

Penyimpangan seksual pada wanita /remaja putri dapat terjadi diawali dengan perilaku beresiko yang dilakukan tanpa mempertimbangkan dampaknya bagi kesehatan. Adapun konsep perilaku beresiko sebagai gambaran berbagai bentuk perilaku remaja yang memiliki resiko tinggi terhadap kejadian morbiditas dan mortalitas yang sangat substansial. Perilaku remaja memiliki kecendrungan untuk terus berkembang. Apabila terdapat ketidaksesuaian antara perilaku yang didorong oleh adanya penghargaan dengan kurangnya kemampuan dalam mengatur diri sendiri ataukah karena tidak adanya control kognitif mengakibatkan munculnya ketidakseimbangan dalam berperilaku. Adapun perilaku beresiko remaja pada dasarnya merupakan reasoned behavior (tingkah laku beralasan) dengan reactive behavior. Reaktif behaviour ini muncul dikarenakan karena ada gangguan dalam perkembangan (deficit) serta adanya hambatan dalam

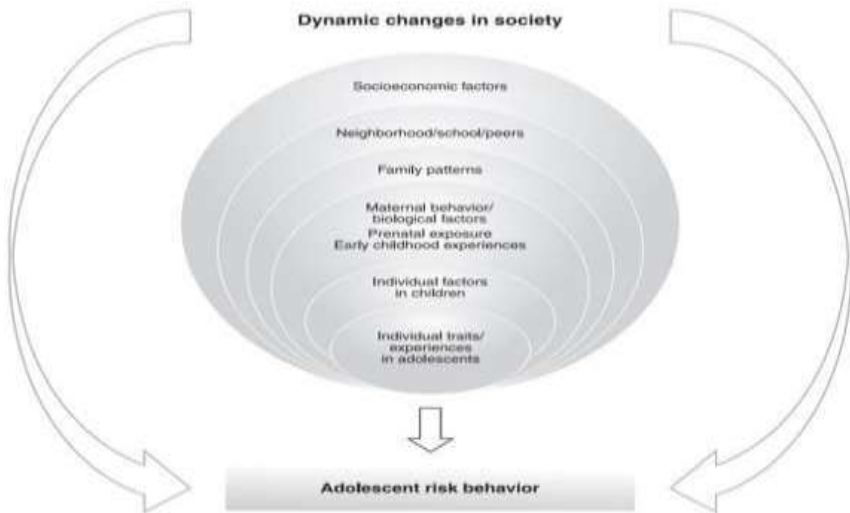
respon. Reasoned behavior seperti perilaku remaja minum alkohol pada saat menghadiri pesta temannya. Sedangkan reaktif behavior dikarenakan adanya kesempatan yang tiba-tiba muncul (Maslowsky et al., 2019).

E. BEBERAPA BENTUK PERILAKU BERESIKO PADA KESEHATAN

Beberapa perilaku remaja yang termasuk kedalam perilaku beresiko diantaranya adalah perilaku anti sosial, merokok, minum minuman beralkohol, serta melakukan hubungan seksual pra nikah tanpamenggunakan alat pengaman seperti kondom. Adapun orang-orang yang terlibat melakukan perilaku beresiko ini, cenderung dipengaruhi oleh berbagai faktor perkembangan baik itu yang berasal dari faktor biologis ataupun yang berasal dari faktor perkembangan. Jika diberikan intervensi, baik yang bersifat preventif ataupun pengobatan biasanya akan berdampak pada lebih dari 1 aspek. Jenis intervensi yang di berikan untuk mengurangi perilaku beresiko diantaranya adalah membentuk interkasi yang positif dengan orang tua terdekat seperti dengan orang tua beserta pengaruh lingkungan terdekat seperti sekolah, teman dan guru. Bentuk pola asuh orang tua yang cenderung otoriter akan dapat membuat remaja menjadi lebih patuh. Selain itu domain sosial, otonomi, control dan jaringan sosial akan dapat berpengaruh terhadap tindakan protektif perilaku beresiko remaja (Kipping et al., 2012).

F. MODEL PERILAKU BERESIKO REMAJA

Adapun model perilaku beresiko dapat terlihat pada gambar berikut ini:



Gambar 14.1. Model Perilaku Berisiko Bozzini
(Bozzini et al., 2021)

Berdasarkan model perilaku tersebut dapat digambarkan dinamika faktor-faktor yang mempengaruhi terbentuknya perilaku berisiko, berbagai faktor perkembangan seperti factor ecological framework, dikatakan bahwa perkembangan suatu individu beserta perilakunya sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosialnya baik dalam lingkup keluarga, sekolah, teman sebaya ataupun tetangga. Perilaku sex berisiko pada remaja sering kali dikaitkan dengan masalah yang mereka hadapi pada masa kanak-kanak seperti adanya low income beserta

minimnya pendidikan ibu. Usia ibu melahirkan yang terlalu muda sering kali memunculkan reaksi emosional serta meningkatkan aktifitas seksual dini. Berbagai pengalaman dan faktor dimasa lalu tersebut dapat mempengaruhi perkembangan remaja awal dan faktor resiko individu dan perilaku beresiko pada remaja (Bozzini et al., 2021).

G. DAMPAK PERILAKU BERESIKO TERHADAP REMAJA

1. Dampak secara seksual

Adapun beberapa dampak perilaku dini beresiko diantaranya adalah banyak diantara remaja baik laki-laki dan perempuan yang sudah menderita penyakit kelamin seperti gonorrhoe dan sifilis. Sedangkan untuk anak perempuan banyak diantaranya menunjukkan gangguan emosional sampai ke masalah psikososial, seperti depresi dan trauma. Kehamilan dini dan kehamilan pra nikah (unwanted pregnancy) sangat mungkin terjadi dengan adanya perilaku beresiko. Angka kematian ibu akan sangat mungkin mengalami peningkatan dikarenakan kehamilan usia muda. Selain itu, angka kematian bayi juga akan mengalami peningkatan dikarenakan unwanted pregnancy. Sering kali anak yang dilahirkan pada usia muda juga mengalami BBLR (berat badan lahir rendah) yang berujung pada kematian. Dampak lainnya perilaku beresiko juga diantaranya adalah munculnya perbagaipenyakit menular

seksual (PMS) seperti HIV AIDS, gonore, klamidia, herpes,serta AIDS. Selain dampak fisik, sanksi yang didapatkan dari perilaku beresiko adalah sanksi psikologis atau pandanagn negative dari masyarakat, remaja hamil dini diluar nikah dipandang sebagai aib yang telah melanggar nor ma agama dan sosial. Oleh karena, banyaknya dampak negative dari perilaku beresiko remaja, memerlukan pendampingan masa transisi yang baik dari semua bagian dan anggota masyarakat (Kasim, 2014).

2. Dampak Perilaku beresiko wanita/remaja secara social

Perilaku meyimpang merupakan salah satu pratek yang sangat sering di lakukan para remaja tanpa mereka pertimbangkan sisi negatif, terhadap apa yang mereka lakukan, sehingga perilaku beresiko sering terjadi korban terhadap diri sediri. Namun perilaku beresiko yang dilakukan para remaja berawal dari rasa dorongan diri sendiri, ajakan teman, dan tekanan keluarga sehingga merasa stress sehingga mereka melakukan perbuatan yang bertentangan dengan norma, nilai adat, dan hukum yang berlaku di Indonesia. Tindakan remaja yang menyimpang ini merupakan sebuah permasalahan yang berdampak tidak baik untuk kehidupan kita sendiri, keluarga dan masyarakat sekitar. Perilaku beresiko remaja dapat berdampak buruk pada diri sendiri, orang lain, dan juga masyarakat, menurut (Muhammad and Kaimudin, 2019) antara lain:

- a. Dampak pada diri sendiri : seperti gangguan psikologi, kita di mata orang tua dan masyarakat di pandang pada sisi negatif.
- b. Dampak pada Oraang tua : Orang tua dipandang negatif oleh orang lain dan dianggap gagal dalam mendidik anaknya.
- c. Dampak Bagi Masyarakat sekitar : Dampak dari perilaku beresiko remaja ini juga bisa dirasakan oleh masyarakat sekitar tempat tinggal remaja tersebut, seperti masyarakat dari lingkungan lain akan memandang buruk terhadap lingkungan dimana remaja tersebut dinggal karena melihat perbuatan remaja yang bertentangan dengan adat dan norma yang berlaku di lingkungan (Muhammad and Kaimudin, 2019). Menurut (Giwe, Pangalila and Rattu, 2022) Dampak Kenakalan Remaja bagi remaja:
 - i. Akan menghancurkan masa depannya sendiri
 - ii. Remaja yang telah melanggar hukum atau norma sosial biasanya akan di jahui oleh orang - orang sekitarnya karena khawatir remaja tersebut akan membawa pengaruh yang tidak baik bagi hidup orang tersebut dan bagi orang terdekatnya”.
 - iii. Karena sering melakukan pelanggaran pada norma sosial (Giwe, Pangalila and Rattu, 2022)

- iv. lingkup sosial dapat menghancurkan masa depan remaja atau pelaku.
- v. Pelaku akan menjadi jauh dari Tuhan dan tidak takut melakukan dosa.
- vi. Perbuatan penyimpangan perilaku tersebut dapat membuat pelakunya rentan terhadap bahaya baik secara internal maupun eksternal (Rosyidah and Nurdin, 2018).

Dampak Bagi Orang Lain Atau Kehidupan Masyarakat.

1. Perilaku penyimpangan sosial dapat mengganggu keamanan, ketertiban dan juga ketidak harmonisan yang ada di dalam masyarakat.
2. Dampak lainnya, juga dapat merusak tatanan nilai, norma, dan juga berbagai pranata sosial yang berlaku di dalam masyarakat.
3. Dapat menimbulkan beban sosial, psikologis dan juga ekonomis terhadap keluarga si pelaku (Rosyidah and Nurdin, 2018)

Dalam penyimpangan perilaku juga akan menimbulkan dampak psikologis, fisiologis, dan sosial, seperti berikut :

1. Dampak psikologis (perasaan cemas, frustrasi, takut, dan merasa bersalah atas apa yang dilakukan),
2. Dampak fisiologis (mengalami resiko kehamilan yang tak diinginkan)

3. Dampak sosial (dikucilkan, putus sekolah, dan menjadi buah bibir dalam masyarakat).

Edwin H Sutherland, mengemukakan teori differential association “perilaku dipelajari dalam interaksi dengan orang lain dalam suatu proses komunikasi. Komunikasi tersebut terutama dapat bersifat lisan atau pun menggunakan bahasa tubuh.” menyimpulkan bahwa perilaku pada anak remaja muncul dari hasil observasi dari perilaku orang disekitarnya, terkhusus anak remaja yang melihat perilaku orang lain dan mereka menirunya, karena menurut mereka hal tersebut adalah hal yang normal dalam kehidupan sosial.

Efek ini terjadi secara stabil, dan inilah yang menjadi masalah, terutama pada remaja. Setiap perilaku pasti ada aturannya seperti halnya dalam masyarakat sudah ada aturan yang mengatur bagaimana sebaiknya berperilaku dalam masyarakat, maka hal itu tidak boleh dilanggar bila dilanggar maka akan dianggap sebagai perilaku yang menyimpang (Ernianti, 2018).

H. UPAYA YANG DILAKUKAN DALAM MENCEGAH PENYIMPANGAN PERILAKU SEKSUAL DAN SOSIAL

1. Komunikasi dalam keluarga

Komunikasi dalam keluarga diibaratkan sebagai darah dalam tubuh, jika berhenti mengalir maka matilah

keluarga. Komunikasi tentang identitas biologis tiap anggota keluarga dan fungsinya yang tidak dapat dipertukarkan merupakan suatu keniscayaan, ketidakberhasilan pengkomunikasian dan pensosialisasian ini akan berdampak pada kelanjutan generasi penerus dan komitmen untuk menempatkan dan menetapkan kelanggengan pasangan suami istri (lelaki-perempuan) dan ini adalah tanggung jawab kita bersama di dunia dan di akhirat.

2. Melakukan kegiatan positif dalam peer group

Perlu dibuat peer group sebagai tindak lanjut sosialisasi dampak perilaku penyimpangan seksual agar efek negatif dari penyimpangan seksual dapat terus menyebar dan tentu saja dapat mengurangi penyakit seksual.

3. Menghindari pergaulan bebas

Penyimpangan perilaku seksual saat ini telah menjadi trend di beberapa kota besar baik nasional maupun internasional. Lingkungan merupakan faktor yang paling mempengaruhi perilaku sosial dan seksual tersebut. Dari sudut pandang kesehatan, berbagai penyakit yang bisa diakibatkan oleh penyimpangan perilaku seksual seperti jamur kelamin, MIS, dan HIV/AIDS.

4. Menggalakkan kampanye untuk membangun kesadaran masyarakat bahwa tidak ada ruang toleransi kepada tindak kejahatan seksual upaya pembangunan opini bahkan eufomisme dari segelintir kelompok yang

cenderung mengarah pada penerimaan atau mewajarkan LGBT dan aktivitas penyimpangan seksual lainnya atas dasar hak asasi manusia agar tidak bertambah besar ruang gerak orang yang telah melakukan penyimpangan perilaku seksual sehingga tidak menyebar padav orang yang sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Amaris Susanto, B.N., Zayani, N. and Sari, M.I. (2021) 'Pemberdayaan Siswa sebagai Peer Educator Pencegahan Perilaku Seksual Beresiko di SMK Negeri 28 Kabupaten Tangerang', *Aksiologi: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 5(4), p. 459. Available at: <https://doi.org/10.30651/aks.v5i4.9413>.
- Bozzini, A.B. et al. (2021) 'Factors associated with risk behaviors in adolescence: a systematic review', *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(2), pp. 210–221. Available at: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0835>.
- Ernianti, Z.A. (2018) 'Perilaku Menyimpang (Studi Seksual Pranikah Di Padangmawalle Kecamatan Tubbi Taramanu Kabupaten Polewali Mandar').
- Gustiawan, R. and Mutmainnah, M. (2021) 'Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Kesehatan Reproduksi pada Remaja Pendahuluan Masa remaja merupakan masa terjadinya perubahan dari masa anak ke masa dewasa , dimana mereka mempersiapkan diri menjadi dewasa sehingga terjadinya proses kematangan fisik ', 2(November 2021), pp. 89–
- Giwe, A., Pangalila, T. and Rattu, J.A. (2022) 'Dampak Perilaku Menyimpang Anak Remaja Laki-Laki (Studi Kasus Desa Gamnyial Kecamatan Sahu Timur Kabupaten Halmahera Barat)., The Impact Of Adolescent Boys Deviant

Behavior (Case Study In Gamnyial Village, East Sahu Di Strict, West Halmahera Regency)'.

Hidayangsih, Dwi Hapsari Tjandrarini, Rofingatul Mubasyiroh dan Supanni Pusat Teknologi Intervensi Kesehatan Masyarakat, Badan Litbang Kesehatan', Buletin Penelitian Kesehatan, pp. 88–98.

Kipping, R.R. et al. (2012) 'multiple risk behaviour in adolescence', *Journal of Public Health*, 34(SUPPL. 1), pp. 1–2. Available at:
<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr122>

Kasim, F. (2014) 'Dampak Perilaku Seks Berisiko terhadap Kesehatan Reproduksi dan Upaya Penanganannya (Studi tentang Perilaku Seks Berisiko pada Usia Muda di Aceh)', *Jurnal Studi Pemuda*, 3(1), pp. 39–48.

Maslowsky, J. et al. (2019) 'Adolescent risk behavior: Differentiating reasoned and reactive risk-taking', *Physiology & behavior*, 176(1), pp. 139–148. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0978-3>. Adolescent.

Miller, B.L. et al. (2021) 'Online Peers and Offline Highs : An Examination of Online Peer Groups , Social Media Homophily , and Substance Use Online Peers andOffline Highs : An Examination of Online Peer Groups , Social ABSTRACT', *Journal of Psychoactive Drugs*, 00(00), pp. 1–10. Available at:
<https://doi.org/10.1080/02791072.2020.1871125>.

- Muhammad, S. and Kaimudin, M.A. (2019) 'Perilaku Penyimpangan Sosial Pada Kalangan Remaja Kelurahan Akehuda Kota Ternate Utara', *GeoCivic Jurnal*, 2, pp. 206–210.
- Rosyidah, F.N. and Nurdin, M.F. (2018) 'PERILAKU MENYIMPANG: Media Sosial Sebagai Ruang Baru Dalam Tindak Pelecehan Seksual Remaja', *Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Padjadjaran* [Preprint].
- Solehati, T., Rahmat, A. and Kosasih, C.E. (2019) 'Relation of Media on Adolescents' Reproductive Health Attitude and Behaviour', *Jurnal Penelitian Komunikasi Dan Opini Publik*, 23(1). Available at:
<https://doi.org/10.33299/jpkop.23.1.1768>.
- Saputri, Y.I. and Hidayani, H. (2017) 'Faktor - faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Seks Pra Nikah Remaja', *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 5(4), pp. 52–62. Available at: <https://doi.org/10.33221/jikm.v5i4.19>.
- Sarwono, Sarlito W.(2019) *Psikologi Remaja*, Jakarta,PT Raja Grafindo Persada,, h. 188.
<https://fdikom.uinjkt.ac.id/pentingnya-komunikasi-keluarga-dalam-mencegah-penyimpangan-perilaku-seksual/> 24 April 2019

PROFIL PENULIS



Ririn Harini, S.Kep., Ns, M.Kep., lahir di Malang, 19 Juli 1974. Penulis merupakan dosen di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan (FIKES) Universitas Muhammadiyah Malang dan bergabung di Departemen Keperawatan Maternitas sejak tahun

2005.

Penulis menyelesaikan jenjang pendidikan S1 Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya tahun 2007 dan menyelesaikan jenjang pendidikan S2 Keperawatan dengan Peminatan Keperawatan Maternitas di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada tahun 2014. Kegiatan utama penulis adalah memberi kuliah di Program Studi Keperawatan FIKES Universitas Muhammadiyah Malang, melakukan penelitian dengan mengikuti hibah, dan menjalankan pengabdian kepada masyarakat. Penulis juga terlibat aktif sebagai pengurus Ikatan Perawat Maternitas Indonesia (IPEMI) bidang kesejahteraan\ Provinsi Jawa Timur tahun 2022. Penulis telah memiliki beberapa HAKI dengan judul HAKI terakhir tahun 2022 adalah “Buku Menjadi Konselor Sebaya Mumpuni”. Email Penulis: ri2nharini@gmail.com.

BAB 15 KEKERASAN PADA WANITA DAN FISIOTERAPI KESEHATAN WANITA

**Dini Rahmayani, S.Kep., Ners., MPH
Universitas Sari Mulia**

A. PENGANTAR

Kekerasan terhadap wanita yang sering juga disebut dengan kekerasan terhadap perempuan merupakan sebuah fenomena gunung es dimana banyaknya kejadian kekerasan terhadap perempuan yang tidak dilaporkan lebih banyak dibandingkan dengan yang dilaporkan. Kekerasan terhadap perempuan yang masih sering terjadi dapat menimbulkan kerugian fisik dan psikis. Kekerasan terhadap perempuan baik secara fisik maupun psikis dapat terjadi di mana saja, namun perempuan seringkali menutupi atau bersikap pasif terhadap tindakan kekerasan tersebut, menanggapi dengan lebih santai, dan memandang bahwa hal tersebut adalah hal yang wajar atau dapat juga dianggap sebagai aib keluarga, sehingga seringkali ditutupi terutama kekerasan terhadap perempuan yang terjadi dalam rumah tangga. Kekerasan terhadap perempuan yang dapat berulang terjadi dalam siklus kejadian kekerasan tersebut mulai dari tingkat yang ringan sampai kepada yang lebih berat pastilah mempunyai dampak bagi perempuan tersebut baik secara fisik maupun psikologis. Dampak fisik yang tampak dapat berupa memar, luka, kerusakan organ, fraktur, sampai dengan terjadi kecacatan yang terjadi

pastilah memerlukan penanganan segera dan tepat dari berbagai tenaga kesehatan. Salah satu penatalaksanaan korban kekerasan terhadap perempuan diperlukan kolaborasi yang salah satunya adalah dari fisioterapis maupun dari rehab medik. Pada bahasan bab 15 ini akan disampaikan terkait konsep kekerasan terhadap perempuan sampai dengan pemulihan dan intervensi korban kekerasan terhadap perempuan menurut World Health Organization (WHO).

B. KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN

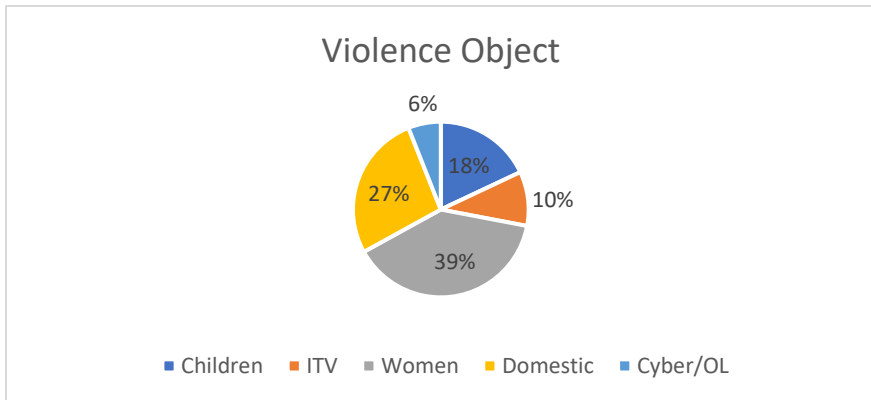
Menurut World Health Organization (WHO), kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh, tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan namun sehat dalam segala aspek yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya. Hasil ICP 1994 di Kairo menyampaikan definisi kesehatan reproduksi sebagai keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan, dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya. Selain itu, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mendefinisikan kesehatan reproduksi sebagai keadaan sehat seutuhnya yang meliputi kehidupan fisik, mental, dan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi, dan proses reproduksi, aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah. Berdasarkan definisi tersebut, jelaslah

bahwa kesehatan reproduksi tidak hanya sehat secara fisik tetapi juga sehat secara keseluruhan. Berdasarkan hal tersebut maka kesehatan reproduksi wanita memiliki arti yang sangat luas, dimana seorang wanita harus benar-benar sehat yang meliputi tidak hanya sehat secara fisik, tetapi juga sehat secara mental dan sosial sepanjang siklus kehidupan seorang wanita, mulai dari konsepsi hingga menopause dan usia tua. Hal ini menekankan bahwa perempuan harus terpenuhi hak-hak reproduksinya agar kesehatan reproduksinya dapat tercapai secara seutuhnya.

C. KONSEP DASAR KEKERASAN PADA PEREMPUAN

Kekerasan terhadap perempuan – khususnya kekerasan yang dilakukan oleh pasangan merupakan masalah kesehatan masyarakat dan klinis yang utama serta merupakan pelanggaran hak asasi perempuan. Hal ini berakar salah satunya dari melanggengkan kondisi ketidaksetaraan gender, sehingga dengan ketidaksetaraan gender yang terjadi dapat memberikan kontribusi terhadap kekerasan pada perempuan. Secara global 1 dari 3 wanita mengalami kekerasan fisik dan/atau seksual dalam hidup mereka, yang dilakukan kebanyakan oleh pasangan intim (WHO, 2022). Kondisi ini merupakan pemicu yang jelas akan ketidaksetaraan gender dan diskriminasi terhadap perempuan. Berdasarkan hasil analisis artikel yang dianalisis oleh penulis diketahui bahwa sebagian besar

korban dari kekerasan adalah perempuan dengan persentase sebagai berikut:



Gambar 15.1 Violence Object

Berdasarkan gambaran persentase diatas sudah sangat jelas bahwa perempuan sebagai korban yang paling banyak sebagai korban kekerasan, hal ini menjadi perhatian yang sangat penting sebagai prioritas pemecahan masalah pada masalah kesehatan reproduksi perempuan, hal inilah yang dapat mempertegas bahwa kekerasan terhadap perempuan bukan hanya masalah pribadi atau tanggung jawab individu saja namun merupakan permasalahan kesehatan masyarakat yang merupakan menjadi perhatian dan tanggung jawab seluruh pihak untuk penanganan kekerasan terhadap perempuan. Pada saat masyarakat mulai peduli dengan kasus kasus kekerasan yang terjadi dilingkungan sekitar maka maka dapat menjadi salah satu pencegahan untuk kekerasan yang terjadi lebih berat ataupun mencegah

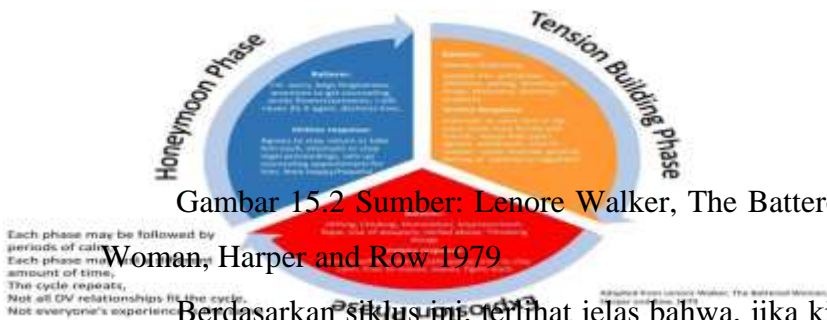
terjadinya kekerasan tersebut, karena pelaku akan berpikir ulang untuk melakukan kekerasan, karena masyarakat tidak akan tinggal diam dalam menyikapinya. Sebelum membahas lebih dalam terkait penanganan kekerasan terhadap perempuan secara aplikatif dalam bab ini, akan dibahas sebelumnya definisi dari kekerasan terhadap perempuan itu sendiri sehingga memberikan pemahaman terhadap masyarakat sebenarnya apa yang dimaksud dengan kekerasan terhadap perempuan, sehingga mampu mengidentifikasi awal apabila kekerasan terjadi pada perempuan itu sendiri atau kekerasan perempuan yang terjadi di lingkungan masyarakat sehingga dapat menangani atau merespon dengan cepat dan tepat yang akhirnya berkontribusi terhadap pencegahan kekerasan yang lebih berat.

Ada beberapa definisi dari kekerasan terhadap perempuan, antara lain menurut Perserikatan Bangsa-Bangsa mendefinisikan kekerasan terhadap perempuan sebagai “setiap tindakan berdasarkan perbedaan jenis kelamin yang mengakibatkan, atau mungkin berakibat, kesengsaraan atau penderitaan perempuan secara fisik, seksual atau mental, termasuk ancaman tindakan semacam itu, pemaksaan atau perampasan hak perempuan secara sewenang-wenang, baik itu terjadi di depan umum atau dalam kehidupan pribadi. Kekerasan terhadap perempuan oleh pasangan mengacu pada perilaku oleh pasangan intim

atau mantan pasangan yang menyebabkan kerusakan fisik, seksual atau psikologis, termasuk agresi fisik, pemaksaan seksual, kekerasan psikologis dan perilaku pengendalian. Selain itu kekerasan terhadap perempuan juga didefinisikan sebagai perbuatan yang menimbulkan atau mengakibatkan kesengsaraan atau penderitaan bagi perempuan baik fisik, maupun seksual atau psikis, termasuk ancaman tindakan tertentu berupa pemaksaan yang dilakukan di depan umum atau di lingkungan yang sewenang-wenang. Kekerasan terhadap perempuan dapat didefinisikan sebagai segala bentuk kekerasan yang mengakibatkan kesengsaraan atau penderitaan perempuan secara fisik, seksual, mental.

Berdasarkan beberapa definisi tersebut artinya kekerasan yang dialami perempuan tidak hanya dilihat dari aspek fisik saja, tetapi dalam berbagai bentuk, baik psikologis, seksual, maupun ekonomi dan budaya. Kekerasan fisik memang lebih mudah untuk diidentifikasi, berbeda dengan kekerasan psikis yang lebih bersifat subyektif, dimana kekerasan psikis lebih terfokus pada korban, karena tidak semua korban mengetahui adanya kekerasan psikis, begitu juga dengan pelakunya. Adanya ketidaktahuan pelaku kekerasan psikis, sehingga bentuk-bentuk kekerasan yang terjadi dapat berulang dan terjadi terus menerus serta berdampak lebih parah pada korban kekerasan secara psikologis. Selain kekerasan psikis yang bisa berulang, kekerasan fisik juga bisa terjadi berulang-

ulang karena kekerasan itu memang ada siklusnya, yang bisa dilihat pada gambar di bawah ini:



Gambar 15.2 Sumber: Lenore Walker, *The Battered Woman*, Harper and Row 1979

Berdasarkan siklus ini, terlihat jelas bahwa, jika kita tidak mampu memutus mata rantai kekerasan maka kekerasan terhadap perempuan akan terus terjadi, mulai dari yang ringan sampai yang berat, dan dapat berakhir dengan trauma yang dalam, depresi pada wanita, gangguan mental, risiko bunuh diri, dan dapat berakhir dengan kematian. Pemutusan mata rantai dapat dilakukan dengan memulai dengan perlunya kesadaran perempuan itu sendiri tentang kekerasan yang terjadi pada dirinya dan adanya kesadaran dan kepedulian lingkungan perempuan itu sendiri yaitu mulai dari yang terdekat yaitu keluarga sampai dengan masyarakat sekitar, hal inilah semakin mempertegas bahwa kekerasan terhadap perempuan menjadi perhatian yang sangat penting oleh masyarakat dan merupakan masalah kesehatan masyarakat yang secara

bersama sama untuk segera menanganinya dengan cepat dan tepat.

Berikut akan dijelaskan tentang apa saja jenis jenis kekerasan terhadap perempuan, sehingga dapat dipahami bahwa kekerasan itu tidak hanya terjadi secara fisik. Kekerasan terhadap perempuan seringkali dilakukan oleh pasangan dan dibagi menjadi beberapa jenis, yaitu kekerasan fisik, seksual, ekonomi, dan kekerasan terhadap perempuan secara psikologis. Berikut adalah penjelasan dari masing masing jenis kekerasan terhadap perempuan:

1. Kekerasan Fisik

Menurut WHO, 2021, Kekerasan fisik dan/atau seksual oleh pasangan intim (IPV) self dilaporkan oleh perempuan sebagai korban dari satu atau lebih tindakan kekerasan fisik atau seksual, atau keduanya oleh suami atau mantan suami atau pasangan intim laki-laki yang dilakukan sejak usia 15 tahun. Kekerasan fisik didefinisikan sebagai tindakan yang menyakiti korban secara fisik, termasuk: menampar atau melempar sesuatu yang dapat melukai; didorong; dipukul dengan tinju atau sesuatu yang dapat melukai; ditendang, diseret atau dipukuli; sengaja dicekik atau dibakar; dan/atau diancam dengan atau benar-benar memiliki senjata api, pisau atau senjata lain yang digunakan untuk melawan anda atau kombinasi dari tindakan-tindakan tersebut dan dalam penelitian yang dilakukan sebelumnya bahwa didapatkan hasil ternyata kekerasan fisik atau

seksual atau keduanya terhadap perempuan oleh pasangan intim laki-laki sangat lazim secara global (Sardinha et al., 2022). Berdasarkan hasil tersebut, dengan adanya paradigma secara umum bahwa kekerasan fisik atau, dan seksual adalah lazim maka semakin menunjukkan tantangan yang besar untuk mengatasi masalah tersebut. Pemikiran yang salah tentang kekerasan fisik dimana seringkali dianggap oleh pasangan merupakan hal yang dianggap sebagai bentuk pembelajaran atau teguran bagi pasangan dalam hal ini adalah perempuan sebagai korban, membuat perempuan semakin tidak berdaya dan tidak berani menyampaikan kondisi kekerasan yang terjadi pada dirinya sehingga kejadian tersebut semakin sulit untuk diidentifikasi. Selain itu saat kekerasan fisik terjadi tidak sedikit perempuan akan mencoba menyembunyikan hal tersebut karena sudah tertanam pemikiran bahwa hal tersebut merupakan sebuah aib keluarga, dan ketidakberdayaan perempuan dalam menyikapi tersebut dapat juga dikarenakan kondisi ekonomi perempuan yang tergantung pada pasangannya, perempuan harus berpikir panjang untuk bersikap karena adanya pemikiran ketakutan akan masa depan dirinya dan anak anaknya, bagaimana cara menafkahi ketika adanya pemikiran berpisah adalah satu satunya cara, bagaimana masa depan dirinya dan anak anaknya selanjutnya, dengan adanya keterikatan pemikiran tersebut semakin sulit perempuan sebagai korban untuk

berbicara dan mencari solusi dalam penyelesaian masalah tersebut, sehingga kondisi ini dapat mengakibatkan kejadian kekerasan terjadi berulang sesuai dengan siklus kekerasan yang telah disampaikan sebelumnya dan kekerasan terjadi mulai dari ringan sampai dengan berat. Apabila kondisi ini terjadi secara terus menerus maka tidak menutup kemungkinan akan berdampak yang sangat serius dan mengkhawatirkan bagi perempuan dan tidak memungkinkan berakhir dengan kematian.

Berdasarkan penjelasan tersebut memberikan gambaran bahwa pentingnya identifikasi awal dan penanganan secara dini terhadap kekerasan yang terjadi sehingga sebuah perpisahan bukan satu satunya solusi yang ditawarkan untuk menyikapi hal tersebut. Identifikasi atau kesadaran yang cepat dari perempuan sebagai korban terhadap kekerasan yang terjadi dapat dengan segera mencari solusi yang tepat sehingga kekerasan yang terjadi tidak terus terjadi. Sampai saat ini penanganan kekerasan terhadap perempuan terus berkembang, mulai dari identifikasi awal sampai dengan penanganan secara komprehensif dengan melibatkan atau mengolaborasikan beberapa bidang ilmu salah satunya adalah dengan pendekatan Artificial Intelligence (AI).

2. Kekerasan Seksual

Kekerasan seksual juga salah satu bagian dari kekerasan fisik, namun kekerasan seksual akan dibahas

khusus untuk lebih memberi penjelasan, bagaimana kekerasan seksual itu terjadi dan apa saja bentuk kekerasan seksual yang terjadi pada perempuan. Kekerasan seksual selain termasuk kekerasan fisik, namun dampak dari kekerasan seksual dapat berupa psikologis, sehingga dalam hal ini salah satu dampak dari kekerasan seksual adalah terjadinya kekerasan secara psikologis pada perempuan tersebut. Berikut definisi kekerasan seksual yaitu setiap tindakan seksual, upaya untuk mendapatkan tindakan seksual, atau tindakan lain yang diarahkan terhadap seksualitas seseorang dengan menggunakan paksaan, oleh siapa pun terlepas dari hubungan mereka kepada korban, dalam situasi apa pun. Ini termasuk pemerkosaan, yang didefinisikan sebagai pemaksaan fisik atau lainnya seperti penetrasi paksa vulva atau anus dengan penis, bagian tubuh lain atau objek seksual. Selain itu kekerasan seksual adalah kekerasan fisik berupa melakukan hubungan seksual secara paksa padahal tidak mau; melakukan hubungan seksual karena takut akan apa yang mungkin dilakukan pasangan Anda atau karena paksaan; dan/atau dipaksa untuk melakukan sesuatu yang bersifat seksual yang menurut Anda memalukan atau merendahkan, (WHO, 2019 dan 2021).

Kekerasan seksual mengacu pada perilaku antisosial mulai dari sentuhan untuk melakukan perkosaan, hal ini dapat terjadi dalam pernikahan pribadi dan kehidupan

keluarga, dan dapat terjadi sebagai akibat dari kepatuhan paksa kepada suami atau inses dalam perkawinan atau di lingkungan keluarga (Manouchehri et al., 2022). Kekerasan seksual dapat terjadi berulang oleh pasangan baik disadari atau tanpa disadari oleh pasangan (pelaku) tersebut bahwa pasangannya (korban) merasa tersakiti baik secara fisik maupun psikologis, dalam hal ini yang perlu kita diskusikan juga adalah, apa yang membuat perempuan tidak kuasa untuk menyampaikan keterberatan hubungan seksual tersebut kepada pasangannya atau tidak terjadi komunikasi yang efektif kepada pasangannya yang sebagai pelaku kekerasan fisik untuk dapat menghentikan perbuatan tersebut? Pada beberapa kasus berdasarkan fenomena yang terjadi, pada saat pasangan mulai saling mencintai dan menyayangi adanya rasa keterikatan dan ketergantungan satu sama lain, kemudian meningkat menjadi rasa ketakutan akan kehilangan pasangannya. Pada saat situasi ini terjadi dan adanya tuntutan dari salah satu pasangan untuk melakukan perilaku seksual yang tidak diinginkan oleh pasangannya, lawan pasangannya yang awalnya tidak mau melakukan tindakan tersebut, secara lambat laun akhirnya mau melakukan karena bujukan, rayuan, dan rasa ketakutan akan kehilangan, selain itu juga bisa berupa ancaman, salah satunya ancaman meninggalkan pasangannya.

Setelah pasangan tersebut mau melakukan perilaku seksual yang diinginkan oleh pasangannya, maka pasangan

tersebut tidak menutup kemungkinan akan melakukan perilaku seksual yang beresiko terjadinya kekerasan seksual yang , namun dengan adanya tekanan, maka disanalah terjadi kekerasan seksual yang bukan saja secara fisik namun juga berdampak secara psikologis, karena tidak sepenuhnya mau dilakukan oleh pasangannya karena beberapa hal, salah satunya perbedaan prinsip atau sudut pandang antara pasangan tersebut tentang perilaku seksual.

3. Kekerasan Ekonomi

Kekerasan ekonomi yang terjadi pada perempuan masih banyak terjadi, dimana perempuan yang bekerja tidak dibayar atau tidak mendapatkan haknya sebagai pekerja sebagai mana mestinya. Ketidaksetaraan gender dalam rumah tangga dapat mengakibatkan kekerasan ekonomi, dimana pasangan laki-laki membatasi kemampuan perempuan untuk mengakses sumber daya ekonomi sebagai bentuk intimidasi dan paksaan, sehingga hal ini dapat mengakibatkan seorang perempuan kehilangan sarana ekonomi. Kondisi seperti ini apabila juga terjadi kekerasan lain pada perempuan maka akan menjadi salah satu alasan perempuan untuk tidak tidak mengambil sikap atau tindakan sebuah hubungan yang di dalamnya terjadi kekerasan dalam rumah tangga, sebagaimana dicatat oleh Departemen Kehakiman Amerika Serikat. Definisi dari kekerasan ekonomi dapat juga diartikan sebuah perbuatan membuat kondisi atau mencoba untuk membuat individu

bergantung secara finansial dengan mempertahankan kontrol total atas sumber daya keuangan, menahan akses individu kepada pendapatan material, atau melarang untuk bekerja bagi pasangan atau perempuan yang berkeinginan untuk mandiri, memiliki sumber pendapatan mandiri dan berkeinginan untuk mendapatkan pekerjaan. Pada level struktural dan institusional, perempuan mengalami kekerasan ekonomi karena terbatasnya akses terhadap dana dan kredit; terbatasnya akses ke perawatan kesehatan, pekerjaan, atau pendidikan; hukum adat yang diskriminatif warisan dan hak milik; dan remunerasi yang tidak setara untuk pekerjaan antara lain.

4. Kekerasan Psikologis

Hasil penelitian Manouchehri tahun 2022 disebutkan bahwa 53,1% dari seluruh jenis kekerasan terjadi adalah kekerasan psikologis, hal ini menunjukkan bahwa lebih dari 50% mendominasi jenis insiden kekerasan terhadap perempuan yang terjadi. Menurut Abu-Elenin, MM pada tahun 2022, kekerasan psikis atau emosional yang terjadi antara lain menghalangi istri untuk bertemu dengan teman perempuan, membatasi interaksi dengan anggota keluarga, memperlakukannya sebagai pembantu dan kekerasan yang sering terjadi pada perempuan adalah menghina di depan orang lain dan mengancam akan menyakiti secara fisik.

Perilaku kekerasan yang dialami oleh seorang perempuan tidak hanya dapat dilihat dari kekerasan fisik,

melainkan kekerasan psikis yang lebih banyak dirasakan oleh seorang perempuan. Tidak semua perempuan menyadarinya akan kekerasan psikologis yang telah terjadi pada dirinya, sedangkan kekerasan psikis yang dirasakan oleh seorang perempuan memiliki dampak yang sangat “luar biasa”, antara lain dapat berupa trauma psikologis, termasuk terus berpikir atau memiliki tanggapan negatif terhadap segala sesuatu yang dihadapinya, terutama hal-hal yang berkaitan dengan penyebab trauma tersebut. Trauma akibat kekerasan psikologis yang dialami perempuan memerlukan proses dalam proses pemulihannya, jika trauma berlanjut, perempuan ini tidak bisa untuk terus tumbuh dan berkembang dalam kehidupannya, namun perempuan tersebut akan tetap akan terjebak pada kondisi di dalam pikiran dan perasaan yang menuntunnya untuk terus merespon secara negatif terhadap suatu kondisi dan situasi.

Apabila perempuan korban kekerasan psikologis dapat pulih dari traumanya, maka perempuan tersebut akan dapat terus tumbuh dan berkembang dalam kehidupannya yang akhirnya kualitas hidupnya meningkat dan dapat menjadikan pengalaman tersebut adalah sebuah pengalaman yang berharga sebagai bahan diskusi atau sharing kepada korban perempuan yang mengalami kekerasan psikologis, sharing bagaimana menyikapi kondisi

tersebut secara tepat sehingga tidak mengakibatkan dampak yang negative yang berkepanjangan.

D. FAKTOR RESIKO KEKERASAN PADA PEREMPUAN

WHO 2019 menyatakan bahwa faktor risiko terjadinya pelaku kekerasan pada perempuan oleh pasangannya adalah:

1. tingkat pendidikan yang lebih rendah;
2. paparan penganiayaan anak;
3. menyaksikan kekerasan keluarga;
4. penggunaan alkohol yang berbahaya;
5. memegang sikap dan norma yang menerima kekerasan dan ketidaksetaraan gender;
6. perilaku kontrol/kontrol laki-laki terhadap perempuan (yaitu kekuatan yang tidak setara dalam hubungan intim hubungan);
7. masalah kesehatan mental.

Faktor-faktor yang terkait dengan pengalaman perempuan terhadap kekerasan oleh pasangannya adalah:

1. kurangnya pekerjaan perempuan; dan
2. -undang diskriminatif gender yang merugikan perempuan dalam hal kepemilikan tanah dan harta benda, perkawinan, perceraian dan hak asuh anak.

Faktor-faktor yang terkait dengan perbuatan laki-laki terhadap kekerasan pada perempuan (pasangan intim) adalah:

1. hak seksual (misalnya riwayat seks transaksional dan banyak pasangan seksual);
2. keterlibatan dalam kekerasan di luar rumah.

Faktor-faktor yang secara khusus terkait dengan perbuatan kekerasan seksual meliputi:

1. keyakinan akan kehormatan keluarga dan kemurnian seksual;
2. ideologi hak seksual laki-laki; dan
3. sanksi hukum yang lemah untuk kekerasan seksual.

E. DAMPAK KEKERASAN PADA PEREMPUAN

Kekerasan terhadap perempuan dapat berakibat fatal seperti menyebabkan cedera, pembunuhan atau sampai melakukan bunuh diri. Berdasarkan artikel yang dianalisis oleh penulis didapatkan bahwa perempuan yang pernah mengalami kekerasan oleh pasangan intimnya memiliki resiko 1,5 kali beresiko lebih mungkin untuk terinfeksi menular seksual dibandingkan dengan perempuan yang tidak mengalami kekerasan tersebut. Kekerasan yang dilakukan oleh pasangan intim juga terjadi peningkatan dua kali lipat dalam kejadian aborsi yang diinduksi; 16% peningkatan bayi berat lahir rendah dan 43% peningkatan kelahiran prematur. Kekerasan terhadap perempuan oleh pasangan intim juga dikaitkan dengan peningkatan

kemungkinan gangguan kesehatan mental termasuk kemungkinan dua kali lipat peningkatan depresi dan gangguan penggunaan alkohol serta peningkatan 4,5 kali lipat dalam percobaan bunuh diri. Kesehatan mental lainnya yang terjadi adalah gangguan stres pasca-trauma, kesulitan tidur, gangguan makan, dan tekanan emosional. Efek kesehatan lainnya juga dapat terdapat keluhan sakit kepala, sakit punggung, sakit perut, fibromyalgia, gangguan pencernaan, mobilitas terbatas dan kesehatan keseluruhan yang buruk. Kekerasan seksual, khususnya yang terjadi selama masa kanak-kanak, dapat menyebabkan meningkatnya kebiasaan merokok, narkoba, dan alkohol penyalahgunaan, dan perilaku seksual berisiko di kemudian hari.

F. PEMULIHAN DAN INTERVENSI KORBAN KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN

Pemulihan korban kekerasan merupakan langkah penting untuk memberikan terapi psikologis korban untuk mencegah trauma kekerasan seumur hidup. Kekerasan yang terjadi seringkali berlapis atau tidak hanya terjadi pada satu jenis kekerasan saja, bahkan dapat terjadi ancaman fisik dan psikologis. Upaya pemulihan korban dari dampak kekerasan yang terjadi pada kondisi tersebut dilakukan dengan cara: setelah korban mengalami kekerasan fisik, langsung dibawa ke dokter atau tenaga kesehatan untuk dirawat lukanya dan dibuatkan *Ver/Ver Psychiatricum*

(untuk tujuan penyelidikan). Pemulihan kekerasan psikis (stres, depresi atau gangguan jiwa lainnya) sering dialami oleh korban hampir bersamaan dengan kekerasan fisik sehingga memakan waktu lama untuk proses pemulihannya. Psikolog atau psikiater dibutuhkan dalam proses pemulihan ini untuk memberikan konseling.

Aspek non medis dapat dilakukan di tempat yang aman seperti rumah (shelter), crisis center, UPPA dan lain-lain. Sementara itu, ancaman seringkali memperparah penderitaan korban, karena dengan ancaman pelaku berharap korban tidak melaporkan kekerasan tersebut pada siapa pun, dalam kondisi ini, korban membutuhkan tempat atau tempat berlindung yang aman dan dapat membantu korban menghindari ancaman atau teror dari pelaku. Mengingat kekerasan yang berasal dari laki-laki terhadap perempuan (patriarki), posisi perempuan menjadi rentan. Selanjutnya, dengan sepengetahuan dan persetujuan korban, kasus kekerasan tersebut dapat dilaporkan ke polisi untuk pemrosesan hukum. Hal itu dilakukan agar para pelaku ditahan dan kasusnya diproses sebagaimana mestinya sehingga menimbulkan efek jera bagi pelakunya. Proses pemulihan ini kemudian dikenal sebagai layanan terpadu; pelayanan yang diberikan melalui kerjasama antara petugas kesehatan, sosial dan polisi

G. FISIOTERAPI KESEHATAN WANITA

Dampak kekerasan terhadap perempuan yang sudah dijelaskan sebelumnya dimana dampak dari kekerasan fisik yang dapat mengakibatkan nyeri pada organ, luka, fraktur, dan sampai kecatatan harus ditangani dengan cepat dan tepat salah satunya adalah penanganan langsung dari fisioterapis. Sesuai peraturan Menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 tahun 2013 memberikan definisi fisioterapi adalah bentuk pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada individu dan/atau kelompok untuk mengembangkan, memelihara dan memulihkan gerak dan fungsi tubuh sepanjang rentang kehidupan dengan menggunakan penanganan secara manual, peningkatan gerak, peralatan (fisik, elektroterapietis dan mekanis) pelatihan fungsi, komunikasi. Salah satu tindakan fisioterapi yang dilakukan untuk kesehatan wanita adalah melakukan assessment dalam menegakkan diagnose fisioterapi, menetapkan planning, melakukan intervensi, melakukan evaluasi terkait patologi kasus fisioterapi kesehatan wanita, serta melakukan rujukan ke profesi lainnya. Berikut beberapa pelayanan fisioterapi pada kesehatan wanita: 1) Disminorhea Primer; 2) Senam Hamil; 3) Low Back Pain (LBP) pada Kehamilan; 4) Pelvic Inflammatory Disease (PID); 4) Inkontinensia Urin; 5) Lymfedema; 6) Disfungsi Otot Dasar Panggul; dan 7) Osteoporosis Menopause. Berdasarkan pelayanan

fisioterapi kesehatan wanita yang diberikan dapat menjadikan rujukan oleh korban kekerasan terhadap perempuan, bahwa penatalaksanaan yang tepat untuk pemulihan kondisi kesehatan perempuan disesuaikan dengan kondisi status kesehatan pada korban kekerasan tersebut, dengan penanganan yang tepat, maka waktu pemulihan dampak fisik akibat kekerasan tersebut dapat pulih sesuai harapan.

DAFTAR PUSTAKA

Arifiani, S.D. et al. (2019) ‘Assessing large-scale violence against children surveys in selected Southeast Asian

countries: A scoping review', *Child Abuse and Neglect*, 93, pp. 149–161. Available at:

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.05.005>.

Cotte Poveda, A., Enrique Martínez Carvajal, J. and Ronderos Pulido, N. (no date) 'Relations between economic development, violence and corruption: A nonparametric approach with DEA and data panel'. Available at:

<https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019>.

Ebert, C. and Steinert, J.I. (2021) 'Prevalence and risk factors of violence against women and children during covid-19, germany', *Bulletin of the World Health Organization*, 99(6), pp. 429–438. Available at:

<https://doi.org/10.2471/BLT.20.270983>.

Domestic Violence', *Frontiers in Digital Health*, 3. Available at:

<https://doi.org/10.3389/fdgth.2021.602683>.

Manouchehri, E. et al. (2022) 'Domestic violence experienced by women with multiple sclerosis: a study from the North-East of Iran', *BMC Women's Health*, 22(1).

Available at: <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01905-9>.

Peraturan Menteri Kesehatan republic Indonesia Nomor 80 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Fisioterapis.

Sardinha, L. et al. (2022) 'Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018', *The*

Lancet, 399(10327), pp. 803–813. Available at:
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02664-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02664-7).

World Health Organization (WHO) (2018) Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018 Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women WHO, on behalf of the United Nations Inter-Agency Working Group on Violence Against Women Estimation and Data (VAW-IAWGED). Switzerland.

PROFIL PENULIS

Dini Rahmayani



Penulis mulai tertarik terhadap ilmu Kesehatan Reproduksi remaja semenjak 13 tahun yang lalu tepatnya mulai tahun 2008, dengan latar belakang keilmuan Keperawatan penulis masuk ke Universitas Gadjah Mada di Yogyakarta pada tahun 2008 silam di Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan spesifikasi keilmuan

kearah Kesehatan Reproduksi.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Reproduksi dengan aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Penulis aktif meneliti terkait Kekerasan Terhadap Perempuan, dimana tidak hanya dari kekerasan fisik yang terjadi namun juga pada kekerasan secara Psikologis yang masih minim disentuh dan dibahas. Selain penelitian terkait kekerasan terhadap perempuan dengan mengikuti perkembangan isu isu terkini pada masalah Kesehatan Reproduksi, peneliti juga sangat tertarik pada Kesehatan Reproduksi Remaja, dimana masalah yang menjadi perhatian penulis selain kearah perkembangan remaja yaitu membahas tentang permasalahan permasalahan yang dihadapi remaja khususnya terkait dengan perubahan orientasi seksual yang saat ini lagi marak maraknya. Selain peneliti, penulis juga menulis buku sesuai dengan kepakaran tersebut dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara khususnya pada Kesehatan Reproduksi. Email Penulis: ns.dinirahmayani@gmail.com

BAB 16 KONSEP DASAR DAN KOMPONEN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI

**Rieh Firdausi, S.Kep., Ners., M.Kep.
Universitas Lambung Mangkurat**

A. DEFINISI KESEHATAN REPRODUKSI

Definisi kontemporer tentang kesehatan reproduksi (mengimplikasikan pergeseran radikal yang terbatas hanya pada pengendalian fertilitas ke pendekatan holistic yang menangani hak asasi manusia, persepektif gender dan keanekaragaman budaya), hal itu telah digunakan selama beberapa tahun sebelum adanya *International Conference on Population and Development* (ICPD) tahun 1994. Konferensi dalam pertemuan tersebut berkontribusi pada pengembangan konsep kesehatan reproduksi sampai saat ini, dari konferensi itu dicetuskan definisi dari kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara komprehensif, dan bebas dari penyakit, kecacatan atau kelemahan dalam seluruh aspek yang berkaitan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya. Setiap individu berhak memiliki kehidupan seksual yang memuaskan dan aman untuk dirinya, serta dapat bebas memenuhi keinginannya tanpa hambatan dari siapa, kapan, apa dan berapa sering untuk memiliki keturunan. Keluarga juga berhak memiliki keinginan dalam perencanaan jumlah keluarganya, termasuk mendapatkan

informasi mengenai alat kontrasepsi yang diinginkan. Juga hak dalam mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang lain, seperti pelayanan antenatal, intranatal, postnatal dan pelayanan bagi anak serta kesehatan bagi remaja yang perlu diperhatikan (ICPD (1994) dalam *European Humanist Federation*, 2015).

Menurut pasal 71 Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009, kesehatan reproduksi adalah sehat yang bukan semata-mata hanya bebas dari penyakit atau kecacatan melainkan keadaan mental, fisik, dan sosial dipandang sempurna dan utuh dalam segi sistem, fungsi dan proses reproduksi baik untuk laki-laki ataupun perempuan. Sedangkan menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 tahun 2014 tujuan dari kesehatan reproduksi adalah menjamin pelayanan yang bermutu, aman dan dapat dipertanggungjawabkan dari hak kesehatan reproduksi dari setiap individu serta penjaminan kesehatan ibu dalam usia reproduksi sehingga dapat melahirkan keturunan yang sehat dan mengurangi angka kematian. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi yang menjamin setiap individu berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, bermutu dan dapat dipertanggungjawabkan, dimana dengan adanya peraturan tersebut dapat menjamin kesehatan perempuan dalam usia reproduksi sehingga dapat

melahirkan generasi yang berkualitas, sehat supaya dapat menurunkan Angka Kematian Ibu.

Permemberian pelayanan kesehatan reproduksi memiliki dua tujuan, berikut tujuan utama dan tujuan khusus kesehatan reproduksi: (Handayani, dkk., 2022)

4. Tujuan Utama

Memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada setiap perempuan yang mencakup kehidupan seksual dan hak-hak reproduksi perempuan sehingga dapat meningkatkan

5. Tujuan Khusus

Kesehatan reproduksi merupakan bagian yang sangat penting dan rentan terhadap masalah-masalah kesehatan. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi dan berdampak buruk bagi kesehatan reproduksi, yaitu:

1. Faktor Demografis dan Ekonomi

Faktor demografis yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi adalah akses ke tempat pelayanan kesehatan, lokasi yang jauh dari pusat kota, kurangnya akses pendidikan sehingga remaja banyak yang tidak sekolah, sedangkan faktor ekonomi yaitu kemiskinan, kurang pengetahuan tentang pendidikan kesehatan reproduksi, perkembangan seksual, proses reproduksi, usia melakukan hubungan seksual, usia menikah dan kehamilan.

2. Faktor Budaya dan Lingkungan

Kepercayaan masyarakat, ketidaksetaraan gender, lingkungan tempat tinggal, cara bersosialisasi, pandangan dari segi agama, informasi terkait fungsi reproduksi, persepsi masyarakat, hak dan tanggung jawab kesehatan reproduksi oleh masyarakat.

3. Faktor Psikologis

Faktor psikologis dapat hadir dari tekanan teman sebaya, tekanan keluarga, rasa rendah diri, perilaku kekerasan yang didapatkan di rumah atau lingkungan sekitar, keretakan orang tua atau *broken home*, ketidakseimbangan hormonal pada remaja, dan rasa tidak berharga dari wanita karena perilaku yang diperoleh dari pria.

4. Faktor Biologis

Ketidaksempurnaan yang dimiliki contoh cacat sejak lahir, adanya masalah pada saluran reproduksi, penyakit menular seksual, adanya tumor pada organ reproduksi dan gizi buruk.

Faktor-faktor yang mempengaruhi reproduksi di atas dapat menjadikan dampak buruk untuk kesehatan reproduksi baik pada perempuan maupun laki-laki, sehingga perlu penanganan dan manajemen yang baik dalam pemeliharaan kesehatan reproduksi supaya kehidupan reproduksi akan menjadi berkualitas dan tanpa

masalah (Kemenkes RI (2016) dalam Handayani, dkk (2022).

B. HAK KESEHATAN REPRODUKSI

Hak reproduksi yang disahkan pada ICPD tahun 1994 yang berjumlah 12 poin ditandatangani oleh pemerintah Indonesia dan 178 negara lain meliputi:

1. Hak untuk hidup

Hak paling mendasar yang dibutuhkan oleh manusia, individu harus dibebaskan dari resiko kematian. Hak tersebut didukung dengan tersediannya pengobatan dan pencegahan terhadap penyakit.

2. Hak atas kebebasan dan keamanan

Setiap individu mulai dari bayi sampai lansia memiliki hak atau kebebasan serta rasa aman dalam aspek fisik dan psikologis.

3. Hak atas kesetaraan dan bebas atas segala bentuk diskriminasi

Seluruh individu berhak memiliki kesetaraan tanpa diskriminasi atau pembedaan dalam hal akses layanan kesehatan ataupun mendapatkan informasi kesehatan reproduksi.

4. Hak atas kerahasiaan pribadi

Setiap individu berhak memiliki privasi yang dijaga tentang konseling dan catatan kesehatan reproduksinya.

5. Hak untuk kebebasan berpikir

Setiap individu memiliki hak dalam berpendapat, individu sering dibatasi oleh mitos, kepercayaan dalam menyatakan pendapat dan mendapatkan informasi yang benar dalam pemahaman mengenai aspek seksualitas dan kesehatan reproduksi.

6. Hak untuk mendapatkan informasi dan pendidikan
Pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual bagi seluruh individu sangat berguna dalam membantu mereka memutuskan keputusan secara mandiri dan bertanggungjawab dengan mengedepankan aspek gender sensitive tanpa stereotip. Setiap individu berhak mendapatkan informasi terkait pendidikan kesehatan reproduksi secara komprehensif dan sesuai dengan kebutuhan informasi yang mereka butuhkan.
7. Hak memilih bentuk keluarga dan hak untuk membangun dan merencanakan keluarga
Individu berhak merencanakan, memilih dan membangun bentuk keluarga yang mereka inginkan. Misalnya, keluarga dapat memilih mempunyai anak tunggal, dua atau lebih. Pernikahan dini juga salah satu pelanggaran hak anak, karena usia belum matang dan belum ada kedewasaan dalam pengambilan keputusan. Pernikahan dini juga akan melanggar UU perlindungan anak.
8. Hak untuk memutuskan kapan dan akankah mempunyai anak

Hak untuk hamil dan mempunyai anak tidak dapat dipaksa oleh siapa pun. Keputusan hamil dan mempunyai anak harus diambil secara sadar. Oleh sebab itu, perempuan harus mendapatkan informasi yang lengkap tentang kesehatan reproduksi dan penggunaan kontrasepsi yang aman.

9. Hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan

Setiap individu berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang terjangkau, berkualitas, menjamin kerahasiaan. Hal ini didapatkan baik dalam keadaan sehat ataupun sakit, juga semua orang berhak mendapatkan perlindungan terhadap kekerasan seksual yang dialami.

10. Hak mendapatkan hasil dari kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi

Setiap individu berhak mendapatkan pelayanan kesehatan terbaru, aman untuk proses pemeriksaan dan penyembuhan di seluruh pelayanan kesehatan yang mereka datangi.

11. Hak atas kebebasan berkumpul

Setiap individu berhak memiliki kebebasan untuk mempunyai organisasi, khususnya organisasi yang memiliki keterkaitan dengan kesehatan reproduksi, dalam hal ini contohnya adalah organisasi yang menangani kekerasan seksual, pendidikan kesehatan reproduksi untuk anak atau remaja, demi

memperjuangkan dan mendesak pemerintah agar menempatkan masalah kesehatan reproduksi menjadi prioritas kebijakan negara.

12. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk
Setiap individu berhak bebas dari penganiayaan seperti pemerkosaan, pelecehan, eksploitasi dan kekerasan seksual dan wajib dilindungi sesuai PP No. 61 tahun 2014.

C. SIKLUS HIDUP KESEHATAN REPRODUKSI

Pendekatan yang diterapkan dalam menguraikan ruang lingkup kesehatan reproduksi adalah pendekatan siklus hidup, hal ini berarti penanganan sistem reproduksi memperhatikan setiap fase kehidupan, serta kesinambungan antar fase kehidupan. Masalah kesehatan reproduksi jika tidak ditangani dengan benar akan berdampak pada tahap masa kehidupan yang selanjutnya. Pendekatan siklus hidup dikenal dalam lima tahapan, yaitu: (Windiyaningsih, 2018).

1. Tahap konsepsi

Masa dimana sel telur dan sperma Bersatu kemudian janin tumbuh menjadi morulla, blastula, gastrula, neurula yang akhirnya menjadi janin dengan terbentuknya plasenta yang akan terjadi interaksi antara ibu dan janin. Saat masa konsepsi, bayi laki-laki dan perempuan harus

diberikan pelayanan ANC dan metode persalinan yang sama.

2. Tahap bayi dan anak

Masa perkembangan pada bayi dan anak termasuk dalam perkembangan yang cepat, tumbuh kembang pada motorik kasar dan halus akan berdampak pada tahapan selanjutnya, hal ini juga dapat mempengaruhi kesehatan pada bayi dan anak. Pemberian ASI eksklusif, pemberian makanan dengan gizi seimbang, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), pencegahan kekerasan anak, dan memperoleh kesempatan pendidikan yang sama untuk anak laki-laki dan anak perempuan.

3. Tahap remaja

Tahapan remaja dimulai saat terjadi perubahan fisik dan psikologis. Perubahan fisik yang terlihat adalah tumbuhnya rambut kemaluan (*pubeshe*), haid pertama kali (*menarche*), pertumbuhan tinggi badan secara cepat dan tumbuhnya buah dada yang membesar (*thelarche*). Pemberian gizi seimbang, informasi kesehatan reproduksi yang cukup, pencegahan kekerasan seksual, mencegah ketergantungan NAPZA, peningkatan penghargaan diri, pengetahuan tentang usia pernikahan, dan peningkatan pertahanan terhadap ancaman dan godaan. Semua pengetahuan dan pertahanan tersebut

perlu dimiliki oleh remaja sehingga mereka mempunyai bekal untuk *survive* ke tahapan selanjutnya.

4. Tahap usia subur

Masa usia subur terjadi ketika siklus kehidupan perempuan dari mulai hamil, melahirkan, masa nifas, menyusui dan masa antara yaitu perempuan bebas dan berhak merencanakan berapa jumlah dan jarak anak dengan menggunakan kontrasepsi. Pemeliharaan kehamilan, pertolongan persalinan yang aman, pencegahan kecacatan dan kematian pada ibu dan bayi, pencegahan terhadap PMS atau HIV/AIDS, pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, pencegahan masalah aborsi, deteksi dini kanker payudara, leher rahim, pencegahan dan penatalaksanaan infertilitas merupakan lingkup kesehatan reproduksi pada masa usia subur.

5. Tahap usia lanjut

Masa usia lanjut terjadi saat hormon estrogen mulai menurun dan habis. Perubahan fisik dan psikologis perempuan disebabkan karena menurunnya hormon estrogen sehingga akan berdampak pada perubahan pada organ reproduksi, perubahan metabolisme dan turunnya masa tulang. Selain menopause pada perempuan, perhatian perlu juga pada andropause, serta penyakit degenerative seperti rabun. Deteksi dini juga

dapat dilakukan pada tahapan usia lanjut yaitu deteksi dini kanker rahim dan kanker prostat.

Pendekatan kesehatan reproduksi juga terbagi menjadi dua gender, laki-laki dan perempuan, yang mana perempuan memiliki kebutuhan khusus dibandingkan laki-laki karena perempuan akan mengalami haid, kehamilan, melahirkan, menyusui dan *menopause* yang berarti lebih memerlukan perawatan kesehatan reproduksi selama hidupnya. Perempuan akan lebih intensif dalam perawatan organ reproduksinya selama kehamilan dan persalinan, sehingga pemeriksaan kesehatan reproduksi sangat diperlukan (Windiyaningsih, 2018).

D. RUANG LINGKUP KESEHATAN REPRODUKSI

Menurut *International Conference on Population and Development* (ICPD) tahun 1994 ruang lingkup kesehatan reproduksi mencakup banyak hal, terdiri dari kesehatan ibu dan anak, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan HIV/AIDS, keluarga berencana, pencegahan dan penanganan aborsi, pencegahan dan penanganan infertilitas, kesehatan reproduksi usia lanjut, deteksi dini saluran reproduksi, kekerasan seksual, sunat perempuan, dan sebagainya.

Komponen Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi menurut komponen pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dapat diuraikan sebagai berikut (Priyatni dan Rahayu, 2016)

1. Komponen Kesejahteraan Ibu dan Anak

Peran ibu saat kehamilan, persalinan dan masa nifas pada kurun kehidupan wanita merupakan hal yang paling tinggi resikonya, peristiwa di atas menjadi kemungkinan paling besar membawa kematian seorang ibu. Ibu merupakan salah satu pusat paling penting dalam keluarga, jika keluarga kehilangan sosok ibu makan bukan hanya satu orang tetapi satu keluarga akan kurang. Peran ibu sebagai wakil pimpinan keluarga memang sulit untuk digantikan, karena wanita adalah sosok yang serba bisa, mereka bisa melakukan banyak hal secara bersamaan bahkan untuk pekerjaan yang dilakukan laki-laki. Ibu memiliki peranan yang besar dikeluarga, ibu sebagai istri, sebagai ibu dari anak-anak yang dilahirkan, sebagai anak dari seorang ibu yang melahirkan, ataupun sebagai tulang punggung bagi keluarga, semuanya sangat sulit digantikan. Masalah kematian ibu merupakan hal kompleks yang disebabkan karena status kesehatan reproduksi dan status gizi ibu sebelum dan selama kehamilan. Jumlah ibu hamil yang memiliki keadaan “4 terlalu” (terlalu muda, kurang dari 20 tahun;terlalu tua,lebih dari 35 tahun;sering, jarak antar anak kurang dari 2 tahun;banyak,lebih dari 3 anak) sekitar 60%. Ibu

hamil rata-rata mengalami peristiwa satu atau bahkan lebih dari 4 terlalu tersebut, sehingga keadaan tersebut menyebabkan salah satu tingginya prevalensi kematian pada ibu hamil.

Kejadian kematian pada ibu hamil juga berkaitan erat dengan rendahnya *hygiene* yang dapat menyebabkan paparan penyakit menular seksual (PMS) meningkat. Hal lain yang menjadi faktor kematian ibu adalah komplikasi obstetric, yang disebut dengan istilah “3 terlambat” diantaranya adalah pertama, terlambat mengenali tanda bahaya dan pengambilan keputusan dalam keluarga; kedua, terlambat mencapai tempat pelayanan kesehatan; dan ketiga, terlambatnya mendapatkan penanganan medis yang memadai di tempat pelayanan kesehatan. Permasalahan kesehatan pada ibu hamil ini berdampak pada Angka Kematian Bayi (AKB) yang meningkat (Rahayu, dkk., 2017).

Tindakan dan upaya dalam mengurangi kematian ibu karena peristiwa kehamilan dan persalinan harus diadakan pemantauan sejak dini supaya tenaga kesehatan dapat mengambil tindakan secara cepat dan tepat sebelum berlanjut pada kejadian darurat. Upaya yang tepat untuk mengurangi kejadian kematian ibu dapat dilakukan pelayanan antenatal, pelayanan persalinan dan nifas. Terdapat dua dimensi dalam paradigma baru pendekatan secara *Continuum of Care* yaitu pada dimensi

pertama menjelaskan bahwa upaya preventif dilakukan sejak kehamilan, persalinan, nifas, hari-hari dan tahun-tahun kehidupan perempuan. Sedangkan, dimensi kedua menjelaskan tempat yang digunakan untuk pelayanan, yaitu di rumah, masyarakat dan kesehatan.

Pengetahuan dan informasi semestinya diberikan kepada keluarga mulai dari awal pernikahan, bahwa hubungan seks yang dilakukan akan mengakibatkan kehamilan, sehingga perlunya penggunaan alat kontrasepsi sebagai alat untuk menghambat kehamilan yang tidak diinginkan, karena kalau jalan keluarnya adalah aborsi maka hal tersebut akan mengancam pada jiwa ibu.

2. Komponen Keluarga Berencana

Usaha yang dilakukan pemerintah untuk mengurangi atau mengantisipasi kenaikan penduduk, pemerintah mempersiapkan program keluarga berencana yang ditujukan untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga. Calon suami istri yang merencanakan keluarga, sebelumnya harus memiliki dasar dan rencana serta pertimbangan rasional tentang masa depan yang baik sehingga hal itu akan berdampak pada kehidupan mereka dikemudian hari. Program keluarga berencana menjadi wadah dalam upaya kependudukan menekan pertumbuhan penduduk sehingga selaras dengan daya dukung lingkungan dan juga merupakan strategi bidang

kesehatan untuk meningkatkan kesehatan ibu melalui pengaturan jumlah dan jarak kelahiran. Ibu dan keluarga dapat mengatur berapa jumlah anak dan jarak kelahiran sehingga ibu mempunyai kesempatan memelihara dan meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan dirinya. Pemerintah juga berkewajiban meningkatkan pelayanan yang berkualitas sehingga klien lebih memperhatikan dan antusias untuk datang ke pelayanan kesehatan.

3. Komponen Pencegahan dan Penanganan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), termasuk Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS

Jenis infeksi pada saluran reproduksi (ISR) terbagi menjadi 3 bagian, yaitu, pertama, Penyakit Menular Seksual (PMS) meliputi infeksi klamidea, gonorrhoe, trikomoniasis, sifilis, ulkus mole, herpes kelamin, dan infeksi *human immunodeficiency virus* (HIV); kedua, infeksi endogen yaitu pertumbuhan kuman yang berlebih dari biasanya di saluran reproduksi wanita normal seperti vaginosis bacterial dan kandidiasis vulvovaginal; ketiga, adalah infeksi yang terjadi karena dilakukannya tindakan medis (Rahayu, dkk., 2017). Infeksi yang sering kali muncul pada saluran reproduksi seperti infeksi PMS dan non PMS. Infeksi tersebut perlu adanya pencegahan dan penanganan sehingga tidak berdampak pada saluran reproduksi. Infeksi non PMS seperti *Tuberculosis*, *Malaria*, *Filariasis*, dsb. Sedangkan infeksi yang

tergolong Penyakit Menular Seksual (PMS) seperti *gonorrhoea*, *sifilis*, *herpes genital*, *chlamydia*. Adapun juga kondisi infeksi yang berakibat pada infeksi rongga panggul (*pelvic inflammatory disease/PID*) seperti alat kontrasepsi dalam Rahim (AKDR), dan infeksi virus *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*.

Infeksi tersebut di atas jika tidak mendapatkan penanganan yang baik akan mengakibatkan kemandulan atau akan menurunkan kualitas hidup pada wanita atau pria semur hidupnya. Maka dari itu perlunya pencegahan dan penanganan yang tepat pada komponen di atas.

4. Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja

Upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi perlu diarahkan pada masa remaja, dimana peralihan dari masa-masa anak menjadi dewasa. Fungsi tubuh dan bentuk kala masa remaja berkembang sangat cepat. Hal ini ditandai dengan berkembangnya jasmani secara pesat dan menyebabkan remaja secara fisik telah mampu melakukan proses reproduksi tetapi belum bisa mempertanggungjawabkan akibat dari proses reproduksi tersebut.

Informasi, penyuluhan dan konseling perlu ditingkatkan dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja. Lingkungan keluarga dan masyarakat juga sangat berpengaruh untuk membantu menjaga dan

memberikan jalan keluar bila remaja mengalami masalah. Keluarga dan masyarakat perlu mengarahkan remaja untuk bisa mendapatkan konseling atau pelayanan klinis yang aman dengan mencari jalan keluar permasalahannya sehingga remaja dapat melanjutkan kehidupannya.

5. Komponen Usia Lanjut

Komponen ini melengkapi siklus pada keluarga, yaitu mempromosikan peningkatan kualitas seseorang pada usia lanjut saat menjelang akhir masa reproduksi (*menopause/andropause*). Upaya skrining keganasan organ reproduksi dapat dilakukan untuk pencegahan penyakit reproduksi misalnya kanker rahim pada wanita, kanker prostat pada pria serta defisiensi hormon juga kerapuhan tulang dan lain sebagainya.

Berbagai masalah yang ada pada kesehatan reproduksi dengan dilakukannya gerakan untuk pencegahan ataupun penanganannya. Pemerintah mempunyai hasil yang diharapkan dari pelaksanaan kesehatan reproduksi yang telah dimodifikasi dari rekomendasi WHO, yaitu:

1. Informasi dan Konseling secara komprehensif perlu dilakukan mengenai seksualitas dan reproduksi, masalah kesehatan reproduksi, manfaat dan resiko obat, alat, perawatan, tindakan intervensi, dan bagaimana

kemampuan memilih bagaimana perawatan kesehatan reproduksi

2. Paket pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dan menjawab kebutuhan perempuan maupun laki-laki, misalnya adalah cek fertilitas, Bayi tabung (*In Vitro Fertilization*)
3. Kontrasepsi (termasuk sterilisasi) yang aman dan efektif
4. Kehamilan dan persalinan yang aman dan efektif
5. Pencegahan dan penanganan tindakan aborsi yang tidak aman
6. Pencegahan dan penanganan penyebab kemandulan (ISR/PMS)
7. Informasi secara komprehensif terkait dampak penurunan fungsi otot dan tulang, libido, dan perlunya skrining penyakit keganasan pada organ reproduksi, misalnya adalah kanker rahim, kanker prostat, kanker payudara, dan sebagainya.

Pengukuran hasil di atas jika menunjukkan perubahan yang positif maka kemajuan pencapaian tujuan akhir berhasil. Pelayanan dasar yang menjawab kebutuhan kesehatan reproduksi individu, suami istri dan keluarga, hal mana yang menjadi dasar yang kuat dalam mengatasi kesehatan reproduksi yang dihadapi seseorang berdasarkan pada siklus reproduksinya.

DAFTAR PUSTAKA

Handayani, R., Hutomo, C.S., Kartikasari, M.N.D., Sinaga, L.R.V., Saragih, H.S., Wijayanti, I., Pujiani, Suyati, Tasnim, Argaheni, N.B., Aji, Y.G.T., Zulfatunnisa, N., Humaira, W. (2022). Dasar Kesehatan Reproduksi. Yayasan Kita Menulis. ISBN 978-623-342-379-3.

International Conference on Population and Development-ICPD. (1994). Program of Action. UN Doc. A/CONF.171/13 1994, Chap.7.A.

Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 tahun 2014 tentang tujuan Kesehatan Reproduksi.

Prijatni, I dan Rahayu, S. (2016). Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Jakarta: PUSDIK SDM kesehatan Kemenkes.

Undang-Undang Nomor 36 tahun (2009) Pasal 71 tentang Kesehatan Reproduksi.

Windiyarningsih, Cicilia. (2018). Epidemiologi Kesehatan Reproduksi. Rajawali Pers, ISBN 978-602-425-518-3.

European Humanist Federation. (2015). What are Sexual and Reproductive Health and Rights?.

Rahayu, A., Noor, M.S., Yulidasari, F., Rahman, F., Putri, A.O. (2017). Kesehatan Reproduksi Remaja &

Lansia. Airlangga University Press. ISBN 978-602-6606-23-5.

PROFIL PENULIS



Rieh Firdausi, S.Kep., Ns., M.Kep.

Lahir di Madiun, 06 Juni 1994. Mengawali studi Sarjana Keperawatan yang kemudian langsung melanjutkan ke jenjang Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Surakarta dan mengikuti program S2 Keperawatan Konsentasi Maternitas di Universitas Diponegoro Semarang.

Penulis mengawali karirnya sebagai dosen tetap di Universitas Lambung Mangkurat semenjak tahun 2022. Penulis tergabung di tim *Nursing Education Unit* (NEU) dan sebagai dosen pengajar pada mata kuliah keperawatan maternitas, psikososial dan budaya dalam keperawatan. Penulis juga aktif menjalankan tugas dan fungsi Tridharma perguruan tinggi, dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta. Penulis berharap dapat menjadi sosok dosen yang dapat menebar manfaat khususnya bagi mahasiswa juga lingkungan sekitar. Saat ini penulis mulai mengembangkan diri dengan terlibat dalam menulis buku serta penelitian di bidang keperawatan khususnya keperawatan maternitas, dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif untuk pengembangan profesi keperawatan agar menjadi lebih baik. Email penulis: rieh.firdausi@ulm.ac.id

BAB 17 SISTEM REPRODUKSI DAN ANATOMI FISIOLOGI KESEHATAN REPRODUKSI

**Yayang Harigustian, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta**

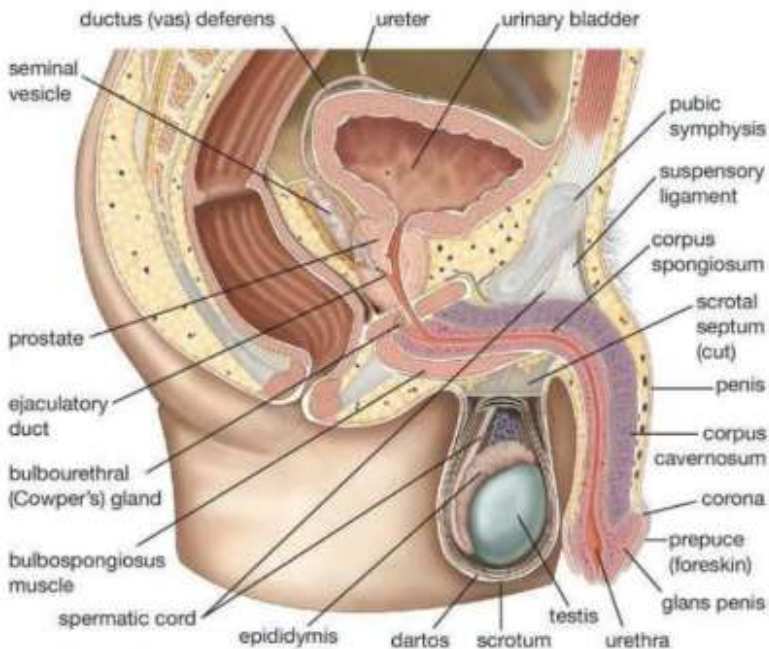
A. PENDAHULUAN

Sistem reproduksi merupakan suatu rangkaian interaksi dari organ makhluk hidup untuk memperbanyak diri sehingga dapat menghasilkan keturunan dari satu generasi kepada generasi berikutnya melalui proses pembuahan (Aprianti et al, 2021). Berdasarkan jenis kelamin, sistem reproduksi pada manusia terdiri dari 2, yaitu : Sistem reproduksi pada pria dan sistem reproduksi pada wanita. Masing – masing jenis kelamin memiliki ciri khas kelamin primer dan sekunder (Ayu, I.P. et. Al, 2022). Ciri – ciri kelamin primer pada pria adalah kemampuan sel kelamin untuk menghasilkan sel sperma. Sedangkan ciri – ciri kelamin sekunder pada pria adalah tumbuh bulu dada, bulu jenggot, kumis, bulu kemaluan, tumbuh jakun, suara membesar, panggul berukuran kecil dan ramping, perubahan postur tubuh seperti dadang bidang, pundak datar dan tegap. Ciri – ciri kelamin primer pada wanita adalah kemampuan sel kelamin untuk menghasilkan sel telur (ovum) sedangkan ciri – ciri kelamin sekunder pada wanita adalah suara berubah nyaring, payudara tumbuh membesar, perubahan postur badan dengan ciri khas wanita

yaitu pinggul melebar, tumbuh rambut diketiak dan didaerah kemaluan, serta mulai mengalami siklus menstruasi.

B. SISTEM REPRODUKSI PRIA

Sistem reproduksi pada pria terdiri dari bagian luar (eksternal) dan bagian dalam (internal). Sistem reproduksi pada pria berfungsi untuk memproduksi, memelihara dan membawa sperma, memproduksi dan mengeluarkan hormone seks pria untuk menjaga sistem reproduksi pria serta mengalirkan sperma ke dalam vagina atau saluran reproduksi pada wanita pada saat melakukan hubungan seksual (Anggraini, D.et. al. 2022.).

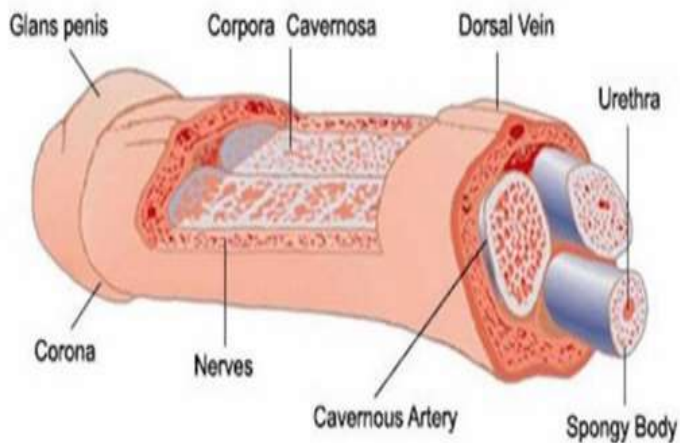


Gambar 17.1. Anatomi Sistem Reproduksi Pria

Sumber : Harrison (2020) dalam Rizal.D (2021)

1. Bagian Luar (Eksternal)

a. Penis

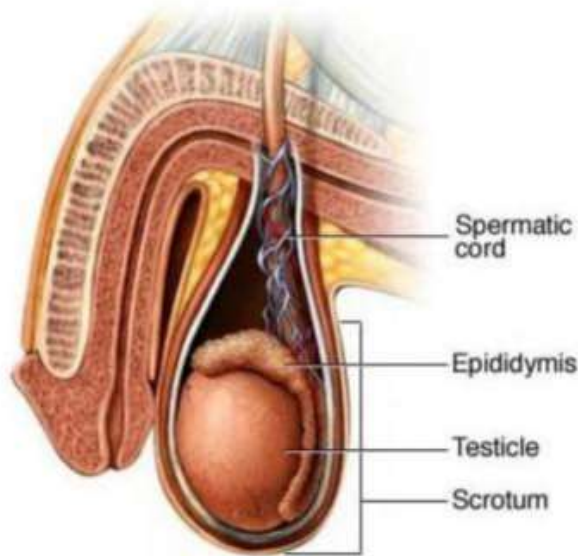


Gambar 17.2. Anatomi Penis

Sumber : Ayu, I.P. et. al. (2022)

Penis berfungsi untuk mengeluarkan air seni dan menyalurkan sperma ke vagina pada saat terjadi koitus . Penis akan berubah ukuran pada kondisi tertentu seperti pada saat mengalami kecemasan atau kedinginan maka penis akan mengecil dan sebaliknya pada saat ereksi ukuran penis akan berubah menjadi lebih besar yaitu kurang lebih 12 – 19 cm (Apriyanti, E. et. Al., 2021).

b. Skrotum



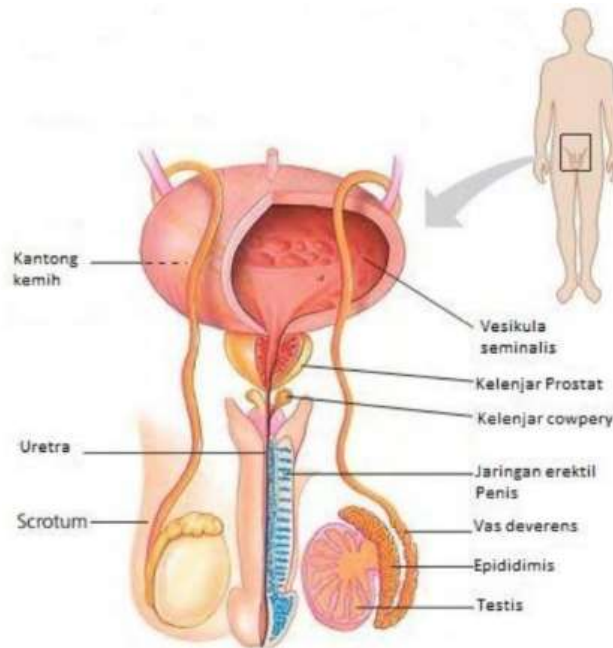
Gambar 17.3 Anatomi Skrotum

Sumber : Sudirman, M.S.et.al. (2021)

Sebuah kantong kulit yang menggantung di belakang dan di bawah penis membungkus testis dan epididimis. Pada skrotum terdapat banyak pembuluh darah dan syaraf. Skrotum berfungsi untuk mengatur suhu testis dikarenakan suhu yang lebih dingin dari suhu tubuh diperlukan untuk perkembangan sperma yang normal. Otot dinding skrotum dapat rileks dan berkontraksi serta testis dapat bergerak mendekati tubuh untuk menghangatkan suhu dan sebaliknya dapat bergerak

menjauhi tubuh untuk mendinginkan suhu (Anggraini, D.et. al. 2022).

2. Bagian Dalam (Internal)



Gambar 17.4 Anatomi Reproduksi Pria Bagian Dalam
Sumber Campbell (2010) dalam Safrida (2018)

a. Testis

Testis terdapat pada kantong skrotum, berbentuk oval dan berjumlah dua buah. Testis berfungsi untuk memproduksi sperma dan menghasilkan hormon testosterone. Proses pembentukan sperma disebut

dengan spermatogenesis. Sel - sel yang menghasilkan sperma adalah tubulus seminiferus dan hormon testosteron dihasilkan oleh sel leydig yang terletak di celah celah antara tubulus seminiferus. Seorang laki – laki dewasa normal dapat menghasilkan sperma kurang lebih 100 juta sel sperma setiap hari. (Safrida, 2018 dan Handayani. S, 2021)

b. Epididimis

Epididimis memiliki panjang 7 meter dan berkelok – kelok dengan jumlah sepasang pada sebelah kiri dan sebelah kanan. Epididimis menghubungkan vas deferens dan testis serta berfungsi sebagai tempat penyimpanan sperma sampai sperma matang. Epididimis selama kurang lebih 2 minggu menampung sperma yang dihasilkan di dalam testis dan sperma mengalami proses pematangan hingga menjadi matang sehingga siap untuk membuahi sel telur (Safrida, 2018)

c. Vas Deferens

Vas deferens merupakan saluran yang memanjang dari epididimis ke arah panggul dan berada dibelakang kantung kemih. Fungsi dari vas deferens adalah untuk mengangkut sperma menuju kantong sperma (vesikula seminalis). Saluran yang berasal dari kelenjar kantong sperma dan vas deferens

menyatu membentuk duktus ejakulatorius yang menuju dan bermuara di uretra (Handayani. S., 2021)

d. Kelenjar Kelamin

i. Vesikula Seminalis

Vesikula Seminalis atau disebut juga kantong sperma adalah sepasang kelenjar berbentuk kantong berlekuk – lekuk yang berada pada bagian belakang kandung kemih. Vesikula seminalis berfungsi menghasilkan 50 – 60% dari cairan semen yang kental dan berwarna jernih. Kandungan terpenting didalamnya adalah fruktosa dan prostaglandin (Apriyanti, E. et. Al, 2021 dan Handayani. S., 2021).

ii. Kelenjar Prostat

Kelenjar prostat berbentuk melingkar dan terletak pada bagian bawah dan atas kantong kemih. Kelenjar prostat menghasilkan cairan semen dengan komponen asam fosfatase, seng, sitrat, dan protease sehingga cairan semen menjadi lebih cair (Safrida, 2018 dan Apriyanti, E. et. al. 2021).

iii. Kelenjar Bulbouretral (*Cowper*)

Kelenjar Bulbouretral merupakan kelenjar tambahan berjumlah sepasang yang berada di bawah kelenjar prostat di kedua sisi uretra dan bermuara di pangkal uretra. Kelenjar Bulbouretral menghasilkan cairan mucus bening sebagai

pelumas dan menetralkan urin asam yang tersisa di uretra serta mengandung enzim spermin (bau khas) yang di ekskresikan sebelum proses ejakulasi. Cairan tersebut terkadang mengandung sperma sehingga dapat menyebabkan terjadinya kehamilan (Apriyanti, E. et. al. 2021).

C. SISTEM REPRODUKSI WANITA

Sistem reproduksi pada wanita memiliki fungsi untuk menghasilkan sel telur atau disebut dengan ovum atau oosit. Sistem reproduksi mengangkut sel telur ke tempat konsepsi atau pembuahan di saluran tuba. Konsepsi atau pembuahan terjadi jika ada sperma yang masuk dan membuahi sel telur. Setelah sel telur dibuahi akan di tanamkan ke dalam dinding rahim dan akan dimulai tahapan awal proses kehamilan. Jika tidak ada pertemuan sperma dan sel telur maka kepembuahan atau konsepsi tidak terjadi sehingga akan terjadi proses menstruasi. Menstruasi adalah peluruhan lapisan rahim yang terjadi setiap bulan jika tidak terjadi konsepsi atau pembuahan. System reproduksi pada wanita selain menghasikan sel telur juga menghasilkan hormone seks wanita untuk menjaga siklus reproduksi (Biggers, 2021, Harrison, 2020 dalam Anggraini, D.et. al. 2022).

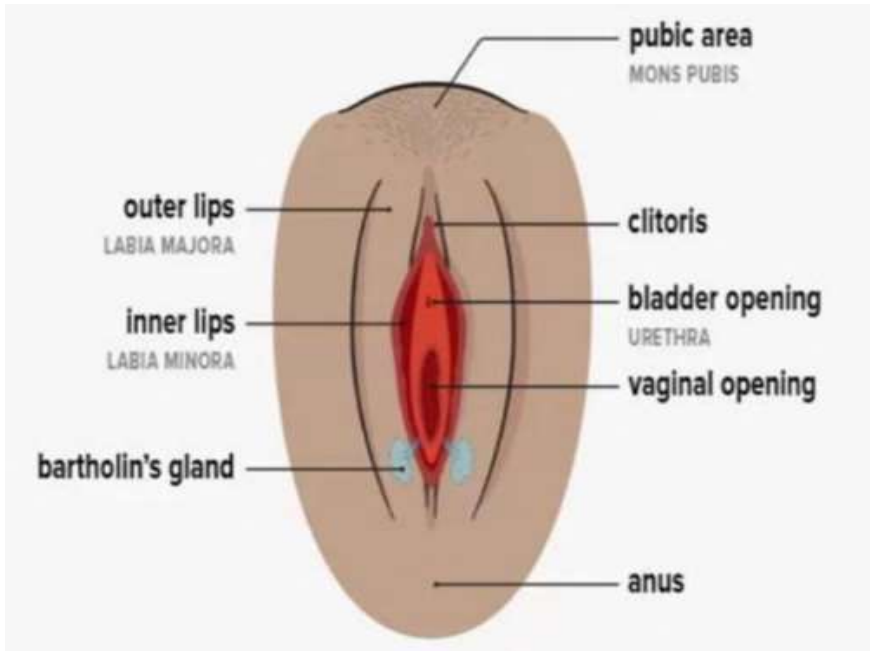


Gambar 17.5 Organ Reproduksi Wanita

Sumber : Anggraini, D.et. al. 2022

Organ reproduksi wanita dibagi menjadi 3 bagian yaitu : organ reproduksi bagian eksternal (bagian luar), organ reproduksi internal (bagian dalam), dan kelenjar mammae (Ayu, I.P. et. al. 2022)

1. Organ reproduksi eksternal



Gambar 17.6 Organ Reproduksi Eksternal

Sumber : Ayu, I.P. et. al. 2022

Organ reproduksi eksternal berfungsi untuk melindungi organ reproduksi internal dari organisme menular dan untuk memungkinkan sperma masuk ke dalam tubuh (Ayu, I.P. et. al. 2022) dan Anggraini, D.et. al. 2022

a. Vulva

Organ reproduksi wanita yang terlihat dari luar terdiri dari mons pubis, labia minora, labia mayora, clitoris,

hymen, vestibulum, meatus urethra dan kelenjar – kelenjar pada dinding vagina.

b. Mons Pubis/ Mons Veneris

Lapisan lemak yang terletak pada bagian anterior symphysis pubis. Bagian ini mulai ditumbuhi rambut kemaluan pada masa pubertas

c. Vestibulum / Vestibule

Bagian yang memiliki batas atas klitoris, batas bawah di pertemuan labia minora serta batas lateral di labia minora kanan dan kiri.

d. Labia Mayora/ Labium Major

Lapisan lemak yang merupakan lanjutan dari mons pubis ke arah bawah sampai ke arah belakang dan membentuk sisi vulva. Labia mayora memiliki panjang kurang lebih 7,5 cm dan terdiri atas lemak, kulit, otot polos, banyak pembuluh darah dan serabut saraf. Labia mayora berfungsi untuk melindungi vagina yang berada di sisi dalam labia mayora.

e. Labia minora/ Labium Minor

Lapisan yang berbentuk dua lipatan kulit seperti bibir yang berada pada sisi dalam dari labia mayora dimana bagian atas labia minora membentuk jaringan erektil yang disebut klitoris. Labia mayora berfungsi untuk melindungi vagina dari kotoran dan trauma.

f. Klitoris/ *Clitoris*

Sebuah jaringan erektil yang menyerupai penis pria yang terletak di sisi anterior vestibulum. Klitoris terdiri atas *gland of clitoris* di sisi atas klitoris. Bagian klitoris terdapat banyak pembuluh darah dan ujung – ujung serabut syaraf sensitive terhadap rangsangan

g. Perineum

Bagian yang terletak antara tepi bawah vulva dengan tepi depan anus. Perineum tersusun atas otot – otot polos sehingga akan meregang pada saat berlangsungnya proses persalinan. Perineum seringkali mengalami robek atau digunting apabila bayi yang akan dilahirkan terlalu besar atau terlalu berat.

2. Organ reproduksi internal



Gambar 17.7 Organ Reproduksi Internal

Sumber : Ayu, I.P. et. al. (2022)

Organ reproduksi internal adalah organ reproduksi yang terletak pada bagian dalam dan terdiri dari beberapa organ (Ayu, I.P. et. al. (2022)), yaitu:

a. Ovarium

Ovarium atau disebut juga indung telur atau *ovary* berperan penting dalam memproduksi sel gamet wanita yaitu sel telur (ovum) dan hormon reproduksi wanita yaitu hormon estrogen dan progesteron. Ovarium berbentuk oval dan terletak di samping uterus, didekat dinding lateral pelvis. Ovarium berukuran panjang kurang lebih 2,5-5 cm dan lebar kurang lebih 1,5-3 cm. Ovarium berfungsi sebagai pembentukan dan pematangan folikel menjadi ovum, sebagai pengeluaran ovum atau disebut juga ovulasi dan sebagai proses sintesis serta sekresi hormon estrogen dan hormon progesteron. Ovarium terdiri dari tiga bagian yaitu : medulla ovarium, korteks ovarium dan korpus luteum. Medulla ovarium terletak di bagian tengah lapisan ovarium yang tersusun dari jaringan fibrosa, saraf dan pembuluh darah. Korteks ovarium merupakan lapisan yang terletak di sebelah luar medulla dan terdapat folikel – folikel ovarium. Sel – sel telur atau ovum terkandung dalam folikel – folikel ovarium tersebut. Folikel ovarium juga menghasilkan hormone estrogen. Korpus luteum merupakan bagian dari ovarium yang menghasilkan hormon progesteron.

b. Tuba Fallopy

Tuba Fallopy atau *oviduct* atau *fallopian tube* merupakan sepasang tuba yaitu kanan dan kiri, berfungsi sebagai saluran yang dilalui ovum dari

ovarium ke uterus. Panjang *Tuba Fallopy* kurang lebih 8-14 cm dan terdiri dari beberapa bagian yaitu pars interstitialis, pars isthmica, pars ampularis dan pars infudibulum. Proses pembuahan atau fertilisasi ovum oleh sperma terjadi di *Tuba Fallopy* pada bagian pars ampularis dan pars infundibulum. Bagian pars infundibulum terdapat fimbriae yaitu organ yang berfungsi untuk menangkap ovum yang keluar saat proses pelepasan ovum oleh ovarium (ovulasi) dan di bawa masuk ke dalam *Tuba Fallopy*.

c. Uterus

Uterus atau rahim atau *utery* merupakan sebuah organ yang memiliki bentuk seperti buah pir yang dilapisi selaput peritoneum. Uterus memiliki panjang kurang lebih 5-8 cm dan berat uterus kurang lebih 30 -60 gram. Uterus berfungsi sebagai tempat melekat serta berkembangnya fetus atau embrio hasil dari pembuahan. Selama proses kehamilan uterus dapat mengembang sampai 500 kali dari ukuran sebelumnya. Uterus memiliki tiga lapisan dinding penyusun yaitu lapisan perimetrium, lapisan myometrium dan lapisan endometrium. lapisan perimetrium yaitu lapisan paling luar uterus berupa lapisan serosa (peritoneum). Lapisan myometrium merupakan lapisan tengah uterus terletak di bawah perimetrium yang tersusun dari otot polos tiga lapis.

Pada lapisan myometrium terdapat pembuluh limfe, pembuluh darah dan syaraf. Otot polos penyusun miometrium berperan dalam kontraksi dan relaksasi pada saat terjadinya proses persalinan. Lapisan edometrium berupa selaput berlendir yang terdapat banyak pembuluh dan serabut saraf serta berada pada lapisan paling dalam uterus. Bagian endometrium adalah tempat melekatnya embrio calon janin dan akan menebal ketika terjadi ovulasi untuk mendukung proses tumbuh kembang embrio pada masa kehamilan. Apabila proses pembuahan tidak terjadi maka dinding endometrium yang mengalami penebalan akan meluruh sehingga terjadi perdarahan pada saat proses menstruasi.

d. Vagina

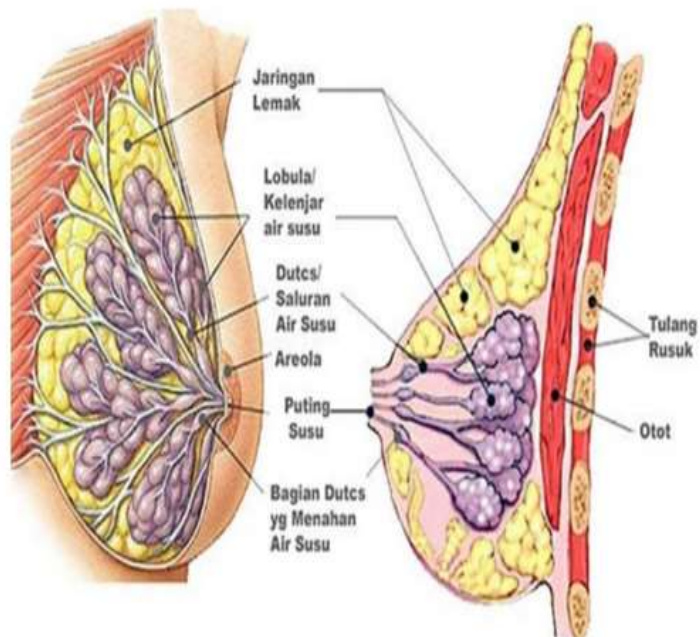
Vagina disebut juga sebagai liang senggama berbentuk seperti sebuah tabung berotot yang dilapisi membran selaput, terdapat banyak pembuluh darah dan serabut saraf serta ahir dari saluran kelamin wanita. Vagina memiliki fungsi sebagai tempat berhubungan seksual, tempat keluarnya bayi pada saat proses melahirkan dan sebagai tempat keluarnya darah pada saat menstruasi.

e. Kelenjar bartholini

Kelenjar bartholini atau glandula bartholini atau *bartholi gland* berupa sepasang kelenjar yang kecil terletak di

belakang labia mayora pada setiap sisinya. Kelenjar bartholini memiliki fungsi menghasilkan lendir pelumas bagi vagina. Lubang keluar kelenjar bartholini berada diantara hymen dan labia minora.

3. Payudara



Gambar 17.8 Anatomi payudara

Sumber : Ayu, I.P. et. al. (2022)

Payudara atau glandula mammae merupakan organ seksual sekunder pada wanita. Payudara terletak dipermukaan atas dari rongga dada diatas tulang rusuk dan otot dada. Payudara terdiri dari jaringan adipose, fibrosa

serta berbagai kelenjar dan salurannya. Payudara tersusun menjadi tiga bagian yaitu korpus mammae, papilla mammae, dan areola mammae. Korpus mammae tersusun atas kumpulan jaringan lemak (adiposa) yang dilapisi oleh kulit. Korpus mammae terdapat banyak kelenjar mammae atau kelenjar air susu (lobula) yang mempunyai fungsi untuk menghasilkan air susu ibu (ASI) pada fase laktasi (menyusui). Papilla mammae atau disebut juga dengan puting payudara adalah sebuah struktur yang terletak pada tengah payudara dan dikelilingi oleh aerola. Papilla mammae merupakan muara dari saluran air susu (*ducts*). Apabila ada rangsangan berupa suhu dingin dan sentuhan maka bagian ini akan menonjol dan menegang. Aerola mammae merupakan bagian payudara yang terdapat banyak kandungan pigmen warna hitam mengelilingi puting payudara. Bagian aerola terdapat banyak kelenjar keringat dan kelenjar sebacea yang memproduksi minyak pelumas untuk melindungi areola dan puting dari lecet dan gesekan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, D.et. al. 2022. *Kesehatan Reproduksi*. Padang Sumatra Barat : PT global Eksekutif Tehnologi.
- Apriyanti, E. et. al. 2021. *Teori Anatomi Tubuh Manusia*. 1st edn. Edited by H. Mansyur. Pidie,. Aceh : Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Ayu, I.P. et. al. 2022. *Keperawatan Maternitas*. Padang Sumatra Barat : PT global Eksekutif Tehnologi.
- Handayani, Sri. 2021.*Anatomi dan Fisiologi Tubuh Manusia*. Bandung : Media Sains Indonesia.
- Kurniasih. T. 2018. *Sistem Organ Manusia*. Yogyakarta : Deepublish CV Budi Utama.
- Rizal. D. 2021. *Fisiologi Sistem Reproduksi Pria*. Yogyakarta : Universitas Gajahmada press.
- Safrida, 2018. *Anatomi dan Fisiologi Manusia*. Banda Aceh : Syiah Kuala University Press.
- Sudirman, M.S.et.al. 2021. *Buku Ajar Anatomi Fisiologi*. Sumatera Barat : Insan Cendekia Mandiri.

PROFIL PENULIS



Yayang Harigustian, S.Kep., Ns., M.Kep

Penulis lahir di Gunungkidul 30 Agustus 1987.

Lulus dari Program Studi S1 Ilmu Keperawatan

Universitas Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun

2011. Penulis melanjutkan pendidikan pada

program Magister Keperawatan Medikal Bedah dan lulus pada tahun

2017.

Saat ini penulis merupakan dosen tetap di Akademi Keperawatan

Yogyakarta. Mengampu mata kuliah Keperawatan Gawat Darurat

dan Keperawatan medikal Bedah.. Penulis aktif dalam

melaksanakan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat sebagai

bentuk tridharma perguruan tinggi dalam bidang keperawatan..

BAB 18 GIZI DAN PROMOSI KESEHATAN REPRODUKSI

**Ns. Siti Munawaroh, M.Kep
Universitas Muhammadiyah Kendal Batang**

A. PENDAHULUAN

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis menurut Undang Undang Nomor 36 tahun 2009. Sedangkan menurut Peraturan Pemerintah (PP) Republik Indonesia Nomor 61 tahun 2014, 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. Kesehatan reproduksi menyangkut proses, fungsi dan system reproduksi pada seluruh tahap kehidupan (WHO, 2007). Kesehatan reproduksi diartikan sebagai suatu kondisi yang menjamin bahwa fungsi reproduksi, khususnya proses reproduksi dapat berlangsung dalam keadaan sejahtera fisik, mental, maupun sosial dan bukan saja terbebas dari penyakit atau gangguan fungsi alat reproduksi, merupakan unsur yang penting dalam kesehatan umum baik wanita maupun laki-laki, dapat mempengaruhi kesehatan bayi, anak-anak, remaja dan wanita menopause (Emilia, O., Prabandari, S. Y. &

Supriyati, 2017). Pada bab ini hanya akan dibahas seputar permasalahan gizi dan promosi kesehatan pada wanita saja.

B. GIZI KESEHATAN REPRODUKSI

Gizi dalam kesehatan reproduksi adalah bagaimana seseorang individu mampu untuk mencukupi kebutuhan gizi yang diperlukan oleh tubuhnya agar individu tersebut tetap berada dalam keadaan sehat baik secara fisik atau mental, serta mampu menjalankan system metabolisme dan reproduksi, baik fungsi atau prosesnya secara alamiah dengan keadaan tubuh yang sehat (Marmi, 2013).

1. Pengaruh Status Gizi pada Sistem Reproduksi

Kebutuhan energy dan nutrisi pada remaja dipengaruhi oleh usia reproduksi, tingkat aktivitas dan status nutrisi. Remaja membutuhkan nutrisi sedikit lebih tinggi untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhannya dibandingkan fase tumbang yang lain. Remaja yang berasal dari sosial ekonomi rendah sumber makan adekuat tidak terpenuhi dan mempunyai resiko defisiensi zat besi sebelum hamil (Marmi, 2013). Berdasarkan data Riskesdas (2018), prevalensi anemia pada remaja sebesar 32 %, artinya 3-4 dari 10 remaja menderita anemia. Hal tersebut dipengaruhi oleh kebiasaan asupan gizi yang tidak optimal dan kurangnya aktifitas fisik. Remaja yang anemia dan berat badan kurang, lebih banyak melahirkan bayi BBLR dibandingkan dengan wanita yang usia produksinya aman

untuk hamil. Penambahan berat badan yang adekuat lebih sering terjadi pada orang yang ingin kurus, ingin menyembunyikan kehamilannya, tidak mencukupi sumber makanannya dan menggunakan obat-obat terlarang (Marmi, 2013).

2. Gizi Seimbang Masa Menarchea

Status gizi dikatakan baik apabila nutrisi yang diperlukan baik protein, lemak, karbohidrat, mineral, vitamin dan air digunakan oleh tubuh sesuai dengan kebutuhan. Masa menarche merupakan masa yang banyak menimbulkan keluhan untuk meminimalkannya sebaiknya remaja wanita mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, sehingga status gizinya baik (Marmi, 2013).

Asupan gizi yang dibutuhkan remaja:

a. Asupan energi

Energi dibutuhkan untuk mempertahankan hidup, menunjang pertumbuhan dan melakukan aktivitas fisik. Asupan energi yang rendah menyebabkan retradasi pertumbuhan, berat badan rendah dan semistarvasi. Asupan energi bervariasi sepanjang siklus haid, terjadi peningkatan 550 kkal/hari asupan energi pada fase luteal dibandingkan fase folikuler. Hal ini menunjukkan bahwa estrogen menyebabkan efek peningkatan dan penurunan terhadap nafsu makan.

b. Asupan lemak

Perbandingan komposisi energy dari lemak yang dianjurkan adalah 20-30%. Asupan tinggi lemak berpengaruh terhadap kadar hormone steroid, dibuktikan dengan diet rendah lemak akan memperpanjang siklus menstruasi, lamanya menstruasi serta memperpanjang fase folikuler.

c. Asupan protein

Protein sebagai pemasok energy dapat diberikan dalam jumlah sedang tetapi sebaiknya 20-25% dari jumlah total kalori. Asupan protein dan lemak akan meningkat pada fase luteal (Path (2004) dalam Marmi, 2013)

d. Asupan karbohidrat

Sebagian karbohidrat didalam tubuh berada dalam sirkulasi darah sebagai glukosa untuk keperluan energy segera. Karbohidrat juga merupakan sumber peningkatan asupan kalori selama fase luteal pada siklus menstruasi.

3. Hubungan status gizi dengan menstruasi

a. Jenis makanan yang baik dikonsumsi saat menstruasi

- i. Konsumsi makanan tinggi karbohidrat, vitamin dan magnesium
- ii. Hindari kafein dan garam
- iii. Makanan yang kaya kalsium
- iv. Dark chocolate
- v. Minum air putih

b. Jenis nutrisi yang baik saat menstruasi

- i. Karbohidrat, untuk meningkatkan triptofan ke otak. Triptofan sebagai prekursor serotonin yang berfungsi untuk relaksasi dan meredakan rasa sakit
- ii. Protein, terutama protein susu karena mengandung alfa laktalbumin yang berfungsi dalam meningkatkan imunitas tubuh, komponen dalam saraf dan meningkatkan ketahanan tubuh terhadap stress
- iii. Lemak tak jenuh atau omega 3, dapat meredakan payudara yang bengkak, depresi, mudah marah, kembung dan retensi cairan. Penderita PMS (*Premenstrual Syndrome*) disarankan untuk meningkatkan asupan *omega 3 fatty acid* (kebanyakan ditemukan dalam makanan laut) dan minyak nabati
- iv. Saat PMS terjadi ketidak seimbangan hormon, hormon estrogen lebih banyak dari hormon progesterone, dianjurkan mengkonsumsi kedelai, sayuran dan buah-buahan, kacang-kacangan, biji-bijian karena dapat membantu keseimbangan hormon
- v. Konsumsi kalsium 1000–1300 mg sehari dari makanan kaya kalsium, meningkatkan suasana hati, perilaku, rasa sakit dan kembung selama siklus haid. Hal ini didukung hasil penelitian Ligita, O., & Kumala, M (2020), menunjukkan

wanita yang asupan kalsiumnya kurang memiliki risiko 2,196 kali lebih tinggi untuk terjadinya dismenorea

- vi. Konsumsi magnesium 200-500 mg dapat membantu mengurangi kembung dan payudara bengkak
- vii. Vitamin E, 400 unit sehari dapat mengurangi payudara bengkak
- viii. Vit B6 membantu mengeluarkan air lewat ginjal, 50-100 mg/hr
- ix. Seng, vit B6 dan kalsium dapat mengurangi depresi PMS
- x. Makan sedikit tapi sering akan mengurangi kembung.
- xi. Nutrisi sehat untuk wanita dan siklus menstruasi

4. Prinsip gizi pada usia menopause

Masa menopause merupakan fase dimana wanita tidak mengalami menstruasi lagi dan merasakan banyak gejala fisik yaitu rasa panas yang merupakan sensasi tiba-tiba, tubuh bagian atas berkeringat, berkeringat saat malam hari, sulit tidur, pusing, kesusahan menahan buang air kecil, detak jantung meningkat, dan berat badan semakin bertambah (Klein, 2004). Selain itu disertai dengan beberapa gejala psikis yang menonjol berupa suasana hati yang berubah ubah, sensitif, emosi labil, merasa tidak

berharga, dan munculnya kecemasan yang menghambat aktifitas sehari-hari (Schorage, 2008).

Hasil penelitian Elliana, D., & Murniwati, A., (2017), menyatakan wanita yang memiliki status gizi kurang pada masa menopause cenderung mengalami perubahan fisik lebih besar dibandingkan yang memiliki status gizi baik.

Kebutuhan kalori dan zat-zat gizi pada wanita menopause yang dianjurkan adalah sesuai kebutuhan yang memperhatikan factor-faktor seperti berat badan, tinggi badan, usia dan aktifitas (Marmi, 2013).

1. Menu diit pada usia menopause

a. Karbohidrat

Pada wanita menopause sebaiknya kurangi makanan yang banyak mengandung gula dan batasi karbohidrat sederhana dan perbanyak makanan berserat.

b. Protein

Kurangi protein tidak lebih dari 15% dari jumlah kalori, lkonsumsi ebih banyak protein nabati dan kurangi protein hewani.

c. Lemak

Jumlah lemak yang dianjurkan untuk dikonsumsi 20-30% dari total kalori. Hindari atau batasi penggunaan asam lemak jenuh dan gunakan asam lemak tak jenuh.

d. Vitamin dan mineral

Vitamin D merupakan vitamin yang penting pada masa menopause, konsumsi 500 /g perhari untuk

meningkatkan absorpsi (penyerapan) kalsium yang juga merupakan mineral yang penting dalam mempertahankan kekuatan tulang. Asupan kalsium sebesar 1000-1200 mg.

2. Faktor – faktor yang mempengaruhi status nutrisi pada menopause

a. Penurunan hormon

Menurunnya estrogen dapat menimbulkan perubahan kerja usus menjadi lambat, sehingga dapat menimbulkan gangguan buang air besar (sembelit/konstipasi). Sedangkan rendahnya hormon estrogen dan paratiroid dapat menyebabkan pengapuran pada tulang (dekalsifikasi), artinya tulang kekurangan kalsium sehingga menyebabkan keropos dan mudah patah. Menurunnya pengeluaran hormone insulin dan tiroksin menyebabkan perubahan pada metabolisme tubuh. Perubahan metabolisme, penurunan estrogen serta menurunnya pengeluaran hormone paratiroid menyebabkan perubahan system jantung dan pembuluh darah.

1) Gizi

Gizi seimbang sangat diperlukan untuk memenuhi kebutuhan tubuh baik untuk energi, penambahan kalsium dan sebagainya.

3. Terapi yang dapat dilakukan oleh wanita menopause

a. Olahraga teratur dan hindari stress

b. Konsumsi makanan kaya kalsium

- c. Terapi Sulih Hormon (TSH)
- d. Makan buah-buahan dan sayuran
- e. Kurangi asupan kafein
- f. Jauhi rokok

C. PROMOSI KESEHATAN REPRODUKSI

Pemahaman tentang pengaruh kesehatan reproduksi terhadap kesehatan belum dipahami secara luas, hal ini disebabkan oleh kurangnya informasi yang benar mengenai kesehatan reproduksi. Kekurangan informasi tidak saja terjadi pada kaum remaja tetapi juga pada kalangan dewasa dan orang tua (Emilia, O.,Prabandari, S. Y. & Supriyati, 2017).

1. Ruang Lingkup Masalah Kesehatan Reproduksi Ditinjau dari Aspek Promosi Kesehatan

Ruang lingkup permasalahan khususnya yang berkaitan dengan upaya pencegahan primer atau promosi kesehatan di bidang kesehatan reproduksi (Emilia, O.,Prabandari, S. Y. & Supriyati, 2017) :

a. Masa prakonsepsi dan kehamilan dini

Perawatan masa prakonsepsi memiliki tujuan :

Memberikan bayi kondisi terbaik dengan meminimalkan resiko yang berhubungan dengan gaya hidup, herediter, riwayat medis dan usia ibu.

b. Mempromosikan kesehatan ibu

Wanita baru menikah harus memiliki pemahaman yang cukup tentang kontrasepsi, kesehatan seksual dan konsultasi psikologis. Selain itu perlu diberikan nasihat tentang merokok alkohol, obat-obatan, gizi, olahraga, senam dan pengaruh faktor pekerjaan pada kesehatan pasangan suami istri.

2. Nutrisi

Nutrisi maternal merupakan determinan yang penting pada pertumbuhan janin, berat lahir dan morbiditas bayi. Nutrisi yang buruk sering mengarah kepada konsekuensi jangka panjang janin. Makanan yang masuk sebelum dan selama kehamilan akan mempengaruhi kesehatan janin selanjutnya. Penelitian [Newton](#), Edward R. (2007), menunjukkan hubungan yang signifikan antara janin tumbuh lambat dan peningkatan angka penyakit jantung coroner, hipertensi dan diabetes non-insulin pada masa dewasa.

Saat ini remaja putri cenderung memiliki kebiasaan makan yang tidak teratur, tidak sarapan dan suka makanan *junk food*, seperti hasil penelitian Budiarti, A & Utami (2001), sebesar 84,3% remaja mengkonsumsi makanan cepat saji dengan frekuensi yang tinggi serta terdapat hubungan antara konsumsi makanan cepat saji dengan kejadian gizi lebih. Dan mereka mengetahui bahwa mengkonsumsi *junk food* terlalu sering dapat menimbulkan dampak negatif bagi tubuh (Wicaksono, Putri, 2021). Selain

berdampak pada status gizi, mengkonsumsi *junk food* juga dapat menyebabkan remaja putri mengalami *menarche* dini (Hutasuhut, Masrlina R., 2020).

Masalah lain yang bisa muncul yaitu anemia pada remaja dimana lebih banyak remaja wanita yang mengalami anemia dibanding dengan remaja laki-laki (Lestari, S., Majidah, L & Sartika, A, 2020).

Anemia gizi besi yang dialami remaja dapat mengakibatkan penurunan kemampuan fisik, produktivitas kerja, dan kemampuan berpikir. Hal ini dapat disebabkan oleh asupan zat besi yang tidak cukup dan penyerapan yang tidak adekuat (Arisman, 2009).

Sedangkan dampak anemia pada ibu hamil dapat menimbulkan pendarahan sebelum atau sesudah persalinan, meningkatkan risiko melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah atau BBLR (< 2,5 kg) dan pada anemia berat, dapat menyebabkan kematian ibu dan atau bayinya (Rahayu, A., Yulidasari, F., Putri, O. & Anggraini, L, 2019).

Pertumbuhan dan perkembangan cepat terjadi selama masa remaja dan karenanya kebutuhan energy dan makanan menjadi lebih tinggi, selain makan secara teratur dan berimbang selama masa menstruasi juga menghindari makanan yang banyak garam, gula dan kafein akan membantu premenstruasi syndrome (Emilia, O.,Prabandari, S. Y. & Supriyati, 2017).

3. Olahraga

Proporsi aktivitas fisik masyarakat Indonesian tergolong kurang aktif, yaitu individu yang tidak melakukan aktivitas fisik sedang ataupun berat sebesar 26,1% (Riskesdas, 2013).

Keuntungan yang diperoleh dengan berolahraga, yaitu :

- a. Mengurangi resiko penyakit jantung dan stroke
- b. Mempromosikan kesehatan mental
- c. Mengurangi kecemasan dan depresi
- d. Membantu memperindah citra diri dan kebugaran
- e. Mendorong wanita merasa senang dan bahagia
- f. Menyenangkan dan murah
- g. Mengurangi isolasi social dan kebersamaan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa olahraga dapat memicu badan menghasilkan endorphin, yaitu opiat alami yang memberikan rasa bugar dan mengurangi nyeri terutama saat dismenore dengan senam dismenore (Nuraeni, 2017).

4. Rokok

Di Indonesia 64,9% laki-laki dan 2,1 % perempuan dewasa menghisap rokok dengan rerata jumlah batang rokok yang dihisap adalah sekitar 12,3 batang, bervariasi dari yang terendah 10 batang di DI Yogyakarta dan tertinggi di Bangka Belitung (18,3 batang) (Riskesdas, 2013).

Selain bahaya rokok dapat terjadi pada laki-laki dapat juga berefek pada kesehatan wanita, kandungan yang ada dalam rokok bersifat toksik terhadap testis dan ovarium, menyebabkan peningkatan risiko infertilitas dan mengurangi kemungkinan hamil (Emilia, O.,Prabandari, S. Y. & Supriyati, 2017).

5. Stres

Setiap individu mendefinisikan stress berbeda-beda dan memiliki berdampak yang berbeda pula. Stress singkat dapat memberikan efek yang positif dan membuat siaga terhadap perubahan lingkungan, stress kronik dapat menimbulkan gelisah, cemas berkepanjangan dan gangguan pencernaan. Sumber stress pada wanita dapat disebabkan oleh urusan rumah tangga, tidak bekerja, sakit, merawat orang sakit, diskriminasi seks, kekerasan dalam rumah tangga dan kesedihan berkepanjangan. Wanita memerlukan informasi dan pemahaman yang tuntas tentang stress dan cara mengatasinya.

2. Strategi dan Metode Promosi Kesehatan

Strategi dalam promosi kesehatan merupakan teknik atau cara bagaimana mencapai atau mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan tersebut secara berhasil guna dan berdaya guna (Notoatmodjo, S, 2010). Metode adalah taktik yang dipakai sebagai bagian dari strategi, jadi metode adalah cara-cara melakukan perubahan kepada kelompok sasaran (Emilia, O.,Prabandari, S. Y. & Supriyati, 2017).

a. Strategi

Terdapat dua strategi utama yang banyak mempengaruhi praktisi promosi kesehatan :

i. Strategi masyarakat-lingkungan disbanding individual

Strategi ini berawal dari asumsi bahwa penyakit terjadi karena kelompok tertentu yang kurang beruntung dalam hal sosial ekonomi, strategi untuk mengatasinya adalah menghilangkan kekurangan tersebut misalnya kemiskinan, pendidikan rendah, pengangguran dan faktor sosial.

ii. Strategi individu berisiko tinggi dibandingkan seluruh populasi

Strategi pengendaliannya meliputi, pendekatan risiko tinggi dengan berusaha melindungi individu yang rentang dan pendekatan populasi dengan berusaha mengendalikan penyebab insiden/kasus baru.

Dilihat dari analisis ekonomi untuk masalah kesehatan, pendekatan populasi memiliki manfaat ekonomik lebih besar dibandingkan pendekatan resiko tinggi, dengan demikian dalam hal biaya dan keuntungan pendekatan populasi lebih unggul.

b. Metode

Metode yang digunakan dalam promosi kesehatan secara garis besar dibagi menjadi metode *didaktik* yaitu metode yang didasarkan pada cara satu arah (*one way method*), contohnya : siaran radio, tv, tulisan media cetak dan film, sedangkan jenis metode yang kedua yaitu *sokratik* (metode dua arah atau *two way traffic*), contohnya : diskusi kelompok, diskusi panel, diskusi buzz, diskusi forum, seminar, symposium, lokakarya, konferensi, demonstrasi, role play, module, *brain storming* Machfoedz, I & Suryani, E, 2008).

Metode promosi reproduksi kesehatan yang pernah dilakukan di Jindodhero, Aahung, Karachi, India adalah model *theatre for development* (TfD). Model promosi yang menggunakan sarana teater dengan partisipasi aktif masyarakat bersangkutan. Metode ini berkembang pada akhir tahun 1960 dan 1970-an yang bertujuan pada pergerakan social (*social movement*) dan perubahan social (*social change*) (Emilia, O.,Prabandari, S. Y. & Supriyati, 2017).

Media promosi juga merupakan factor penting sebagai sarana atau upaya untuk menyampaikan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator kepada komunikan/audiens/masyarakat (Notoatmodjo, S, 2010). Untuk mencapai tujuan program memang diperlukan berbagai metode

promosi kesehatan, agar saling melengkapi sehingga tujuan dari program bisa tercapai.

Dari paparan diatas dapat dilihat bahwa gizi dan jangkauan peran promosi kesehatan dalam meningkatkan derajat kesehatan reproduksi wanita sangatlah penting. Oleh karena itu, petugas kesehatan di garda depan yang langsung memberikan pelayanan kepada wanita harus memiliki pemahaman dan penguasaan tehnik-tehnik promosi kesehatan yang baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Arisman. (2009). *Gizi dalam Daur Kehidupan*. Jakarta: EGC
- Budiarti, A & Utami. (2001). Konsumsi Makanan Cepat Saji Pada Remaja Di Surabaya. *Jurnal Ilmu Kesehatan MAKIA*, Vol.11 No.2, E - ISSN: 2549-9327, P - ISSN : 2407-6309
- Elliana, D., & Murniwati, A., (2017). Hubungan tingkat status gizi wanita menopause dengan perubahan fisik pada masa menopause kota semarang. *Jurnal Kebidanan*. Vol 6, No 2
- Emilia, O., Prabandari, S. Y. & Supriyati. (2017). *Promosi Kesehatan dalam Lingkup Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press
- Hutasuhut, Masrlina R. (2020). Hubungan Konsumsi Junk Food Dan Media Informasi Terhadap Menarche Dini Pada Remaja Putri. *MOTORIK Journal Kesehatan*.
<https://media.neliti.com/media/publications/516386-hubungan-konsumsi-junk-food-dan-media-in-9af01f29.pdf>
- Kemenkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Tahun 2013*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Klein NA, Soules MR. (2004). *Endocrine changes of the menopause*. Clin Obstet Gynecol
- Lestari, S., Majidah, L & Sartika, A. (2020). *Hubungan Konsumsi Makanan Cepat Saji Dengan Anemia Defisiensi Zat Besi Pada Remaja Usia 10 - 19 Tahun*.

- <https://repo.stikesicme-jbg.ac.id/4567/7/ARTIKEL%20DIVIA.pdf>
- Ligita, O., & Kumala, M. (2020). Hubungan asupan kalsium dengan kejadian dismenorea primer pada mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara angkatan 2016. *Tarumanagara Medical Journal*. Vol. 2, No. 2, 337-342
- Machfoedz, I & Suryani, E. (2008). *Pendidikan Kesehatan Bagian dari Promosi Kesehatan*. Yogyakarta : Fitramaya
- Marmi. (2013). *Gizi dalam Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- [Newton](#), Edward R. (2007). [*Management of High-Risk Pregnancy: An Evidence-Based Approach. Fifth Edition.*](#) Massachusetts : Blackwell Publishing
- Notoatmodjo, S. (2010). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*. Jakarta : Rineka Cipta
- Nuraeni. (2017). Pengaruh Senam Dismenore Terhadap Penurunan Nyeri Pada Remaja Putri Smk 1 Tapango Kecamatan Tapango Kabupaten Polewali Mandar. *Jurnal Ilmiah Bidan*, VOL.II, NO.1
- Peraturan Pemerintah (PP) No. 61. (2014). *Kesehatan Reproduksi*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/5502/pp-no-61-tahun-2014>
- Rahayu, A., Yulidasari, F., Putri, O. & Anggraini, L. (2019). *Buku Referensi Metode ORKES-Ku (Raport*

- Kesehatanku) Dalam Mengidentifikasi Potensi Kejadian Anemia Gizi Pada Remaja Putri*. Yogyakarta : CV Mine Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018*. http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorpop_2018/Hasil%20Riskesdas%202018.pdf
- Schorge et al. (2008). *Menopause dalam Williams Gynecology*. edisi 23. New York: The McGraw-Hill Companies
- Undang–Undang (UU) No. 36. (2009). *Kesehatan*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38778/uu-no-36-tahun-2009>
- WHO. (2007). *Reproductive Health*. <https://www.who.int>
- Wicaksono, Putri. (2021). *Pola Konsumsi Junk Food Pada Remaja Di Kota Bekasi* <https://ereport.ipb.ac.id/id/eprint/6418/1/J3F118077-01-Olyvia%20Wicaksono-Cover.pdf>

PROFIL PENULIS

Ns. Siti Munawaroh, M.Kep

Penulis lahir di Semarang, 24 Desember 1982. Anak terakhir dari dua bersaudara. Setelah menyelesaikan pendidikan dasar dan menengah di kota Semarang, penulis bekerja dulu 2 tahun baru menempuh pendidikan S1 Keperawatan di STIKES Kendal lulus tahun 2008.

Selanjutnya penulis mendapat gelar Magister Keperawatan (M.Kep) di Universitas Diponegoro Semarang tahun 2018. Pengalaman mengajar dari tahun 2009 sampai sekarang di Apker Muhammadiyah Kendal yang sekarang menjadi Universitas Muhammadiyah Kendal Batang. Selain sebagai pengajar penulis juga sebagai editor jurnal institusi Jurnal Surya Muda yang sudah terakreditasi sinta 4. Semoga sedikit ilmu pengetahuan yang disampaikan oleh penulis melalui buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca. Email penulis : siti.muna31@yahoo.co.id

BAB 19 EPIDEMIOLOGI DAN MANFAAT KESEHATAN REPRODUKSI

**Hilda Sulistia Alam, SST., M.Tr.Keb, Bdn
Politeknik Baubau**

A. PENDAHULUAN

Indikator Kesehatan masyarakat sangat erat kaitannya dengan epidemiologi suatu kasus pada suatu daerah tertentu. Epidemiologi berasal dari bahasa Yunani, yaitu *epi* yang artinya pada, *demo* yang artinya penduduk dan *logos* yang artinya ilmu. Epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari tentang hal-hal yang terjadi pada masyarakat. Epidemiologi merupakan wabah penyakit terutama yang menular secara cepat dan tak terduga pada suatu wilayah tertentu (Muslih et al., 2014).

Berikut pengertian epidemiologi dari beberapa ahli:

1. Menurut Mausner dan Kramer epidemiologi adalah studi tentang distribusi dan determinan dari penyakit dan kecelakaan pada populasi manusia
2. Menurut Omran epidemiologi adalah suatu studi mengenai terjadinya distribusi keadaan kesehatan, penyakit dan perubahan pada penduduk, begitu juga determinannya dan akibat-akibat yang terjadi pada kelompok penduduk
3. Menurut Mac Mahon dan Pugh epidemiologi adalah cabang ilmu yang mempelajari penyebaran penyakit dan

faktor-faktor yang menentukan terjadinya penyakit pada manusia

4. Menurut W.H. Frost epidemiologi adalah suatu ilmu yang mempelajari timbulnya, distribusi dan jenis penyakit pada manusia menurut waktu dan tempat
5. Menurut Azrul Azwar epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari tentang frekuensi dan penyebaran masalah kesehatan pada sekelompok manusia serta faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan

Dari pengertian di atas, dapat disimpulkan komponen yang ada dalam epidemiologi

1. Frekuensi Masalah Kesehatan

Frekuensi masalah kesehatan menunjukkan besarnya masalah kesehatan yang terdapat pada sekelompok manusia/ masyarakat. Artinya bila dikaitkan dengan masalah penyakit menunjukkan banyaknya kelompok masyarakat yang terserang penyakit, untuk mengetahui frekuensi masalah kesehatan yang terjadi pada sekelompok orang atau masyarakat, harus dilakukan langkah-langkah sebagai berikut

2. Menentukan Masalah Kesehatan Melalui cara:
 - a. Pasien yang berobat ke Puskesmas terutama penyakit menular yang berbahaya dapat menimbulkan wabah penyakit
 - b. Laporan dari Masyarakat yang datang ke Puskesmas
 - c. Kunjungan rumah, dalam rangka perawatan keluarga

- i. Penelitian/surei Kesehatan
 - ii. studi kasus
3. Penyebaran (distribusi) masalah Kesehatan
Menunjukkan pengelompokan masalah menurut keadaan waktu, tempat dan menurut orang
4. Faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya masalah Kesehatan (determinan)
Menunjukkan faktor penyebab dari suatu masalah kesehatan baik yang menerangkan frekuensi, penyebaran atau yang menerangkan penyebab dari suatu masalah kesehatan itu sendiri. Faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan adalah
 - a. mempelajari timbulnya penyakit pada setiap kelompok penduduk terhadap factor risiko yang ada
 - b. Menyusun hipotesis
 - c. Menguji hipotesis untuk membuktikannya
 - d. Menarik kesimpulan

B. METODE-METODE EPIDEMIOLOGI

Terdapat 2 tipe pokok pendekatan (metode) dalam epidemiologi yaitu: epidemiologi deskriptif dan epidemiologi analitik

1. Epidemiologi Deskriptif

Epidemiologi deskriptif mempelajari tentang bagaimana frekuensi penyakit berubah menurut perubahan variable-variabel epidemiologi yang terdiri dari orang (person), tempat (place), dan waktu (time)

Orang (*person*)

- a. **Umur** adalah variable yang selalu diperhatikan dalam penyalidikan epiemiologi. Angka kesakitan dan kematian hampir semua keadaan menunjukkan hubungan dengan umur. Infeksi HIV yang dilaporkan berdasarkan kelompok umur yaitu paling tinggi pada umur 25-49 tahun (69,6%) (Firmansyah et al., 2018)
- b. **Jenis kelamin** Angka pada data di luar negeri menunjukkan bahwa angka kesakita lebih tinggi di kalangan wanita sedangkan angka kematian lebih tinggi di kalangan pria pada semua golongan umur. Tapi untuk Indonesia hal tersebut masih perlu dipelajari lebih lanjut
- c. **Kelas sosial** adalah variable yang sering dilihat hubungannya dengan angka kesakita atau kematian, variable ini menggambarkan tingkat kehidupan seseorang
- d. **Jenis pekerjaan** dapat berperan dalam timbulnya penyakit melalui beberapa jalan. Penelitian mengenai hubungan jenis pekerjaan dan pola kesakitan banyak dikerjakan di Indonesia terutama pola penyakit kronis, misalnya penyakit jantung, tekanan darah tinggi dan kanker
- e. **Penghasilan** Seseorang kurang memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada mungkin oleh karena tidak mempunyai cukup uang untuk membeli obat,

membayar transport. Semakin tinggi penghasilan seseorang maka semakin mudah mendapatkan pelayanan Kesehatan yang baik sehingga dapat meningkatkan daya tahan tubuh. (Damayati, 2015)

- f. **Etnis** Berbagai golongan etnik dapat berbeda di dalam kebiasaan makan, susunan genetika, gaya hidup dan sebagainya yang dapat mengakibatkan perbedaan angka kesakitan dan kematian
- g. **Status Pernikahan** etrdapat hubungan status pernikahan dangn kesekitan maupun kematian
- h. **Besar dan struktur keluarga** karena penghasilan keluarga harus digunakan oleh banyak orang

Tempat (*Place*)

Pengetahuan mengenai distribusi geografis dari suatu penyakit

berguna untuk perencanaan pelayanan kesehatan dan dapat memberikan penjelasan mengenai etiologi penyakit

Perbandingan pola penyakit sering dilakukan antara:

- a. Batas daerah pemerintahan
- b. Kota dan pedesaan
- c. Daerah berdasarkan batas alam
- d. Negara
- e. Regioanal

Dalam memperbandingkan angka kesakitan atau kematian antardaerah (tempat) perlu diperhatikan terlebih dahulu di tiap-tiap daerah

- a. Susunan umum
- b. Susunan kelamin
- c. Kualitas data
- d. Derajat representative

Waktu (*time*)

Mempelajari hubungan antara waktu dan penyakit merupakan kebutuhan dasar di dalam analisis epidemiologis. Oleh karena itu, perubahan-perubahan penyakit menurut waktu menunjukkan adanya perubahan faktor-faktor etiologis.

Melihat panjangnya waktu terjadinya perubahan angka kesakitan, maka dibedakan

- e. Fluktuasi jangka pendek atau epidemic ini memberikan petunjuk bahwa : penderita terserang penyakit yang sama dalam waktu bersamaan atau hampir bersamaan waktu inkubasi rata-rata pendek
- f. Perubahan-perubahan secara siklus
- g. perubahan secara siklus ini didapatkan pada keadaan timbul dan memuncaknya angka-angka kesakitan atau kematian terjadi berulang-ulang tiap beberapa bulan, tiap tahun atau tiap beberapa tahun, peristiwa semacam ini dapat terjadi baik pada penyakit infeksi maupun pada penyakit bukan infeksi

h. Perubahan-perubahan angka kesakitan yang berlangsung dalam periode waktu yang panjang, bertahun-tahun atau puluhan tahun yang disebut secular trends

2. Epidemiologi analitik

Pendekatan/metode ini digunakan untuk menguji data dan informasi-informasi yang diperoleh dari studi epidemiologi deskriptif.

C. SEJARAH DAN PERKEMBANGAN EPIDEMIOLOGI KESEHATAN REPRODUKSI

Istilah reproduksi berasal dari kata re yang artinya kembali, kata produksi yang berarti membuat atau menghasilkan. Sehingga istilah reproduksi mempunyai arti suatu proses kehidupan manusia dalam menghasilkan keturunan demi kelestarian hidupnya. Arti kesehatan reproduksi adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki seseorang. Pengertian sehat disini, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan, namun juga sehat secara mental dan sosial cultural

Epidemiologi kesehatan reproduksi adalah ilmu yang mempelajari tentang distribusi, frekuensi dan determinan penyakit atau masalah kesehatan reproduksi pada populasi atau kelompok. Distribusi dalam kesehatan reproduksi

adalah memahami kejadian yang berkaitan dengan masalah kesehatan reproduksi.

Epidemiologi menggambarkan kejadian menurut tempat, orang meliputi umur saat hamil dan bersalin, status perkawinan, paritas, pekerjaan, ras, kelas sosial dan sebagainya. Karakter tempat meliputi kota, desa, provinsi, batas wilayah, letak geografis (pegunungan/ pantai). Misalnya, persalinan dengan dukun di desa lebih tinggi (63 %) dibanding dengan di kota (32%), atau angka kejadian HIV/AIDS lebih tinggi terjadi di provinsi Papua.

Karakter waktu meliputi detik, menit, jam, bulan, tahun dan sebagainya. Misalnya setiap tahunnya komplikasi persalinan menyebabkan 200.000 kematian di dunia atau setiap jam terdapat 5 kematian ibu bersalin di Indonesia

Frekuensi dalam kesehatan reproduksi adalah upaya menguantifikasi kejadian dan mengukur besarnya masalah. Misalnya persalinan dengan dukun 63%, K1 mencapai 87 % dan K4 70 %. Determinan dalam kesehatan reproduksi adalah mencari faktor penyebab atau yang mempengaruhi suatu kejadian atau faktor yang memberi resiko. Misalnya, salah satu penyebab terjadinya Hemoragi Post-Partum (HPP) adalah anemia pada ibu

D. PENGGUNAAN METODE EPIDEMIOLOGI DALAM KESEHATAN REPRODUKSI

Epidemiologi memiliki manfaat yang sangat penting dalam kesehatan reproduksi. Adapun manfaat tersebut adalah sebagai berikut:

1. Sebagai tool (alat), selalu menanyakan siapa yang terkena, dimana dan bagaimana¹.
2. Sebagai metode/ pendekatan dalam penyelesaian masalah kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi
3. Diagnosis komunitas untuk menentukan penyebab moratlitas dan morbiditas
4. Melihat resiko individu dan pengaruhnya pada populasi atau kelompok kejadian (misalnya : flu burung, SARS

E. TUJUAN DIGUNAKANNYA METODE EPIDEMIOLOGI DALAM KESEHATAN REPRODUKSI

1. Menentukan besarnya masalah kesehatan reproduksi. Langkah yang diambil dalam menentukan besarnya masalah dengan menggunakan pertanyaan
2. Mengenal faktor penyebab dan transmisi. Untuk mengenal terjadinya penyebab masalah perlu dipikirkan bahwa :
3. Menjadi dasar untuk perencanaan, pelaksanaan dan penilaian. Contoh, untuk menurunkan insiden preeklampsia/eklampsia dan kematian prenatal

dilakukan intervensi penyuluhan kesehatan tentang nutrisi, tanda-tanda preeklampsia/eklampsia dan perlunya antenatal care (ANC) bagi ibu hamil. Evaluasi program, pada tahun 2003 sampai 2006 dilakukan surveilans untuk menilai efek intervensi. Hasilnya preeklampsia/eklampsia menurun dari 18 % menjadi 4 %. Kematian perinatal 10,8/1000 kelahiran menjadi 2/1000 kelahiran. Kesimpulan, intervensi berhasil menurunkan komplikasi kehamilan yang disebabkan preeklampsia/ eklampsia

4. Contoh pada identifikasi masalah ditemukan 1 dari 3 wanita di Amerika merokok, 1 diantara 4 wanita tetap merokok pada masa hamil dan prevalensinya terus meningkat. Pada tahun 1988 dilakukan surveilans di 4 negara bagian Amerika dengan pregnancy risk assessment monitoring system. Intervensi : uji efek penghentian kebiasaan merokok melalui konseling pada wanita yang ingin berhenti merokok, dibandingkan wanita yang masih tetap merokok. Hasil: wanita yang berhenti merokok sejak 5 bulan kehamilannya akan melahirkan bayi dengan berat badan lahir normal yang sama dengan ibu yang tidak merokok, tetapi ibu yang tidak berhenti merokok pada saat hamil akan melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR).

F. PENGERTIAN KESEHATAN REPRODUKSI

Pada dasarnya kesehatan reproduksi merupakan unsur yang dasar dan penting dalam kesehatan umum, baik untuk laki-laki dan perempuan. Selain itu, kesehatan reproduksi juga merupakan syarat esensial bagi kesehatan bayi, anak-anak, remaja orang dewasa bahkan orang-orang yang berusia setelah masa reproduksi. Kesehatan reproduksi secara umum menunjuk pada kondisi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial secara utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi, termasuk hak dan kebebasan untuk bereproduksi secara aman, efektif, tetap, terjangkau, dan tidak melawan hukum. Definisi kesehatan reproduksi mencakup kondisi di mana wanita dan pria dapat melakukan hubungan seks secara aman, dengan atau tanpa tujuan terjadinya kehamilan, dan bila kehamilan diinginkan, wanita dimungkinkan menjalani kehamilan dengan aman, melahirkan anak yang sehat serta di dalam kondisi siap merawat anak yang dilahirkan.

Batasan kesehatan reproduksi menurut *International Conference on Population and Development* adalah kesehatan secara fisik, mental, dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi, serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit atau kecacatan. Implikasi definisi kesehatan reproduksi berarti bahwa setiap orang

mampu memiliki kehidupan seksual yang memuaskan dan aman bagi dirinya, juga mampu menurunkan serta memenuhi keinginannya tanpa ada hambatan apa pun, kapan, dan berapa sering untuk memiliki keturunan. Dapat disimpulkan bahwa kesehatan reproduksi merupakan kondisi reproduksi seseorang yang sehat berkaitan dengan aspek fisik, psikis, dan sosial. Kondisi yang dikatakan sehat secara fisik adalah seseorang mampu untuk menjaga alat reproduksinya secara sehat, bebas dari segala macam penyakit yang dapat mengganggu fungsi reproduksinya. Sehat secara psikis artinya seseorang mempunyai persepsi dan sikap yang positif akan alat reproduksinya sehingga tidak merasa minder atau tidak percaya diri dengan dirinya. Sehat secara sosial artinya seseorang mempunyai perilaku yang baik berkaitan dengan fungsi reproduksinya sehingga tidak akan melakukan perilaku seks bebas. Dari penjelasan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa pengetahuan kesehatan reproduksi adalah informasi yang didapat tentang suatu keadaan fisik, psikis, dan sosial yang sehat yang berhubungan dengan fungsi dan proses reproduksi.

G. MANFAAT KESEHATAN REPRODUKSI

Pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi sangat diperlukan remaja. Hal ini dikarenakan dengan memiliki informasi dan pengetahuan yang benar maka

remaja akan banyak mengambil manfaat. Dampak positif dari pengetahuan yang benar mengenai kesehatan reproduksi yaitu dapat mencegah perilaku seks pranikah serta dampaknya termasuk Kehamilan Tidak Dinginkan (KTD), HIV/AIDS, dan IMS dapat dicegah. Remaja dapat mengambil keputusan apakah memang dia menginginkan atau tidak dengan pikiran yang sehat, karena remaja sudah mengetahui dampak positif negatifnya. Remaja akan bisa menghindari situasi-situasi yang membuat remaja terpaksa atau dipaksa untuk melakukan hubungan seksual. Seringkali, dalam suatu proses berpacaran, remaja diminta oleh pasangannya untuk melakukan hubungan seksual dengan alasan saling mencintai dan untuk membuktikan cinta tersebut ke pasangan. Remaja yang memahami informasi tentang kesehatan reproduksi dengan baik akan mampu menolak jika dipaksa oleh pasangannya untuk melakukan hubungan seksual. Remaja yang mempunyai pengetahuan yang benar mengenai kesehatan reproduksi dapat berhati-hati dalam melangkah. Remaja akan dapat memberikan penilaian mengenai patut tidaknya melakukan hubungan seksual dengan pasangannya sebelum menikah. Penilaian yang dibuat remaja tersebut dilakukan secara sadar bukan keterpaksaan.

H. DAMPAK DARI KURANGNYA PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI

Maraknya pergaulan bebas di kalangan remaja akhir-akhir ini, antara lain disebabkan kurangnya pengetahuan mereka tentang pendidikan seks yang jelas dan benar. pendidikan seks kebanyakan hanya diketahui dari penjelasan teman (yang belum tentu benar), membaca buku-buku porno, melihat gambar-gambar porno dari buku maupun internet, bisa juga dari penjelasan yang kurang lengkap dari orang tua. Semua pengetahuan yang serba tanggung ini, justru membuat banyak remaja malah mencoba mencari tahu dengan cara melakukannya sendiri sehingga resiko seperti Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) dan Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS. Salah satu dampak dari kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi adalah Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) Kehamilan Tidak Diinginkan (*unwanted pregnancy*) merupakan terminologi yang biasa dipakai untuk memberi istilah adanya kehamilan yang tidak dikehendaki oleh wanita bersangkutan maupun lingkungannya. Kehamilan pada remaja kan memberikan dampak negatif, khususnya pada resiko kesehatan. Bila kehamilan itu tidak diinginkan dan direncanakan, resiko akan lebih tinggi bagi ibu remaja dan bayinya. Kelahiran pertama secara khusus memiliki resiko lebih tinggi daripada kelahiran-kelahiran berikutnya. Remaja

perempuan yang melahirkan untuk pertama kalinya memiliki probabilitas lebih tinggi untuk terkena hipertensi, termasuk *preeclampsia* dan *eclampsia*, kondisi ini ditandai dengan adanya protein dalam urine, tekanan darah tinggi dan edema. Angka kematian bayi secara khusus lebih tinggi bagi ibu-ibu remaja daripada ibu-ibu yang lebih tua.

Dampak lain dari kurangnya pengetahuan kesehatan reproduksi yaitu dapat terinfeksi Penyakit Menular Seksual (PMS) yang merupakan penyakit menular melalui hubungan seksual (hubungan kelamin) tidak sehat. Penyakit yang menular ini akan lebih beresiko bila melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan baik melalui vagina, oral maupun anal. Saat ini istilah penyakit menular seksual yang dikenal dengan istilah PMS, umumnya dikalangan medis lebih dikenal dengan istilah *Sexually Transmitted Diseases* (STD). Pada laki-laki, gejala PMS mudah dikenali/dirasakan. Sementara pada wanita, sebagian besar tanpa gejala sehingga cenderung tidak mencari pengobatan. Jenis-jenis penyakit menular seksual yang banyak ditemukan di Indonesia menurut yaitu Gonore, Sifilis (Raja Singa), Herpes Genitalis, Trikomoniasis Vaginalis, Chancroid, Klamidia, Kandiloma Akuminata (Genital Warts/HPV). Efek jangka Panjang pada spek demografi karena tingginya proporsi kelompok umur produktif yang lebih mudah terkena penyakit HIV/AIDS. (Sumini et al., 2017). Pada remaja

yang pengetahuan tentang kesehatan reproduksinya rendah, akan mengambil keputusan untuk melakukan seks bebas dengan dasar pengetahuan yang terbatas. Remaja kurang memahami bagaimana proses kehamilan bisa terjadi, sehingga remaja bisa hamil tanpa diinginkan dan bagaimana Penyakit Menular Seksual (PMS) dapat menyebar sehingga untuk terjangkit virus dan penyakit tersebut akan semakin mudah. 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.

I. ASPEK ASPEK PENGETAHUAN KESEHATAN REPRODUKSI

Berikut ini merupakan aspek-aspek dari pengetahuan kesehatan reproduksi

1. Proses reproduksi

Proses reproduksi ini berkaitan dengan tahap-tahap yang ada dalam suatu proses reproduksi.

2. Perkembangan seksualitas

Perkembangan seksualitas merupakan tahap-tahap yang dilalui dalam hal perkembangan potensi dan organ-organ seksualnya. Perubahan tubuh ini disertai dengan perkembangan bertahap dari karakteristik seksual primer

dan karakteristik seksual sekunder. Karakteristik seksual primer mencakup perkembangan organ-organ reproduksi, sedangkan karakteristik seksual sekunder mencakup perubahan dalam bentuk tubuh sesuai dengan jenis kelamin, misalnya: pada remaja putrid ditandai dengan pembesaran buah dada dan pinggul, sedangkan pada remaja putra mengalami pembesaran suara, tumbuh buah dada, kaki serta kumis.

3. Menstruasi

Menstruasi adalah proses alamiah yang terjadi pada perempuan. Menstruasi merupakan keluarnya darah haid yang dialami perempuan setiap bulannya. Menstruasi ini merupakan tanda bahwa perempuan sudah matang secara seksual. Menstruasi biasanya terjadi untuk pertama kali pada usia 12-16 tahun. Lama menstruasi . Jumlah darah yang hilang selama satu periode menstruasi normal 20-25 CC (Susilo;, 2019).

4. Mimpi basah

Mimpi basah pertama terjadi pada masa remaja laki-laki kira-kira usia 9-14 tahun. Mimpi basah umumnya terjadi secara periodic, berkisar setiap 2-3 minggu. Mimpi basah merupakan pengeluaran cairan sperma yang tidak diperlukan secara alamiah. Ketika testis mulai bereproduksi, maka setiap hari testis memproduksi sperma. Jika produksi air mani tidak disalurkan keluar (misalnya dengan cara senggama atau masturbasi) maka air

mani keluar dengan sendirinya pada saat tidur baik melalui mimpi atau tidak (Kusmiran, 2011: 21).

5. Pemeliharaan Organ reproduksi

Pemeliharaan organ reproduksi adalah tata cara perawatan organ-organ reproduksi.

6. Kehamilan

Kehamilan akan terjadi bila sel telur bertemu dengan sperma yang disebut dengan fertilisasi. Fertilisasi ini akan terjadi ketika hubungan intim (*coitus*) dilakukan pada masa subur. Masa subur pada wanita dengan siklus menstruasi 28 hari diperkirakan pada sekitar hari ke-14 dari hari pertama menstruasi. Sebagian besar remaja tidak mengetahui dalam tahap apa dari siklus menstruasi perempuan yang menyebabkan kehamilan. (Alam & Altahirah, 2021).

J. HAMBATAN-HAMBATAN DALAM MEMPEROLEH PENGETAHUAN YANG BENAR MENGENAI KESEHATAN REPRODUKSI

Dalam memperoleh pengetahuan yang benar mengenai kesehatan reproduksi saat ini sebenarnya tidak sulit. Saat ini banyak sumber-sumber informasi yang bisa dipilih oleh remaja, seperti buku-buku, internet, lembaga-lembaga yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi. Namun, sumber-sumber tersebut bisa jadi menyesatkan, terutama sumber informasi diinternet. Di internet, remaja bisa mencari segala macam informasi mengenai kesehatan

reproduksi, tetapi ketika remaja mencari informasi mengenai kesehatan reproduksi, maka bisa jadi yang muncul gambar-gambar porno yang justru akan merangsang remaja melakukan hubungan seksual karena pada masa remaja hormon seks dalam tubuhnya mulai berfungsi dan siap untuk melakukan tugasnya, yaitu dengan berkembang biak memperbanyak keturunan. Perubahan hormon itu ditandai dengan kematangan seks, sehingga dorongan seks yang timbul semakin meluap. Dorongan tersebut akan semakin liar jika tidak diberi bimbingan yang benar tentang perubahan ini. Peran orang tua dan lembaga terkait untuk memberikan informasi yang tepat mengenai kesehatan reproduksi pada remaja perlu ditingkatkan.

Kadang untuk membicarakan kesehatan reproduksi ada hambatan-hambatannya yaitu tabu untuk diperbincangkan. Menurut Imron di dalam keluarga juga masih terkonstruksi bahwa seksualitas adalah masalah yang tabu untuk diperbincangkan, bahkan dikonsultasikan. Dengan demikian, orang tua cenderung enggan untuk menjelaskan perihal seksualitas atau kesehatan reproduksi secara transparan kepada anaknya meskipun sudah menginjak usia remaja. Orang tua masih menganggap bahwa seksualitas murni konsumsi orang dewasa yang sudah menikah atau berkeluarga, bukan remaja maupun anak-anak. Remaja masih dianggap belum layak untuk

membicarakan perihal seksualitas atau kesehatan reproduksi. Oleh karena itu, orang tua cenderung tertutup apabila anaknya menanyakan masalah seksualitas atau kesehatan reproduksi. Padahal Orang tua harus memberikan informasi yang sejelas-jelasnya dan terbuka, kapan saja, sampai si anak benar-benar mengerti apa yang dimaksud. Lebih baik dari orang tuanya pengetahuan seks ini diketahui daripada diperoleh dari khayalan sendiri, teman, internet, buku-buku ataupun film-film porno yang kini banyak dijual bebas yang dapat menjerumuskan mereka sendiri dalam perilaku seksual pranikah Ditinjau dari pandangan psikoanalisis, tabunya pembicaraan mengenai seks tentunya disebabkan karena seks dianggap sebagai bersumber pada dorongan-dorongan naluri di dalam “id”. Dorongan-dorongan naluri seksual ini bertentangan dengan dorongan “moral” yang ada dalam “super ego”, sehingga harus ditekan, tidak boleh dimunculkan pada orang lain dalam bentuk tingkah laku terbuka. Karena itu, remaja (dan juga banyak orang dewasa) pada umumnya tidak mau mengakui aktivitas seksualnya dan sangat sulit diajak berdiskusi tentang seks, terutama sebelum ia bersenggama pertama kalinya. Tabu-tabu ini jadinya mempersulit komunikasi. Dengan mengatasi hambatan-hambatan, maka orang tua atau lembaga-lembaga terkait dapat menjadi sumber informasi yang dapat dipercaya dan faktual mengenai kesehatan reproduksi,

termasuk pencegahan kehamilan dan penyakit menular seksual.

DAFTAR PUSTAKA

- Alam, H. S., & Altahirah, S. (2021). The use of corn in trimester I pregnant women against complaints of trimester I pregnant women at Lohia District, Muna Regency, Southeast Sulawesi in 2020. *Jurnal Ners Dan Kebidanan Indonesia*, 9(1), 53.
[https://doi.org/10.21927/jnki.2021.9\(1\).53-59](https://doi.org/10.21927/jnki.2021.9(1).53-59)
- Damayati, D. S. (2015). Gambaran Epidemiologi Infeksi Oportunistik Tuberkulosis Pada Penderita HIV di Puskesmas Percontohan HIV / AIDS Kota Makassar Tahun 2015. *Higiene*, 2(1), 7.
- Firmansyah, F., Asrifuddin, A., Kalesaran, A. F. C., Studi, P., Kesehatan, I., Universitas, M., & Ratulangi, S. (2018). *GAMBARAN EPIDEMIOLOGI DAN PENGETAHUAN HIV / AIDS PADA WARIA DI KOTA MANADO TAHUN 2018*. 7.
- Muslih, R, E., & Nurhendratno, S. S. (2014). Desain Pola Struktur Mapping Schema Untuk Sinkronisasi Dan Integrasi Multidatabase Terdistribusi Dalam Mengelola Data Epidemiologi. *Prosiding SNATIF*, 241–250.
- Sumini, S., Hadisaputro, S., Anies, A., Laksono, B., & Sofro, M. A. (2017). Faktor Risiko yang Berpengaruh terhadap Kejadian HIV/AIDS pada Pengguna Napza Suntik (Studi Epidemiologi Di Kota Pontianak). *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Komunitas*, 2(1), 36.
<https://doi.org/10.14710/jekk.v2i1.3993>

Susilo;, H. R. P. (2019). HUBUNGAN POLA MENSTRUASI DAN TINGKAT KONSUMSI ZAT BESI DENGAN KEJADIAN ANEMIA PADA REMAJA PUTRI. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 10(1), 1–11.

PROFIL PENULIS



Hilda Sulistia Alam

Lahir di Bandung, 14 Juni 1990. Lahir dari Ayah bersuku Buton dan Ibu bersuku Sunda. Hijrah ke Baubau sebuah kota kecil di Propinsi Sulawesi Tenggara menghabiskan waktu kecil di kota ini bersama kedua orangtua yang bertugas sebagai PNS. Penulis menyelesaikan pendidikan (D-3) di Akademik Kebidanan Yayasan Kesehatan Nasional Baubau pada tahun 2012. Pada tahun 2012 Penulis bekerja sebagai seorang bidan di salah satu Rumah Sakit Bersalin Swasta di Kota Baubau sebelum melanjutkan pendidikan (D-4). Gelar Sarjana Sains Terapan diperoleh pada tahun 2014 dari STIKes Jendral Achmad Yani Cimahi. Menyelesaikan pendidikan (S-2) terapan kebidanan di STIKes Dharma Husada Bandung pada tahun 2019. Saat ini penulis sebagai dosen tetap Yayasan Kesehatan Nasional Baubau di Politeknik Baubau sejak 2014-sekarang. Pengampu mata kuliah : Dasar Asuhan Kebidanan, Gizi dalam Kesehatan Reproduksi, serta Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Ketertarikan akan menulis dimulai dengan diterbitkannya Buku Pertama yang berjudul “Upaya Mengurangi Nyeri Persalinan dengan Metode Akupresur”. Email : hildasulistialam@gmail.com

BAB 20 FERTILITAS DAN FEKUNDITAS

Husnul Khatimatun Inayah, S.Si.T, M.Kes
Universitas Islam Kalimantan Muhammad Arsyad Albanjari
Banjarmasin

A. PENDAHULUAN

Pertilitas sama dengan kelahiran hidup yaitu keluarnya bayi dari Rahim seorang perempuan dengan tanda – tanda kehidupan seperti menangis keras, bernafas adanya denyut jantung, mata membuka dan lain – lain. Indonesia termasuk negara dengan kepadatan penduduk yang tinggi, hal ini dapat dilihat dari jumlah penduduk Indonesia yang merupakan penduduk terpadat keempat didunia setelah Amerika Serikat. Indonesia merupakan negara berkembang dengan tingkat kepadatan penduduk yang cukup tinggi, ini merupakan masalah pokok yang harus dihadapi. Hakikatnya Angka Kelahiran adalah sebuah hal positif di sebuah negara dibanding tingginya angka kematian atau mortalitas karena angka mortalitas menggambarkan adanya konflik di negara tersebut. Tingkat kelahiran dapat memberikan dampak negative khususnya masalah ekonomi pada negara yg sedang berkembang, hal ini di perkuat dengan kenyataan kualitas penduduk yang masih rendah yang menjadikannya sebagai beban dalam pembangunan dari pada sebagai modal.

Umumnya kehamilan yang tidak diinginkan terjadi pada ibu yang berstatus dengan social ekonomi rendah. Kondisi akan menimbulkan masalah yang cukup rumit pada saat ibu mengalami kehamilan, persalinan dan bayi yang dilahirkan. Kecukan gizi pada ibu dan bayi sangat mempengaruhi kondisi saat ini, karena akan membawa akibat buruk pada ibu dan bayi bila gizi ibu hamil tidak mencukupi pada saat kehamilan, bahkan bisa berdampak meningkatkan angka kematian dan kesakitan ibu dan bayi saat kehamilan dan persalinan. Sementara itu kasus kehamilan tidak diinginkan tidak hanya terjadi pada ibu yang sudah menikah, tapi juga terjadi pada w/anita yang tidak menikah.

Melihat dari kondisi yang terjadi saat ini, tentu kita harus mempelajari fertilitas itu sendiri sehingga kita dapat dengan sadar dapat mengendalikan laju pertilitas dimasa mendatang. Fertilitas yang tidak terkendali berakibat pada ketimpangan terhadap beban pembangunan negara.

B. FERTILITAS

1. Definisi dan pengertian

Fertilitas atau "*fertility*" dalam Bahasa Inggrisnya berarti *reproductive performance* (Webster's, 1996). Fertilitas adalah suatu pengertian dalam demografi untuk menunjukkan tingkat penambahan jumlah anak (Hatmadji,2004). Fertilitas dalam demografi juga dapat

dikatakan sebagai hasil reproduksi yang nyata dari seorang wanita atau sekelompok wanita dengan kata lain fertilitas diartikan sebagai banyaknya bayi yang dilahirkan hidup. Menurut Pollard, (1974), Fertilitas adalah istilah yang dipergunakan dibidang demografi untuk menggambarkan jumlah anak yang benar – benar dilahirkan hidup. Fertilitas juga diartikan sebagai suatu ukuran untuk mengukur hasil reproduksi yang diperoleh dari hasil statistik jumlah kelahiran hidup.. Melihat dari definisi yang dihasilkan oleh para ahli sehingga dapat disimpulkan arti dari fertilitas adalah suatu ukuran dari hasil reproduksi dan dinyatakan dengan bayi yang lahir hidup maupun bayi yang dilahirkan mati.

Hatmadji, (2001) mendefinisikan fertilitas adalah kelahiran hidup (*live birth*), yaitu terlepasnya bayi dari rahim seorang perempuan dengan ada tanda-tanda kehidupan, misalnya berteriak, bernafas, jantung berdenyut, dan sebagainya.

Menurut Adioetomo dan Samosir, (2013) definisi fertilitas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh seseorang dalam keadaan hidup. Apabila pada waktu lahir tidak ada tanda-tanda kehidupan disebut dengan lahir mati (*still birth*) yang di dalam demografi tidak dianggap sebuah kelahiran. Di samping istilah fertilitas ada juga istilah fekunditas (*fecundity*) sebagai petunjuk kepada kemampuan fisiologis dan biologis seorang perempuan

untuk menghasilkan anak lahir hidup. Seorang perempuan yang secara biologis subur (*fecund*) tidak selalu melahirkan anak-anak yang banyak, misalnya dia mengatur fertilitas dengan abstinensi atau menggunakan alat-alat kontrasepsi. Kemampuan biologis seorang perempuan untuk melahirkan sangat sulit untuk diukur. Ahli demografi hanya menggunakan pengukuran terhadap kelahiran hidup (*live birth*).

Menurut Perserikatan Bangsa - Bangsa (PBB) atau *United Nations* (UN) dan *World Health Organization* (WHO), terdapat istilah yang dikenal dalam analisis fertilitas, diantaranya: Kosep – konsep dalam mengkaji fertilitas diantaranya (hatmadji,2001):

- a. Lahir hidup (*life bithh*), menurut WHO lahir hidup adalah kelahiran seorang bati tanpa memandang lamanya berda dalam kandungan, dimana bayi menunjukkan tanda – tanda kehidupan seperti bernafas yang ditandai dengan tangisan, adanya denyut nadi bayi, dan adanya gerakan – gerakan dari bayi.
- b. Lahir mati (*still birth*) yaitu kelahiran bayi dalam kandungan yang berumur minimal 28 minggu tanpa tanda tanda kehidupan missal tidak bernafas, tidak bergerak dan tidak ada denyut djantung atau nadi.
- c. Abortus adalah kematian bayi dalam kandungan dengan umur kurang dari 28 minggu, dimana bayi

tidak dapat hidup di dunia. Abortus ada dua macam yaitu:

- i. Abortus yang disengaja (*Induced Abortion*)
Abortus yang disengaja dikenal dengan istilah aborsi
- ii. Abortus yang tidak disengaja (*Spontaneous Abortian*).
Abortus yang tidak disengaja dikenal atau familier dengan nama keguguran.
- d. Masa reproduksi (*Childbearing age*) adalah masa – masa dimana perempuan mampu melahirkan atau disebut usia subur (15 – 49 tahun).

C. FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI FERTILITAS

Faktor – faktor yang berpengaruh pada fertilitas adalah faktor demografi dan non demografi.

1. Faktor demografi yaitu umur perkawinan, lama perkawinan, paritas, disrupsi perkawinan, dan proporsi wanita yang kawin.
2. Faktor non demografi yaitu kondisi tingkat Pendidikan, faktor sosial, ekonomi, dan budaya (Direktorat Kerjasama Pendidikan Kependudukan BKKBN, 2011). Tidak semua faktor-faktor yang diungkapkan di atas mempengaruhi fertilitas secara langsung, melainkan melalui variabel lain.

3. Menurut Davis dan Blake (1968) dalam (Ida Bagus Mantra 1985) variabel "lain" yang dimaksud yaitu disebut sebagai "variabel antara" (*intermediate variables*). Dalam karya tulisnya yang berjudul "*Social Structure and Fertility An Analytic Framework*", Davis dan Blake mengajukan tiga tahap penting dalam proses kelahiran yaitu:
 - a. Tahap hubungan kelamin (*intercourse*).
 - b. Tahap konsepsi (*conception*).
 - c. Tahap kehamilan (*gestation*).

Saat proses reproduksi seorang perempuan usia subur melalui tiga tahap yaitu hubungan kelamin, konsepsi, kehamilan dan kelahiran. Dalam menganalisa pengaruh sosial budaya terhadap fertilitas, dapat ditinjau dari faktor – faktor yang mempunyai kaitan langsung dengan ke empat proses di atas. Ketiga tahapan proses kelahiran tersebut dapat dirinci lagi menjadi 11 variabel yaitu :

1. Variabel – variable yang berpengaruh tahap hubungan kelamin (*intercourse*):
 - a. Usia pertama memulai hubungan seksual atau usia kawin
 - b. Selibat permanen atau proporsi Wanita yang tidak melakukan hubungan seksual atau berpantang hubungan seksual.
 - c. Masa reproduksi yang hilang karena perceraian, ditinggal suami karna pergi jauh dan meninggal.

- d. Abstenensia sukarela yaitu berhenti melakukan hubungan seksual secara sukarela
 - e. Abstenentia karena terpaksa contohnya seperti Impotensi, sakit, berisih sementara yang tidak dapat di hindari
 - f. Frekwensi Hubungan Sek.
2. Variabel – variable yang berpengaruh dalam tahap konsepsi (*conception*)
- a. Fekunditas dan infekunditas disebabkan karena hal – hal yang tidak disengaja
 - b. Fekunditas dan infekunditas yang disebabkan hal-hal yang disengaja
 - c. Kesuburan atau kemandulan yang disengaja atau pemakaian alat kontrasepsi.
3. Variabel - variable yang berpengaruh terhadap selamatnya kehamilan (*gestation*)
- a. Kematian janin/mortalitas janin karena faktor yang tidak disengaja/spontaneous abortian
 - b. Kematian janin karena faktor yang disengaja contoh Aborsi

Ketiga tahapan proses reproduksi yang dipaparkan di atas mencakup 11 variabel antara, yang digunakan untuk menganalisis tinggi rendahnya fertilitas antara suatu kelompok perempuan dengan kelompok perempuan lain.

Sebagai contoh, untuk membandingkan tingkat fertilitas antara negara maju dengan negara sedang berkembang atau antara kelompok masyarakat dengan tingkat sosial ekonomi tinggi dengan kelompok masyarakat yang memiliki tingkat sosial ekonomi rendah di dalam satu negara. Faktor-faktor sosial, ekonomi, dan budaya hanya dapat mempengaruhi fertilitas melalui satu atau beberapa variabel di antara 11 variabel antara. Salah satu contoh nyata terkait dengan uraian di atas adalah: analisis pengaruh tingkat pendidikan perempuan. Tingkat pendidikan perempuan akan mempengaruhi umur kawin sebagai salah satu variabel antara. Perempuan yang memiliki pendidikan lebih tinggi cenderung menikah pada umur yang lebih tua, sehingga fertilitasnya juga cenderung lebih rendah, atau dapat dilihat melalui variabel antara contoh pemakaian alat kontrasepsi. Perempuan yang mempunyai pendidikan lebih tinggi cenderung memiliki tingkat fertilitas yang lebih rendah dibandingkan perempuan yang memiliki pendidikan rendah, karena mereka umumnya menggunakan alat kontrasepsi.

D. PENGUKURAN FERTILITAS.

Pengukuran fertilitas ada dua macam pengukuran yaitu:

1. Pengukuran fertilitas tahunan atau vital rates yaitu mengukur jumlah kelahiran pada tahun tertentu

dihubungkan dengan jumlah penduduk yang berisiko untuk melahirkan pada tahun tersebut. Ukuran – ukuran fertilitas tahunan antara lain :

a. Tingkat Fertilitas Kasar (*Crude Birth Rate*)

kelahiran kasar atau *Crude Birth Rate (CBR)* yaitu Jumlah Kelahiran hidup pada suatu tahun tertentu, tiap 1.000 penduduk pada pertengahan tahun.

Dalam ukuran CBR jumlah kelahiran anak tidak dikaitkan pada Wanita secara langsung, melainkan secara menyeluruh dengan penduduk.

$$CBR = \frac{B}{P} \times k$$

dimana :

B = jumlah kelahiran dalam setahun

P = jumlah penduduk pertengahan tahun

k = konstanta = 1000

Kelemahan dalam perhitungan CBR adalah tidak memisahkan penduduk yang berisiko melahirkan (*exposed to risk*) yaitu perempuan usia reproduksi (15 – 44 tahun atau 15 – 49 tahun) dengan yang tidak berisiko melahirkan yaitu laki-laki, serta perempuan diluar usia reproduksi -- anak-anak atau orang tua. Kelebihan penggunaan ukuran CBR karena perhitungan ini sederhana karena hanya memerlukan keterangan tentang jumlah anak yang dilahirkan dan jumlah penduduk pada pertengahan tahun.

Contoh perhitungan :

Banyaknya kelahiran di Propinsi A pada tahun 2005 adalah 120.885 orang bayi, sedangkan banyaknya penduduk pada pertengahan tahun 2005 sebesar 3.526.900 orang.

dengan demikian, CBR Provinsi A pada tahun 2005 adalah :

$$\frac{120885}{3526900} \times 1000 = 34,2 \text{ perseribu penduduk}$$

Artinya: terdapat rata-rata 34,2 kelahiran perseribu penduduk di Propinsi A pada tahun 2005.

2. Tingkat fertilitas Umum (*General fertility Rate*)

Pengertian dari tingkat fertilitas umum atau GFR adalah Jumlah kelahiran per 1000 perempuan pada usia reproduksi dalam periode tertentu atau jumlah kelahiran hidup per 1.000 wanita usia subur (WUS) 15 – 49 tahun, pada tahun tertentu. Pada tingkat fertilitas kasar masih terlalu kasar karna membandingkan jumlah kelahiran dengan jumlah penduduk pertengahan tahun, sedangkan tingkat fertilitas umum atau GFR penyebutnya sudah tidak menggunakan penyebutnya tidak menggunakan penduduk pertengahan tahun lagi, tapi jumlah penduduk umur wanita pertengahan tahun umur 15 – 49 tahun.

$$\text{CBR} = \frac{B}{P_{f(15-49)}} \times k$$

Dimana :

GFR= Tingkat fertilitas umum

B = Jumlah kelahiran

$Pf_{(15-49)}$ = Jumlah penduduk wanita umur 15 - 49 tahun, pada pertengahan tahun.

K = Bilangan bernilai 1.000

Kelemahan penggunaan GFR yaitu pengukuran ini tidak membedakan kelompok umur, sehingga yang sudah berumur 40 tahun dianggap masih mempunyai resiko melahirkan, sama besar resikonya dengan Wanita berusia 20 tahun. Kelebihan pengukuran ini adalah pengukuran ini lebih cermat dari pada CBR karena hanya memasukan Wanita yang berusia 15 - 49 tahun sebagai penduduk yang “*exposed to risk*”.

Contoh perhitungan:

Banyaknya kelahiran di Provinsi A pada tahun 2005 adalah 120.885 orang bayi, sedangkan jumlah perempuan umur 15 – 49 tahun pada pertengahan tahun 2005 sebanyak 1.005.325 orang.

Dengan demikian, GFR Provinsi A pada tahun 2005 adalah:

$$\frac{120885}{1005325} \times 1000 = 120,5 \text{ perseribu penduduk perempuan}$$

usia 15-49 tahun

3. Tingkat Fertilitas menurut Umur (*Age Specific Fertility Rate*)

Tingkat fertilitas penduduk dapat dibedakan menurut jenis kelamin, umur, status perkawinan, dan suku bangsa. Kemampuan melahirkan diantara kelompok perempuan usia reproduksi (15-49) tahun bervariasi, karena itu diawali dengan menghitung tingkat fertilitas perempuan pada tiap-tiap kelompok umur (*age specific fertility rate*). Rumusnya sebagai berikut:

$$ASFR_i = \frac{B_i}{P_{fi}} \times k$$

Keterangan:

B_i = Jumlah kelahiran bayi pada kelompok umur interval tert

P_{fi} = Jumlah perempuan kelompok umur interval tertentu pada

pertengahan tahun

k = konstanta, biasanya bernilai 1.000

Kekurangan dari pengukuran ini membutuhkan data kelahiran setiap kelompok umur tertentu dan tidak menunjukkan ukuran fertilitas keseluruhan wanita usia 15-49 tahun. Kelebihan dari perhitungan ASFR lebih cermat dibanding GFR karena sudah membagi penduduk berdasarkan *exposed risk* dalam berbagai kelompok tertentu

sehingga memungkinkan dilakukan studi fertilitas berdasarkan kohor atau umur tertentu. Ukuran dasar perhitungan fertilitas dan reproduksi selanjutnya (TFR, GRR & NRR).

Contoh Perhitungan ASFR Provinsi A Tahun 2005

Umur	Penduduk Perempuan	Kelahiran	ASFR
(1)	(2)	(3)	$(4) = (3)/(2) \times 1000$
15 - 19	228511	10470	46
20 - 24	179456	27128	151
25 - 29	173246	33315	192
30 - 34	140957	32839	233
35 - 39	130400	11898	91
40 - 44	95006	4759	50
45 - 49	57749	476	8
Jumlah	1005325	120885	

2. Pengukuran Fertilitas kumulatif

Dalam pengukuran fertilitas kumulatif yang diukur adalah rata-rata jumlah anak yang dilahirkan oleh wanita waktu memasuki usia subur, sehingga melampaui batas reproduksinya umur (15-49) tahun. Ada 3 macam ukuran fertilitas kumulatif, yaitu:

- a. Tingkat Fertilitas Total/*Total Frtility Rate* (TFR)

Tingkat fertilitas total adalah jumlah kelahiran hidup bayi lakilaki dan perempuan tiap 1000 perempuan selama masa reproduksinya dengan cacatan:

- i. Seluruh perempuan tetap hidup sampai berakhir masa reproduksinya
- ii. Tidak terjadi perubahan pola tingkat fertilitas menurut umur pada periode waktu tertentu.

Riwayat fertilitas dari sejumlah perempuan kohor hipotesis selama masa reproduksinya tercermin dari TFR. Sebagaimana halnya dengan riwayat kematian dari tabel kematian penampang lintang (Cross sectional life table). Pengukuran TFR menggunakan data dasar Tingkat kelahiran menurut Kelompok Umur (ASFR_i). tingkat Kelahiran menurut Kelompok Umur benjang lima tahunan, diasumsikan sama dengan tingkat fertilitas menurut umur tunggal sama. Pengukuran TFR menggunakan rumus sebagai berikut:

$$3. TFR = 5 \sum ASFR_i$$

Keterangan:

TFR = Total Fertility Rate

Σ = Penjumlahan dari tingkat fertilitas menurut umur

ASFR_i = Tingkat fertilitas menurut umur ke 1 dari kelompok berjenjang

Tahunan dimulai dari 15 - 49 tahun.

Kelebihan dari TFR merupakan ukuran untuk keseluruhan Wanita usia 15 - 49 tahun yang memperhitungkan tingkat Kesuburan wanita pada masing - masing kelompok umur.

Contoh perhitungan:

Dari tabel sebelumnya (tabel perhitungan ASFR), TFR Provinsi A dapat dihitung sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \text{TFR} &= 5 (46+151+192+233+91+50+8) \\ &= 5 (772) \\ &= 3859 \text{ per } 1000 \text{ perempuan usia } 15 - 49 \text{ tahun atau} \\ &\text{rata-rata } 3,9 \text{ orang anak dilahirkan oleh tiap} \\ &\text{perempuan usia } 15 - 49 \text{ tahun.} \end{aligned}$$

b. Tingkat fertilitas Kotor atau *Gross Reproductive Rate* (GRR)

GRR adalah rata-rata jumlah anak perempuan yang dilahirkan oleh seorang perempuan selama hayatnya, dengan mengikuti pola fertilitas dan mortalitas yang sama seperti ibunya.

GRR dapat dihitung dengan cara:

- i. Jika diasumsikan rasio jenis kelamin (seks rasio) pada saat dilahirkan dari bayi yang dilahirkan oleh tiap kelompok usia adalah sama, maka:

$$\text{GRR} = \frac{100}{100+SR_o} \times \text{TFR}$$

Dimana : SR_o adalah seks rasio pada saat lahir.

Contoh perhitungan:

Jika diasumsikan seks rasio waktu lahir di Provinsi A pada tahun 2005 (dalam contoh sebelumnya) adalah 105, maka:

$$GRR = \frac{100}{100+105} \times 3859 = 1882,4 \text{ perseribu}$$
 perempuan usia 15 – 49 tahun atau rata-rata 1,88 orang anak yang dilahirkan oleh seorang perempuan selama hayatnya dengan mengikuti pola fertilitas dan mortalitas yang sama seperti ibunya.

- ii. Jika diketahui banyaknya bayi perempuan untuk masing-masing kelompok usia ibu, maka :

$$GRR = 5 \sum ASFR_{fi}$$

$ASFR_{fi}$ = ASFR yang dihitung hanya untuk kelahiran bayi perempuan pada kelompok umur reproduksi.

4. Contoh Perhitungan GRR Provinsi A Tahun 2005

Umur	Penduduk Perempuan	Kelahiran Bayi Perempuan	$ASFR_{fi}$
(1)	(2)	(3)	(4) = (3)/(2) × 1000
15 - 19	228511	5007	22

20 - 24	179456	13233	74
25 - 29	173246	16300	94
30 - 34	140957	16019	114
35 - 39	130400	5603	43
40 - 44	95006	2321	24
45 - 49	57749	210	4
Jumlah	1005325	58693	

$$GRR = 5 (22+74+94+114+43+24+4)$$

$$= 5 (374)$$

= 1872 per 1000 perempuan usia 15 – 49 tahun atau 1,9 tiap perempuan usia 15 – 49 tahun.

Artinya: rata-rata jumlah anak perempuan yang dilahirkan oleh seorang perempuan usia 15 – 49 tahun selama hayatnya dengan mengikuti pola fertilitas dan mortalitas yang sama seperti ibunya adalah sebanyak 1,9 orang.

iii. Tingkat Fertilitas Bersih atau *Net Reproductive Rate* (NRR)

Rata-rata jumlah anak perempuan yang dilahirkan oleh seorang perempuan, selama hayatnya akan tetap hidup sampai dapat menggantikan kedudukan ibunya, dengan mengikuti pola fertilitas dan mortalitas yang sama seperti ibunya.

$$\text{Rumus : } NRR = 5 \sum ASFR_{fi} \times {}^5L_x/L$$

${}^5L_x/L_0$ = probabilitas kematian bayi dalam usia reproduksi (dari tabel kematian)

Contoh Perhitungan NRR Provinsi A Tahun 2005

Umur	ASFRfi	Rasio masih hidup hingga usia ibunya	Bayi yang diharapkan tetap hidup per 1000 perempuan
(1)	(2)	(3)	(4) = (2) × (3)
15 - 19	22	0.9721	21.300
20 - 24	74	0.9701	71.535
25 - 29	94	0.9623	90.539
30 - 34	114	0.9587	108.951
35 - 39	43	0.9511	40.867
40 - 44	24	0.9402	22.969
45 - 49	4	0.9305	3.384
Jumlah			359.544

Dengan demikian, NRR Provinsi A pada tahun 2005 adalah :

$NRR = 5 \times 359.544 = 1797,72$ perseribu perempuan atau 1,8 per perempuan usia 15 – 49 tahun.

Ini berarti bahwa rata-rata jumlah anak perempuan yang dilahirkan seorang perempuan dan akan tetap hidup sampai dapat menggantikan ibunya adalah sebanyak 1,8 orang.

E. Dampak Fertilitas

Dalam analisis ekonomi fertilitas dibahas mengapa permintaan akan anak berkurang bila pendapatan meningkat. *New household economics* berpendapat bahwa (a) orang tua mulai lebih menyukai anak-anak yang berkualitas lebih tinggi dalam jumlah yang hanya sedikit sehingga 'harga beli' meningkat; (b) bila pendapatan dan pendidikan meningkat maka semakin banyak waktu (khususnya waktu ibu) yang digunakan untuk merawat anak. Jadi anak menjadi lebih mahal.

Apabila ada kenaikan pendapatan, aspirasi orang tua akan berubah. Orang tua menginginkan anak dengan kualitas yang baik. Ini berarti biayanya naik. Sedangkan kegunaannya turun sebab walaupun anak masih memberikan kepuasan akan tetapi balas jasa ekonominya turun. Di samping itu orang tua juga tak tergantung dari sumbangan anak. Jadi biaya membesarkan anak lebih besar daripada kegunaannya. Hal ini mengakibatkan *demand* terhadap anak menurun atau dengan kata lain fertilitas turun (Mundiharno, 1997).

Pendidikan menunjukkan pengaruh yang lebih kuat terhadap fertilitas dari pada variabel lain. Seorang dengan tingkat pendidikan yang relative tinggi tentu saja dapat mempertimbangkan berapa keuntungan financial yang diperoleh seorang anak dibandingkan dengan biaya yang harus dikeluarkan untuk membesarkannya. Para orang tua

akan tergerak untuk mementingkan kualitas daripada kuantitas anak, atau memberi kesempatan kepada istri dan ibu untuk bekerja demi menunjang pemeliharaan anak. Dengan demikian, salah satu cara untuk mendorong para keluarga agar menginginkan sedikit anak adalah dengan memperbesar kesempatan di bidang pendidikan dan membuka lapangan-lapangan pekerjaan berpenghasilan tinggi kepada kaum wanita.

Dalam masyarakat yang berpenghasilan rendah (terutama pada daerah pertanian dan pesisir), anak-anak dianggap sebagai sumber tenaga kerja dan sumber pendapatan yang penting bagi keluarga. Anak juga dinilai sebagai investasi hari tua atau sebagai komoditas ekonomi yang dapat disimpan di kemudian hari. Hal tersebut merupakan hubungan positif antara penghasilan dengan nilai anak. Berkorelasi negatif apabila penghasilan yang tinggi akan menilai anak bukan sebagai potensi, modal atau rezeki. Mereka menilai anak sebagai beban dalam keluarga. Sehingga semakin tinggi penghasilan maka persepsi nilai anak akan berkurang sehingga fertilitas akan menurun.

F. FEKUNDITAS

Dalam fokus studi Demografi, fertilitas (*fertility*) adalah jumlah kelahiran hidup, sedangkan fekunditas (*fecundity*) berfokus pada studi medis yaitu kapasitas biologi seseorang untuk bereproduksi. Fekundabilitas

adalah peluang untuk hamil dalam rentang siklus menstruasi, tanpa menggunakan alat kontrasepsi dan melakukan aktivitas seksual.

Fekundabilitas terbagi dua yaitu :

1. *Effective fecundability* adalah peluang untuk memperthankan kehamilan dalam kondisi janin hidup.
2. *Apparent Fecundability* adalah peluang untuk mampu melakukan konsepsi secara klinis.

Faktor - faktor yang mempengaruhi fekunditas

Faktor yang mempengaruhi fekunditas adalah semua unsur yang dapat mengganggu jalur biologi dalam perkembangan konsepsi.

1. Frekuensi dan waktu hubungan seksual

Hubungan seksual harus aktif saat mendekati waktu pelepasan telur dari ovarium untuk menghasilkan proses fertilisasi.

2. Usia

Kemampuan untuk hamil yang tinggi terjadi pada rentang wanita usia 20 tahun. Hasil penelitian menunjukkan fekundabilitas efektif terjadi pada rentang usia antara 26 - 29 tahun.

3. Laktasi

Proses laktasi dapat menekan ovulasi dan menyebabkan amenore. Menyusui dapat menurunkan kemampuan wanita untuk hamil, tetapi waktu menyusui

yang panjang pada wanita tidak menurunkan kemampuan untuk hamil. Beberapa penelitian menunjukkan wanita tetap mampu untuk hamil diantara waktu menyusui.

4. Infeksi pada Pelvis atau Infeksi Panggul

Infeksi pada pelvis merupakan penyebab utama dalam menurunkan kemampuan untuk hamil dan sterilitas pada wanita.

5. Nutrisi

Status nutrisi dan keseimbangan energi dapat mempengaruhi kemampuan untuk hamil. Keadaan malnutrisi dan anorexia menyebabkan an ovulasi atau tidak ada pembuahan dan amenorhea sehingga mengganggu sistem hormonal.

6. Aktivitas

Aktivitas yang intens dan berat dapat mempengaruhi wanita untuk hamil, berhubungan dengan anovulasi dan amenorhea terutama pada aktivitas olah raga seperti lari maraton, balet dan senam.

7. Obesitas

Wanita yang mengalami obesitas memiliki resiko sulit untuk hamil dibandingkan dengan wanita yang berat badan normal dikarenakan tidak seimbang nya fungsi hormon endokrin.

8. Kontrasepsi Oral

Penurunan fertilitas dapat terjadi setelah beberapa bulan penghentian dari kontrasepsi oral, faktor yang menyebabkan adalah pengaruh hormon endokrin.

9. Obat-Obatan

Penggunaan obat-obatan tertentu dapat mempengaruhi fertilitas seperti obat tiroid, antidepresan, transquilizer dan obat asma.

10. Faktor prenatal

Dalam fase fetal, organ telur wanita dibentuk pada usia gestasi 6 bulan, pengaruh dalam masa reproduksi berhubungan dalam kualitas dari sel telur, mengganggu perkembangan saluran reproduksi.

11. Gaya Hidup

Perilaku merokok, alkohol, kafein dan stress psikologis dapat mempengaruhi kemampuan untuk hamil.

12. Paparan tempat kerja

Paparan lingkungan tempat kerja dapat menurunkan kemampuan untuk hamil. Jenis paparan seperti zat kimia fugigant dibromochloropropaene, oksida nitrogen, merkuri, antibiotik, dan sebagainya

DAFTAR PUSTAKA

- A Merriam-Webster. 1966. Webster's the Third New International Dictionary of the English Language, Massachusetts: Springfield.
- Adioetomo, SM, Samosir, OB 2013, Dasar-Dasar Demografi, Salemba Empat, Jakarta.
- BKKBN (2011). Greand desain pengendalin kualitas penduduk kota. Padang: BKKBN
- Junaidi, J., & Hardiani, H. (2009). Dasar--Dasar Teori Ekonomi Kependudukan. dari <https://repository.unja.ac.id/3787/> diakses pada 9 November 2022.
- Taraqi, KL (2021). Pengaruh social ekonomi terhadap fertilitas di Desa Karang Ketug kecamatan Gading Rezo Kota Pasuruan. (Disertasi Doktor Universitas Muhammadiyah Malang). dari <https://eprints.umm.ac.id/83054/> diakses pada 16 Desember 2022.
- Sudibia, I. K., Rimbawan, I. N. D., Marhaeni, A. I. N. A., & Rustariyuni, S. D. (2013). Studi Komparatif Fertilitas Penduduk Antara Migran Dan Nonmigran di Provinsi Bali. *Jurnal Kependudukan & Pengembangan Sumber Daya MANusia*, 9(2), 77-88. diakses pada 20 Desember 2022. dari https://scholar.google.com/scholar?hl=id&as_sdt=0%2C5&q=STUDI+KOMPARATIF+FERTILITAS+PENDUDUK+ANTARA+MIGRAN++DAN+NONMIGRAN+D

I+PROVINSI+BALI&btnG=#d=gs_qabs&t=166815223
1917&u=%23p%3DIALrUqPWOvEJ

- Jumliadi, M. (2020). Research Gap dan Model faktor yang mempengaruhi Tingkat Fertilitas : Studi literatur. JPP (Jurnal Kesehatan Poltekkes Palembang), 15(1), 52-60. <https://jurnal.poltekkespalembang.ac.id/index.php/JPP/article/view/467> diakses pada 11 November 2022.
- Indana, I., Sarmita, I. M., & Nugraha, A. S. A. (2022). Pengaruh Kondisi Ekonomi, Sosial dan Demografi Terhadap Karakteristik Fertilitas Tenaga Kerja Wanita di Kecamatan Gerokgak. Jurnal Pendidikan Geografi Undiksha, 10(2), 126-133. diakses tanggal 18 Desember 2022. dari <https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/JJPG/article/view/37063>
- Hatmadji, 2001. Fertilitas dalam dasar – dasar Demografi. Jakarta. Lembaga penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Mantra, Ida Bagus. 1985. Pengantar Studi Demografi. Nur Cahaya, Yogyakarta.
- Mantra, Ida Bagus. 2000. Demografi Umum. Yogyakarta. Pustaka Pelajar Offset.
- Mundiharno. 1997. Beberapa Teori Fertilitas. (online), diakses 18 Desember 2022
- Pollard. AH 1974. Demographic Techniques. Pergamon Press. Paris.

PROFIL PENULIS



Husnul Khatimatun Inayah

Penulis dilahirkan di kota Banjarmasin pada tanggal 22 Mei 1974 dan mempunyai latar belakang Pendidikan yaitu Program Pendidikan Bidan A DEPKES tahun lulus 1993, Akademi Kebidanan DEPKES / Program D III Kebidanan DEPKES, lulus tahun 1996, dan menyelesaikan D IV Bidan Pendidik lulus tahun 2001 di UGM Yogyakarta dan S2 KIA - KESPRO, UGM Yogyakarta lulus tahun 2008.

Pengalaman Mengajar Di Poltekkes Kemenkes Banjarmasin 2003 – 2012, dan Di Uniska MAB 2015 sampai sekarang dengan peminatan Kesro - gizi. Penulis memegang salah satu Mata Kuliah Pengendalian kependudukan dan fertilitas. Hal tersebut membuat penulis sangat tertarik untuk mengambil kesempatan menjadi bagian dalam menulis buku Kesehatan Wanita dan Reproduksi. Sebagai penulis pemula, Penulis sangat menyadari menyadari masih banyak kekurangan dalam penulisan buku ini. Penulis memiliki kepakaran dibidang kespro dan gizi. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, serta dedikasi sebagai dosen pengajar di bidang ilmu gizi, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian dibidang kespro dan gizi yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi . Email Penulis : husnulhlf@gmail.com

BAB 21 GENDER DALAM KELUARGA BERENCANA DAN KESEHATAN REPRODUKSI

**Eka Handayani, SST., Bdn., M.Kes
Universitas Islam Kalimantan MAB**

A. PENDAHULUAN

Gender merupakan sebuah kata yang sudah tidak asing lagi diketahui masyarakat. Gender adalah suatu sifat yang melekat pada laki-laki maupun perempuan yang dikonstruksi secara sosial maupun kultural. Gender yang berbeda pada pria dan wanita telah dimanfaatkan oleh ideologi patriarkhi untuk mendiskriminasikan wanita, tapi gender juga menghasilkan sifat-sifat yang positif pada pria dan perempuan. Keluarga Berencana (KB) adalah gerakan untuk mewujudkan keluarga sehat dan sejahtera dengan membatasi angka kelahiran. Keluarga berencana adalah program pemerintah yang dirancang untuk menyeimbangkan kebutuhan dan jumlah penduduk. Program keluarga berencana pemerintah menetapkan bahwa keluarga sebagai unit terkecil dari kehidupan nasional harus mencapai pertumbuhan yang seimbang Standar Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS).

Partisipasi masyarakat dalam program Keluarga Berencana (KB) merupakan unsur penting untuk menekan laju pertumbuhan penduduk di Indonesia. Saat ini sasaran program KB lebih dominan pada perempuan. Alat-alat

kontrasepsi yang ditawarkan oleh pemerintah lebih banyak digunakan oleh perempuan. Sebenarnya upaya untuk mengurangi angka kelahiran, bukan semata tanggung jawab perempuan, melainkan tanggung jawab kedua belah pihak yaitu suami dan istri. Isu ini sejalan dengan apa yang telah direkomendasikan di dalam konferensi internasional mengenai kependudukan dan pembangunan (*International Conference on Population and Development = ICPD*) di Kairo tahun 1994. Kesehatan reproduksi perempuan merupakan hal yang penting bagi perempuan di Indonesia. Masalah reproduksi tidak dapat dipisahkan dari kehidupan seksual dan tubuh manusia berkaitan dengan masalah kesehatan biologis wanita. Seperti dalam Catatan Tahunan 2020, Komnas Perempuan melaporkan hal tersebut terjadi Jumlah perempuan yang terinfeksi HIV meningkat sebanyak 203 kasus dibandingkan tahun sebelumnya sampai sekarang. Kesehatan reproduksi juga terkait dengan masalah non-biologis, seperti Realisasi hak reproduksi perempuan, disabilitas perempuan membuat keputusan reproduksi dan sikap dan perilaku di lingkungan biasanya lebih suka laki-laki. Masalah seksual terkait erat dengan kesehatan reproduksi wanita. Wanita yang menderita gangguan reproduksi biasanya terpengaruh mengalami kekerasan fisik dan seksual serta diskriminasi seorang wanita.

B. GENDER

1. Pengertian

Pengertian gender menurut Muhtar (2002), menurutnya gender dapat diartikan sebagai jenis kelamin sosial dengan kata lain konotasi masyarakat untuk mendefinisikan peran sosial berdasarkan gender. Istilah gender mengacu pada perbedaan karakter laki-laki dan perempuan karena struktur sosial budaya sesuai dengan sifat, posisi, status dan perannya dalam masyarakat. Istilah gender mengacu pada perbedaan antara jenis kelamin biologis laki-laki dan perempuan, khususnya perbedaan yang berkaitan dengan reproduksi dan reproduksi. Laki-laki ditandai dengan adanya sperma dan penis, dan perempuan dengan adanya sel telur, rahim, vagina dan payudara. Ciri-ciri seks biologis bersifat bawaan, permanen dan tidak dapat diubah. Jenis kelamin adalah cara pandang atau persepsi seseorang terhadap perempuan atau laki-laki yang tidak didasarkan pada perbedaan gender biologis yang alamiah. Gender dalam segala aspek kehidupan manusia menimbulkan perbedaan antara perempuan dan laki-laki, termasuk menciptakan status sosial perempuan yang lebih rendah dari laki-laki.

Gender adalah cara pandang atau persepsi manusia terhadap perempuan atau laki-laki yang bukan didasarkan pada perbedaan jenis kelamin secara kodrati biologis. Gender dalam segala aspek kehidupan manusia

mengkreasikan perbedaan antara perempuan dan laki-laki termasuk kreasi sosial kedudukan perempuan yang lebih rendah dari pada laki-laki.

Dalam memahami konsep seks, Mansour Fakih membedakan antara sex dan gender (jenis kelamin). Pengertian gender cenderung mencirikan atau memisahkan dua jenis kelamin manusia berdasarkan ciri-ciri biologis yang bersifat bawaan, dan tidak berubah. Dalam hal ini kita sering berbicara tentang tawaran atau "sifat" Tuhan. Pada saat yang sama, konsep gender merupakan karakteristik yang melekat pada laki-laki atau perempuan, yang dikonstruksi secara sosial dan budaya dan dapat berubah. Jadi segala sesuatu yang dapat dipertukarkan antara kualitas laki-laki dan perempuan, yang dapat berbeda dari waktu ke waktu, dari tempat ke tempat, atau dari kelas ke kelas, disebut seks. Jadi gender didefinisikan sebagai gender sosial sedangkan seks adalah gender biologis. Intinya karena konstruksi sosial, ada perbedaan peran, fungsi dan tanggung jawab antara laki-laki dan perempuan.

Dari pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa gender adalah peran antara laki-laki dan perempuan yang merupakan hasil konstruksi sosial budaya. Suatu peran atau sifat diasosiasikan dengan laki-laki karena, karena adat atau budaya, peran dan sifat tersebut biasanya hanya dimiliki oleh laki-laki dan perempuan. Suatu peran diberikan kepada perempuan karena didasarkan pada adat atau budaya, yang

pada akhirnya mengarah pada kesimpulan bahwa peran atau karakter tersebut hanya dimainkan oleh perempuan.

2. Sex (Jenis Kelamin Biologis)

Definisi jenis kelamin menekankan perbedaan karena perbedaan kromosom pada janin. Seperti yang dicatat Keshtan pada tahun 1995, gender bersifat biologis dan bawaan, sehingga tidak dapat diubah. Misalnya, hanya wanita yang bisa hamil dan hanya pria.

Jenis kelamin adalah sifat biologis manusia yang melekat sejak lahir dan hanya dapat diubah melalui pembedahan. Alat-alat ini menjadi dasar bagi seseorang untuk mengidentifikasi sebagai laki-laki atau perempuan. Definisi biologis seks atau gender adalah sifat atau pembagian dua jenis kelamin manusia yang ditentukan secara biologis, permanen (tidak dapat dipertukarkan antara laki-laki dan perempuan), bawaan, dan dikaruniai Tuhan sebagai laki-laki atau perempuan. Melalui penentuan jenis kelamin secara biologis ini, seseorang dikatakan laki-laki jika memiliki penis, jakun, kumis, janggut dan menghasilkan sperma. Seseorang dikatakan perempuan apabila ia memiliki vagina dan rahim sebagai alat reproduksi, memiliki alat untuk menyusui (payudara), serta mengalami proses kehamilan dan persalinan. Karakteristik biologis ini sama dari waktu ke waktu, lintas budaya, dan tidak dapat dipertukarkan.

3. Peran Gender

Peran gender adalah peran perempuan dan laki-laki menurut lingkungan, budaya, dan struktur masyarakat. Peran ini diajarkan kepada setiap anggota masyarakat, komunitas dan kelompok sosial tertentu yang dipersiapkan untuk peran perempuan dan laki-laki, empat jenis peran gender, yaitu:

a. Peran gender

Peran gender adalah peran perempuan dan laki-laki menurut status, lingkungan, budaya, dan struktur sosialnya. Peran itu diajarkan kepada setiap anggota masyarakat, komunitas dan kelompok sosial tertentu yang dipandang sebagai peran perempuan dan laki-laki. Peran laki-laki dan perempuan terbagi menjadi peran produktif, reproduktif dan sosial.

b. Peran produktif

Peran produktif mengacu pada kegiatan yang menghasilkan barang dan jasa untuk konsumsi dan perdagangan. Semua pekerjaan di pabrik, perkantoran, pertanian dan lainnya yang kategori industrinya digunakan untuk menghitung produk domestik bruto. Meskipun baik perempuan maupun laki-laki terlibat dalam ruang publik melalui kegiatan produktif, masyarakat tetap memandang laki-laki sebagai pencari nafkah. Misalnya, perempuan sering menjadi korban pemutusan hubungan kerja karena aktivitas laki-laki dianggap mencari uang.

c. Peran reproduksi

Peran reproduksi dapat dibedakan menjadi dua jenis, yaitu biologis dan sosial. Reproduksi biologis berarti kelahiran manusia baru, suatu kegiatan yang hanya dapat dilakukan oleh perempuan. Reproduksi sosial berarti semua perawatan dan perhatian yang diperlukan untuk memastikan rezeki dan kelangsungan hidup. Oleh karena itu, aktivitas reproduksi adalah aktivitas yang mereproduksi kerja manusia. Kategori ini meliputi mengasuh anak, memasak, memberi makan, mencuci, membersihkan, merawat dan tugas rumah tangga lainnya. Meskipun hal-hal tersebut penting bagi kelangsungan hidup manusia, namun kegiatan tersebut tidak dihitung sebagai pekerjaan atau kegiatan ekonomi, sehingga tidak terlihat, tidak dikenal dan tidak dibayar. Pekerjaan reproduksi biasanya dilakukan oleh perempuan, baik dewasa maupun anak-anak, di lingkungan rumah tangga. Pertanyaannya mengapa peran reproduktif pada hakekatnya menjadi tanggung jawab perempuan. Jawaban yang sering ditanyakan adalah bahwa sejak lahir sudah menjadi tanggung jawab perempuan untuk mengasuh dan menafkahi anak. Pendapat ini hilang ketika anda memahami apa itu gender. Laki-laki juga memiliki peran reproduksi, baik peran reproduksi biologis (pembuahan) maupun

peran reproduksi sosial karena pengasuhan dan pengasuhan anak tidak menggunakan kandungan.

d. Peran sosial (masyarakat)

Kegiatan masyarakat adalah semua kegiatan yang diperlukan untuk pelaksanaan dan organisasi masyarakat. Peran sosial perempuan adalah melakukan kegiatan bersama, misalnya pelayanan kesehatan di posyandu, partisipasi dalam kegiatan sosial budaya (kerja bakti, gotong royong, pembangunan jalan desa, dll). Semua aktivitas ini biasanya dilakukan secara opsional. Sementara itu, peran sosial laki-laki biasanya diatur di tingkat komunitas, misalnya RT, RW, kepala desa.

4. Penanganan Isu Gender

- a. Memberikan pelayanan berkualitas yang berorientasi kepada kebutuhan layanan berkualitas tinggi, berorientasi pada pelanggan tanpa perbedaan berdasarkan jenis kelamin atau status sosial.
- b. Penyediaan pelayanan kesehatan dengan mempertimbangkan perbedaan kebutuhan laki-laki dan perempuan karena sifatnya.
- c. Memahami sikap pria dan wanita terhadap penyakit dan sikap masyarakat terhadap wanita dan pria yang sakit.
- d. Memahami perbedaan perkembangan penyakit pada pria dan wanita.

- e. Layanan harus diadaptasi untuk mengatasi hambatan bagi laki-laki dan perempuan akibat perbedaan di atas.
- f. Perlakuan terpadu terhadap isu-isu gender dari berbagai sektor.
- g. Jaminan kesempatan yang sama untuk menerima sumber daya pembangunan dan partisipasi yang sama dalam semua proses pembangunan, termasuk keputusan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, perencanaan dan jumlah kelahiran.
- h. Mengelola sumber daya pengembangan dengan cara yang sama dan menuai manfaat yang sama dari hasil pengembangan.
- i. Mengatasi masalah kesetaraan gender yang terintegrasi dari berbagai sektor dan meningkatkan informasi kepada masyarakat umum dan menerapkan langkah-langkah untuk memperkuat kesetaraan gender dan kesetaraan gender.

C. KELUARGA BERENCANA

1. Pengertian Keluarga Berencana (KB)

Menurut Komite Ahli Organisasi Kesehatan Dunia pada tahun 1997 Keluarga berencana adalah suatu proses yang membantu pasangan suami istri menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, memiliki kelahiran impian yang nyata, mengatur jarak antar kehamilan,

mengontrol waktu kelahiran tergantung pada usia pasangan dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. Keluarga Berencana menurut Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1992 (Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembinaan Keluarga Sejahtera) adalah upaya untuk meningkatkan kesadaran dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan perkawinan (PUP), kontrasepsi, dukungan ketahanan keluarga dan reproduksi. kesejahteraan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. Keluarga Berencana adalah upaya untuk membatasi jumlah dan jarak kehamilan melalui kontrasepsi

Secara umum KB dapat dipahami sebagai suatu usaha yang mengatur jumlah kehamilan sedemikian rupa sehingga memberikan pengaruh positif bagi ibu, anak, ayah dan keluarganya serta tidak menimbulkan kerugian secara langsung melalui kehamilan tersebut. Dengan KB yang matang, diharapkan kehamilan menjadi hal yang sangat dinanti-nantikan agar tidak terjadi penghentian kehamilan melalui aborsi.

2. Konsep Keluarga Berencana

Keluarga Berencana merupakan salah satu upaya mencapai kesejahteraan dengan memberikan konseling perkawinan, pengobatan kemandulan, dan menjarangkan kelahiran. Keluarga Berencana adalah kegiatan yang membantu individu atau pasangan suami istri menghindari kelahiran yang tidak

diinginkan, menginginkan kelahiran, dan menentukan jarak kelahiran. Keluarga Berencana adalah suatu proses yang dilakukan oleh pasangan suami istri untuk menentukan jumlah dan jarak anak serta kapan mereka akan dilahirkan.

Tujuan KB adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga inti yang bahagia dan sejahtera dengan menekan angka kelahiran dan pertumbuhan penduduk di Indonesia. Selain itu, KB diharapkan dapat menghasilkan penduduk dan sumber daya manusia yang berkualitas, serta meningkatkan kesejahteraan keluarga. Sasaran program KB merupakan sasaran langsung, yaitu pasangan usia subur yang terus menerus berupaya menurunkan angka kelahiran melalui kontrasepsi, dan sasaran tidak langsung yang terdiri dari pelaksana dan pimpinan KB dengan menurunkan angka kelahiran. melalui kebijakan rakyat terpadu. Pendekatan untuk mencapai keluarga berkualitas tinggi, keluarga kaya.

3. Kontrasepsi

Istilah pencegahan terdiri dari kata melawan dan persepsi. Kontra berarti "melawan" atau "mencegah", sedangkan pembuahan adalah bertemunya sel telur dan sperma yang matang yang menghasilkan kehamilan. Tujuan kehamilan adalah untuk menghindari/mencegah

terjadinya kehamilan akibat bertemunya sel telur dan sel sperma.

4. Jenis alat kontrasepsi

Perbedaan alat kontrasepsi serta kelebihan dan kekurangannya beberapa pasangan mengandalkan penggunaan alat kontrasepsi untuk mencegah kehamilan. Berbagai metode pencegahan yang dapat digunakan antara lain:

a. Pil KB

Pil KB merupakan metode KB yang paling umum digunakan. Kontrasepsi ini mengandung hormon progesterin dan estrogen untuk mencegah ovulasi. Pil KB biasanya terdiri dari 21-35 tablet, yang harus diminum dalam satu siklus atau terus menerus. Keunggulannya efisiensi tinggi dengan tingkat kegagalan hanya sekitar 8%. Menstruasi lancar dan kram berkurang saat menstruasi, namun ada juga berbagai pil kontrasepsi yang dapat menghentikan menstruasi. Kekurangan tidak dapat mencegah penyakit menular seksual, dapat menyebabkan efek samping seperti tekanan darah tinggi, pembekuan darah, bercak darah dan payudara mengeras, tidak cocok untuk wanita dengan penyakit tertentu seperti penyakit jantung, penyakit hati, kanker payudara maupun rahim, sakit kepala migrain dan hipertensi.

b. Kondom pria

Tidak hanya pil KB, kondom pria juga banyak digunakan untuk mencegah kehamilan. Kondom biasanya terbuat dari lateks dan mencegah sperma memasuki vagina dan sel telur. Keunggulan harga murah, praktis dan mudah digunakan, dapat mencegah penyakit menular seksual, mudah didapat di toko atau apotik. Tingkat kegagalan adalah 15%, terutama bila penggunaan kondom tidak tepat, hanya sekali pakai dan harus diganti setelah ejakulasi.

c. Suntik KB

Kontrasepsi suntik merupakan metode kontrasepsi yang mengandung hormon progestogen dan mampu menghentikan ovulasi. Berdasarkan masa pakai, ada dua jenis injeksi KB yaitu injeksi KB 3 bulan dan 1 bulan. Keuntungan lebih efektif dan nyaman dari pil KB adalah pil KB sebulan dapat memiliki tingkat kegagalan kurang dari 1% bila digunakan dengan benar. Kelemahan harga relatif mahal memerlukan kunjungan rutin ke dokter atau bidan setiap bulan, tidak melindungi dari PMS Dapat menimbulkan efek samping seperti bercak darah, siklus haid tidak teratur. Tidak dianjurkan untuk wanita yang pernah mengalami migrain, diabetes, sirosis hati, stroke dan serangan jantung.

d. Implan

Implan adalah alat kontrasepsi yang berukuran kecil dan berbentuk seperti korek api. Kontrasepsi

implan bekerja dengan melepaskan hormon progesterin secara perlahan, yang mencegah kehamilan selama tiga tahun. Alat kontrasepsi ini digunakan dengan cara ditusukkan di bawah kulit, biasanya di lengan atas. Overloading sangat efektif dengan tingkat kegagalan kurang dari 1%, bertahan hingga 3 tahun. Kerugiannya relatif mahal, siklus haid menjadi tidak teratur, risiko memar dan bengkak pada kulit di awal usus buntu, tidak ada perlindungan terhadap penyakit menular seksual.

e. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

Alat kontrasepsi dalam rahim (IUD) adalah alat kontrasepsi plastik berbentuk seperti huruf T yang dimasukkan ke dalam rahim. IUD dapat mencegah kehamilan dengan mencegah sperma membuahi sel telur. Dua jenis IUD yang umum digunakan, IUD tembaga, yang dapat bertahan hingga 10 tahun, dan IUD hormonal, yang harus diganti setiap 5 tahun. Manfaatnya tidak memerlukan perawatan ekstensif, mereka bertahan lama. IUD tembaga dapat menyebabkan ketidakteraturan menstruasi, risiko migrasi dan pergerakan, risiko efek samping seperti munculnya bercak darah pada 3-6 bulan pertama, mahal.

f. Kondom wanita

Kondom wanita terbuat dari plastik yang menutupi vagina. Ujung kondom memiliki ring plastik sehingga mudah disesuaikan. Kondom wanita tidak

dapat digunakan dengan kondom pria. Kondom wanita melindungi terhadap penyakit menular seksual dan menjaga suhu tubuh lebih baik dari pada kondom pria. Kekurangannya kurang efektif dibandingkan kondom pria, mengeluarkan bunyi yang mengganggu saat digunakan, hanya digunakan sekali, tingkat kegagalan 21%.

g. Kontrasepsi Spermisida

Spermisida adalah kontrasepsi yang digunakan di vagina sebelum melakukan hubungan seksual. Produk tersebut berupa gel, krim, film atau busa yang mengandung bahan kimia pembunuh sperma. Harga murah, mudah digunakan. Kerugian dari beberapa spermisida harus dipertimbangkan.

h. Gypsum ortho evra

Ortho evra patch diaplikasikan dengan cara ditempelkan pada kulit dan diganti seminggu sekali selama 3 minggu. Tambalan ini bekerja dengan melepaskan hormon yang sama kuatnya dengan yang ditemukan pada pil KB. Keuntungannya tidak perlu mengingat pil, haid lancar dan kram saat haid berkurang. Kontrasepsi relatif mahal, tidak melindungi dari PMS dan dapat memiliki efek samping yang mirip dengan pil KB.

i. Cincin Vagina

Cincin vagina, atau Nuva Ring, adalah cincin plastik yang dimasukkan ke dalam vagina. Nuva Ring bekerja seperti pil KB dengan melepaskan hormon. Suplemen hanya perlu diganti sebulan sekali, siklus haid akan lebih merata. Kontrasepsi relatif mahal, dapat menyebabkan iritasi dan efek samping yang mirip dengan pil dan tampon KB, dan tidak melindungi dari PMS.

j. KB permanen

Jika Anda dan pasangan yakin tidak ingin memiliki anak lagi, KB permanen atau KB steril bisa menjadi pilihan. Metode kontrasepsi ini efektif atau hampir 100% efektif dalam mencegah kehamilan. Jenis kontrasepsi permanen pada setiap orang berbeda-beda, tergantung jenis kelaminnya. Pada pria, kontrasepsi permanen dilakukan melalui vasektomi, sedangkan pada wanita dapat dilakukan melalui prosedur tubektomi atau ligasi tuba. Selain metode KB yang disebutkan di atas, beberapa pasangan memilih menggunakan metode KB alami.

Berikut beberapa metode yang tergolong kb alami:

1. Perhitungan kalender masa subur

Metode penghitungan kalender ini dilakukan dengan mencatat hari subur anda setiap bulannya dan menghindari berhubungan seks selama itu. Wanita dapat menentukan kapan mereka subur atau berovulasi dengan memeriksa

suhu tubuh mereka dan mengamati perubahan keputihan. Kelebihan tanpa biaya, alat atau obat-obatan yang dibutuhkan. Di sisi lain, ketika membatasi hubungan seksual hingga beberapa hari, seringkali terjadi kesalahan dalam menghitung masa subur, sehingga kemungkinan hamil tetap ada dan tidak cocok untuk wanita yang haidnya tidak teratur.

2. Cabut penis sebelum ejakulasi

Anda dan pasangan juga bisa mencegah kehamilan dengan menarik keluar penis sebelum ejakulasi saat penetrasi. Overload sangat efektif dengan tingkat kegagalan 4%. Kerugian yang sulit dicapai pada pasangan yang sering mengalami ejakulasi dini adalah tidak memberikan perlindungan terhadap penyakit menular seksual.

D. GENDER DALAM KELUARGA BERENCANA

Pada konferensi internasional mengenai kependudukan dan pembangunan (ICPD Kairo, 1994) disepakati perubahan kerangka berpikir berdasarkan pendekatan pengendalian populasi, penurunan fertilitas sebagai lebih kearah pendekatan kesehatan reproduksi maupun kesetaraan gender. Salah satu perkara yg menonjol merupakan rendahnya partisipasi laki-laki pada aplikasi acara KB baik pada praktik KB, mendukung istri pada penggunaan kontrasepsi, menjadi motivator atau penganjur & merencanakan jumlah anak.

Perempuan dipercaya menjadi penanggung jawab atas reproduksinya sebagai akibatnya ledakan penduduk yg terjadi seolah-olah sebagai perkara wanita dan beban yang wajib ditanggung wanita buat menanggulangi perkara ledakan penduduk. Pemilihan jenis kontrasepsi atau keikutsertaan pada acara Keluarga Berencana sebagai tanggung jawab beserta, antara suami & istri lantaran penggunaan kontrasepsi adalah kebutuhan beserta antara keduanya. Sebagai satu famili yg utuh, pria & wanita wajib merogoh keputusan maupun tanggung jawab atas kesehatan reproduksinya. Dengan istilah lain, hak serta kewajiban suami istri buat mengikuti famili berencana merupakan sama. Tidak mengakibatkan subordinat & ketimpangan kiprah dan tanggung jawab pada famili. Rencana penggunaan kontrasepsi perlu didiskusikan menggunakan pasangan dan famili terlebih dahulu. Satu pasangan mempertimbangkan antara suami bersama istri siapa yg akan memakai kontrasepsi. apabila pilihannya wanita yg akan memakai kontrasepsi, langkah selanjutnya memilih metode kontrasepsi yg akan dipakai. Berdiskusi bersama pasangan setidaknya menerima citra atau pilihan tentang kontrasepsi yg akan dipakai suai syarat kesehatan. Konsultasi menggunakan pelayanan kontrasepsi diperlukan bisa menaruh keterangan mengenai metode kontrasepsi yg tersedia. Bagaimana cara kerja setiap kontrasepsi & efek

samping yg akan disebabkan berdasarkan setiap kontrasepsi.

Pelayanan KB memiliki banyak informasi sehingga setiap pasangan dapat menggunakan kontrasepsi tanpa bingung dan takut sakit. Namun kenyataannya, masih ada kasus di masyarakat di mana perempuan berperan penting dan bertanggung jawab atas keputusan penggunaan alat kontrasepsi. Wanita memiliki pengalaman yang berbeda dengan pria dalam hal prokreasi. Wanita rela mengalami ketidaknyamanan dan rasa sakit akibat penggunaan alat kontrasepsi. Suami dan istri dalam keluarga harus memahami dasar-dasar untuk meningkatkan kesejahteraan anggota keluarganya. Salah satu hal mendasar yang perlu dipahami pria dan wanita adalah reproduksi. Reproduksi adalah tanggung jawab pasangan suami istri. Padahal, reproduksi dipahami hanya sebagai tugas dan karakter yang harus dijalani perempuan. Kebanyakan orang beranggapan bahwa fungsi reproduksi adalah tanggung jawab perempuan. Wajar bagi pasangan suami istri untuk merencanakan jumlah dan jarak anak yang akan dilahirkan bersama, dengan mempertimbangkan usia, kesehatan, kemampuan mental dan keuangan keluarga. Diskusi dan upaya bersama ini menempatkan perempuan pada posisi yang tidak dapat diabaikan dalam definisi kesehatan reproduksi. Dengan cara ini, semacam kesetaraan gender dapat diterapkan dalam keluarga. Salah satu wujud

kesetaraan gender dalam partisipasi keluarga adalah keputusan pemilihan metode kontrasepsi yang akan digunakan dalam tubuh perempuan.

3. Kesetaraan Gender Dalam Keluarga Berencana

Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD Cairo, 1994) menyepakati perubahan paradigma dari pendekatan pengendalian populasi dan pengurangan kelahiran menjadi kesehatan reproduksi dan kesetaraan gender. Masalah yang tampak jelas adalah rendahnya partisipasi pria dalam pelaksanaan program KB, praktik KB, dukungan istri dalam penggunaan kontrasepsi, sebagai penggerak atau fasilitator, dan perencanaan jumlah anak.

4. Faktor-faktor yang menyebabkan rendahnya kesertaan KB pria antara lain:

- a. Kondisi tatanan sosial, budaya, sosial dan keluarga yang tidak penting dan masih menganggap partisipasi laki-laki tidak penting;
- b. Rendahnya pengetahuan dan kesadaran tentang KB pada pria dan keluarganya.
- c. Terbatasnya Cakupan dan Ketersediaan (Keterjangkauan) Pelayanan Kontrasepsi Pria.
- d. Ada kepercayaan, kebiasaan, kesalahpahaman dan kepercayaan yang cenderung menempatkan tanggung jawab penuh KB pada istri.

E. GENDER DALAM KESEHATAN REPRODUKSI

Jenis kelamin memiliki dampak besar pada kesehatan pria dan wanita. Hal ini semakin nyata dalam bidang kesehatan reproduksi karena alasan-alasan seperti:

- a. Masalah kesehatan reproduksi dapat muncul sepanjang hidup seseorang, seperti masalah inses yang muncul saat anak berada di rumah, masalah pengucilan dan kehamilan, serta kebutuhan remaja dan dewasa yang tidak terpenuhi.
- b. Perempuan lebih rentan terhadap risiko kesehatan reproduksi seperti kehamilan, persalinan, aborsi yang tidak aman dan penggunaan kontrasepsi. Karena struktur genital yang secara sosial atau biologis rentan terhadap penularan PMS, termasuk PMS/HIV/AIDS.
- c. Masalah kesehatan reproduksi tidak dapat dipisahkan dari hubungan antara laki-laki dan perempuan. Namun, saat ini partisipasi laki-laki dalam kesehatan reproduksi, motivasi dan partisipasi dalam kesehatan reproduksi masih rendah.
- d. Pria juga memiliki masalah kesehatan reproduksi, terutama yang berkaitan dengan penyakit menular seksual HIV dan AIDS. Oleh karena itu, kebutuhan, perhatian dan tanggung jawab laki-laki juga harus diperhatikan dalam menyusun strategi untuk meningkatkan kesehatan reproduksi.

- e. Perempuan rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) atau perlakuan kekerasan yang pada hakekatnya disebabkan oleh ketidaksetaraan gender.
- f. Ketidakmampuan perempuan dalam mengambil keputusan (kapan hamil, tempat melahirkan).
- g. Persepsi umum bahwa KB adalah pekerjaan perempuan karena wajar bagi perempuan untuk mengandung dan melahirkan, perempuan tidak dapat memutuskan apakah akan berpartisipasi dalam KB.
- h. Suami masih mendominasi pengambilan keputusan terkait KB dan kesehatan reproduksi, serta perencanaan dan jumlah kelahiran.
- i. Pria dan wanita masih memiliki sedikit informasi tentang kesetaraan dan keadilan gender dalam keluarga berencana dan kesehatan reproduksi.

F. ISU GENDER DALAM KESEHATAN REPRODUKSI

Jenis kelamin memiliki dampak yang signifikan terhadap kesehatan pria dan wanita. Pria dan wanita sama-sama dipengaruhi oleh stereotip gender. Misalnya, dalam hal perilaku yang diharapkan sebagai laki-laki, laki-laki dianggap tidak mampu menunjukkan rasa sakit atau menunjukkan kelemahan dan penyakitnya. Perempuan yang diharapkan memiliki toleransi yang tinggi mempengaruhi bagaimana mereka menunda mencari, terutama dalam situasi sosio-ekonomi yang lebih rendah,

dan harus memilih prioritas sedemikian rupa sehingga perempuan secara umum dipandang dapat diterima untuk berkorban. Situasi ini juga dapat mempengaruhi hasil kesehatan baik pria maupun wanita. Lima isu gender dalam siklus kehidupan yang berbeda, yaitu:

1. Masalah spesifik gender di masa kanak-kanak

Masalah seksual pada anak laki-laki, di beberapa suku, kelahiran seorang anak laki-laki sangat ditunggu-tunggu dengan alasan seperti laki-laki tersebut menjadi penerus atau pewaris nama keluarga; laki-laki sebagai pencari nafkah keluarga yang dapat diandalkan; Laki-laki sebagai penyangga orang tuanya di masa tua. Dan perlakuan berbeda berlanjut hingga masa kanak-kanak. Di masa kanak-kanak, sifat agresif dan perilaku berisiko anak laki-laki diterima sebagai hal yang normal, bahkan didorong masuk karena dianggap sebagai sifat anak laki-laki, sehingga menurut data, anak laki-laki lebih rentan cedera dan mengalami kecelakaan.

2. Masalah seksual anak perempuan

Secara biologis, anak perempuan lebih tahan dibandingkan anak laki-laki terhadap penyakit menular dalam beberapa tahun pertama kehidupan. Oleh karena itu, jika data menunjukkan angka kematian bayi perempuan lebih tinggi daripada bayi laki-laki, maka patut diduga karena masalah gender. Di masa kanak-

kanak, bayi laki-laki lebih mungkin meninggal akibat kecelakaan karena mereka lebih agresif dan aktif.

3. Masalah seksual pada remaja

Masalah seksual gadis muda, nikah muda, hamil remaja, biasanya remaja putri kurang gizi seperti anemia. Gangguan anemia adalah gejala umum pada wanita muda selama masa remaja. Kebebasan bergerak dan interaksi sosial remaja putri seringkali dibatasi oleh datangnya menstruasi. Perkawinan dini pada remaja putri dapat disebabkan karena kurangnya pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual (PRHE) yang komprehensif sejak kecil, perkawinan anak disebabkan oleh rendahnya akses pendidikan dan kesehatan. Pernikahan dini terjadi karena faktor ekonomi, semakin rendah tingkat pendidikan semakin mendorong terjadinya pernikahan usia muda. Hukum adat tidak mengenal batas usia. Hal ini dapat memikul tanggung jawab dan beban melebihi usianya. Belum lagi fakta bahwa wanita muda mengalami kehamilan yang mempersiapkan mereka untuk kematian yang hebat. Perempuan muda juga berisiko mengalami pelecehan dan kekerasan seksual, yang dapat terjadi baik di dalam maupun di luar rumah. Wanita muda juga dapat menghadapi masalah terkait paparan perilaku laki-laki stereotip seperti merokok, perkelahian, kecelakaan olahraga, kecelakaan lalu lintas, eksplorasi seksual

pranikah, dan risiko terkena penyakit berikut: IMS, HIV/AIDS.

4. Masalah seksual di masa dewasa

Pada masa dewasa, baik laki-laki maupun perempuan memiliki masalah kesehatan yang berbeda karena faktor biologis maupun perbedaan jenis kelamin. Perempuan memiliki masalah kesehatan yang berkaitan dengan fungsi organ reproduksi dan ketidaksetaraan gender. Hak hamil dan anak adalah hak suami, istri harus menghormatinya, karena suami bertanggung jawab atas nafkah keluarga. Masalah-masalah tersebut, misalnya, konsekuensi selama kehamilan dan persalinan, seperti anemia, keguguran, sepsis postpartum (infeksi setelah melahirkan), perdarahan, ketidakmampuan untuk mengambil keputusan bahkan jika menyangkut tubuh sendiri "tiga terlambat". Sebagai perempuan, ia juga rentan terhadap penyakit menular seksual dan penyakit terkait HIV/AIDS, meski seringkali hanya menjadi korban. Sebagai contoh: Dengan metode KB yang hanya berfokus pada penerima perempuan, perempuan juga rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan di tempat kerja, dan kekerasan saat bepergian.

5. Isu Gender Masa Tua

Seiring bertambahnya usia, kondisi biologis pria dan wanita semakin memburuk. Mereka merasa terabaikan, terutama terkait dengan kebutuhan

psikologisnya yang terlihat semakin meningkat. Secara umum, wanita memiliki harapan hidup yang lebih lama dari pada pria. Namun, umur panjang wanita berisiko, terutama dalam situasi sosial ekonomi yang lebih rendah. Dalam kaitannya dengan kehidupan sosial, mereka cenderung semakin terabaikan, terutama yang berkaitan dengan semakin banyak kebutuhan dan semakin bergantung pada sumber daya. Osteoporosis menyerang banyak wanita seiring bertambahnya usia, delapan kali lebih sering dari pada pria. Depresi mental juga mempengaruhi lebih banyak orang tua, terutama karena mereka merasa ditinggalkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Buku Ajar Keluarga Berencana & Kontrasepsi Ratu
Matahari,S.KM., M.A.,M.Kes, Fitriana Putri
Utami,S.KM.,M.Kes, Ir.Sri Sugiharti,M.Kes , 2018
BKKBN; Kemenkes RI; Bappenas; UNFPA; Embassy of
Canada. Strategi Pelaksanaan Program Keluarga
Berencana Berbasis Hak untuk Percepatan Akses
terhadap Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan
Reproduksi yang Terintegrasi dalam Mencapai Tujuan
Pembangunan Indonesia. 2017
- Kemenkes RI. Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca
Persalinan di Fasilitas Kesehatan. Kementerian
Kesehatan RI. 2014
- Kemenkes RI. Situasi Keluarga Berencana di Indonesia. Pusat
Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. Jakarta,
2013
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan (KPP). 2004. Panduan
dan Bahan Pembelajaran Pelatihan Pengarusutamaan
Gender dalam Pembangunan Nasional. Kerjasama
Kementerian Pemberdayaan Perempuan RI, BKKBN,
dan UNFPA.
- Kuper, A. and Kuper, J. (2000) Esiklopedi ilmu-ilmu sosial.
Jakarta: Raja Grafindo. Maksum, A. (2016) Sosiologi
Pendidikan. Malang: Madani.

- Mies, G dkk (2016) 'Pernikahan Anak: Status Anak Perempuan',
Perempuan Untuk Pencerahan Dan Kesetaraan, 21(1),
pp. 49-58.
- Prijatni, L. and Rahayu, S. (2016) Kesehatan Reproduksi dan
Keluarga Berencana. Jakarta: Kemenkes RI. Puspitawati,
H. (2012) gender-dan-keluarga. Bogor: IPB Press.
- Putri, R. Y. and Muharram, F. (2018) Tradisi Lokal Dan
Gender. Seminar Nasional Gender & Budaya Madura III
Madura, Perempuan Madura.
<https://lppm.trunojoyo.ac.id/budayamadura/>
- RI, P. M. D. N. (2011) Pedoman Pelaksanaan Pengarusutamaan
Gender Dalam Pembangunan Daerah Edisi Revisi Dari
Permendagri No. 15 Tahun 2008.
- Sasongko, sri sundari (2009) Konsep dan Teori Gender. Jakarta:
Badan koordinasi Keluarga Berencana Nasional.

PROFIL PENULIS



Eka Handayani, SST., Bdn., M.Kes

Lahir di Landasan Ulin 05 Oktober 1985. Anak pertama dari tiga bersaudara. Selain sebagai dosen beliau seorang istri dan ibu dari tiga anak dimana

mempunyai latar belakang Pendidikan Lulus Akademi Kebidanan Pada Tahun 2006, Lulus D4 Bidan Pendidik di Universitas Respati Yogyakarta Pada Tahun 2010, Lulus Magester Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia Jakarta pada tahun 2014. Dan menyelesaikan pendidikan profesi kebidanan pada Tahun 2022 di Universitas Sari Mulia. Sampai saat ini penulis merupakan Dosen di Universitas Islam Kalimantan Muhammad Arsyad Al Banjari Banjarmasin, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Peminatan Kesehatan Reproduksi Dan Gizi. Penulis aktif melaksanakan kegiatan Tri Darma Perguruan Tinggi dimana secara rutin melakukan penelitian, pengabdian kepada masyarakat dan pengajaran. Beberapa penelitian dibidang kespro dan gizi yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi . Email Penulis : ekabella8888@gmail.com

BAB 22 MENOPAUSE DAN TERAPI HORMON

Ns.Ni Wayan Udayani,S.Kep.,M.Kep
Institut Teknologi dan Kesehatan Bintang Persada, Denpasar,Bali

A. MENOPAUSE

1. Pengertian Menopause

Kata menopause berasal dari bahasa Yunani yaitu kata “menus” yang berarti bulan dan kata “peusis” yang berarti gangguan sementara. Secara linguistik, kata menocesis lebih tepat yang berarti berakhirnya haid. Dari sudut pandang medis, menopause didefinisikan sebagai berakhirnya menstruasi. Menopause merupakan proses peralihan dari fase produktif ke fase non produktif akibat penurunan hormon estrogen dan progesteron. Seorang wanita dikatakan menopause bila sudah tidak haid selama 12 bulan berturut-turut dan tidak lagi haid akibat melemahnya indung telur (Ita Eko Suparni, 2016). Sebelum menopause, seseorang mengalami premenopause, yang terjadi 3-5 tahun sebelum menopause sebenarnya. Pada tahap ini, klimakterium mulai berkembang, diikuti dengan menopause. Pemeriksaan *Follicle Stimulating Hormone* (FSH) dan hormone estrogen merupakan pemeriksaan untuk memastikan seorang wanita mengalami menopause. Seorang wanita dikatakan mengalami menopause ketika kadar FSH-nya meningkat sedangkan

kadar estrogennya rendah. *Tyroid Stimulating Hormone* (TSH) dan hormone tiroid dapat memastikan bahwa pasien tidak memiliki hipotiroidisme atau kadar hormon tiroid yang rendah, yang dapat menyebabkan gejala yang sama seperti menopause.

2. Penyebab Menopause

Menurut Baziad (2003) dalam(Lubis, 2016), Oogenesis pada wanita berakhir saat janin berusia 5 bulan dan hanya tersisa tujuh juta sel telur. Dari usia lima bulan hingga lahir, jumlah prevesikel berkurang menjadi 500.000 hingga 1.000.000 dan seiring berjalannya waktu jumlahnya terus berkurang. Setiap wanita memiliki jumlah folikel berbeda yang masih tersedia.Beberapa wanita berusia 35 tahun memiliki sebanyak 100.000 folikel, sementara wanita lain dengan usia yang sama hanya memiliki 10.000. Berkurangnya jumlah folikel disebabkan oleh folikel itu sendiri yang mana seperti sel tubuh yang lain oosit yang terkandung dalam folikel primordial juga dipengaruhi oleh stress biologik, kerusakan DNA yang permanen, dan bertumpuknya bahan kimia akibat proses metabolisme tubuh.Husniawati (2010) dalam (Ita Eko Suparni, 2016), menjelaskan bahwa dalam setiap siklus menstruasi 20-30 folikel primordial berkembang dan sebagian besar menderita atresia atau kerusakan. Sekitar 400 telur oosit mengalami proses pematangan dan sebagian lagi hilang

spontan akibat usia yang bertambah. Pada waktu menopause hanya tersisa beberapa ribu buah. Produksi estrogen juga menurun. Folikel yang tersisa lebih tahan terhadap rangsangan gonadotropin. Siklus ovarium pertumbuhan folikel, ovulasi dan corpus callosum secara bertahap berhenti. Hilangnya folikel secara terus menerus setelah melahirkan, hanya menyisakan kurang lebih beberapa ratus folikel pada saat menopause yang menimbulkan gejala amenore dan ketidakteraturan haid.

3. Tahapan Menopause

Empat tahapan menopause yang terdapat dalam (Riyadina, 2019) adalah sebagai berikut:

a. Premenopause

Premenopause mengacu pada periode 4-5 tahun sebelum timbulnya menopause. Singkatnya, premenopause adalah seluruh masa subur sebelum menopause, yaitu periode dari menstruasi hingga menopause. Pada tahap ini, menstruasi mulai tidak teratur, namun tanda-tanda klasik menopause seperti *hot flashes* atau semburan panas, kekeringan vagina, dan lain sebagainya. Premenopause biasanya dialami wanita pada usia 40-an. Wanita pada fase ini masih subur yang artinya masih bisa hamil.

b. . Perimenopause

c. Perimenopause juga dikenal sebagai fase transisi. Perimenopause terjadi sekitar dua tahun sebelum

menopause dan sekitar dua tahun setelahnya. Gejala khas muncul pada fase ini, yaitu penurunan fungsi ovarium yang ditandai dengan kurangnya progesteron dan estrogen, saat muncul tanda klasik menopause. Wanita di usia 50-an mengalami perimenopause.

d. Menopause

Menopause adalah suatu kondisi dimana seorang wanita tidak lagi mengalami haid, yang dihitung 12 bulan setelah haid terakhir. Kadar estrogen kadang-kadang rendah pada awal menopause, tetapi sebaliknya dapat terjadi pada wanita yang kelebihan berat badan. Pada tahap ini, muncul tanda-tanda klasik gejala menopause. Penting untuk mencatat tanggal haid terakhir Anda, karena pendarahan vagina dalam waktu satu tahun dari tanggal ini dianggap tidak normal. Itu sebabnya anda harus berkonsultasi dengan dokter.

e. Pascamenopause

Postmenopause adalah tahapan setelah menopause hingga senium. Fase ini adalah periode lima tahun setelah menopause. Pada titik ini, tanda-tanda klasik menopause mulai menghilang berkat keseimbangan hormonal yang dicapai tubuh.

4. Usia Menopause

- a. Menopause dini Menurut Sastrawinata (2008) dalam Lubis, (2016), Menopause dini adalah menopause yang dimulai sebelum usia 40 tahun. Diagnosis ini dibuat saat menstruasi berhenti sebelum waktunya, disertai *hot flashes* dan peningkatan kadar hormon gonadotropin. Jika kedua gejala ini tidak muncul, penyebab disfungsi ovarium lainnya harus diselidiki. Faktor penyebab menopause dini antara lain faktor keturunan, gangguan gizi yang cukup serius, penyakit kronis dan penyakit yang merusak jaringan kedua indung telur. Menopause dini tidak memerlukan pengobatan, tetapi wanita yang bersangkutan harus diberitahu. Faktor lain yang dapat menyebabkan menopause dini pada wanita adalah merokok.
- b. Menopause normal Ita Eko Suparni, (2016), mengatakan bahwa menopause biasanya dialami oleh wanita yang berusia antara 45-55 tahun. Perubahan hormonal yang terjadi pada masa menopause menyebabkan perubahan fisik dan psikis yang berujung pada kepekaan dan membuat wanita menopause menjadi lebih mudah tersinggung, mudah tersinggung, tidak percaya diri dan penyakit lainnya.
- c. Menopause terlambat Sastrawinata (2008) dalam Lubis, (2016), menjelaskan bahwa batas usia menopause adalah 55 tahun. Jika seorang wanita

masih menstruasi pada usia tersebut, diperlukan pemeriksaan lebih lanjut. Penyebab yang mungkin terkait dengan menopause terlambat meliputi konstitusional, fibroid rahim, dan tumor ovarium penghasil estrogen(Lubis, 2016).

5. Keluhan Fisik Dan Psikologis Masa Menopause

a. Keluhan fisik

Menurut Kasdu (2004) dalamNurlina, (2021), keluhan fisik pada masamenopause adalah sebagai berikut.

i. *Hot flashes* (semburan panas)

Hot flashes merupakan kondisi dimana tubuh mengalami panas yang menjalar dari wajah ke seluruh tubuh. Hot flashes dapat bertahan selama satu hingga dua tahun setelah menopause, dalam beberapa kasus dapat bertahan selama 10 tahun atau lebih(Riyadina, 2019). Siregar (2014) dalamZolekhah & Sholihah, (2018), *hot flashes* ini berhubungan dengan pelebaran pembuluh darah dan peningkatan suhu tubuh, yang menyebabkan keringat dan peningkatan konduktivitas kulit akibat penurunan kadar hormon estrogen. Kondisi ini tidak berbahaya, namun menimbulkan rasa tidak nyaman.*Hot flashes* yang terjadi selama tidur disebut *night sweat* atau keringat malam.Terjadinya hot flash sangat erat

kaitannya dengan cuaca panas dan lembab, ruang tertutup, kafein, alkohol, makanan pedas, pakaian yang terlalu ketat atau pakaian yang tidak menyerap keringat, sehingga hal-hal tersebut harus dihindari agar tidak berkembang. Keluhan *hot flashes* akan berkurang seiring dengan tubuh yang menyesuaikan dengan kadar estrogen yang rendah (Hekhmawati *et al.*, 2016).

ii. Vagina kering

Penelitian oleh David (2014) dalam (Hekhmawati *et al.*, 2016), mengatakan penurunan hormon estrogen pada masa menopause mengakibatkan perubahan pada vagina. Vagina menjadi atrofi, kering, gatal dan panas hingga terasa nyeri atau tidak nyaman saat berhubungan seks. Untuk mengatasinya, wanita pascamenopause dapat menggunakan pelumas atau krim vagina sebagai pengganti hormon estrogen dengan cara mengoleskannya ke dalam vagina atau melakukan *foreplay* dalam waktu lama.

iii. Uretra mengering, menipis, kurang elastic

Uretra adalah saluran yang membawa urin dari kandung kemih ke luar tubuh. Selama menopause, kadar estrogen menurun, menyebabkan dinding otot polos dan selaput lendir uretra mengering, menipis, mengurangi elastisitasnya dan mengganggu

penutupan uretra, menyebabkan inkontinensia urin dan perubahan pola aliran urin. dan infeksi saluran kemih bawah ringan(Widjayanti, 2016).

iv. Hilangnya jaringan penunjang

Kadar estrogen yang rendah juga berpengaruh pada kolagen yang merupakan bagian dari jaringan penunjang. Hilangnya kolagen menyebabkan kulit kering dan keriput, rambut rontok, gigi mudah goyang, gusi berdarah, sariawan, kuku rusak, dan rasa nyeri pada persendian.

v. Penambahan berat badan

Sebanyak 29% wanita pada masa menopause mengalami kenaikan berat badan 20% diantaranya memperlihatkan kenaikan yang mencolok. Hal ini disebabkan oleh penurunan kadar estrogen dan gangguan pertukaran zat dasar metabolisme lemak. Selain itu juga disebabkan oleh kurangnya aktivitas wanita pada usia menopause.

vi. Gangguan pada tulang dan persendian

Hormon estrogen berperan sangat penting dalam menjaga keseimbangan kerja antara *osteoblas* (pembentukan tulang) dan *osteoklas* (penyerapan tulang). Estrogen berikatan dengan reseptor estrogen pada *osteoblas*, reseptor ini secara langsung mengatur aktivitas *osteoklas* dan secara tidak langsung mengatur pembentukan *osteoklas* untuk menghambat

resorpsi tulang, sehingga ketika menurunkan kadar estrogen tidak akan melakukan apa-apa untuk menghambat proses resorpsi tulang yang menyebabkan gangguan pembentukan tulang, sehingga menyebabkan rasa tidak nyaman pada tulang dan persendian (Widjayanti, 2016).

vii. Penyakit

Perubahan hormon selama menopause membuat wanita pascamenopause lebih rentan terhadap kanker dan penyakit degeneratif seperti diabetes dan penyakit jantung. Genetika dan gaya hidup juga berpengaruh. Hipertensi atau demensia tipe *Alzheimer* juga ditemukan selama menopause, ketika penurunan kadar hormon steroid seks menyebabkan perubahan neuroendokrin pada sistem saraf pusat dan biokimia otak. Di kondisi ini, terjadi proses degeneratif sel neuro di hampir semua bagian otak yang berkaitan dengan fungsi ingatan yang mana hal ini menyebabkan sulit berkonsentrasi dan hilangnya fungsi memori jangka pendek.

b. Keluhan psikologis

Menurut Kasdu (2004) dalam Nurlina, (2021), keluhan psikologia pada masamenopause adalah sebagai berikut.

i. Kecemasan

Penelitian oleh Joyce (2013) dalam Hekhmawati *et al.*, (2016), mengatakan bahwa hingga 51% wanita menopause mengalami kecemasan yang disebabkan oleh perubahan fisik selama menopause, yang menyebabkan perasaan tidak berharga dan memicu ketakutan bahwa orang yang dicintai akan berpaling dan meninggalkannya.

ii. Kelelahan mental

Kelelahan mental berupa lekas marah atau nyeri dan perubahan suasana hati yang begitu cepat. Biasanya wanita tidak memahami hal ini, dan tidak jarang orang-orang di sekitarnya menjadi bingung. Sehingga dibutuhkan pendekatan khusus, seperti berbicara dengan teman atau seseorang yang pernah mengalami hal yang sama, sehingga menjadi dukungan emosional.

iii. Kurang tidur (insomnia)

Penelitian oleh Tao (2016) dalam Hekhmawati *et al.*, (2016), menemukan sebanyak 42,2% wanita menopause mengalami gangguan tidur. Insomnia pada masa menopause biasanya disebabkan oleh *hot flashes* yang menimbulkan rasa panas, wajah memerah, serta keringat di malam hari yang menjadikan tidur terasa tidak nyaman.

iv. Daya ingat menurun

Penelitian oleh Chou (2013) dalam Hekhmawati *et al.*, (2016), mengatakan bahwa beberapa wanita menopause (48%) menderita amnesia, sehingga sesuatu yang perlu diingat harus diulang terlebih dahulu. Hal ini disebabkan adanya penurunan kadar estrogen pada susunan saraf pusat, dimana estrogen mempengaruhi fungsi kognitif yang artinya mempengaruhi fungsi otak. Selain itu, kemampuan berpikir melemah.

v. Depresi

Pada masa menopause, wanita mungkin mengalami perasaan depresi, depresi, dan merasa hidupnya tidak berguna. Selama menopause, anak-anak mereka sudah dewasa dan biasanya sibuk dengan urusan mereka sendiri. Pada masa inilah perempuan benar-benar kehilangan perannya. Gejala depresi meliputi kelelahan terus-menerus, kemurungan, kesedihan, sulit tidur, terutama di pagi hari, sulit mengambil keputusan, dan cenderung menangis.

6. Faktor Yang Berhubungan Dengan Keluhan Masa Menopause

a. Usia menopause

Menopause adalah usia dimana wanita mengalami menopause. Usia menopause terdiri dari menopause

dini, menopause normal dan menopause terlambat. Ita Eko Suparni, (2016), menopause normal yang dimaksud adalah menopause yang biasanya dialami wanita antara usia 45 hingga 55 tahun. Usia menopause mempengaruhi kesiapan seorang wanita menghadapi menopause. Wanita yang mengalami menopause normal tentu lebih matang pemikirannya dan lebih siap menghadapi menopause. Penelitian oleh Juliana *et al.*, (2021), bahwa keluhan menopause lebih berat dialami oleh wanita dengan usia menopause tidak normal (44,4%) dibandingkan wanita dengan usia menopause normal (12,6%). Penelitian yang dilakukan Avis *et al.*, (2001) menyatakan usia menopause memiliki hubungan yang signifikan dengan keluhan psikomatik pada masa menopause. Keluhan psikologis seperti kecemasan, bingung, cepat sedih, dan depresi lebih sering dialami oleh wanita yang mengalami menopause dini (Syalfina, 2017).

b. Lama menopause

Durasi menopause dihitung dari usia menopause sampai dengan selesainya penelitian ini. Durasi menopause mempengaruhi adaptasi fisik dan psikologis wanita terhadap perubahan yang terjadi selama menopause. Semakin lama menopause berlangsung, semakin baik tubuh beradaptasi dengan penurunan kadar estrogen, yang menyebabkan perubahan fisik dan

psikologis yang menimbulkan berbagai gejala selama menopause(Syalfina, 2017).

c. Pendidikan

Kodrati (2004) dalam Syalfina, (2017)pendidikan adalah proses belajar yang berarti pertumbuhan, perkembangan atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih dewasa. MenurutNotoatmodjo, (2010), tingkat pendidikan dibagi menjadi pendidikan dasar (SD - SMP),pendidikan menengah (SMA), dan pendidikan tinggi (Perguruan Tinggi). Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin baik pengetahuan seseorang. Denganpengetahuan yang baik maka seorang wanita akan lebih siap dalam menghadapikeluhan masa menopause (Sakoha *et al.*, 2016). Tingkat pendidikan seseorang mempengaruhi kemampuannya berpikir. Semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin mudah seseorang menerima dan semakin banyak ilmu yang dimilikinya.Lusiana, (2014), mengatakan sebagianwanita dengan pengetahuan kurang tentang menopause (56,7%) mengalamikecemasan dalam menghadapi menopause (37,5%) (Sakoha *et al.*, 2016).Penelitian oleh Freedman (2001) menunjukkan wanita dengan pendidikan tinggimemiliki prevalensi dan intensitas gejala menopause yang lebih rendah(Chontessa *et al.*, 2012).

d. Pekerjaan

Pekerjaan tersebut menggambarkan partisipasi wanita menopause dalam masyarakat dan memprediksi kecenderungan stres yang dialaminya. Wanita pascamenopause yang tidak bekerja atau menjadi ibu rumah tangga secara alami terlibat dalam pekerjaan rumah tangga yang cenderung lebih rentan terhadap kelelahan. Sementara itu, wanita menopause yang juga berprofesi sebagai ibu rumah tangga lebih cenderung mencari solusi kebosanan dengan bercanda bersama rekan kerja. Namun, secara waktu lebih sempit dan cenderung berisiko mengalami stres akibat pekerjaan (Indarwati & Maryatun, 2019). Hammam *et al.*, (2012), mengatakan wanita dengan stress pekerjaan akan lebih cepat mengalami gejala atau keluhan menopause (Indarwati & Maryatun, 2019). Penelitian oleh Griffiths *et al.*, (2013) menjelaskan wanita yang bekerja tidak sempat memikirkan gangguan atau keluhan selama masa menopause, begitu pula wanita yang tidak bekerja yang mana pekerjaan rumah tangga cukup membuatnya sibuk sehingga juga tidak sempat memikirkan keluhan masa menopause (Hekhmawati *et al.*, 2016). Mubarak (2007) dalam Indarwati & Maryatun, (2019), mengatakan bahwa lingkungan kerja juga dapat menjadi tempat dimana seseorang secara langsung maupun tidak langsung mendapatkan pengalaman dan pengetahuan.

Mereka yang bekerja memiliki lebih banyak informasi daripada mereka yang tidak bekerja. Azwar (2011), mengatakan pesan – pesan sugestif yang dibawa informasi apabila cukup kuat akan memberi dasar afektif dalam menilai sesuatu sehingga terbentuklah sikap tertentu (Indarwati & Maryatun, 2019).

e. Pendapatan keluarga

Pendapatan keluarga terdiri dari pendapatan bulanan laki-laki dan perempuan. Pendapatan menggambarkan status keuangan wanita yang mengalami menopause. Apakah mereka mampu membeli makanan bergizi, perumahan yang layak, dan akses ke layanan kesehatan? Wanita menopause sangat berisiko, tanpa aset, sedikit atau tanpa tabungan, bukan pensiunan dan beberapa dari keluarga berpenghasilan rendah. (Syalfina, 2017). Pendapatan finansial seseorang yang memadai dapat meningkatkan aspek psikologis kesejahteraan, meningkatkan semangat dan motivasi diri untuk selalu bersikap dan berperilaku sehat. Peluang finansial mempermudah pencarian informasi tentang menopause, sehingga mengurangi kemungkinan penggunaan mekanisme koping yang maladaptif dalam penatalaksanaan gejala menopause (Sakoha *et al.*, 2016).

B. TERAPI HORMON

1. Terapi sulih hormon/Hormone Replacement Therapy (HRT)

Terapi sulih hormon (TSH) adalah perawatan yang meredakan gejala pada wanita selama dan setelah menopause(Wulandari, 2016). Menopause adalah berhentinya masa haid pada wanita sehingga kemampuan bereproduksi sudah berhenti dan hal ini ditandai dengan perubahan hormonal yang nyata pada tubuh. Ini juga mengurangi estrogen, hormon yang terkait dengan sistem reproduksi, yang menyebabkan gejala tidak nyaman seperti kemerahan pada wajah, kekeringan pada vagina, lekas marah dan depresi pada wanita(Wulandari, 2016). TSH sebagian mengembalikan keseimbangan estrogen dalam tubuh wanita untuk mengurangi atau menghilangkan gejala tersebut. DBS dapat meringankan penderitaan tidak hanya pada wanita dewasa dengan menopause alami, tetapi juga pada wanita muda yang mungkin mengalami menopause dini karena alasan medis seperti kanker atau karena ovarium berhenti memproduksi estrogen. (Nadjeeb, 2009, dalam Wulandari, 2016).

Terapi ini bertujuan untuk mengurangi keluhan menopause dari masapremenopause hingga pascamenopause. HRT memiliki beberapa manfaat yakni mengurangi hot flashes, mengurangi gejala pada

vagina dan uretra, melindungi dari osteoporosis, dan menurunkan risiko penyakit jantung (Nurlina, 2021). Terapi Sulih Hormon ikut andil dalam pemberian hormon estrogen untuk perempuan yang sedang terjangkau menopause. Terapi Sulih Hormon merupakan sebuah terapi yang memberikan estrogen yang tujuannya untuk memberikan perlindungan kepada jantung serta tulang perempuan yang telah menopause (Kartika et al., 2021).

Laporan penelitian penggunaan TSH selama 5 tahun dapat mengurangi risiko patah tulang belakang dan tulang panggul hingga 5-10%. Setelah 1 tahun kemudian dijumpai penurunan patah tulang hingga 40% dan setelah 8 tahun menjadi 70%. Nactigali 2002 penggunaan TSH dapat menghilangkan keluhan sindroma menopause (Dinengsih & Septiawan, 2016).

2. Terapi Sulih Hormon Alami

Terapi ini dapat dilakukan dengan menyeimbangkan hormon dengan fitoestrogen yang berasal dari tumbuhan. Terapi ini bisa didapatkan dari tumbuhan yang mengandung vitamin C, D, E, Isoflavon, dan Zink. Pada wanita pramenopause hingga pascamenopause penggunaan terapi ini bisa didapatkan dari produk kedelai. Kedelai mengandung isoflavon yang merupakan senyawa fitoestrogen. Fitoestrogen

merupakan kumpulan senyawa alami dari tumbuhan jenis polong-polongan yang memiliki aktivitas biologis seperti estrogen. Kandungan isoflavon pada biji kedelai bervariasi antara 128 – 380 mg/100gr bergantung pada genotype kedelai, lingkungan, budidaya, dan penanganan pascapanennya (Handayani et al., 2020). Isoflavon terbukti dapat berikatan dengan reseptor estrogen. Saat kadar hormon estrogen menurun akan ada banyak reseptor estrogen yang tidak terikat. Jika tubuh mengonsumsi kedelai dan olahannya maka akan terjadi pengikatan isoflavon dengan reseptor estrogen sehingga mengurangi gejala menopause seperti hot flashes, gangguan mood, meningkatkan turgor kulit, dan mengurangi gejala atrofi pada vagina (Handayani et al., 2020). Perempuan yang menggunakan hormon alami dianjurkan guna dilakukannya di bawah pengawasannya seorang dokter, dikarenakan didasarkan dari survei Women's Health Initiative, akibat buruk TSHA terbukti lebih besar dibandingkannya dengan manfaatnya (Kartika et al., 2021).

DAFTAR PUSTAKA

Avis, N. E., Stellato, R., Crawford, S., Bromberger, J., Ganz, P., Cain, V., & Kagawa-Singer, M. (2001). Is there a menopausal syndrome? Menopausal status and

symptoms across racial/ethnic groups. *Social Science and Medicine*, 52(3), 345–356.

[https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00147-7](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00147-7)

Chontessa, Singara, & Idrus. (2012). Hubungan beratnya gejala ansietas dengan masa klimakterium wanita di rumah sakit pendidikan makassar. *Jurnal Kesehatan*, 4.

Dinengsih, S., & Septiawan, C. (2016). Pengaruh Riwayat Reproduksi, Status Menopause Dan Terapi Sulih Hormon Terhadap Sindroma Menopause Pada Wanita Pasca Menopause Di Rspad Gatot Subroto Tahun 2012. *Jurnal Ilmu Dan Budaya*, 40(53), 6041–6058.
<http://jurnal.stikesmukla.ac.id/index.php/involusi/article/view/199>

Griffiths, A., MacLennan, S. J., & Hassard, J. (2013). Menopause and work: An electronic survey of employees' attitudes in the UK. *Maturitas*, 76(2), 155–159.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.07.005>

Hammam, R., A.Abbas, R., & S.Hunter, M. (2012). Menopause and work – The experience of middle-aged female teaching staff in an Egyptian governmental faculty of medicine. *Maturitas*, 71(3), 294–300.

Handayani, S., Pratiwi, Y. S., & Fatmawati, N. (2020). Produk Olahan Kedelai (*Glycine max* (L.) Merrill) Mengurangi Gejala pada Wanita Menopause. *Jurnal Kesehatan*

- Qamarul Huda*, 8(1), 63–67.
<https://doi.org/10.37824/jkqh.v8i1.2020.183>
- Hekhmawati, Selvia, & Sudaryanto, A. (2016). *Gambaran Perubahan Fisik dan Psikologis pada Wanita Menopause Di Posyandu Desa Pabelan*.
- Indarwati, I., & Maryatun, M. (2019). Karakteristik Wanita Menopause Dan Perubahan Pola Seksualitas Di Desa Kedungan. *Gaster*, 17(1), 20.
<https://doi.org/10.30787/gaster.v17i1.293>
- Ita Eko Suparni, R. Y. A. (2016). *Masalah dan Penanganannya*. Deepublish.
<https://books.google.co.id/books?id=I9kwDwAAQBAJ>
- Juliana, D., Anggraini, D., & Amalia, N. (2021). Hubungan Antara Karakteristik Wanita Dengan Keluhan Pada Masa Menopause Di Wilayah Kerja Upk Puskesmas Perumnas Ii Pontianak. *Borneo Nursing Journal*, 3(1), 33–38.
<https://akperyarsismd.e-journal.id/BNJ>
- Kartika, S. D., Satyaputra, D. W., & Tresnasari, C. (2021). Scoping Review: Peran Terapi Sulih Hormon terhadap Gejala dan Tanda Perimenopause. *Prosiding Pendidikan Dokter*, 7(1), 353–354.
<https://karyailmiah.unisba.ac.id/index.php/dokter/article/view/26628>
- Lubis, N. L. (2016). *Psikologi Kespro. Wanita dan Perkembangan Reproduksi: Ditinjau dari Aspek Fisik dan Psikologinya*. Kencana.

- Lusiana, N. (2014). Factors Related With The Women Disquietude Facing Menopause In Melur Health Center Pekanbaru. *Jurnal Kesehatan Komunitas*, 2(5), 215–219.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Ilmu perilaku kesehatan*. Rineka Cipta.
- Nurlina. (2021). *Kualitas Hidup Wanita Menopause* (Jawa Barat). Media Sains Indonesia.
- Riyadina, W. (2019). *Hipertensi Pada Wanita Menopause* (1 pertama). LIPI Press.
- Sakoha, T., Nakayama, M., Tsuchihashi, T., Yoshitomia, R., Tanaka, S., Katafuchi, E., Fukuia, A., Shikuwa, Y., Anzai, N., Kitazono, T., & Tsuruya, K. (2016). Associations of fibroblast growth factor 23 with urate metabolism in patients with chronic kidney disease. *Metabolism*, 65(10), 1498–1507.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.metabol.2016.07.005>.
- Syalfina, A. D. (2017). Body Mass Index (BMI) dan Lama Menopause Berpengaruh Terhadap Kualitas Hidup Menopause (Studi di Desa Karang Jeruk Kecamatan Jatirejo Kabupaten Mojokerto). *Hospital Majapahit*, 9(1), 28–42.
<http://ejournal.stikesmajapahit.ac.id/index.php/HM/article/view/138>
- Widjayanti, Y. (2016). Gambaran Keluhan Akibat Penurunan Kadar Hormon Estrogen pada Masa Menopause. *Adi Husada Nursing Journal*, 2(1), 96–101.

<https://adibusada.ac.id/jurnal/index.php/AH NJ/article/view/41/121>

Wulandari, R. C. L. (2016). Terapi Sulih Hormon Alami Untuk Menopause. *Jurnal Involusi Kebidanan*, 5(10), 54–64.
<http://jurnal.stikesmukla.ac.id/index.php/involusi/article/view/199>

Zolekhah, D., & Sholihah, N. R. (2018). Tingkat Keluhan Berdasarkan Menopause Rating Scale Pada Ibu Menopause. *OKSITOSIN : Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 5(1), 7–16. <https://doi.org/10.35316/oksitosin.v5i1.355>

PROFIL PENULIS



Ni Wayan Udayani

Penulis lahir dari orangtua I Ketut Nyumadi dan Ni Ketut Winiasih sebagai anak pertama dari dua bersaudara. Penulis dilahirkan di Desa Bangkiang Mayung, Kecamatan Kerambitan, Kabupaten

Tabanan, Bali pada tanggal 5 Oktober 1990.

Ketertarikan Penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai sejak duduk dibangku Sekolah Menengah Peratama. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners di Stikes Wira Medika Bali tahun 2014. Lima tahun kemudian penulis melanjutkan pendidikan S2 di prodi Keperawatan Program Pasca Sarjana di ITEKES Bali dan menyelesaikan studi tahun 2021. Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Komunitas, Maternitas dan Keluarga. Penulis mewujudkan karir sebagai dosen profesional dan aktif sebagai peneliti dibidang kepakaran tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara.

BAB 23 SAFE MOTHERHOOD DAN PEMELIHARAAN ORGAN REPRODUKSI WANITA

**Dewi Kusumaningtyas, S.Kep,Ns., M.Kep
Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta**

A. SAFE MOTHERHOOD

1. Pengertian

Safe motherhood adalah salah satu upaya yang dapat dilakukan agar seluruh perempuan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan selama periode hamil dan bersalin, sehingga proses kehamilan dan persalinan dapat berjalan secara sehat dan aman, serta dapat melahirkan bayi dalam kondisi sehat. *Safe motherhood* adalah suatu upaya yang dilakukan oleh tenaga Kesehatan dengan tujuan agar setiap ibu hamil dan bersalin mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan agar sehat dan aman selama periode kehamilan dan persalinan.

2. Sejarah safe motherhood

Safe motherhood dicanangkan pada tahun 1987 oleh badan-badan dunia dan pemerintah untuk meningkatkan kesadaran negara-negara di dunia tentang pengaruh tingginya angka kesakitan dan kematian ibu sehingga mendapatkan pemecahan masalahnya. Tujuan utama safe motherhood adalah mengurangi angka kesakitan dan kematian ibu. Upaya ini terutama ditujukan untuk negara-negara berkembang, hal ini dikarenakan 99% kematian ibu

di dunia terjadi di negara berkembang (Kusmiran, 2012 dalam Mardiyatani dkk, 2022).

Sejarah safe motherhood dimulai pada Bulan Oktober 1987 dimana World Health Organization (WHO), United Nations Population Fund (UNFPA) dan Bank Dunia menjadi tuan rumah dalam konferensi internasional safe motherhood pertama di Nairobi, Kenya. Konferensi tersebut memiliki arti penting pada peluncuran ide safe motherhood dan menempatkan isu kesehatan ibu di dunia global. Komunitas internasional dipertemukan dalam konferensi di Nairobi, Kenya tersebut, dengan tujuan untuk mencari pemecahan terhadap tingginya angka kesakitan dan kematian ibu selama masa kehamilan dan persalinan setiap tahunnya di dunia.

Konferensi kedua yang menjadi tonggak munculnya safe motherhood adalah World Summit for Children pada tahun 1990. Konferensi yang dihadiri 166 negara menghasilkan tujuh deklarasi, salah satunya adalah menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) 50% pada tahun 1990-2000. Indonesia sebagai salah satu negara yang turut menandatangani deklarasi berkomitmen menurunkan AKI dari 450/100.000 kelahiran hidup menjadi 225/100.000 kelahiran hidup pada tahun 2000. Konferensi yang juga penting dalam munculnya safe motherhood yaitu International Conference on Population and Development (ICPD) di Kairo pada September 1994. Konesus tersebut

menghasilkan kesepakatan pada perubahan paradigma dari kontrol penduduk menjadi pemenuhan hak-hak reproduksi manusia, memfokuskan pada peningkatan kualitas hidup manusia melalui partisipasi penuh perempuan.

Safe motherhood technical consultation merupakan peringatan 10 tahun upaya global safe motherhood yang dicanangkan di Nairobi diselenggarakan di Kolombo, Sri Lanka pada Oktober 1997. Dalam pertemuan tersebut disampaikan 10 pesan aksi untuk dapat dilaksanakan di setiap negara, yaitu:

- a. Mengembangkan *safe motherhood* melalui hak azazi manusia
- b. Memberdayakan wanita, memberi kesempatan memilih *safe motherhood*
- c. Investasi sosial dan ekonomi yang vital
- d. Menunda perkawinan dan kehamilan pertama
- e. Setiap kehamilan menghadapi risiko
- f. Memastikan persalinan ditolong tenaga professional
- g. Meningkatkan akses terhadap pelayanan Kesehatan ibu yang berkualitas
- h. Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan mengatasi aborsi yang tidak aman
- i. Mengukur kemajuan program *safe motherhood*
- j. Kekuatan dalam kemitraan untuk *safe motherhood*

Program mempercepat penurunan angka kesakitan dan kematian ibu, perinatal dan neonatal dicanangkan WHO berupa *Making Pregnancy Safer* (MPS) pada tahun 1999 yang didasari pada penekanan pentingnya kemitraan guna menurunkan AKI dan merupakan komponen penting dalam upaya *safe motherhood*.

3. Pentingnya safe motherhood

Safe motherhood dapat dicapai dengan memberikan pelayanan kesehatan ibu yang berkualitas. Pelayanan untuk membantu ibu aman meliputi:

- a. Perawatan oleh tenaga Kesehatan terampil sebelum, selama dan setelah melahirkan
- b. Perawatan darurat untuk komplikasi obstetric yang mengancam jiwa
- c. Layanan untuk mencegah dan mengelola komplikasi dari aborsi yang tidak aman
- d. Keluarga berencana untuk memungkinkan perempuan perempuan merencanakan dan mencegah komplikasi yang berhubungan dengan terlalu banyak, terlalu dekat, terlalu dini dan terlalu terlambat
- e. Pendidikan dan layanan Kesehatan untuk remaja, perempuan, keluarga dan pengambil keputusan

Pelayanan *safe motherhood* yang aman untuk ibu harus tersedia pada jaringan layanan Kesehatan masyarakat, klinik dan rumah sakit, layanan terintegrasi tersebut termasuk:

- a. Pendidikan masyarakat tentang ibu yang aman
- b. Perawatan dan konseling prenatal, termasuk promosi gizi ibu
- c. Tenaga penolong persalinan yang profesional
- d. Perawatan komplikasi dan kedaruratan obstetric
- e. Perawatan pascapersalinan
- f. Perawatan pasca aborsi
- g. Penyuluhan, informasi dan pelayanan KB
- h. Pendidikan dan pelayanan Kesehatan reproduksi remaja
- i. Pendekatan berbasis hak untuk Kesehatan dan layanan reproduksi

Usaha untuk menurunkan angka kematian dan kesakitan ibu adalah melalui tahapan:

- a. Identifikasi kasus
- b. Pengumpulan data
- c. Analisis dari penemuan
- d. Rekomendasi dan implementasi

4. Pilar safe motherhood

Program *safe motherhood* dikenal juga dengan *Four Pillars of Safe Motherhood* (konsep yang dikembangkan WHO, 1994). Empat pilar *safe motherhood* terdiri dari keluarga berencana, persalinan bersih dan aman, asuhan antenatal dan pelayanan obstetric esensial. Empat pilar *safe motherhood* menurut Australian Aid & Ministry of Health Shaping Fiji's Health, 2013 dalam Andriani, 2019:

- a. Keluarga berencana

Berfungsi untuk memastikan setiap orang atau pasangan memiliki akses ke informasi dan pelayanan KB agar dapat merencanakan waktu yang tepat untuk kehamilan, jarak kehamilan dan jumlah kehamilan. Keluarga berencana juga dimaksudkan untuk mengurangi angka aborsi di kalangan anak muda. Pelayanan yang diberikan berupa konseling, sehingga tidak ada kehamilan yang tidak diinginkan dan 4 terlalu yaitu terlalu muda, terlalu tua untuk kehamilan, terlalu sering hamil dan terlalu banyak. Konseling terpusat sangat diperlukan untuk memberikan pelayanan kepada ibu dan pasangan termasuk berbagai pilihan metode KB dan penggunaan alat kontrasepsi darurat.

b. Antenatal care/perawatan kehamilan

Antenatal care berfungsi untuk mencegah komplikasi yang muncul dan memastikan bahwa komplikasi kehamilan telah dideteksi dini dan diobati dengan tepat, selain itu sebagai sarana edukasi bagi perempuan tentang kehamilan. Komponen pelayanan antenatal meliputi;

- i. Memberikan suplemen vitamin dan vaksinasi
- ii. Deteksi penanganan komplikasi seperti kelainan letak, hipertensi kehamilan, edema, dan pre-eklampsia

- iii. Pendidikan Kesehatan tentang komplikasi yang mungkin muncul pada kehamilan, kapan dan bagaimana cara memperoleh pelayanan rujukan.
- iv. Pengobatan anemia dan skrining, pengobatan malaria dan berbagai penyakit menular seksual
- v. Pada periode kehamilan, program yang diberikan petugas Kesehatan pada ibu yaitu:
- vi. Petugas Kesehatan memberikan Pendidikan Kesehatan pada ibu hamil untuk tetap menjaga kondisi tubuh agar tetap sehat
- vii. Membantu ibu hamil dan keluarga untuk mempersiapkan proses kelahiran
- viii. Memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan kesadaran ibu dan keluarga tentang kemungkinan adanya risiko tinggi dan komplikasi kehamilan atau persalinan dan cara mengenali gejala tersebut

Melalui pelayanan antenatal yang sesuai standar diharapkan dapat menekan angka kematian ibu.

a. Obstetric care/pelayanan obsteri esensial

Berfungsi untuk menjamin bahwa perawatan yang diperlukan untuk kehamilan risiko tinggi dan komplikasi tersedia dan dapat dilaksanakan dengan baik, tersedianya pelayanan secara terus menerus dalam waktu 24 jam untuk sectio caesarea, pengobatan penting (anastesi, antibiotic dan cairan

infus), tranfusi darah, pengeluaran plasenta manual, Tindakan vakum untuk abortus inkomplet. Dalam pelaksanaannya memerlukan keterlibatan masyarakat berupa:

- i. Melibatkan masyarakat, khususnya wanita dan pelaksanaan pelayanan setempat dalam upaya memperbaiki Kesehatan ibu
 - ii. Bekerjasama dengan masyarakat, wanita, keluarga dan dukun untuk mengubah sikap terhadap keterlambatan mendapat pertolongan
 - iii. Menyediakan Pendidikan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran tentang komplikasi obstetric serta kapan dan dimana mencari pertolongan
- b. Persalinan yang bersih dan aman

Tujuan program persalinan yang bersih dan aman yaitu:

- i. Memastikan bahwa semua ibu melahirkan ditolong oleh tenaga kesehatan yang memiliki pengetahuan, keterampilan dan peralatan untuk menolong persalinan yang bersih dan aman, memberikan pelayanan yang berkualitas, serta memberikan perawatan postpartum untuk ibu dan bayi.
- ii. Pemberian pelayanan obstetric esensial tingkat dasar guna menghindari kegawatdaruratan dan

komplikasi yang berkaitan dengan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB)

World Health Organization/WHO

merekomendasikan petugas kesehatan secara professional memberikan pelayanan di setiap persalinan untuk:

1. Memberikan pelayanan yang baik dan berkelanjutan, hibienis, aman dan simpatik
2. Mengenali dan mengelola komplikasi termasuk Langkah-langkah bagaimana menyelamatkan jiwa ibu dan bayi
3. Membantu rujukan ibu dengan indikasi dengan segera dan aman di tingkat yang lebih tinggi



Gambar 23.1 Empat pilar Safe Motherhood

Sumber: Kusmiran (2011)

Keempat intervensi strategis tersebut perlu diimplementasikan melalui pelayanan Kesehatan dasar dan bersendikan kesetaraan hak dan status bagi wanita. Kondisi kehamilan berisiko tidak hanya membahayakan kondisi ibu tetapi juga bayi yang dilahirkan. Sehingga safe motherhood memiliki tujuan tidak hanya menurunkan angka kematian ibu, tetapi juga menurunkan angka kematian bayi serta kejadian kecacatan.

B. PEMELIHARAAN ORGAN REPRODUKSI WANITA

1. Definisi Kesehatan Reproduksi

Menurut WHO kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya. Menurut Liu et al (2014), kesehatan reproduksi diinisiasi oleh program khusus penelitian reproduksi manusia WHO tahun 1988. ICPD di Kairo tahun 1994 mendefinisikan kesehatan reproduksi sebagai kondisi sejahtera fisik, mental, dan sosial secara penuh, yang bukan hanya tidak ada penyakit, tapi berhubungan dengan fungsi dan proses

sistem reproduksi. Definisi kesehatan reproduksi adalah isi utama platform for action.

2. Cara menjaga organ reproduksi Wanita

Perawatan organ reproduksi merupakan hal yang sangat penting. Jika organ reproduksi tidak dirawat dengan baik maka dapat menimbulkan berbagai masalah dalam organ reproduksi, misalnya infeksi. Perawatan dan pemeliharaan organ reproduksi berdasarkan pada aturan agama, medis maupun budaya. Cara pemeliharaan organ reproduksi secara umum untuk laki-laki dan perempuan adalah:

- a. Mengganti celana dalam minimal dua kali dalam sehari
- b. Membersihkan kotoran yang keluar dari alat kelamin dan atau anus ketika buang air kecil atau buang air besar dengan air mengalir atau tissue. Arah membersihkan untuk perempuan adalah dari daerah vagina ke anus untuk mencegah kotoran yang berasal dari anus masuk ke vagina
- c. Tidak menggunakan air yang kotor untuk mencuci vagina
- d. Mencukur dan merapikan rambut kemaluan dianjurkan karena dapat ditumbuhi oleh jamur atau kutu yang dapat rasa tidak nyaman dan infeksi pada organ genital

Pemeliharaan organ reproduksi pada Wanita adalah sebagai berikut:

- a. Tidak memasukkan benda asing ke dalam vagina
- b. Menggunakan celana dalam yang menyerap keringat
- c. Tidak menggunakan celana yang terlalu ketat
- d. Hindari menggunakan cairan pembilas vagina karena dapat memengaruhi pH dalam organ genital wanita

Menurut Puspitaningrum dkk (2022), beberapa cara yang dapat dilakukan untuk menjaga organ reproduksi Wanita adalah sebagai berikut:

- a. Menghindari rokok dan alcohol

Rokok dan alcohol memiliki efek yang merugikan bagi tubuh manusia, selain menyebabkan gangguan kesehatan, rokok dan alcohol juga memengaruhi kesuburan organ reproduksi terutama wanita. Sedangkan bagi laki-laki, terlalu banyak konsumsi rokok dan alcohol dapat menyebabkan impotensi

- b. Mengonsumsi makanan yang sehat

Kesehatan reproduksi ditunjang pula dengan konsumsi makanan sehat. Nutrisi yang diperlukan oleh tubuh terutama system reproduksi yaitu protein, vitamin, antioksidan serta asam folat. Kandungan nutrisi tersebut dapat diperoleh dari kacang-kacangan, daging, ssyur, susu, telur dan buah-buahan.

- c. Sering mengganti celana dalam

Jarang mengganti celana dalam, terutama dalam kondisi kotor dapat memicu timbulnya gejala gatal-gatal pada organ genital dan munculnya keputihan. Segera ganti celana dalam bila terasa lembab atau kotor. Penting juga untuk memilih bahan kain celana dalam, bahan kain yang baik adalah yang menyerap keringan. Gunakan celana dalam yang tidak terlalu ketat karena memicu pertumbuhan bakteri.

a. Bersihkan organ genital dengan benar

Kebiasaan yang dianggap sepele ini bisa berdampak gangguan terhadap organ genital perempuan. Pada Wanita, membersihkan organ genital yang benar adalah dari depan ke belakang, bukan sebaliknya. Membersihkan organ genital dari belakang ke depan dapat menyebabkan terbawanya bakteri, kuman dari area anus ke vagina yang dapat memicu infeksi organ genitalia wanita

b. Tidak melakukan aktivitas seksual berisiko

Aktivitas seksual berisiko diantaranya berganti-ganti pasangan, aktivitas seksual sejenis. Perilaku tersebut dapat menyebabkan berbagai gangguan Kesehatan diantaranya HIV AIDS, gonorrhoe, sipilis

Selain perawatan organ reproduksi pada wanita secara umum, dalam periode menstruasi Wanita perlu menjaga kebersihan organ genital karena saat menstruasi, pembuluh darah Rahim sangat mudah terinfeksi. Kondisi lain yang dihadapi Wanita adalah saluran uretra yang lebih

pendek dibandingkan laki-laki sehingga kebersihan harus selalu dijaga karena kuman mudah sekali masuk dan dapat menimbulkan penyakit pada saluran reproduksi. Selama menstruasi, wanita hendaknya mengganti pembalut tidak lebih dari enam jam atau diganti sesering mungkin jika pembalut sudah penuh oleh darah menstruasi. Perubahan hormone pada saat menstruasi menyebabkan tubuh memproduksi keringat dan minyak serta cairan tubuh berlebih sehingga badan terasa kurang segar, oleh karena itu wanita harus menjaga kebersihan badan dengan mandi dan keramas seperti biasa. Pada saat menstruasi, tubuh akan membutuhkan cairan lebih banyak, serta keluhan nyeri perut yang mungkin muncul. Oleh sebab itu, selama menstruasi wanita hendaknya mengurangi konsumsi garam dan memperbanyak konsumsi buah-buahan, sayur, batasi konsumsi lemak, perbanyak konsumsi ikan dan daging serta minum air putih yang banyak. Komposisi konsumsi karbohidrat ditingkkan untuk kebutuhan energi wanita. Keluhan nyeri karena kontraksi otot Rahim juga tidak perlu cemas karena merupakan hal yang normal selama tidak berlebihan.

3. Penyakit yang timbul akibat kebersihan organ reproduksi yang buruk

Kebersihan organ genitalia wanita yang buruk dapat menyebabkan munculnya berbagai masalah kesehatan, diantaranya:

a. Endometritis

Endometritis merupakan jaringan yang membentuk lapisan dalam dinding Rahim tumbuh di tempat lain di dalam tubuh

b. Radang panggul

Kondisi ini disebabkan oleh bakteri penyebab infeksi yang merambat masuk ke dalam panggul melalui vagina atau leher rahim

c. Polycystic Ovarian Syndrome/PCOS

Kondisi ini berupa produksi hormone seks androgen dalam jumlah lebih banyak dan mengakibatkan penderita akan mengalami menstruasi yang tidak teratur atau bahkan tidak menstruasi sama sekali, serta sulit hamil

d. Mioma

Merupakan tumbuhnya massa/tumor jinak yang tumbuh di organ reproduksi, seperti di rahim

4. Pemeriksaan untuk Deteksi Dini Masalah Organ Reproduksi Wanita

Selain melakukan perawatan organ reproduksi wanita secara konsisten, wanita perlu melakukan pemeriksaan untuk mengetahui secara dini adakah kelainan dalam organ

reproduksi wanita. Berikut ini beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan:

a. Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI)

Sadari merupakan pemeriksaan fisik yang dapat dilakukan sendiri oleh wanita untuk menilai apakah terdapat kelainan misal adanya massa/benjolan abnormal pada payudara. Pemeriksaan ini dapat dilakukan mulai pada anak remaja yang telah mengalami pubertas, dimana terjadi perkembangan pada organ seks sekunder salah satunya adalah payudara. Pemeriksaan payudara dapat dilakukan dengan melihat perubahan bentuk dan melakukan pemeriksaan dihadapan cermin dan berbaring

b. Pap Smear

Adalah suatu pemeriksaan sitologi untuk mengetahui adanya keganasan (kanker) pada serviks dengan mikroskop. Pemeriksaan ini merupakan upaya skrining untuk mendeteksi dan mencegah kanker serviks. Pemeriksaan ini paling tidak dilakukan setahun sekali bagi wanita yang sudah menikah atau yang telah melakukan hubungan seksual. Pap Smear disarankan dilakukan secara teratur 1x per tahun. Jika hasil pemeriksaan 3 tahun berturut-turut normal, maka pemeriksaan selanjutnya dapat dilakukan tiap 3 tahun. Pemeriksaan ini dapat

dilakukan kapan saja dan tidak sedang masa menstruasi. Persiapan pasien sebelum dilakukan pemeriksaan ini tidak sedang haid, tidak coitus 1-3 hari sebelum pemeriksaan dilakukan dan tidak sedang konsumsi obat-obatan pervagina.

c. Tes Inspeksi Visual Asam Asetat/IVA

Tes IVA merupakan jenis tes lain yang bisa digunakan untuk mendeteksi adanya abnormalitas sel-sel pada mulut rahim atau serviks, tes ini menyerupai Pap Smear. Tujuan tes ini untuk melihat adanya penapisan/skrining terhadap kelainan pra kanker di mulut rahim. Tes IVA ini perbedaannya dengan Pap Smear adalah pada metode yang digunakan dan lebih sederhana, serta keakuratannya dibawah pap smear. Pemeriksaan dilakukan kapan saja, dalam keadaan haid atau sedang minum obat tertentu. Pemeriksaan dilakukan dengan memoles asam cuka pada mulut Rahim, kemudian dilihat apakah terdapat perubahan warna merah muda menjadi putih yang dapat dilihat dengan kasat mata.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriani, Rininta. (2019) Pencegahan Kematian Ibu Saat Hamil dan Melahirkan Berbasis Komunitas. Yogyakarta: Deepublish
- Mardiyatani, dkk. (2022) Kehamilan dan Persalinan. Malang: Literasi Nusantara Abadi
- Kusmiran, Eni. (2011) Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita. Jakarta: salemba Medika
- Imantika, E. Rodiani. Anggraini, D.I. Sari, M.I (2022). Efektifitas Program safe Motherhood di Puskesmas Poned Dalam Menurunkan AKI Akibat Kehamilan dan Persalinan. Jurnal Kedokteran dan Kesehatan: Publikasi Ilmiah fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya. Volume 9 No 1
- Puspitaningrum, E.M dkk. (2022) Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita. Jakarta: Scifintech Andrew Wijaya
- Pratiwi, Adelina (2021). Deteksi Dini Gangguan Kesehatan Reproduksi. Klaten Jawa Tengah: Lakeisha

PROFIL PENULIS

Dewi Kusumaningtyas



Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan maternitas dimulai sejak penulis menempuh Pendidikan jenjang strata 1 (S1) keperawatan pada tahun 2001 dilanjutkan dengan pendidikan profesi pada tahun 2006 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung.

Penulis kemudian melanjutkan Pendidikan Magister (S2) dengan peminatan keperawatan maternitas di FKMK Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Penulis memiliki kepakaran dalam bidang ilmu keperawatan maternitas dan ilmu lain yang berhubungan dalam keperawatan. Untuk menunjang karir sebagai dosen, peneliti aktif melakukan penelitian dalam bidang tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan dengan pendanaan internal perguruan tinggi. Penulis memiliki ketertarikan pada topik Kesehatan reproduksi dan telah beberapa kali melakukan penelitian dengan tema tersebut pada responden anak, orangtua, dan remaja dengan disabilitas. Peneliti juga aktif menulis dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara.

BAB 24 KOMPLEKSITAS MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI DAN KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERPEKTIF GENDER

**Dr. Tri Lestari Handayani, M.Kep.,Sp.Mat
Universitas Muhammadiyah Malang**

A. PENDAHULUAN

Sustainable Development Goals atau SDGs yang merupakan kelanjutan *Millennium Development Goals* (MDGs) berlaku dari tahun 2016-2030 menegaskan bahwa salah satu poin penting pada ‘Tujuan 3’ (Goals III) yaitu menargetkan akses layanan untuk perawatan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk di dalamnya adalah keluarga berencana, informasi dan pendidikan, serta adanya integrasi kesehatan reproduksi ke dalam strategi dan program nasional. Masalah kesehatan reproduksi pada perempuan di dunia sudah cukup memprihatinkan, menurut WHO pada kondisi perempuan yang mengalami masalah kesehatan reproduksi tidak baik sudah mencakup angka 33% dari keseluruhan beban penyakit yang menderita perempuan di dunia (Permatasari & Suprayitno, 2020). Kesehatan reproduksi yang buruk biasanya dikaitkan dengan penyakit pada sistem reproduksi, pelecehan seksual, kehamilan yang tidak diinginkan.

Kesehatan sistem reproduksi sering kali rancu dan tumpang tindih dengan kesehatan perempuan, karena kesehatan reproduksi banyak membahas gangguan pada sistem reproduksi perempuan. Sistem reproduksi pada perempuan sering kali membawa perempuan pada kondisi yang tidak menguntungkan, hal ini disebabkan adanya diskriminasi gender. Norma gender yang ada di masyarakat sering kali tidak setara, melemahkan perempuan dan bahkan perempuan seakan tidak punya kuasa atas tubuhnya sendiri. Perempuan dan organ reproduksinya sering kali hanya dijadikan obyek pemuas laki-laki, Keluarga berencana lebih sering menasar perempuan daripada laki-laki, kapan perempuan menikah, kapan punya anak, dan dimana dia akan melahirkan sering kali di atur oleh orang lain. Relasi kuasa yang tidak setara ini akan mempengaruhi perempuan dalam pengambilan keputusan terkait reproduksinya. Perempuan (istri) dalam budaya patriarki sering kali ditempatkan di kedudukan yang lebih rendah dari suami. (Aristiana Prihatining Rahayu dan Waode Hamsia, 2018; *International Centre for Research on Women and Girls Not Brides*, 2015). Ketidaksetaraan gender sering kali mempengaruhi sexualitas perempuan, seakan-akan perempuan yang menuntut kenikmatan seksual adalah perempuan yang tidak baik, perempuan di minta untuk menerima kekurangan pasangannya, dan tidak

memiliki hak untuk menikmati seksualitas dan lebih banyak sebagai obyek seksualitas.

B. KESEHATAN REPRODUKSI

1. Pengertian Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah suatu kondisi atau keadaan dimana antara kesejahteraan fisik, Kesehatan emosional, mental, dan Kesehatan sosial terjalin utuh dan berhubungan dengan system **reproduksi**, kondisi sehat yang optimal bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan namun juga sehat dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya (WHO, 1994). Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera secara kompleks, di mana tolok ukur yang digunakan bukan hanya dari segi fungsi biologis semata melainkan aspek sosial dan mental yang kadang kala justru dipinggirkan ketika menilai status kesehatan.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi

World Health Organization telah mencanangkan tiga faktor yang menjadi faktor penentu status kesehatan reproduksi seseorang, diantaranya: (1) perbedaan biologis yaitu anatomis, fisiologi, genetik, dan sistem imunitas (2) perbedaan sosial budaya seperti peran dan tanggung jawab, serta norma yang berlaku di masyarakat (3) akses dan kontrol terhadap sumber daya kesehatan: ekonomi, sosial, politik; ketersediaan dan kualitas

informasi dan edukasi tentang kesehatan reproduksi; ketersediaan waktu untuk berpartisipasi dalam program kesehatan reproduksi; ketersediaan dan kualitas layanan; keterbatasan sumber daya internal; otoritas terhadap tubuh sendiri untuk memilih layanan yang diinginkan; kontrol antara pengambilan keputusan dan keterampilan mencegah komplikasi penyakit. Masalah Gender masuk pada faktor nomer 2 dimana perbedaan social budaya, peran dan tanggung jawab diatur oleh norma yang berlaku di masyarakat. Perempuan yang bekerja di harapkan meninggalkan pekerjaannya saat proses pengasuhan anak, sedangkan laki-laki tidak di tuntutan demikian.

C. PERMASALAHAN KESEHATAN REPRODUKSI DI INDONESIA.

Kesehatan reproduksi perempuan dan permasalahannya masih menjadi perhatian utama penggiat layanan kesehatan, terlebih di masa pandemi Covid-19. Sementara angka kematian ibu dan bayi di Indonesia hingga saat ini masih cukup tinggi, yaitu 305 per seratus ribu kelahiran hidup. Tingginya kematian ibu akibat anemia, kurang gizi, perdarahan karena keguguran kemudian persalinan berisiko akibat penyakit organ reproduksi menjadi beberapa contoh terkait kesehatan perempuan. Masalah kesehatan perempuan terutama kesehatan

reproduksinya perlu untuk mendapatkan perhatian pemerintah dan masyarakat. Ruang sosialisasi untuk bisa melakukan sosialisasi tentang kesehatan reproduksi perlu diperluas agar perempuan mengetahui informasi kesehatan reproduksi yang sering dialaminya, sekaligus mendapatkan jalan keluar atas permasalahan yang sering dihadapi di tempat pelayanan primer. Pada tahun 2021 ini tercatat ada 2.179 kasus kematian ibu terjadi di Indonesia, dari angka tersebut 18 persen diantaranya karena Covid-19, dan disebabkan oleh gangguan kesehatan reproduksi akibat hamil dan melahirkan di masa pandemic Covid-19, hal ini tentu menimbulkan persoalan besar yang patut menjadi perhatian kita semua.

D. KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERPEKTIF GENDER

1. Pengertian Gender

Gender didefinisikan sebagai konstruksi sosial budaya yang membentuk suatu pemikiran mengenai perbedaan peran laki-laki dengan perempuan. Konstruksi ini dibentuk melalui identifikasi sifat dasar antara laki-laki dengan perempuan, yang dilihat dari kondisi sosial budaya, nilai, perilaku, keyakinan, mentalitas, emosi dan faktor-faktor non biologis lainnya. Norma gender mengatur bagaimana seseorang bertindak, memahami, bahkan berperasaan tumbuh dari unit sosial terkecil yaitu

keluarga sampai unit besar di lingkungannya yaitu teman, masyarakat, tempat kerja, bahkan media dan kebijakan pemerintah. Pada ‘Tujuan 5’ (Goals V) SDGs, menempatkan kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan sebagai poin utama. Selain terbebas dari diskriminasi dan kekerasan, perempuan berhak mendapatkan edukasi dan akses terhadap kesehatan reproduksi dan seksual.

2. Peran Gender di Masyarakat.

Peran Gender adalah peran-peran dalam masyarakat yang dilaksanakan oleh perempuan dan laki-laki karena jenis kelamin mereka berbeda. Peran seorang ibu dan ayah, misalnya, melekatkan hak dan kewajiban untuk mengasuh anak-anak dan mencarikan nafkah bagi keluarga. Kedua perangkat peran tersebut dihubungkan dengan perilaku-perilaku dan konsekuensinya adalah nilai-nilai sosial. Apabila individu-individu tidak melaksanakan peran gendernya sesuai dengan harapan-harapan masyarakat, mereka akan mendapatkan sangsi yang cukup serius. Namun, alokasi tugas-tugas dan nilai-nilai tersebut sangat bervariasi di berbagai budaya, komunitas dan berbeda-beda dari waktu ke waktu. Hal tersebut mengindikasikan bahwa peran gender itu dikonstruksikan oleh budaya yang dipengaruhi oleh struktur ekonomi dan politiknya. Peran Gender di

Masyarakat seiring berjalannya waktu adalah membentuk peran sosial dan tidak lagi selalu ditentukan oleh perbedaan jenis kelamin, karena pertukaran peran gender yang semakin sering. Peran gender di masyarakat bersifat dinamis, diantaranya:

a. Peran Produktif

Peran produktif merupakan peran seseorang yang dikaitkan dengan fungsi produksinya saat menghasilkan barang atau jasa. Peran ini berupa bentuk pemenuhan terhadap kebutuhan pribadi atau kebutuhan masyarakat (perdagangan, penjualan), peran ini dapat dikatkan sebagai bentuk peran pada sector publik. Peran produktif ini sering kali berbeda antara laki-laki dan perempuan, peran mandor dan leader di dunia kerja sering kali ditempati oleh laki-laki padahal dari segi kemampuan, kompetensi perempuan tidak kalah dengan laki-laki. Gaji perempuan sering kali dibawah laki-laki, ada tunjangan istri, akan tetapi tunjangan suami sering di tiadakan, inilah salah satu bentuk ketidaksetaraan gender di peran produktif.

b. Peran Reproduksi

Peran Reproduksi adalah aktivitas untuk menjamin reproduksi angkatan kerja. Hal ini termasuk pembatasan anak, penjarangan anak, perawatan terhadap anggota keluarga seperti orang tua, anak-anak dan pekerja. Tugas-tugas tersebut umumnya tidak

mendapatkan upah dan kebanyakan dilakukan oleh perempuan.

c. Peran Sosial/Masyarakat

Peran masyarakat adalah kegiatan-kegiatan yang dilakukan di tingkat masyarakat untuk menjamin ketersediaan dan pengelolaan sumber daya yang terbatas seperti air, perawatan kesehatan dan pendidikan. Pekerjaan ini biasanya tidak dibayar dan kebanyakan dilakukan oleh perempuan

d. Peran Politik Perempuan

Peran politik perempuan adalah kegiatan-kegiatan di tingkat masyarakat, mengorganisir di tingkatan formal politik, sering kali dalam kerangka kerja politik nasional. Pekerjaan ini biasanya dilakukan oleh pria, dan biasanya dibayar secara langsung (uang) atau tidak langsung (meningkatkan kekuasaan dan status)

3. Ketidaksetaraan Gender.

Ketidaksetaraan gender akan menyebabkan ketidakadilan gender. Ketidakadilan gender merupakan perbedaan peran dan fungsi antara laki-laki dan perempuan atau yang lebih tinggi dikenal dengan perbedaan gender yang terjadi di masyarakat tidak menjadi suatu permasalahan sepanjang perbedaan tersebut tidak mengakibatkan diskriminasi atau ketidakadilan. Patokan atau ukuran sederhana yang dapat

digunakan untuk mengukur apakah perbedaan gender itu menimbulkan ketidakadilan atau tidak. Bentuk-bentuk ketidaksetaraan dan ketidakadilan gender antara lain:

a. Subordinasi

Arti dari subordinasi antara lain; suatu penilaian atau anggapan bahwa suatu peran yang dilakukan oleh satu jenis kelamin lebih rendah dari yang lain. Telah diketahui, nilai-nilai yang berlaku di masyarakat, telah memisahkan dan memilah-milah peran-peran gender, laki-laki dan perempuan. Perempuan dianggap bertanggung jawab dan memiliki peran dalam urusan domestik atau reproduksi, sementara laki-laki dalam urusan public atau produksi. Pertanyaannya adalah, apakah peran dan fungsi dalam urusan domestic dan reproduksi mendapat penghargaan yang sama dengan peran publik dan produksi? Jika jawabannya iya berarti sudah terjadi suatu subordinasi

b. Stereotype

Semua bentuk ketidakadilan gender diatas sebenarnya berpangkal pada satu sumber kekeliruan yang sama, yaitu stereotype gender laki-laki dan perempuan. Stereotype itu sendiri berarti pemberian citra baku atau label/cap kepada seseorang atau kelompok yang didasarkan pada suatu anggapan yang salah atau sesat. Pelabelan umumnya dilakukan

dalam dua hubungan atau lebih dan seringkali digunakan sebagai alasan untuk membenarkan suatu tindakan dari satu kelompok atas kelompok lainnya. Pelabelan juga menunjukkan adanya relasi kekuasaan yang timpang atau tidak seimbang yang bertujuan untuk menaklukkan atau menguasai pihak lain. Pelabelan negative juga dapat dilakukan atas dasar anggapan gender. Namun seringkali pelabelan negative ditimpakan kepada perempuan. Contoh : 1. Perempuan dianggap cengeng, suka digoda. 2. Perempuan tidak rasional, emosional. 3. Perempuan tidak bisa mengambil keputusan penting. 4. Perempuan sebagai ibu rumah tangga dan pencari nafkah tambahan. 5. Laki-laki sebagai pencari nafkah utama.

c. Kekerasan

Kekerasan (violence) artinya tindak kekerasan, baik fisik maupun non fisik yang dilakukan oleh salah satu jenis kelamin atau sebuah institusi keluarga, masyarakat atau negara terhadap jenis kelamin lainnya. Peran gender telah membedakan karakter perempuan dan laki-laki. Perempuan dianggap feminis dan laki-laki maskulin. Karakter ini kemudian mewujud dalam ciri-ciri psikologis, seperti laki-laki dianggap gagah, kuat, berani dan sebagainya. Sebaliknya perempuan

dianggap lembut, lemah, penurut dan sebagainya. Sebenarnya tidak ada yang salah dengan perbedaan itu. Namun ternyata perbedaan karakter tersebut melahirkan tindakan kekerasan. Dengan anggapan bahwa perempuan itu lemah, itu diartikan sebagai alasan untuk diperlakukan semena-mena, berupa tindakan kekerasan. Contoh : 1. Kekerasan fisik maupun non fisik yang dilakukan oleh suami terhadap isterinya di dalam rumah tangga. 2. Pemukulan, penyiksaan dan perkosaan yang mengakibatkan perasaan tersiksa dan tertekan. 3. Pelecehan seksual. 4. Eksploitasi seks terhadap perempuan dan pornograf

d. Beban Ganda

Beban ganda (*double burden*) artinya beban pekerjaan yang diterima salah satu jenis kelamin lebih banyak dibandingkan jenis kelamin lainnya. Peran reproduksi perempuan seringkali dianggap peran yang statis dan permanen. Walaupun sudah ada peningkatan jumlah perempuan yang bekerja di wilayah public, namun tidak diiringi dengan berkurangnya beban mereka di wilayah domestic. Upaya maksimal yang dilakukan mereka adalah mensubstitusikan pekerjaan tersebut kepada perempuan lain, seperti pembantu rumah tangga atau anggota keluarga perempuan lainnya. Namun

demikian, tanggung jawabnya masih tetap berada di pundak perempuan. Akibatnya mereka mengalami beban yang berlipat ganda.

4. Keterkaitan Gender dan Kesehatan reproduksi

Peran norma gender dalam kesehatan seksual dan reproduksi telah lama dikenal dalam penelitian. Remaja putri dan wanita muda sering kali harus menanggung beban kebijakan dan program terkait dengan kesehatan reproduksi yang tidak berpihak pada perempuan. Ketidaksetaraan gender yang ada di masyarakat membuat tubuh dan hidup perempuan hidupnya di kendalikan oleh orang lain. Sejak masa Pubertas masyarakat membuat standar yang berbeda antara remaja laki-laki dan remaja perempuan terkait masalah kesehatan reproduksi dan seksualitas. Perempuan yang melakukan sex di luar nikah dianggap lebih buruk dan nakal dibandingkan dengan laki-laki yang melakukan hal yang sama. Masyarakat lebih bisa memaafkan laki-laki yang melakukan seksual di luar nikah dibandingkan dengan perempuan.

Standard ganda juga berlaku pada perempuan yang di tuntutan untuk lebih menjaga kesehatan reproduksinya, perempuan yang tidak perawan dan mandul dianggap perempuan yang tidak berharga. Perempuan di tuntutan untuk setia hanya pada satu pasangan, sementara laki-

laki yang banyak memiliki pasangan perempuan di anggap lebih maskulin. Kaitan antar norma gender dan status kesehatan reproduksi perempuan akan sangat nampak saat kita menganalisis faktor-faktor yang menjadi penyebab masalah kesehatan reproduksi yang terjadi. Namun sayang, meskipun menimbulkan morbiditas sampai mortalitas pada perempuan, belum ada perhatian penuh yang berspektif gender untuk menanganinya. Karena norma masyarakat yang dinaturalisasi sehingga dianggap bukan persoalan krusial.

Salah satu permasalahan terkait dengan sistem reproduksi yang dipengaruhi gender antara lain *unmet need*, yaitu kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi, meskipun perempuan secara sadar melakukan program kehamilan kedua, akan tetapi sebagai perempuan sering kali tidak memiliki kehendak atas pusat reproduksinya, penentuan kontrasepsi, kapan hamil sangat tergantung pada pasangannya. Berbagai penelitian mengungkapkan bahwa *unmet need* disebabkan oleh tidak adanya dukungan suami untuk mengakses kontrasepsi, meskipun fasilitas kesehatan sudah memadai.

Biasanya, perspektif suami dipengaruhi oleh kepercayaan budaya yang dianut. Suami yang berperan sebagai pemimpin dalam rumah tangga mendapat posisi istimewa ketika bernegosiasi. Karena kepemimpinan

yang jalankan adalah sebagai ‘pengatur’ bukan ‘pelindung’ bagi keluarganya. Jika suami berperan sebagai ‘pelindung’ maka mereka akan memikirkan risiko-risiko kesehatan yang akan menimpa anggota keluarganya sebelum mengambil keputusan. Edukasi mengenai alat kontrasepsi lebih banyak menasar perempuan ketimbang laki-laki. Alat-alat kontrasepsi dari bahan kimia banyak mengakibatkan efek negatif untuk tubuh perempuan jika yang berpengaruh terhadap sistem tubuhnya: sakit kepala, muntah, haid tidak teratur, bintik-bintik hitam pada kulit atau, kesakitan di bagian lengan yang disisipi implan. Padahal efek negatif dari alat kontrasepsi pada laki-laki justru sangat minim. Posisi tawar perempuan terkait masalah kesehatan kesehatan reproduksi masih cukup rendah. Hal ini salah satunya juga terlihat pada masalah pemeriksaan pap smear pada perempuan belum menjadi prioritas dalam keluarga di Indonesia, selain itu vaksinasi pencegahan canker servik juga tidak di prioritaskan untuk dilakukan pada anak perempuan di Indonesia. Hal ini tentu menjadi persoalan besar terkait dengan kesehatan reproduksi di Indonesia, dan menunjukkan perhatian masyarakat terhadap kesehatan reproduksi perempuan tidak diprioritaskan dan kesehatan reproduksi belum menjadi kebutuhan. Berbagai keyakinan akan tafsir agama juga memengaruhi norma gender dan keputusan. Kita pernah

mendengar perihal mati syahidnya seorang perempuan jika meninggal dalam persalinan. Kematian ibu yang tidak memperlihatkan penurunan signifikan sebetulnya bisa diminimalisir melalui pemeriksaan kehamilan rutin untuk menganalisis faktor-faktor risiko berbahaya jika melahirkan atau mendeteksi penyakit/ kemungkinan sakit sebelum kehamilan sehingga hal-hal negatif bisa diminimalisir

Praktik merugikan lainnya yang berkaitan erat dengan norma gender adalah perkawinan anak dan *Female Genital Mutilation*. Namun norma gender biasanya tidak berdiri sendiri dalam memengaruhi status kesehatan reproduksi, melainkan memiliki faktor pendukung seperti kebijakan politik, ekonomi, pendidikan, akses fasilitas, dan lain-lain

Kesehatan reproduksi di Indonesia sering kali belum menjadi prioritas bagi masyarakat, sehingga angka kematian perempuan yang disebabkan gangguan sistem reproduksi masih tinggi. Mencegah dan mendeteksi kesehatan reproduksi harus di sosialisasikan secara meluas di masyarakat agar perempuan mendapatkan dukungan saat ingin melakukan vaksinasi kanker, memilih tempat melahirkan yang layak dan mempunyai kuasa untuk menentukan sendiri dalam memelihara kesehatan reproduksinya. Ketidaksetaraan gender yang salah satunya mengganggap perempuan

lemah dan tergantung akan membuat perempuan tidak punya kuasa atas diri dan kesehatan reproduksinya. Pengarustamaan gender perlu di sebarluaskan agar perempuan makin punya kuasa atas tubuhnya sendiri dan mampu menjaga dan merawat organ reproduksinya.

DAFTAR PUSTAKA

Kementrian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak

RI (2023) *Glosary Ketidakadilan Gender*,

<https://www.kemenpppa.go.id/index.php/page/view/23>

dikutip 22 Januari 2023.

Permatasari, D., & Suprayitno, E. (2020). Implementasi Kegiatan

Pendidik Sebaya dan Konselor Sebaya dalam Upaya

Pencegahan Triad KRR di Pusat Informasi dan

Konseling Remaja. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal*

of Ners and Midwifery), 7(1), 143–150

Rahayu, AP & Hamsia, W. (2018) *Woman and Girls Not Brides*.

International Center for Reseach on Woman

PROFIL PENULIS



Tri Lestari Handayani

Memulai Pendidikan keperawatan sejak tahun 1989 di Akademi Keperawatan Dep.Kes Malang, dan lulus tahun 1992, melanjutkan Studi S1 Keperawatan di Universitas Indonesia tahun 1997 lulus tahun 1999, dan melanjutkan ke S2 Keperawatan tahun 2004 dan lulus tahun 2006. Ketertarikan terhadap Kesehatan Ibu mendorong untuk melanjutkan Pendidikan ke Spesialis Keperawatan Maternitas pada tahun 2006 sampai dengan tahun 2007, dan pada tahun 2014 sd tahun 2021 melanjutkan studi pada Program Doktoral Universitas Indonesia. Beberapa penelitian mengenai kekerasan pada perempuan , di aplikasikan dengan menjadi pembicara seminar baik tingkan Internasional, Nasional dan regional. Email Penulis: tari_1971

BAB 25 UPAYA PROMOTIF DAN PREVENTIF KESEHATAN REPRODUKSI

**Baktianita Ratna Etnis, SST., M.Kes.
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Papua**

Pada bab ini, menekankan mengenai upaya promotif dan preventif kesehatan reproduksi menurut Leavel dan Clark sebagai bagian menghadapi kemungkinan terjadinya masalah gangguan yang dapat terjadi dalam siklus kehidupan wanita sehingga upaya pencegahan atau penanggulangannya dapat segera dilakukan. Upaya Promotif dan Preventif Kesehatan Reproduksi terdiri dari beberapa sub bab yang akan dipelajari lebih lanjut sebagai berikut:

A. TEORI PROMOSI KESEHATAN dan PENDIDIKAN KESEHATAN

Konsep promosi kesehatan disesuaikan dengan rangkaian perkembangan dari promosi kesehatan itu sendiri, beberapa definisi promosi kesehatan adalah sebagai berikut; Menurut Lawrence Green (1984) :

“segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait ekonomi, politik dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan”.

WHO (1984), merevitalisasi pendidikan kesehatan dengan istilah promosi kesehatan, arti dari pendidikan kesehatan yaitu sebagai upaya perubahan perilaku maka promosi kesehatan tidak hanya merubah perilaku tetapi juga adanya perubahan pada lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut.

Promosi Kesehatan juga merupakan upaya yang bersifat promotive (peningkatan). Asal kata promosi kesehatan dalam bahasa Inggris adalah health promotion. Terjemahan dari health promotion atau promotion of health dalam bahasa Indonesia oleh para ahli kesehatan masyarakat di Indonesia yang dibagi menjadi lima tingkatan pencegahan (five level of prevention) dari H. R. Leavell dan E.G. Clark dalam bukunya preventive medicine for the doctor in his community. Menurut Leavell dan Clark (1965), dalam teori kesehatan masyarakat, terdapat 5 tingkatan mencegah terjadinya penyakit, yaitu: 1. promosi kesehatan, 2. perlindungan khusus, 3. diagnosis dini dan pengobatan segera, 4. pembatasan kecacatan, dan 5. rehabilitasi (pemulihan).

Promotif merupakan bagian perpaduan dari upaya preventif (pencegahan), kuratif (pengobatan), dan rehabilitatif (pemulihan) dan semuanya merupakan rangkaian yang komprehensif. Pada tingkat pencegahan pertama disebut dengan promotion of health, dan oleh para ahli kesehatan masyarakat diartikan sebagai peningkatan

kesehatan. Hal ini dikarenakan makna dari istilah *promotion of health* yaitu ditujukan untuk meningkatkan derajat kesehatan pada seseorang yang dapat dilakukan melalui pemenuhan asupan gizi seimbang, istirahat yang cukup, olahraga teratur, dan sebagainya.

Peningkatan kesehatan pada dasarnya tetap akan berkaitan erat dengan promosi kesehatan. Menurut Leavell dan Clark, bahwa selain melalui peningkatan gizi dan lainnya, pendidikan kesehatan juga merupakan bagian dari peningkatan kesehatan baik untuk individu maupun masyarakat.

Konferensi Ottawa, memaknai bahwa *health promotion* adalah sebagai perluasan dari *health education* atau pendidikan kesehatan. Definisi promosi kesehatan yang dikemukakan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) adalah sebagai berikut;

“ *Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and improve, their health. To reach a state of complete physical, mental, and social, well being, an individual or group must be able to identify and realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment* “ (Ottawa Charter, 1986).

Dalam kutipan di atas dapat disimpulkan, bahwa promosi kesehatan merupakan sebuah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu, pemberdayaan

masyarakat juga menjadi bagian yang sangat penting dalam mendukung upaya kemandirian masyarakat untuk dapat menolong dirinya sendiri artinya masyarakat diharapkan mampu berperilaku dalam mencegah timbulnya masalah-masalah dan gangguan kesehatan serta mampu mengubah dan mengatasi lingkungannya (fisik, sosial budaya dan sebagainya), yang kemungkinan dapat terjadi dalam kehidupannya. Dengan kemampuan masyarakat tersebut, diharapkan derajat kesehatan dapat tercapai dengan sempurna baik fisik, mental, dan sosial.

Pendidikan kesehatan adalah suatu proses kesehatan yang bersifat dinamis dan terencana, dengan tujuannya adalah supaya kemampuan masyarakat dapat mengalami peningkatan baik pengetahuan, ketrampilan maupun perilaku menuju perbaikan pola hidup ke arah yang lebih sehat. Menurut Notoatmodjo (2003), terdapat beberapa unsur dalam komponen pendidikan kesehatan diantaranya yaitu para pendidik dan sasaran didik yang merupakan bagian dari input, pelaksanaan berbagai kegiatan yang direncanakan dalam membuat perubahan perilaku (proses), dan output yang diharapkan dari kegiatan yang dilakukan.

B. RUANG LINGKUP PENDIDIKAN KESEHATAN

Ruang lingkup kesehatan dapat dilihat dari beberapa dimensi, antara lain;

1. Berdasarkan dimensi sasaran pendidikan, terbagi atas:

- a. Pendidikan kesehatan individual, sasarannya individu.
 - b. Pendidikan kesehatan kelompok, sasarannya kelompok.
 - c. Pendidikan kesehatan masyarakat, sasarannya masyarakat secara luas.
2. Berdasarkan dimensi tempat pelaksanaannya, yaitu:
- a. Pendidikan kesehatan di sekolah, sasarannya murid.
 - b. Pendidikan kesehatan di rumah sakit dan puskesmas, sasarannya pasien dan keluarganya.
 - c. Pendidikan kesehatan di tempat kerja, sasarannya buruh atau karyawan.
3. Berdasarkan dimensi tingkat pelayanan, terdiri atas:
- a. Promosi Kesehatan
 - b. Perlindungan khusus.
 - c. Diagnosa dan pengobatan secara dini.
 - d. Pembatasan kecacatan.
 - e. Rehabilitasi.

C. TUJUAN PENDIDIKAN KESEHATAN

Beberapa tujuan pendidikan kesehatan, antara lain:

- 4. 1. Memberikan informasi bagi masyarakat pentingnya menjaga kesehatan dalam keberlangsungan kehidupan.
- 1. Menjadikan masyarakat paham dalam menerapkan secara mandiri perilaku kesehatan melalui berbagai kegiatan.

2. Meningkatkan pembangunan serta pemanfaatan sarana prasarana pelayanan kesehatan.
3. Menurut Wong dalam Sulika., dkk (2001), secara operasional tujuan pendidikan kesehatan yaitu:
4. Meningkatkan rasa tanggung jawab terhadap kesehatan diri sendiri, dan lingkungan.
5. Melakukan upaya preventif maupun rehabilitatif sebagai upaya pencegahan suatu penyakit maupun tingkat keparahan yang terjadi.
6. Memberikan suatu pemahaman yang tepat terkait perubahan dan keberadaan suatu sistem serta cara yang efektif dan efisien tentang cara penggunaannya.
7. Mengupayakan diri untuk dapat mandiri dalam mempelajari dan mempraktikkan sesuatu yang bermanfaat, sehingga meminimalkan meminta bantuan pada sistem pelayanan formal.

D. PERAN PENDIDIKAN KESEHATAN

Terdapat beberapa peran pendidikan kesehatan dalam mengoptimalkan kesehatan, antara lain;

1. Peran pendidikan kesehatan dalam faktor lingkungan

Banyaknya fasilitas yang telah disediakan baik dari pemerintah, swasta ataupun LSM, akan tetapi perilaku masyarakat belum bisa secara maksimal dalam memanfaatkan sarana dan prasarana tersebut. Sehingga

pendidikan kesehatan penting untuk diberikan kepada masyarakat.

2. Peran pendidikan kesehatan dalam pelayanan kesehatan
Upaya memperbaiki kesehatan masyarakat, Departemen Kesehatan Indonesia memberikan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yaitu puskesmas, namun pada kenyataannya masyarakat masih belum memanfaatkan puskesmas dengan optimal.
3. Peran pendidikan kesehatan dalam perilaku
Hal tersebut menjadi sangat penting bagi masyarakat sebagai upaya masyarakat dapat lebih peka serta mengetahui cara memelihara kesehatan mereka sendiri, sehingga dapat mencegah masalah kesehatan yang dapat berbahaya untuk diri sendiri maupun orang lain.
4. Peran pendidikan kesehatan dalam faktor hereditas
Status kesehatan pada anak-anak perlu sangatlah kita ketahui bahwa hal tersebut berasal dari orang tua yang juga memiliki status kesehatan yang baik dan gizi yang cukup, dalam hal ini ibu memegang peran penting tersebut. Sehingga peran pendidikan diperlukan supaya masyarakat mengetahui akan hal tersebut dan mampu mewariskan kesehatan yang baik pada keturunannya.

E. UPAYA PROMOTIF dan PREVENTIF MENURUT LEAVELL DAN CLARK

1. Pengertian Promotif dan Preventif dalam Leavell dan Clark

Promotif dan Preventif menurut Leavell dan Clark adalah merupakan suatu edukasi kesehatan. edukasi kesehatan merupakan penerapan konsep untuk membantu individu, kelompok maupun masyarakat dalam meningkatkan kemampuan dalam mencapai kesehatan secara optimal. Sebagaimana hal ini terlihat dalam peran edukasi kesehatan antara lain; 1) edukasi dalam faktor lingkungan; 2) edukasi dalam pemberian layanan kesehatan; 3) edukasi perilaku dan; 4) edukasi terkait faktor hereditas.

2. Manfaat Upaya Promotif dan Preventif

Menurut Leavell dan Clark, manfaat upaya promotive dan preventif yaitu sebagai berikut:

- a. Meningkatkan kualitas hidup.
- b. Menurunkan angka kesakitan.
- c. Menurunkan terjadinya angka komplikasi.
- d. Meningkatkan jumlah presentase kasus yang terdeteksi.

3. Hal-Hal yang dilakukan dalam upaya Promotif dan Preventif menurut Leavell dan Clark

Penanggulangan permasalahan dalam kesehatan, terbagi dalam tiga tahap berikut:

- a. Pencegahan secara primer: ditekankan pada individu sebelum mengalami sakit, dengan upaya yang dapat dilakukan yaitu:
 - i. Meningkatkan perlindungan khusus (specific protection) ditujukan dalam upaya pencegahan sebelum terjadinya penularan penyakit, misalnya cara menanggulangi sex bebas pada remaja, melakukan imunisasi dan sebagainya.
 - ii. Melakukan promosi kesehatan sebagai upaya meningkatkan imunitas tubuh dalam mencegah terjadinya masalah kesehatan.
- b. Pencegahan secara sekunder: penekanannya pada masa individu mulai mengalami sakit, hal yang bisa dilakukan adalah:
 - i. Melakukan diagnosa dini dan pengobatan dengan cepat (early diagnosis and prompt treatment) yang bertujuan untuk mengobati dan dapat menyembuhkan orang sakit serta mencegah terjadinya komplikasi atau kecacatan, selain itu juga dapat sebagai upaya dalam mencegah penyebaran penyakit, misalnya penyakit menular.
 - ii. pembatasan kecacatan (disability limitation) yaitu dengan segera mengatasi cacat yang terjadi, supaya tidak semakin parah atau memperburuk cacat yang dialami oleh seseorang atau individu.

- c. Pencegahan secara tersier: merupakan tahap penyembuhan.

Pada tahap ini upaya rehabilitasi mempunyai peran yang sangat penting, supaya individu yang mengalami kesakitan atau kecacatan diusahakan keadaannya tidak bertambah parah. Sehingga individu tetap dapat menjalani kehidupannya dengan optimal.

Pada buku Leavell dan Clark yang berjudul “Preventive Medicine for the doctor in his community”, terdapat 5 tingkatan dalam upaya pencegahan penyakit yang dilakukan pada masa sebelum sakit dan pada masa sakit; meliputi:

1. Masa Sebelum Sakit

- a. Meningkatkan kualitas kesehatan (Health Promotion)

Promosi kesehatan berkembang dari pendidikan kesehatan yang merupakan suatu intervensi terhadap perilaku kesehatan masyarakat. promosi kesehatan mempunyai dua sisi, yaitu: sisi ilmu dan sisi seni. Sebagai contoh pada sisi seni, promosi kesehatan sebagai penunjang program-program kesehatan lainnya. Adapun program seperti: perbaikan gizi, pencegahan penyakit infeksi (menular dan tidak menular), upaya kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana dan lainnya diperlukan peran promosi kesehatan di dalamnya.

Australian Health Foundation juga merumuskan tentang promosi kesehatan, sebagai berikut:

“Health promotion is programs are design to bring about “change” within people, organization, communities, and their environment”

Sehingga dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan merupakan program sebagai upaya menjadikan adanya transformasi (perbaikan) baik pada diri individu maupun masyarakat serta lingkungannya.

Para ahli yang lain juga membagi promosi kesehatan menjadi dua bagian, yaitu:1)

promotif yang sasarannya pada orang sehat; dan 2) preventif (pencegahan) dan kuratif (penyembuhan) dengan sasaran kelompok orang dengan resiko tinggi terhadap penyakit dan orang sakit.

Beberapa upaya pelayanan kesehatan yang dilakukan terhadap pemeliharaan kesehatan diantaranya sebagai berikut;

- i. Peningkatan pelayanan kesehatan, dilakukan dengan meningkatkan pelayanan kesehatan reproduksi untuk remaja yang hamil diluar nikah, remaja yang melakukan perkawinan usia dini,

yang terinfeksi penyakit menular dan pemberian layanan keluarga berencana.

- ii. Memperbaiki kualitas kebersihan dan sanitasi lingkungan, yang dilakukan dengan: penyediaan air bersih, pengelolaan sampah dan limbah yang baik dan lainnya.
- iii. Menyediakan makanan yang sehat baik kualitas maupun kuantitasnya, yaitu dengan mengajarkan kepada masyarakat untuk memperhatikan asupan makanan yang dimakan, artinya makanan yang dimakan harus mengandung zat gizi yang terdiri dari: karbohidrat (makanan pokok), protein (lauk pauk), mineral (sayur-sayuran) dan vitamin (buah-buahan). Sebab bila tubuh tidak mendapat kebutuhan zat gizi yang cukup maka tubuh akan rentan sakit. Selain itu, upaya lain juga pada pengawasan terhadap makanan yang dikonsumsi, dimana makanan tersebut harus terjaga kebersihannya mulai dari dibuat sampai dengan dimakan. Karena makanan yang tidak bersih juga bermasalah untuk tubuh mengalami gangguan kesehatan.
- iv. Pendidikan kesehatan yang diberikan pada masyarakat, seperti; konseling pranikah, konseling pada ibu pada saat hamil, bersalin dan post partum,

konseling seksualitas baik untuk remaja, dewasa dan lansia.

- v. Pelayanan kesehatan jiwa sebagai upaya menuju kepribadian yang lebih baik lagi, dikarenakan banyak masyarakat yang berada dalam keadaan pre-phantogenesis sehingga dalam menjaga kesehatan mental yang dapat dilakukan dengan penyuluhan tentang kebersihan dan kesehatan jiwa (Suryati,dkk.2009).
- b. Memberikan Perlindungan Khusus Terhadap Suatu penyakit (Specific Protection)

Perlindungan khusus ini ditujukan untuk masyarakat dalam meningkatkan kesadaran terhadap pentingnya kesehatan khususnya bagi masyarakat yang mempunyai anak bayi dan balita, upaya yang dapat dilakukan dengan: 1) pelaksanaan program imunisasi, dimana imunisasi sangatlah penting ditingkatkan karena sebagai bentuk perlindungan tubuh dengan memberikan kekebalan tubuh supaya terhindar dari penyakit. Banyak penyakit yang dapat dihindari dengan imunisasi dengan pemberian sejak dini, yaitu:, campak, polio, difteri, gondongan, cacar air, TBC, hepatitis dan lainnya. 2) penggunaan kondom sebagai upaya dalam mencegah penyakit menular seksual (PMS) seperti: penyakit HIV dan AIDS, gonorrhoe, sifilis, dan yang lainnya. Hal ini

penting untuk diketahui oleh masyarakat karena fungsi kondom dapat mencegah terjadinya penyebaran virus secara langsung melalui lapisan penghalang pada dinding kondom tersebut. 3) pencegahan kecelakaan baik di tempat kerja maupun di tempat umum. Bahwa resiko akan kecelakaan bisa dialami oleh para pekerja, misalnya dikarenakan adanya gangguan kesehatan, alat kerja, gangguan suasana tempat dan lainnya. Sehingga untuk menghindari terjadinya hal tersebut maka diharapkan kepada para pekerja untuk lebih peka dan teliti terhadap pekerjaan yang dilakukan, dan pekerjaan yang dilakukan harus sesuai dengan protokol yang berlaku. Perlindungan lainnya juga diberikan kepada korban penganiayaan, pelecehan seksual, dan diskriminasi terhadap hak reproduksi wanita, Tindakan kekerasan pada anak dan wanita.

2. Masa Sakit

a. Tahapan Awal dalam Menenal dan Mengetahui Jenis Penyakit serta Pemberian Pengobatan Yang Tepat (Early Diagnosis And Prompt Treatment).

Tujuan dari Early Diagnosis dan Prompt Treatment, yaitu:

- i. Memberikan pengobatan dengan cepat dan tepat sehingga penyakit yang dialami masyarakat dapat segera disembuhkan.

- ii. Mencegah supaya tidak terjadi keadaan yang lebih parah (kecacatan) karena suatu penyakit yang dialami.
- iii. Mencegah resiko penularan kepada orang lain disekitarnya.

Hal-hal yang dapat dilakukan terkait tahap Early Diagnosis dan Prompt Treatment adalah sebagai berikut:

- i. Menggali kasus sedini mungkin (case finding), usaha tersebut dapat meliputi: pengumpulan data penyakit, survey lapangan, mencari data epidemiologi terkait penyakit tersebut, memberikan usaha pengobatan gratis untuk masyarakat, serta dapat pula dengan pemeriksaan pasien dengan penyakit menular seperti: penyakit TB, dan HIV/AIDS.
- ii. Melakukan pemeriksaan secara rutin, antara lain: pemeriksaan darah lengkap, diagnose pemeriksaan sputum, pemeriksaan foto rontgen dan sebagainya.
- iii. Melaksanakan pengawasan secara selektif terhadap penyakit tertentu, seperti: penyakit TBC, kanker, kista dan lainnya. Hal yang dapat dilakukan dengan pengobatan untuk proses perawatan, menjaga kondisi lingkungan, meningkatkan perilaku hidup sehat, serta

peningkatan edukasi dalam pencegahan penularan penyakit.

- iv. Meningkatkan keteraturan dalam pengobatan pada penderita (case holding), contohnya, pada penderita TB paru di butuhkan Pengawas Minum Obat (PMO) yang bisa berasal dari anggota keluarga, kader kesehatan ataupun tokoh masyarakat lainnya yang keberadaannya dihormati dan tinggal dekat pasien tersebut. Selain itu pemberian motivasi pada penderita juga penting, supaya penderita tidak menyerah dengan kondisi penyakit yang dialaminya.
- v. Mencari kontak orang-orang yang pernah berhubungan dengan penderita penyakit menular, yaitu bisa dengan dilakukan pemeriksaan pada orang yang pernah kontak tersebut.
- vi. Memberikan pengobatan yang tepat sesuai dengan kasus penyakit yang diderita. Keteraturan waktu pengobatan penting untuk selalu disampaikan pada penderita, sebab bila pengobatan terlambat diberikan, maka akan memiliki beberapa resiko antara lain: proses penyembuhan menjadi bertambah lama atau bahkan sulit untuk sembuh, keadaan penyakit bertambah parah dan biaya pengobatan juga akan semakin besar.

b. Pembatasan Kecacatan (Disability Limitation)

Pentingnya memupuk kesadaran masyarakat untuk melakukan proses pengobatan sampai dengan tahap penyembuhan pada kasus-kasus infeksi organ reproduksi, kasus infertilitas dan sebagainya, upaya yang dapat dilakukan yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan supaya mencegah resiko kecacatan dan ketidakmampuan yang semakin parah. usaha lainnya juga bisa dengan pengadaan dan peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan untuk pemeriksaan lanjutan sebagai penunjang (laboratorium) supaya penderita sembuh dengan baik tanpa terjadinya komplikasi, memberikan informasi kepada penderita untuk secara rutin berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan.

c. **Rehabilitasi (Rehabilitation)**

Rehabilitasi merupakan upaya pemulihan yang dijalani oleh penderita, sehingga penderita dapat kembali menjalankan aktivitasnya dalam kehidupan bermasyarakat yang dapat berguna bagi diri sendiri maupun orang lain.

Terdapat jenis-jenis rehabilitasi, yaitu terdiri atas:

i. Rehabilitasi fisik

Adalah suatu keadaan dimana bekas penderita telah mendapat perbaikan fisik, contohnya: seseorang yang mengalami kecelakaan dan mengalami patah kaki, perlu mendapat rehabilitasi

dengan adanya kaki buatan yang dapat dipergunakan fungsinya sama seperti kaki yang sesungguhnya.

ii. Rehabilitasi mental

Yaitu penyesuaian diri yang dapat dilakukan bekas penderita dengan lingkungannya, misalnya: seseorang yang mengalami kecacatan tubuhnya disertai dengan masalah mental yang dihadapi, perlu adanya edukasi terkait dengan bimbingan kejiwaannya supaya siap dalam kehidupan bermasyarakat.

iii. Rehabilitasi social vokasional

Adalah kondisi seseorang setelah sembuh dari penyakitnya dan sudah mulai mendapatkan pekerjaan dalam kehidupan bermasyarakat sesuai dengan kapasitas kerja dan kemampuan yang dimilikinya.

iv. Rehabilitasi aesthetis

Yaitu upaya yang dilakukan untuk mengembalikan rasa keindahan, seperti: pemakaian mata palsu, walaupun terkadang fungsi alat tubuh yang sesungguhnya tidak dapat dikembalikan.

Selain itu, terdapat juga beberapa program rehabilitasi yang jangka waktunya 3 bulan, antara lain pendidikan yang terkait: a) agama (kognitif, afektif, dan

psikomotor); b) psikoterapi kelompok dan perorangan; c) umum; d) keterampilan; e) jasmani (olahraga); dan f) rekreasi. Selanjutnya hasil yang diharapkan setelah melaksanakan program rehabilitasi, yaitu: 1) keimanan dan ketaqwaan semakin kuat; 2) memiliki kekebalan tubuh yang sempurna baik fisik maupun mental; 3) memiliki keterampilan yang semakin baik; 4) mampu menjalankan perannya dalam kehidupan sehari-hari baik dalam keluarga, maupun dalam bermasyarakat.

F. UPAYA PREVENTIF (PENCEGAHAN PENYAKIT)

Pencegahan penyakit merupakan bagian dari upaya dalam kesehatan, yang terbagi menjadi, 3 bagian yaitu: 1. upaya pencegahan (preventif); 2. upaya pengobatan (kuratif); dan 3. upaya rehabilitasi. Dalam upaya-upaya tersebut, upaya pencegahan menjadi bagian utama, karena dengan upaya pencegahan akan dapat diminimalkan resiko penyakit yang dialami oleh individu, maupun masyarakat. sehingga biaya yang dikeluarkan akan lebih murah dibandingkan dengan upaya pengobatan ataupun rehabilitasi. Contoh sederhana yang dapat kita mengerti bahwa mencegah agar tidak terkena penyakit menular seksual (PMS) akan lebih baik dibandingkan dengan yang telah menderita penyakit menular seksual, yang akan memerlukan biaya yang besar untuk pengobatan.

DAFTAR PUSTAKA

Kholid, Ahmad. 2018. Promosi Kesehatan: Dengan Pendekatan Teori Perilaku, Media dan Aplikasinya untuk Mahasiswa dan Praktisi Kesehatan. Depok: Rajawali Pers

- Dignan MB., Carr PA., 1992. Program Planning for Health Education and Promotion. Second Edition. USA: Lea & Febiger.
- Fertman, CI., & Allenswoeth, DD. 2010. Health Promotion Program. San Francisco, USA: A Wiley Imprint.
- Koheler, H., MacDougall, C., C & Murphy, B. 2007. Understanding Health Promotion. Victoria, Australia: Oxford University Press.
- Marmi, 2013. Kesehatan Reproduksi, Yogyakarta: Pustaka Belajar.
- Mubarak, Wahid &Chayatin, Nurul. 2009. Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi, Jakarta: salemba Medika.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan, Jakarta: Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2003. Promosi kesehatan: Teori dan Aplikasi, Jakarta: Rineka Cipta
- Widyastuti Y, dkk. 2009. Kesehatan Reproduksi. Yogyakarta: Fitramaya.

PROFIL PENULIS

Baktianita Ratna Etnis, SST., M.Kes



Lahir di Kediri, 08 Februari 1988 dari Ayah Sutopireno & Ibu Retno Subekti. Penulis saat ini berprofesi dosen di Sejolah Tinggi Ilmu Kesehatan Papua dengan Home Base Program Studi Kesehatan Masyarakat dan memiliki Jabatan Akademik/Fungsional: Lektor 200 (Penata/Iiic) dengan status dosen tersertifikasi. Penulis menempuh jenjang pendidikan D4-Bidan pendidik dan lulus Tahun 2009, selanjutnya menyelesaikan jenjang pendidikan S2 di Universitas Respati Indonesia dengan Peminatan Kesehatan Reproduksi Tahun 2017. Saat ini penulis melanjutkan jenjang pendidikan S3 di Universitas Gadjah Mada (Angkatan 2022) di Fakultas Ilmu Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan (FK-KMK). Penulis saat ini juga masih aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Dengan adanya Buku ini penulis berharap dapat bermanfaat bagi banyak orang di Bidang Kesehatan.

Email Penulis: ratnaetnis1@gmail.com

BAB 26 HAK KESEHATAN SEKSUAL DAN REPRODUKSI (HKSR)

Pintam Ayu Yastirin, S.Si.T., M.Kes.
Universitas An Nuur

A. PENDAHULUAN

Seksualitas adalah aspek kehidupan yang alamiah dan sangat berharga, bagian yang sangat penting dan mendasar dari kehidupan manusia. Bagi manusia untuk mencapai standar kesehatan yang paling tinggi, manusia harus terlebih dahulu dikuatkan untuk mengetahui pilihan kehidupan reproduksi dan seksualnya. Mereka harus merasa nyaman dan aman dalam mengekspresikan identitas seksualnya. Saat ini, diskriminasi, stigma, ketakutan dan kekerasan muncul sebagai ancaman yang nyata bagi banyak orang. IPPF (*International Planned Parenthood Federation*) sebagai lembaga pengambil keputusan, mendeklarasikan hak – hak seksual, sebagai sebuah aspek keadilan, pembangunan dan kesehatan global dengan prinsip – prinsip sebagai berikut:

1. **Prinsip 1** *Seksualitas merupakan bagian yang tak terpisahkan dari kehidupan setiap orang. Oleh karena itu perlu diciptakan suatu lingkungan yang menjamin terlaksananya hak-hak seksual sebagai bagian dari pengembangan diri.*

Seksualitas sebagai bagian pribadi semua orang yang terintegrasi dalam tatanan sosial. Sementara individu mengalami seksualitasnya melalui kehidupan mereka dengan cara yang bervariasi tergantung dengan faktor internal dan eksternal, hak asasi manusia yang berhubungan dengan seksualitas, perlindungan dan promosi hak seksual seharusnya menjadi bagian dari keberadaan keseharian semua individu dimanapun. Sesuai dengan piagam kesehatan reproduksi dan kesehatan seksual, IPPF menjamin bahwa semua orang merupakan subyek pembangunan yang sentral/ pokok dan penghargaan pentingnya penciptaan lingkungan yang kondusif di mana semua individu dapat menikmati semua hak - hak Seksual agar dapat dilakukan bagian yang aktif dalam proses pembangunan ekonomi, sosial dan budaya dan politik. Seksualitas sebagai aspek kehidupan manusia dan sosial yang akan selalu terikat dengan badan, pikiran, politik, kesehatan dan tatanan sosial.

2. **Prinsip 2** *Hak dan perlindungan menjamin setiap orang yang berusia di bawah delapan belas tahun yang berbeda dengan orang dewasa. Harus mempertimbangkan aspek tumbuh kembang dalam melaksanakan hak-hak seksualnya.*

IPPF menyadari bahwa hak dan perlindungan menjamin individu usia di bawah delapan belas tahun (18), sebagai suatu hukum nasional dan internasional, terkadang

berbeda dengan hak orang dewasa. Perbedaan ini berhubungan dengan semua aspek hak asasi manusia tetapi membutuhkan pendekatan khusus berkaitan dengan hak - hak seksual. IPPF memulai dengan menyatakan bahwa individu berusia di bawah 18 tahun merupakan pemegang hak, dan posisi yang berbeda dalam spektrum bayi, anak, dan remaja, hak dan perlindungan tertentu akan memiliki hubungan yang cukup tinggi atau lebih rendah. Sebagai tambahan, prinsip peningkatan kapasitas mengkombinasi penghormatan bagi anak, harga diri dan tema anak sebagai perlindungan dari semua bentuk kekerasan, sementara juga menghargai nilai kontribusi diri mereka sendiri melalui perlindungan mereka. Tatanan sosial harus menciptakan lingkungan di mana anak dapat mencapai kapasitas anak yang optimal dan di mana penghormatan yang lebih baik diberikan bagi potensi mereka untuk berpartisipasi di dalamnya dan bertanggung jawab atasnya, membuat keputusan bagi kehidupan mereka sendiri.

3. **Prinsip 3** *Non diskriminasi memayungi semua perlindungan dan promosi hak asasi manusia*

IPPF menyadari bahwa kerangka kerja tidak diskriminatif menggarisbawahi semua perlindungan dan promosi hak asasi manusia. Kerangka kerja tidak diskriminatif ini melarang setiap perbedaan, partisipasi atau pembatasan basis seks, usia, gender, identitas gender, orientasi seks, status perkawinan, riwayat atau perilaku

seks, nyata atau salah, ras, warna, etnik, bahasa, agama, politik atau pendapat lain, asal sosial atau negara, kepemilikan, kelahiran, ketidakmampuan mental dan fisik, status kesehatan, termasuk HIV-AIDS, dan warga negara, politik, sosial dan status lainnya yang memiliki tujuan atau berdampak kerusakan atau pemaksaan penghormatan, kenikmatan atau pelaksanaan berbasis kesetaraan dengan yang lainnya, hak asasi manusia dan kemerdekaan mendasar dalam wilayah politik, ekonomi, sosial, budaya, kewarganegaraan atau wilayah lainnya. Individu mengalami hambatan berbeda untuk memenuhi hak - hak seksual mereka. Substansi kesetaraan membutuhkan hambatan – hambatan ini untuk dihilangkan agar keanekaragaman individu untuk menikmati hak dasar mereka dan kemerdekaan kesetaraan dengan yang lainnya. Hal ini memerlukan perhatian yang khusus bagi kelompok yang tidak terlayani dan kelompok marjinal.

4. Prinsip 4 *Seksualitas dan kenikmatan seksual merupakan aspek penting manusia, tanpa memandang apakah seseorang akan melahirkan atau tidak.*

Kesehatan seksual melekat sepanjang hidup. Seksualitas merupakan faktor yang terintegrasi dalam hampir semua keputusan reproduksi; akan tetapi kesehatan seksual merupakan aspek manusia yang pokok apakah seseorang akan memilih untuk melahirkan atau tidak. Seksualitas tidak hanya merupakan sarana seseorang untuk

puas akan keinginan reproduksinya. Pengalaman dan menikmati seksualitas adalah berdiri sendiri dari reproduksi, dan kemerdekaan seksualitas reproduksi seharusnya aman terjaga, membutuhkan perhatian khusus bagi mereka yang dahulu dan sekarang menyangkal hal tersebut.

5. **Prinsip 5** *Menjamin Hak-Hak Seksual bagi semua orang, termasuk komitmen terhadap kebebasan dan perlindungan dari bahaya (harm).*

Hak dilindungi dari dan untuk mendapatkan perlindungan dari semua bentuk kekerasan dan ancaman berkaitan dengan hak - hak seksual. Seksualitas berhubungan dengan kekerasan dan penyalahgunaan wilayah/ranah fisik, verbal, psikologi, ekonomi dan seksual serta kekerasan individu karena seks, usia, jender, identitas jender, orientasi seksual, status perkawinan, riwayat dan perilaku seksual mereka, benar atau salah, aktivitas seks atau bagaimana kekerasan tersebut bermanifestasi terhadap seksualitas mereka.

6. **Prinsip 6** *Hak-Hak Seksual dalam pelaksanaannya akan dibatasi oleh adanya hukum di suatu negara, walaupun demikian penghargaan, pengakuan kebebasan orang harus dijunjung tinggi dalam masyarakat yang demokratis.*

Hak - hak seksual sebagai hak manusia lainnya mungkin dapat menjadi subyek bagi keterbatasan yang

ditentukan oleh hukum sebagai tujuan dari perlindungan akan penghargaan dan penghormatan bagi hak dan kemerdekaan bagi lainnya dan kesejahteraan umum dalam lingkungan demokrasi, kesehatan masyarakat dan urutan publik, sesuai dengan hukum hak asasi manusia. Keterbatasan harusnya tidak diskrimintif, penting dan proporsional untuk pencapaian tujuan yang legitimate. Pelaksanaan hak - hak seksual harus membimbing kesadaran hubungan yang dinamis antara minat sosial dan pribadi, pengakuan keberadaan pluralitas visi, dan kebutuhan untuk menjamin kesetaraan, harga diri dan penghargaan akan keberbedaan.

7. **Prinsip 7** *Kewajiban untuk menghormati , melindungi dan memenuhi hak-hak seksual dan kebebasan.*

Hak dan kemerdekaan seksualitas meliputi pengakuan hukum yang penting dan akses untuk pemenuhan pengakuan tersebut. Sama seperti hak asasi manusia lainnya, negara memiliki kewajiban dalam tiga tingkatan : menghargai, melindungi dan memenuhi hak – hak seksual bagi semua.

B. HAK SEKSUAL DAN REPRODUKSI

Hak reproduksi merupakan bagian dari hak asasi manusia yang mendasar, yang dilindungi dengan undang – undang nasional, dokumen – dokumen internasional tentang hak azasi manusia serta dokumen kesepakatan PBB

(Perserikatan Bangsa – Bangsa) lainnya yang relevan. Hal tersebut dibahas dalam Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) Perserikatan Bangsa - Bangsa (PBB) tahun 1994, bahwa *“hak - hak reproduktif didasarkan pada hak asasi manusia tertentu yang telah diakui dalam hukum nasional, dokumen hak asasi manusia internasional dan dokumen konsensus lainnya. Hak - hak ini berlandaskan pada pengakuan atas hak dasar semua pasangan serta individu untuk memutuskan secara bebas, bertanggung jawab dalam menentukan jumlah, jarak dan waktu memiliki anak, mendapatkan informasi dan sarana untuk memiliki anak, dan hak untuk mencapai standar tertinggi dalam kesehatan seksual dan reproduksi. Termasuk hak untuk membuat keputusan tentang reproduksi yang bebas dari diskriminasi, paksaan dan kekerasan.”*

Program aksi ICPD mendefinisikan kesehatan reproduksi sebagai *“keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan fungsinya dan proses”*. Oleh karena itu, kesehatan reproduksi menyiratkan bahwa orang dapat memiliki kehidupan seks yang memuaskan, aman dan mereka memiliki kemampuan untuk bereproduksi serta kebebasan dalam memutuskan apakah, kapan dan seberapa sering melakukannya. Tersirat dalam kondisi terakhir ini,

hak laki-laki dan perempuan untuk mendapatkan informasi serta memiliki akses dalam berkeluarga yang aman, efektif, terjangkau dan dapat diterima perencanaan pilihan mereka, serta metode lain pilihan mereka untuk pengaturan kesuburan yang tidak bertentangan dengan hukum, dan hak akses ke layanan perawatan kesehatan yang tepat yang akan memungkinkan perempuan menjalani kehamilan dan persalinan dengan aman dan memberi pasangan kesempatan terbaik untuk memiliki bayi yang sehat.

Hak reproduksi muncul sebagai bentuk perlindungan hak asasi manusia serta menjadi bagian dari realisasi hak dasar. Secara khusus, hak-hak berikut ini tidak dapat dilindungi tanpa memastikannya perempuan dan remaja dapat menentukan kapan dan apakah akan melahirkan anak, mengendalikan tubuh dan seksualitas mereka, mengakses informasi dan layanan kesehatan seksual dan reproduksi yang penting, dan menjalani kehidupan yang bebas dari kekerasan. Hak – hak reproduksi menurut Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) antara lain :

1. Hak untuk hidup

Setiap orang memiliki hak untuk hidup. Proses kehamilan, persalinan dan reproduksi wanita perlu dipastikan untuk mendapatkan layanan yang aman serta terhindar dari risiko kematian baik pada ibu maupun bayinya. Kesakitan dan kematian ibu seringkali disebabkan

oleh kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi. Faktor yang mendukung kurangnya akses pelayanan kesehatan antara lain faktor hukum, geografis, sosial atau ekonomi. Pelayanan kesehatan yang relevan harus mencakup informasi dan pendidikan, perawatan sebelum dan sesudah melahirkan, pelayanan keluarga berencana, akses praktik aborsi yang aman, nutrisi yang baik, perawatan kegawatdaruratan kebidanan, terbebas dari kekerasan dan lain – lain.

2. Hak atas kemerdekaan dan keamanan

Hak atas kebebasan dan keamanan pribadi mencakup kebebasan untuk mengontrol kehidupan seksual dan reproduksi seseorang. Setiap anak, perempuan dan laki-laki berhak terbebas dari pelecehan dan eksploitasi seksual. Selain itu, mereka berhak mendapatkan perlindungan dari intervensi medis terkait kesehatan seksual dan reproduksi, kecuali jika dilakukan dengan persetujuan.

3. Hak atas kesetaraan dan bebas dari segala bentuk diskriminasi

Semua orang dilahirkan bebas dan setara. Tidak seorang pun boleh didiskriminasi atas dasar ras, etnis, warna kulit, kemiskinan, jenis kelamin atau orientasi seksual, status perkawinan, posisi keluarga, cacat fisik atau mental, usia, bahasa, agama, pendapat politik atau lainnya, asal kebangsaan atau sosial, harta benda, kelahiran atau status lainnya. Berdasarkan hak ini, diharapkan adanya

regulasi / hukum yang melarang diskriminasi terhadap kelompok minoritas mana pun, serta dapat ditegakkan secara efektif. Bebas dari segala praktik prasangka, kebiasaan, dan praktik lain yang didasarkan pada gagasan inferioritas perempuan, serta adanya interpretasi hak asasi manusia yang peka gender.

4. Hak atas kerahasiaan pribadi

Hak atas privasi termasuk hak untuk membuat keputusan secara otonom mengenai kehidupan seksual dan reproduksi seseorang, dan memiliki privasi untuk dihormati. Hak atas kerahasiaan pribadi ini dimaksudkan untuk :

- a. Adanya pedoman layanan yang memastikan bahwa informasi pribadi yang diberikan akan tetap dirahasiakan;
- b. Kerangka hukum yang mengakui hak individu untuk membuat pilihan otonom terkait dengan reproduksi dan seksualitas, termasuk perempuan, yang terkait dengan aborsi yang aman;
- c. Informasi dan layanan kesehatan seksual dan reproduksi untuk remaja serta menghormati hak privasi dan kerahasiaan mereka.

5. Hak atas kebebasan berfikir

Setiap individu berhak mengambil keputusan tentang kesehatan seksual dan reproduksinya, serta berhak untuk

mencari, menerima, menyampaikan informasi dan buah pikiran melalui media apapun. Kebebasan berfikir tentang kesehatan reproduksi dan seksual dalam konteks agama, keyakinan, filosofi dan adat istiadat.

6. Hak atas pendidikan dan informasi

Hak dasar atas pendidikan mencakup hak atas akses informasi dan pendidikan tentang kesehatan seksual dan reproduksi serta hak-haknya. Hak atas pendidikan dan informasi ditujukan untuk :

- a. Memberikan akses kepada remaja dalam memperoleh informasi dan pendidikan;
- b. Memberikan informasi dan pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi yang sensitif gender, bebas dari stereotip, dan disajikan secara objektif, kritis dan pluralistik;
- c. Adanya program yang memungkinkan pengguna layanan untuk membuat keputusan atas dasar persetujuan penuh, bebas dan terinformasi dengan baik.

7. Hak menikah atau tidak menikah serta membentuk dan merencanakan keluarga

Semua orang berhak untuk memilih secara sukarela untuk menikah atau tidak dan untuk membentuk dan merencanakan sebuah keluarga. Akses non-diskriminatif ke layanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk keluarga berencana, pengobatan infertilitas, dan

pengecahan dan pengobatan infeksi menular seksual, termasuk HIV/AIDS.

8. Hak untuk memutuskan jumlah dan jarak anak

Semua orang memiliki hak untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai jumlah dan jarak antara anak-anak mereka. Ini termasuk hak untuk memutuskan apakah atau kapan memiliki anak dan akses ke sarana untuk menggunakan hak ini.

Informasi, pendidikan dan layanan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, ibu yang aman dan aborsi yang aman yang dapat diakses, terjangkau, dapat diterima dan nyaman • Layanan yang menawarkan metode pengaturan fertilitas seluas mungkin yang aman, efektif dan dapat diterima • Kebebasan semua perempuan dan laki-laki untuk memilih dan menggunakan metode perlindungan terhadap kehamilan yang tidak direncanakan yang aman dan dapat diterima oleh mereka

9. Hak atas pelayanan dan perlindungan kesehatan

Semua orang berhak atas standar kesehatan fisik dan mental tertinggi yang dapat dicapai, dimana mereka berhak:

- a. Memperoleh kualitas tertinggi dalam perawatan kesehatan;
- b. Pelayanan perawatan kesehatan yang komprehensif, termasuk :
 - 1) Akses metode kontrasepsi dan aborsi yang aman;

- 2) Diagnosis dan pengobatan infertilitas serta infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV/AIDS;
- c. Konseling kehamilan dan infertilitas yang memberdayakan masyarakat untuk mengambil keputusan secara mandiri berdasarkan informasi yang diberikan tanpa memihak;
 - d. Pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi yang komprehensif, mudah diakses baik secara finansial maupun geografis, dijamin privasi dan kerahasiaannya, menghormati martabat dan kenyamanan pengguna layanan;
 - e. Ketersediaan layanan kehamilan, persalinan, dan nifas yang sesuai, termasuk nutrisi yang memadai selama kehamilan dan menyusui;
 - f. Cuti hamil dengan tetap mendapatkan insentif atau cuti hamil dengan tunjangan jaminan sosial yang memadai;
 - g. Layanan kesehatan seksual dan reproduksi yang menghormati hak klien atas informasi, pilihan, privasi, martabat, kelangsungan layanan, akses, keamanan, kerahasiaan, kenyamanan dan untuk menyampaikan pandangan tentang layanan yang ditawarkan.

10. Hak untuk mendapatkan manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan

Semua orang berhak menikmati manfaat kemajuan ilmu pengetahuan. Diharapkan setiap orang memiliki akses manfaat dari semua teknologi kesehatan reproduksi yang

tersedia, termasuk metode kontrasepsi, aborsi, dan pengobatan infertilitas yang terbaru, aman serta dapat diterima. Adanya Penyediaan informasi tentang efek berbahaya dari teknologi perawatan kesehatan reproduksi serta penggunaan teknologi kesehatan berbasis penelitian yang peka gender.

11. Hak atas kebebasan berkumpul dan partisipasi politik

Hak atas Kebebasan Berkumpul dan Partisipasi Politik mencakup hak untuk membentuk dan bergabung dengan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) yang bertujuan untuk memajukan kesehatan serta menjamin hak seksual dan reproduksi. Adanya advokasi individu dalam memperoleh hak serta kesehatan seksual dan reproduksinya.

12. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk

Semua laki-laki, perempuan dan anak-anak memiliki hak untuk tidak menjadi sasaran penyiksaan atau perlakuan kejam, tidak manusiawi atau merendahkan martabat.

C. HAK SEKSUAL DAN REPRODUKSI BAGI PENYANDANG DISABILITAS

1. Situasi / Masalah

Penyandang disabilitas terutama perempuan mengalami diskriminasi hak seksual dan reproduksi. Perempuan dengan disabilitas sering dianggap makhluk

yang aseksual dan tidak menarik. Masyarakat sosial merepresentasikan orang dengan disabilitas itu sebagai makhluk sexless, aseksual, tidak menarik secara seksual, tidak bisa melakukan aktivitas seksual, asexual monster, tidak bisa mengontrol dorongan seks dan perasaan serta tidak bisa bertanggungjawab bila memiliki anak. Pemahaman ini berasal dari representasi kultural, mitos dan diskriminasi stigma yang mempengaruhi pengalaman seksual pada orang dengan disabilitas.

Tradisi di beberapa komunitas di Indonesia menganggap para penyandang disabilitas merupakan kutukan atau aib yang dilakukan oleh orang tuanya dan dianggap aseksual. Anggapan aib dan tabu kepada para penyandang disabilitas mendorong keluarga membatasi akses mereka dengan dunia publik. Akibatnya, informasi tentang hak dan kesehatan reproduksi dan seksual sulit terakses. Bahkan para orang tua pun minim terhadap pengetahuan hak dan kesehatan reproduksi dan seksual.

Remaja penyandang disabilitas memiliki permasalahan dalam pencitraan tubuh karena memiliki perbedaan pada tubuh maupun kejiwaan mereka dibandingkan orang kebanyakan, yang tidak jarang menimbulkan prasangka negatif oleh masyarakat. Salah satu akibatnya, penyandang disabilitas memiliki kesempatan terbatas untuk berpacaran ataupun membina hubungan, karena prasangka masyarakat yang terkadang

menimbulkan perasaan minder. Informasi dan Pendidikan Seksualitas. Remaja penyandang disabilitas juga mengalami permasalahan untuk memperoleh informasi dan pendidikan seksualitas. Contohnya seorang remaja penyandang disabilitas intelektual yang mendapatkan pendidikan seksualitas, karena keterbatasannya perlu dididik dengan cara yang mudah dimengerti olehnya. Sayangnya, seringkali guru dan orang tua tidak memiliki pengetahuan ataupun keterampilan tersebut.

Kesulitan merasakan sensasi seksual pada penyandang disabilitas tertentu sebagai akibat cedera tulang belakang ditemukan dalam beberapa kasus, meskipun dalam di beberapa kasus yang lain kenikmatan seksual bisa dirasakan oleh bagian tubuh lain yang diberi rangsangan. Kesulitan mendapatkan dan menggunakan alat kontrasepsi. Kontrasepsi merupakan kebutuhan manusia, termasuk penyandang disabilitas. Mereka juga membutuhkan akses kontrasepsi, dan harusnya kondisi disabilitas tidak membatasi mereka untuk mengakses kontrasepsi. Biasanya, alat kontrasepsi ini juga diberikan oleh keluarganya dan bahkan mengalami paksaan, terutama penyandang disabilitas mental dan intelektual. Untuk penyandang disabilitas tertentu, mereka mungkin kesulitan untuk memakai dan melepas kondom, kesulitan. Untuk mengkonsumsi hormon karena obat lain yang dikonsumsi dan sebagainya sehingga perlu diberikan informasi,

keterampilan dan dukungan. Alat kontrasepsi kepada perempuan disabilitas ini seringkali diberikan oleh keluarganya, bahkan di lakukan sterilisasi paksa ini banyak di temukan pada penyandang disabilitas mental (psikososial) dan intelektual.

Perempuan penyandang disabilitas seringkali tidak mampu untuk melakukan negosiasi terhadap aktivitas seksual yang akan dilakukan dengan pasangannya, mereka lebih banyak menerima dan tidak berani melawan karena khawatir akan ditinggalkan oleh pasangan atau mengalami kekerasan seksual. Misalnya, Perempuan disabilitas tulang belakang atau biasa disebut paraplegi, tidak bisa merasakan rangsangan dari panggul ke bawah. Sehingga, ketika melakukan aktivitas seksual mereka tidak bisa merasakan kenikmatan seksual dan sering mengalami kekerasan seksual dari pasangannya. Sementara, pada disabilitas intelektual ada beberapa dampak perubahan ketika mereka mengalami kekerasan seksual yaitu ^a. Inhibisi seksual, dimana penyintas sangat menghindari ciri fisik yang menyerupai pelaku, tidak berminat dan menghindari aktivitas seksual atau hal-hal yang berbau seks akibat dari trauma yang dialaminya; ^b. Disinhibisi seksual, dimana penyintas menampilkan ketertarikan yang berlebihan kepada aktivitas seksual akibat dari trauma yang dialaminya.

Untuk perempuan penyandang disabilitas memiliki kesuburan sama dengan perempuan pada umumnya. Terkadang prasangka masyarakat yang menganggap penyandang disabilitas adalah aseksual membuat mereka terpinggirkan (marginalisasi). Masyarakat juga menganggap perempuan penyandang disabilitas tidak mampu menikah dan merawat anak. Padahal perempuan penyandang disabilitas juga bisa memiliki keturunan, hanya perlu dukungan selama kehamilan dan perhatian medis lebih.

Dari beberapa data kasus pengaduan kekerasan terhadap perempuan Komnas Perempuan dan beberapa lembaga yang berkonsentrasi pada isu disabilitas, perempuan penyandang disabilitas wicara dan mental rentan mengalami kekerasan seksual dan mempengaruhi kesehatan seksual dan reproduksinya. Pada beberapa kasus, perempuan penyandang disabilitas dipaksa melakukan strelisasi dan melakukan aborsi karena alasan medis berkemungkinan melahirnya bayi dengan disabilitas. Remaja penyandang disabilitas memiliki kerentanan terhadap eksploitasi lebih tinggi daripada remaja umum. Beberapa penyandang disabilitas memiliki kesulitan komunikasi sehingga lebih rentan menjadi objek eksploitasi termasuk kekerasan fisik maupun seksual. Pada sebagian masyarakat Indonesia, orang tua yang memiliki anak disabel masih diliputi rasa malu sehingga sang anak

“disembunyikan” di rumah. Hal tersebut berimbas pada peniadaan akses pengetahuan anak tentang kesehatan reproduksinya. Padahal penyandang disabilitas perempuan, sangat rentan terhadap pelecehan seksual bila ia tidak mendapatkan informasi dan pemahaman hak seksualitasnya. Implementasi pendidikan kesehatan reproduksi komprehensif yang telah banyak dilakukan oleh organisasi masyarakat sipil masih minim terhadap kelompok penyandang disabilitas. Termasuk program - program pemberdayaan dalam pelayanan kesehatan untuk para penyandang disabilitas baik dilakukan oleh pemerintah maupun organisasi masyarakat sipil masih minim dan belum banyak dilakukan. Rumah Sakit dan pusat-pusat pelayanan kesehatan masih belum ramah baik secara fasilitas pelayanan maupun kesetaraan dalam pelayanan yang berkualitas. Misalnya Perempuan penyandang disabilitas fisik (kursi roda) mengalami kesulitan saat melakukan pendaftaran di rumah-rumah sakit. Perempuan penyandang disabilitas tidak mendapatkan pengetahuan bagaimana cara memandikan bayi dan memijat bayi setelah melahirkan dari pihak rumah sakit, termasuk senam hamil.

Literasi mengenai isu perempuan disabilitas dapat dikatakan masih terlalu sedikit, sehingga cukup banyak orang tua yang memiliki anak disabilitas atau masyarakat secara umum masih luput dari pengetahuan bagaimana melindungi mereka yang berkebutuhan khusus.

2. Rekomendasi Implementasi Kesetaraan Hak Reproduksi dan Seksual Bagi Penyandang Disabilitas

- a. Melakukan pendidikan seksualitas yang komprehensif khusus kepada penyandang disabilitas secara intensif dan meluas, yang hingga saat ini masih minim dilakukan. Khusus kepada kelompok penyandang disabilitas, pendidikan seksualitas ini juga melibatkan orang tua dan keluarga penyandang disabilitas;
- b. Mengembangkan strategi untuk merombak kendala budaya dan agama terkait stigma kepada penyandang disabilitas sebagai makhluk aseksual; mengkoordinasikan strategi penyebarluasan informasi terkait hak-hak penyandang disabilitas bagi masyarakat untuk menghapus stigma sebagai makhluk aseksual;
- c. Mengembangkan penyelenggaraan layanan kontrasepsi bagi penyandang disabilitas dengan menitikberatkan pada penyadaran penyandang disabilitas dan keluarganya bahwa penggunaan alat kontrasepsi sebagai pilihan dan kehendak bebas setiap penyandang disabilitas;
- d. Mengembangkan program-program layanan perawatan bayi secara mandiri pasca melahirkan bagi perempuan penyandang disabilitas;
- e. Menyediakan dan memastikan infrastruktur di layanan kesehatan yang mudah diakses oleh perempuan penyandang disabilitas; dan menyediakannya

tersebut tersedia di setiap unit layanan kesehatan sampai ke tingkat desa;

- f. Menyediakan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan seksual bagi penyandang disabilitas dan keluarganya;Kementerian Sosial mengembangkan strategi penyebarluasan informasi bagi masyarakat untuk menghapus stigma penyandang disabilitas sebagai makhluk aseksual; Kementerian Sosial memastikan penyandang disabilitas dan keluarganya memperoleh pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan seksual;
- g. Membangun sistem perlindungan bagi perempuan penyandang disabilitas, yang mengalami pemaksaan sterilisasi, dengan menyediakan skema pembedaan bagi pelaku pemaksaan sterilisasi dan pemulihan bagi korban, antara lain melalui Rancangan Undang-Undang Penghapusan Kekerasan Seksual.

DAFTAR PUSTAKA

UNFPA. Reproductive Rights : A Tool for Monitoring State Obligations. New York

International Planned Parenthood Federation. (2008). Hak – Hak Seksual : Deklarasi IPPF. London : United Kingdom



Department for International Development. (2004). Sexual and

Reproductive Health and Rights. United Kingdom

UNFPA. (2014). Reproductive Rights Are Human

Rights, A Handbook For National Human Rights

Institutions. New York

Yazid, N. (2022). Pengabaian Hak Reproduksi

Perempuan Sebagai Pemicu Perceraian. *Jurnal*

Integrasi Ilmu Syariah, 3 (1), 9 – 18

Mais, A. (2022). Pemenuhan Hak Kesehatan Seksual dan

Reproduksi bagi Remaja Penyandang Disabilitas di

Kabupaten Jember. *Jurnal Ortopedagogia*, 8 (2), 103 –

110

Sutrisminah, E. (2022). Dampak Kekerasan pada Istri dalam

Rumah Tangga terhadap Kesehatan Reproduksi.

Majalah Ilmiah Sultan Agung, 50 (127), 23 – 34

Petronela, M., Soebiyanto, A.W., Limijadi, E.K.S. (2021)

Analisis Pelaksanaan Pemenuhan Hak Atas Informasi

dan Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan Penyandang

Disabilitas di Kota Semarang. *Jurnal USM Law Review*,

4 (2), 547 – 564

PROFIL PENULIS

Pintam Ayu Yastirin, S.Si.T., M.Kes., lahir di Kebumen, 25

Agustus 1986. Penulis menyelesaikan pendidikan D - III Kebidanan

di STIKES Bina Cipta Husada Purwokerto (lulus 2006) dilanjutkan

D- IV Kebidanan di STIKES Ngudi Waluyo, Ungaran (lulus 2007)

dan S-2 Promosi Kesehatan dengan Konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan HIV-AIDS di Universitas Diponegoro, Semarang (lulus 2015).

Pengalaman bekerja penulis di dunia pendidikan dirintis sejak 2007 dengan menjadi dosen tetap di Akademi Kebidanan Ar – Rum Salatiga, kemudian pada tahun 2008 sampai dengan saat ini menjadi dosen tetap di Universitas An Nuur. Penulis selama terjun dalam dunia pendidikan telah mempublikasikan karya penelitian melalui berbagai jurnal nasional dan internasional, serta telah menulis beberapa buku yang merupakan pengembangan bahan ajar serta latihan soal uji kompetensi kebidanan.

BAB 27 KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA, DEWASA DAN LANSIA

**Juwitasaki, S.Kep.,Ns.,MS
Universitas Muhammadiyah Malang**

Kesehatan Reproduksi merupakan kondisi sehat sempurna secara fisik, mental, dan kesejahteraan sosial, bersifat utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi, serta proses dan siklus organ reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit, gangguan dan kecacatan. Setiap orang diharapkan mampu memiliki kehidupan seksual yang memuaskan dan aman bagi dirinya, juga mampu menurunkan serta memenuhi keinginannya tanpa ada hambatan untuk memiliki dan melanjutkan keturunan.

Setiap orang berhak merencanakan, mengatur jumlah keluarganya, jarak kelahiran, dan termasuk mendapat penjelasan yang lengkap dan benar tentang cara-cara kontrasepsi maupun merencanakan kehamilan yang benar. Selain itu, hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi lainnya, seperti pelayanan antenatal, persalinan, nifas dan pelayanan bagi anak dan kesehatan remaja juga perlu dijamin oleh negara (Meitria 2018).

Kebijakan Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia menetapkan bahwa Kesehatan Reproduksi mencakup 5 (lima) komponen/program terkait, yaitu Program Kesehatan Ibu dan Anak, Program Keluarga Berencana, Program Kesehatan

Reproduksi Remaja, Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS, dan Program Kesehatan Reproduksi pada Usia Lanjut.

Pelaksanaan Kesehatan Reproduksi dilaksanakan dengan menggunakan pendekatan siklus hidup (*life-cycle approach*) agar diperoleh sasaran yang pasti dan pelayanan yang jelas berdasarkan kepentingan sasaran/klien dengan memperhatikan hak reproduksi mereka. Saat ini, kesehatan reproduksi di Indonesia yang diprioritaskan baru mencakup empat komponen/program, yaitu: Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir, Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi Remaja, serta Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS. Pelayanan yang mencakup 4 komponen/program tersebut disebut Pelayanan Kesehatan Reproduksi (Liang et al. 2019)

A. KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Terobosan pada *International Conference on Population and Development* (ICPD) tahun 1994 adalah pengakuan bahwa layanan kesehatan seksual dan reproduksi (SRH) sangat penting bagi semua orang, termasuk remaja dan pemuda (berusia 10-19 tahun, remaja sebagai 15-24 tahun, dan orang muda 10-24 tahun. Program Aksi ICPD, berwawasan ke depan dalam kaitannya dengan remaja dan kaum muda, menyerukan “memenuhi kebutuhan pendidikan dan layanan (kesehatan) remaja

untuk memungkinkan mereka menangani seksualitas mereka secara positif dan bertanggung jawab.

Dalam beberapa dekade sejak itu, urgensi untuk menangani hak dan kesehatan seksual dan reproduksi (SRHR) remaja dan kaum muda telah berulang kali ditegaskan kembali. Ditopang oleh peningkatan pengetahuan tentang perkembangan remaja, sekarang ada konsensus yang hampir universal bahwa mempromosikan dan melindungi kesehatan remaja akan membawa manfaat kesehatan bagi remaja sekarang, dalam kehidupan masa depan mereka dan untuk masa depan mereka (Liang et al. 2019).

Masalah Kesehatan reproduksi remaja antara lain Kehamilan remaja dan melahirkan anak. Tingkat kelahiran remaja global menurun dari 63 menjadi 44 per 1.000 remaja putri (usia 15-19 tahun) antara tahun 1994 dan 2017. Meskipun melahirkan anak pada remaja berusia antara 10 sampai 14 tahun umumnya jarang, tingkat yang tinggi ditemukan di sejumlah kecil negara di Asia, Afrika, dan Amerika Latin. Dan meskipun tingkat kelahiran umumnya menurun, peningkatan populasi remaja berarti bahwa jumlah kehamilan dan persalinan secara keseluruhan meningkat, terutama di Afrika sub-Sahara.

Kondisi ibu remaja tetap menjadi penyebab utama kematian di antara remaja perempuan berusia 15-19 tahun. Risiko tertinggi untuk anak perempuan berusia <15 tahun.

Kondisi ibu juga menimbulkan morbiditas ibu yang signifikan di kalangan remaja. Remaja berusia 15-19 tahun memiliki tingkat kehamilan yang tidak diinginkan yang lebih tinggi daripada kelompok usia lainnya, yang dapat dijelaskan sebagian oleh berbagai hambatan sisi penawaran dan permintaan untuk remaja dalam memperoleh dan menggunakan kontrasepsi.

Remaja yang belum menikah yang aktif secara seksual dan mereka yang tergabung sering kali memiliki tingkat kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi lebih tinggi daripada wanita dewasa. Di beberapa negara, kebutuhan yang tidak terpenuhi ini terkonsentrasi di antara remaja yang belum menikah, pra-anak, remaja, sedangkan di negara lain, terkonsentrasi pada remaja yang menikah dan melahirkan anak, masing-masing kelompok menghadapi hambatan sisi penawaran dan permintaan yang berbeda.

Bagi banyak gadis remaja di seluruh dunia, hubungan seksual pertama adalah hasil dari pemaksaan seksual atau pelecehan seksual, ini khususnya benar ketika seks pertama terjadi pada usia yang sangat muda. Dari 49% kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja di negara berkembang, sekitar setengahnya berakhir dengan aborsi, sebagian besar tidak aman dan dapat mengakibatkan morbiditas dan mortalitas.

Di tingkat global, kehamilan remaja telah menjadi pendorong utama peningkatan perhatian terhadap angka Kesehatan reproduksi, terutama melalui penekanan pada pencegahan kehamilan. Pada tahun 1994, ICPD POA menyoroti pentingnya mengurangi kehamilan remaja dengan mengatasi berbagai faktor yang mendasari serta konsekuensinya. Untuk tujuan ini, digarisbawahi kebutuhan untuk memastikan akses ke pendidikan seksualitas komprehensif (CSE); menyatakan bahwa remaja yang aktif secara seksual memerlukan informasi, konseling, dan layanan kontrasepsi yang disesuaikan dengan kebutuhan khusus mereka; dan meminta keluarga dan masyarakat untuk menyediakan kontrasepsi dan mendukung remaja selama kehamilan dan setelah melahirkan.

MDGs tidak secara langsung menangani kehamilan remaja sampai 7 tahun setelah peluncurannya ketika ditambahkan subgoal tentang kesehatan reproduksi yang memasukkan ABR sebagai salah satu indikatornya. Sebaliknya, SDG memasukkan kehamilan remaja sejak awal (Chandra-Mouli et al. 2019).

Secara umum, variasi pengalaman seksual yang lebih besar dikaitkan secara negatif dengan hasil kesehatan reproduksi dan secara positif dikaitkan dengan pengambilan risiko seksual. Keterlibatan anak muda dalam seks oral, anal, dan vaginal dapat mengindikasikan perilaku

seksual berisiko secara umum. Tren ini tidak sepenuhnya konsisten di seluruh remaja. Hubungan antara variasi seksual dan hasil kesehatan reproduksi mungkin bergantung pada hubungan lain dan karakteristik pasangan (misalnya, apakah hubungan itu romantis atau santai, atau apakah pasangan tersebut termasuk dalam jaringan seksual yang ditandai dengan prevalensi PMS yang tinggi) (Haydon, Herring, and Halpern 2012).

Pengetahuan Kesehatan reproduksi yang kurang pada masa remaja membuat remaja membutuhkan Pendidikan seksual yang terintegrasi di kurikulum Pendidikan dan dalam pengawasan guru dan orang tua. Pengenalan fungsi, nama organ, letaknya dan cara menjaga kebersihannya mempengaruhi Kesehatan reproduksinya hingga ke masa dewasa dan lansia. Remaja diharapkan mampu memiliki pengetahuan dasar reproduksi, antara lain:

Anatomi alat reproduksi dibagi dalam 2 golongan, yaitu:

1. **Genitalia Eksterna**

3. Genitalia eksterna pada umumnya disebut **vulva** (dalam arti sempit vulva labia majora dan labia minora). Genitalia eksterna meliputi semua organ yang terdapat antara os pubis, ramus inferior dan perineum. Organ tersebut meliputi bagian berikut :

- a. Mons veneris (pubis).

- b. Labia majora (*labium majus pudendi*) dan labia minora (*labium minus pudendi*).
- c. Klitoris.
- d. Vestibulum vaginae.
- e. Hymen.
- f. Urethra.
- g. Beberapa kelenjar lendir (bartholin dan skene).

2. Genetalia Interna

4. Organ–organ genetalia interna meliputi :
 - a. Vagina.
 - b. Uterus.
 - c. Tuba uterina fallopi.
 - d. Ovarium.
 - e. Parametrium.

Kaitan hormon dengan fungsi fisiologis alat reproduksi perempuan

Hormon adalah substansi yang dihasilkan oleh jaringan khusus dan dilepaskan dari pembuluh darah menuju ke sel–sel tempat hormon tersebut dan dapat memberikan efek yang khas. Fungsi fisiologis alat reproduksi perempuan mengikuti suatu sistem ketergantungan yang majemuk antara susunan saraf pusat, kelenjar hipofisis, ovarium, serta alat–alat reproduksi terkait seperti uterus dan adneksa. Di dalam sistem ini, peran utama dipegang oleh poros yang dikenal sebagai

poros hipotalamus, hipofisis, ovarium atau dikenal juga sebagai sumbu HPO (*hypothalamus pituitaria ovarium*). Sekresi hormon pelepas diatur oleh neurotransmitter dan neuropeptida. Selain itu, juga terdapat mekanisme umpan balik menuju hipotalamus berupa umpan balik panjang dari hormon ovarium, umpan balik pendek dari hormon hipofisis, serta umpan balik sangat pendek dari hormon hipofisis itu sendiri.

Faal hormon reproduksi

a. Estrogen

- 1) Berperan dalam tumbuh kembang jaringan yang berasal dari saluran Muller seperti : tuba fallopii, endometrium, miometrium, serviks, vagina dan uterus.
- 2) Berperan dalam diferensiasi seks serta perkembangan seks sekunder.
- 3) Untuk perkembangan payudara.
- 4) Berperan terhadap hormon FSH dan LH.
- 5) Berperan pada pertumbuhan folikel dan ovarium.
- 6) Berperan dalam penutupan lempeng epifisis serta pertumbuhan tulang.
- 7) Menurunkan plasma kolesterol.
- 8) Menghambat aterogenesis.
- 9) Menambah sekresi kelenjar sebacea.
- 10) Menyebabkan retensi air dan garam.

b. Progesteron

1. Mengubah fase proliferasi endometrium menjadi fase sekresi.
2. Menghambat kontraksi otot polos.
3. Merangsang pengeluaran natrium (*natriuresis*).
4. Merangsang saluran pernafasan.
5. Mempertahankan kehamilan.
6. Mengentalkan lendir serviks.
7. Merangsang pertumbuhan asini dan lobuli payudara.
8. Menghambat sekresi prolaktin.
9. Diduga menekan sekresi LH.
10. Meningkatkan suhu basal badan.
11. Dampak anabolik tidan nyata.

c. Relaksin

- 1) Menyebabkan relaksasi otot – otot dan tendon di daerah symphysis pubis dan panggul
- 2) Melembekkan dan membuka serviks pada kehamilan

d. Hormon Hipofisis

1. Pars anterior hipofisis menghasilkan 6 jenis hormon, yaitu :
 - a. *Adrenocorticorropic hormone (ACTH)*.
 - b. *Growth hormone*.
 - c. *Thyrotropic hormone (TSH)*.
 - d. *Follicle stimulating hormone (FSH)*.
 - e. *Luteinizing hormone (LH)*.

- f. Prolaktin.
 - 2. Pars posterior menghasilkan
 - a. Oksitosin.
 - b. Arginin dan vasopresin.
- e. *Follicle Stimulating Hormone (FSH)*
 - 1. Untuk pertumbuhan dan perkembangan folikel, antrum serta menambah besar (berat) ovarium.
 - 2. Sangat penting dalam produksi estrogen dan perubahan ovarium.
- f. **Luteinizing Hormone (LH)** disebut juga *interstitial cell-stimulating hormone*.
 - 1. Mempertahankan korpus luteum.
 - 2. Berperan pada proses ovulasi.
- g. Prolaktin
 - 1. Berperan dalam proses laktasi.
 - 2. Diduga berperan dalam metabolisme garam, air, lemak dan glukosa.

Fisiologi Haid

Proses haid merupakan masalah yang kompleks. Proses ini tidak hanya dilandasi oleh perubahan endometrium serta stroma uterus, tetapi juga melibatkan fungsi – fungsi jaringan reproduksi lainnya, yang melibatkan interaksi hormon–hormon. Interaksi tersebut serta dampaknya pada jaringan reproduksi dipengaruhi oleh rangsangan pulsatil dari hipotalamus serta adanya mekanisme umpan balik.

Pada proses haid yang umum yaitu 28 hari dalam satu daur, terjadi perubahan– perubahan interaksi berbagai hormon sebagai berikut:

a. Fase folikuler awal

Sebelum terjadi perdarahan haid, kadar estrogen, progesteron dan inhibin sangat rendah. Kadar yang rendah ini akan merangsang pusat impuls GnRH di hipotalamus, yang berdampak pada peningkatan hormon FSH. Peningkatan FSH akan berpengaruh pada pertumbuhan folikel dengan cara dihasilkan estrogen.

Perkembangan folikel juga akan menyebabkan dihasilkannya hormon oleh sel granulosa, yaitu LH, prolaktin, prostaglandin, serta inhibin. Hormon inhibin diduga dapat menekan FSH sehingga terjadi perubahan ratio LH/FSH; hormon FSH menurun, sedangkan LH naik pada 5 hari pertama daur haid.

b. Fase folikuler tengah

Fase ini ditandai oleh sekresi folikuler dominan dan peranan folikel dominan yang penuh dengan reseptor FSH dan mampu memproduksi estrogen FSH dan mampu memproduksi estrogen. Pada hari ke 9, vaskularisasi folikel sangat bertambah sehingga produksi FSH, LH dan LDL (lipoprotein densitas rendah), prolaktin serta reseptor prostaglandin juga semakin bertambah. Peningkatan

estrogen dan inhibin memiliki dampak umpan balik negatif terhadap FSH, sehingga FSH menurun.

c. *Fase folikuler akhir*

Pada fase ini, terjadi lonjakan gonadotropin dan ovulasi. Fase ini ditandai dengan adanya umpan balik estrogen terhadap gonadotropin, terjadinya lonjakan LH dan FSH, pematangan oosit, serta pembentukan korpus luteum.

Pada fase praovulasi, estradiol meningkat, demikian juga FSH dan LH selain itu, progesteron dan 17 hidroksiprogesteron juga bertambah. Biasanya terjadi 2–3 hari menjelang lonjakan tengah daur.

Lonjakan LH yang berlangsung rata-rata 48 jam tidak hanya merangsang keluarnya ovarium, tetapi juga mampu merubah kadar progesteron dan prostaglandin. Ovulasi terjadi 36–40 jam setelah dimulainya lonjakan LH.

d. *Fase luteal awal*

Pasca ovulasi, terjadi fase luteal yang ditandai oleh peninggian kadar LH. Dalam 3 hari pasca ovulasi, mulai terbentuk korpus luteum yang dapat menghasilkan relaksin, oksitosin dan progesteron. Kadar progesteron sejak 24 jam sebelum ovulasi dipertahankan untuk 11–14 hari kemudian. Kadar progesteron maksimal dicapai pada hari ke 3–4 pasca ovulasi. Fase luteal umumnya berlangsung sekitar 14 hari, dengan variasi antara 11–17 hari.

Progesteron menekan pertumbuhan folikel baru, di samping penekanan dari hormon inhibin dan estrogen.

e. *Fase luteal akhir*

Prahaid, setelah hari ke 4–5 dari pertumbuhan korpus luteum, terjadi penurunan kadar progesteron estradiol dan inhibin. Penurunan ini akan merubah kadar LH melalui mekanisme umpan balik negatif dan meningkatkan kembali FSH, untuk mengawali pembentukan folikel baru.

f. Perubahan Endometrium

g. *Fase haid*

Kadar hormon, terutama estrogen dan progesteron yang rendah, akan menyebabkan perubahan endometrium yang ditandai dengan adanya perdarahan awal. Selama 4–24 jam sebelum haid, adanya vasokonstriksi arteri pada endometrium menimbulkan iskemia dan nekrosis endometrium. Pada keadaan ini terjadi penyusutan akibat vasospasme. Vasospasme itu sendiri kemungkinan disebabkan adanya rangsangan prostaglandin $F-2\alpha$ serta dikeluarkannya enzim lisosomalitik. Relaksasi arteri spiralis setelah iskemia ini menyebabkan endometrium terlepas dari lapisan dasar, yang disusul dengan pelepasan sel dan bagian–bagian pembuluh darah. Keadaan ini terjadi selama 4–6 hari, dengan jumlah darah umumnya 20–60 cc.

Meskipun haid masih tetap berlangsung regenerasi endometrium umumnya sudah dimulai kembali sejak hari

kedua dari awal haid. Proses ini berlangsung sampai hari ke 5 atau ke 6 dan terjadi reepitelisasi lapisan spongiosum yang umumnya dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti pertumbuhan epidermis, fibroblast, serta angiogenik.

h. Fase pascahaid

Pada hari V hingga VI, ketika haid mulai berhenti, terjadi proliferasi di bawah pengaruh estrogen yang ditandai peningkatan mitosis epitel dan stroma lapisan permukaan atau lapisan fungsional. Saat ini, kira-kira hanya seperempat bagian dari pertumbuhan yang berada di bawah pengaruh progesteron.

i. Fase akhir proliferasi endometrium

Di bawah pengaruh estrogen, proliferasi epitel dan stroma endometrium berjalan terus. Proses glikogenesis dan pengendapan glikogen dimulai hingga hari ke 10 sejak mulai haid. Tebal endometrium pada tengah daur sekitar 10–12 mm, dengan diameter sekitar 5 mm. Terjadi pula penambahan pertumbuhan silia dan mikrovili mulai hari VII hingga VIII dari daur. Penambahan reseptor progesteron dan penurunan reseptor estrogen juga mulai terjadi.

j. Fase sekresi awal

Pasca ovulasi, endometrium mengalami diferensiasi di bawah pengaruh progesteron, yang ditandai adanya

vakuola pada bagian basal kelenjar endometrium. Pada hari VI–VII dari fase luteal ini, hasil sekresi mencapai puncak kelenjar, kemudian masuk ke dalamnya dengan bantuan sekresi apokrin. Meskipun menghentikan proliferasi kelenjar, kadar progesteron yang meninggi tetap membantu pertumbuhan sistem arteriol.

Puncak sekresi endometrium menghasilkan glikoprotein, peptida, plasma transudat dan imunoglobulin. Pada pertengahan awal fase sekresi ini, terjadi peningkatan enzim yang bersifat dapat melisiskan kelenjar. Akan tetapi, kadar progesteron yang ada mempertahankan kestabilan kelenjar sehingga tidak keluar sebelum waktunya.

k. Fase sekresi akhir

Kelenjar yang padat dan berisi penuh menandai endometrium di hari VII pasca ovulasi. Pada hari ke 13 pasca ovulasi, endometrium mengalami diferensiasi menjadi 3 bagian, yaitu bagian basal, spongiosum dan kompakum (superfisial). Pembengkakan kelenjar dan stroma endometrium terjadi di bawah pengaruh hormon estrogen, progesteron dan prostaglandin.

Pada hari II–III dan akhir fase ini, estrogen dan progesteron menurun. Enzim proteolitik akan masuk ke sitoplasma, merangsang keluarnya prostaglandin, menyebabkan nekrosis jaringan hingga terlepas dan kemudian terjadilah haid (Lake, Power, and Cole n.d.).

B. KESEHATAN REPRODUKSI DEWASA

Perilaku Kesehatan reproduksi saat dewasa dibentuk oleh kebiasaan, yang bisa diwarnai oleh adat (budaya), tatanan norma yang berlaku di masyarakat (sosial) dan kepercayaan (agama). Perilaku umumnya tidak terjadi secara tiba-tiba. Perilaku adalah hasil dari proses yang berlangsung selama masa perkembangan. Setiap orang selalu terpapar dan tersentuh oleh kebiasaan di lingkungannya serta mendapat pengaruh dari masyarakat, baik secara langsung maupun tak langsung. Kondisi sosial budaya di masing-masing daerah turut memberikan kontribusi. Masih banyak daerah yang masih menggunakan dukun sebagai penolong persalinan, khususnya di desa-desa. Hal ini ditunjang pula dengan kondisi sosial ekonomi sebagian masyarakat yang masih berada di garis kemiskinan. Selain itu tidak meratanya fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang tersebar di seluruh wilayah Indonesia turut menjadi salah satu penyebab masalah kesehatan ibu. Untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan bermutu dan menjangkau ke seluruh daerah, diperlukan mata rantai pelayanan sehingga memudahkan masyarakat untuk memanfaatkan dengan biaya yang mandiri (Scott et al. 2011).

Obstetri, Ginekologi dan KB sangat erat berkaitan dengan keberhasilan pembangunan bangsa dalam perawatg

kesehatan. Kemampuan untuk memberikan pelayanan obstetri yang bermutu dan menyeluruh didasarkan atas tinggi rendahnya angka kematian ibu dan kematian perinatal dari satu negara. Profesi obstetri dan ginekologi sangat berperan penting dalam upaya meningkatkan sumber daya manusia, sejak mulai konsepsi sampai kematian seorang wanita. Wanita dalam masa usia reproduksi sehat harus mendapat jaminan utama sehingga dapat melahirkan generasi tangguh dengan kemungkinan berkembang optimal untuk menyongsong abad IPTEK. Meningkatkan kesehatan wanita sebelum dan selama kehamilan serta kesehatan bayi akan memberikan efek yang panjang bagi kesehatan suatu Negara.

Bersamaan dengan perkembangan ilmu kedokteran secara umum, kemudian diketahui bahwa kehamilan atau proses reproduksi adalah tidak lain peristiwa biologis belaka yang kaidah-kaidahnya sebagian besar dapat diterangkan secara rasional. Perkembangan ini dapat menerangkan bagaimana kehamilan itu dimulai, perubahan apa yang terjadi pada ibu dan anak selama hamil, bagaimana proses persalinan itu diawali dan diakhiri, serta proses involusi dan laktasi pascapersalinan. Dengan demikian, pelayanan obstetri yang semula bersifat kuratif dalam bentuk Intra Partum Care (IPC) pada persalinan, ditambah dengan kegiatan preventif berupa Pre Natal Care (PNC) pada kehamilan dan upaya rehabilitatif pada masa

nifas dalam bentuk Post Partum Care (PPC). Ketiga bentuk pelayanan ini dikenal dengan Maternity Care, yang bersifat sekuntal, dimulai dari fertilisasi, kehamilan, persalinan dan masa nifas. Usaha untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir (newborn), dilakukan melalui pengawasan yang sempurna yang terdiri atas 3 bagian, yaitu:

- 1 Asuhan prenatal (prenatal care) yaitu asuhan dan pengawasan terhadap ibu sewaktu hamil. Pertolongan dalam masa ini terutama bersifat profilaksis.
- 2 Pertolongan waktu persalinan.
- 3 Asuhan pascapersalinan (postpartum care), yaitu asuhan dan pengawasan ibu dan anak pascapersalinan yang bertujuan untuk mengekalkan hasil pertolongan kita.

B. KESEHATAN REPRODUKSI 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 (Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Program Reguler Penyusun et al. 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Chandra-Mouli, Venkatraman, B. Jane Ferguson, Marina Plesons, Mandira Paul, Satvika Chalasani, Avni Amin, Christina Pallitto, Marni Sommers, Ruben Avila, Kalisito Va Eceéce Biaukula, Scheherazade Husain, Eglé Janušonytė, Aditi Mukherji, Ali Ihsan Nergiz, Gogontlejang Phaladi, Chelsey Porter, Josephine Sauvarin, Alma Virginia Camacho-Huber, Sunil Mehra, Sonja Caffè, Kristien Michielsen, David Anthony Ross, Ilya Zhukov, Linda Gail Bekker, Connie L. Celum, Robyn Dayton, Annabel Erulkar, Ellen Travers, Joar Svanemyr, Nankali Maksud, Lina Digolo-Nyagah, Nafissatou J. Diop, Pema Lhaki, Kamal Adhikari, Teresa Mahon, Maja Manzenski Hansen, Meghan Greeley, Joanna Herat, and Danielle Marie Claire Engel. 2019. “The Political, Research, Programmatic, and Social Responses to Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights in the 25 Years Since the International Conference on Population and Development.” *Journal of Adolescent Health* 65(6):S16–40.
- Haydon, Abigail A., Amy H. Herring, and Carolyn Tucker Halpern. 2012. “Associations Between Patterns of Emerging Sexual Behavior and Young Adult Reproductive Health.” *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 44(4):218–27. doi: 10.1363/4421812.

- Lake, J. K., C. Power, and T. J. Cole. n.d. *Women's Reproductive Health: The Role of Body Mass Index in Early and Adult Life*.
- Liang, Mengjia, Sandile Simelane, Guillem Fortuny Fillo, Satvika Chalasani, Katherine Weny, Pablo Salazar Canelos, Lorna Jenkins, Ann Beth Moller, Venkatraman Chandra-Mouli, Lale Say, Kristien Michielsen, Danielle Marie Claire Engel, and Rachel Snow. 2019. "The State of Adolescent Sexual and Reproductive Health." *Journal of Adolescent Health* 65(6):S3–15.
- Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Program Reguler Penyusun, Untuk, Atikah Rahayu Meitria Syahadatinna Noor Fahrini Yulidasari Fauzie Rahman Andini Octaviana Putri Editor, and Lia Anggraini. 2018. *TAHUNA KADEMIK 2018/2019 BUKU AJAR KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN LANSIA*.
- Scott, Mindy E., Elizabeth Wildsmith, Kate Welti, Suzanne Ryan, Erin Schelar, and Nicole R. Steward-Streng. 2011. "Risky Adolescent Sexual Behaviors and Reproductive Health in Young Adulthood." *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 43(2):110–18. doi: 10.1363/4311011.

PROFIL PENULIS



Juwitasari

Ketertarikan terhadap Tren dan Isu KB dimulai sejak menempuh Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Brawijaya Malang yang lulus pada tahun 2010 dan lulus Profesi Ners Universitas Brawijaya

Malang pada tahun 2011.

Penulis kemudian melanjutkan Pendidikan S2 di International Advanced Program in Nursing (IAPN) - 護理學系 National Cheng Khung University of Taiwan tahun 2016- 2018 dengan gelar Master of Science in Nursing. Perjalanan karir penulis sebagai Dosen di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Malang dengan kepakaran Keperawatan Maternitas, Kesehatan Reproduksi Remaja, Maternal and Neonatal Nursing, dan Program KB di aplikasikan dalam berpartisipasi menjadi peserta dan pemateri seminar, symposium, penelitian dan pengabdian masyarakat yang beberapa diantaranya telah terbit dalam bentuk buku ajar, artikel ilmiah dalam jurnal dan prosiding yang terindeks WoS, SINTA, dan jurnal nasional bereputasi. Email Penulis: juwita@umm.ac.id

BAB 28 GANGGUAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN GANGGUAN MENSTRUASI

**Linda Juwita, S.Kep.,Ns., M.Kep
Universitas Katolik Widya mandala Surabaya**

A. PENDAHULUAN

Kesehatan reproduksi merupakan suatu keadaan sistem reproduksi yang seimbang antara kesejahteraan mental, fisik serta sosial pada seseorang yang berhubungan dengan fungsi dan prosesnya. Gangguan Kesehatan reproduksi pada wanita memiliki dampak terhadap aspek fisik dan aspek psikis bagi yang mengalaminya, sehingga dapat memiliki pengaruh terhadap keseharian dalam hidup (Suhaid et al., 2021). Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan pada sistem reproduksi wanita diantaranya yaitu faktor ekonomi-demografis, faktor budaya dan lingkungan, faktor psikologis, serta faktor biologis (Mayasari et al., 2021). Beberapa gangguan reproduksi serta sering terjadi pada wanita diantaranya gangguan menstruasi, endometriosis, mioma uteri, kista ovarium, tumor, kanker serviks (Hamdan Firmansyah et al., 2022). Dampak gangguan pada organ reproduksi wanita dapat menimbulkan peningkatan resiko masalah fertilitas. Penatalaksanaan dalam mencapai kesehatan reproduksi dapat dengan menerapkan pendekatan siklus hidup (life-

cycle approach). Penatalaksanaan siklus ini menekankan pada hak reproduksi yang bertujuan memperoleh sasaran yang. Kesehatan reproduksi pada wanita dapat diperoleh dengan memperhatikan tiga komponen yang terdiri dari kemampuan prokreasi, memperhatikan kesuburan dengan mengatur serta menjaga tingkat kesuburan, dan terakhir dengan menikmati kehidupan seksual dengan tanggung jawab (Armini, 2019).

B. GANGGUAN MENSTRUASI

1. Definisi

Gangguan menstruasi merupakan kelainan siklus menstruasi yang dialami oleh wanita. Kelainan siklus menstruasi ini memiliki berbagai keluhan. Keluhan yang dapat dialami wanita diantaranya volume darah menstruasi yang terlalu sedikit atau terlalu banyak, nyeri haid (dismenore), ketidakteraturan siklus menstruasi, amenorea, dan premenstrual dysphoric disorder (Puspita et al., 2022).

2. Klasifikasi Gangguan Menstruasi

Klasifikasi gangguan menstruasi dapat dijelaskan sebagai berikut:

a. Gangguan Volume Darah dan Lama Menstruasi

Gangguan dalam volume darah dapat dibagi 2 yaitu hipomenorea dan hipermenorea atau menoragia. Hipomenorea adalah gangguan menstruasi yang terjadi kurang dari 3 hari serta

memiliki ciri volume darah selama menstruasi kurang dari normal atau lebih sedikit (< 40 ml). Ciri ini dapat ditandai dengan penggunaan pembalut saat menstruasi kurang dari 3 pembalut dalam satu hari. Kejadian ini umum terjadi pada remaja di awal menstruasi yang disebabkan oleh tubuh yang masih beradaptasi terhadap siklus menstruasi (Wirenviona & Riris, 2022). Dalam sebuah penelitian yang dilakukan pada remaja ditemukan bahwa sebesar 21,7% remaja mengalami siklus menstruasi yang tidak teratur (Juwita & Prabasari, 2022)

Hipermenorea/menoragia merupakan keadaan dimana volume darah selama menstruasi lebih dari normal (>80 ml) dengan menstruasi yang terjadi dalam jangka panjang yaitu lebih dari 8 hari. Ciri hipermenorea adalah penggunaan pembalut lebih dari 5 pembalut dalam satu hari. Dampak negatif yang perlu dikhawatirkan pada kondisi ini adalah terjadinya anemia (Wirenviona & Riris, 2022).

Kejadian hipomenorea sebagian besar dapat diakibatkan oleh kondisi dengan penyakit tertentu, adanya gangguan hormonal, kekurangan gizi pada wanita. Hipermenorea dapat disebabkan oleh kondisi uterus, biasanya dikaitkan dengan kejadian mioma uteri, polip endometrium, atau adanya penebalan pada dinding rahim (Manuaba et al., 2009).

b. Gangguan Siklus Menstruasi

Gangguan menstruasi dapat di klasifikasikan dengan melihat gangguan siklus menstruasi terdiri dari polimenorea, oligomenorea, amenorea, dismenorea, dan Polycystic Syndrome (PCOS). Polimenorea merupakan gangguan menstruasi dimana siklus menstruasi kurang dari 21 hari, dengan volume darah selama menstruasi kurang lebih sama atau dapat melebihi menstruasi normal. Polimenorea disebabkan oleh berbagai faktor diantaranya adalah faktor psikis serta dari kelainan anatomi serta fisiologi organ. Kelainan anatomi dapat berupa gangguan pada ovarium. Kelainan fisiologi dapat berupa gangguan dari hormonal pada wanita (Sari et al., 2022)

Oligomenorea merupakan gangguan menstruasi dengan siklus menstruasi lebih panjang dari normal (>35 hari) dengan jumlah volume darah lebih sedikit dari menstruasi normal (Sari et al., 2022). Penyebab oligomenorea adalah adanya ketidakseimbangan hormon dalam tubuh yang mengakibatkan gangguan ovulasi dan peradangan (Ahmad et al., 2022).

Amenorea merupakan gangguan menstruasi yang terjadi dengan ciri tidak terjadinya menstruasi

selama 3 bulan berturut-turut. Amenorea dibagi menjadi dua yaitu primer dan sekunder. Amenorea primer adalah keadaan seorang perempuan yang tidak mengalami menstruasi sampai usia 18 tahun atau lebih. Keadaan ini dapat disebabkan oleh kelainan kongenital serta genetik. Amenorea sekunder adalah keadaan seorang perempuan yang sudah mengalami menstruasi namun kemudian tidak mengalami menstruasi. Kondisi ini dapat disebabkan adanya gangguan metabolise, gangguan gizi, penyakit infeksi ataupun tumor. Selain itu terdapat pula keadaan amenorea fisiologis, dimana seseorang tidak mengalami menstruasi karena kondisi fisiologis yaitu karena sebelum memasuki masa pubertas, masa kehamilan, masa laktasi dan menopause.

Dismenorea adalah kondisi nyeri menstruasi di daerah perut bawah, dengan ciri menyebar ke punggung bawah, pinggang, panggul, paha atas sampai diarea betis. Dismenorea terdiri atas dua klasifikasi yaitu primer dan sekunder. Dismenorea primer merupakan keadaan nyeri menstruasi yang disebabkan karena proses fisiologis menstruasi dimana diakibatkan oleh kontraksi otot-otot secara intens yang bertujuan melepaskan lapisan dinding rahim. Dismenore sekunder adalah nyeri menstruasi yang disebabkan oleh gangguan pada sistem

reproduksi, seperti endometriosis, peradangan panggul, kehamilan ektopik, dan fibroid uterus (Sari et al., 2022). Penelitian yang pernah dilakukan pada remaja menunjukkan bahwa seluruh remaja yang terlibat didalam penelitian mengalami dismenorea, namun memiliki karakteristik dismenorea yang dialami berbeda-beda. Karakteristik tersebut terdiri dari derajat nyeri, gejala penyerta, onset munculnya nyeri, onset hilangnya nyeri, (Juwita & Prabasari, 2022).

Polycystic Ovarium Syndrome (PCOS) adalah suatu kondisi gangguan menstruasi pada usia subur yang ditandai ketidakteraturan menstruasi, hyperandrogenisme dan polikistik ovarium. Kondisi ini disebabkan oleh gangguan hormon dimana terdapat kadar hormon maskulin (hormon androgen) yang lebih dari pada kondisi normal wanita umumnya. Faktor lain yang dikaitkan dengan kondisi PCOS adalah faktor genetik dan keadaan hormon insulin yang berlebih dalam tubuh (Sari et al., 2022).

Selain gangguan menstruasi yang dijelaskan diatas terdapat gangguan menstruasi lain yang dapat dialami wanita yaitu kejadian menstruasi diluar siklus. Penelitian yang pernah dilakukan pada remaja menunjukkan 21,7% remaja mengalami siklus menstruasi < 21 hari dan sekitar 10% mengalami

menstruasi > 35% (Juwita & Prabasari, 2022). Kondisi ini dapat disebabkan oleh adanya ketidakseimbangan hormon pada wanita. Ketika ini terjadi maka akan muncul bintik-bintik darah pada wanita. Kondisi ini dapat terjadi pada wanita hamil, yang disebabkan karena komplikasi kehamilan dan berakibat terjadinya perdarahan pada vagina. Faktor lain yang dapat menimbulkan menstruasi menstruasi diluar siklus adalah infeksi. Karena adanya proses peradangan maka kondisi infeksi ini dapat menimbulkan perdarahan. Selanjutnya adalah karena cedera dimana kondisi ini dapat terjadi ketika penetrasi seks dilakukan saat vagina dalam kondisi kering sehingga dapat mengakibatkan perdarahan dari jaringan di vagina mengalami kerusakan. Kanker juga merupakan salah satu faktor penyebab perdarahan walaupun dalam kondisi ini jarang terjadi. Alasan lain yang dapat dikaitkan dengan kejadian menstruasi diluar siklus adalah keadaan stress berlebih, penyakit diabetes melitus, serta penyakit tiroid (Ahmad et al., 2022).

C. ENDOMETRIOSIS

1. Definisi

Endometriosis adalah suatu penyakit ginekologi yang bersifat jinak, kronis dan progresif yang terjadi karena

adanya jaringan endometrium berupa kelenjar-kelenjar dan stroma yang masih berfungsi tumbuh diluar rongga uteri serta menimbulkan inflamasi (Iskandar, 2021; Primariawan & Hendarto, 2020). Tempat tumbuhnya endometriosis paling sering timbul adalah di ovarium, peritoneum pelvis, anterior dan posterior cul-de-sacs, ligamentum uterosacral, tuba faloppi, kelenjar getah bening pelviks. Tempat yang kadang-kadang ditemukan pertumbuhan jaringan yang menjadi endometriosis yaitu rektosigmoid, GI tract lain, vagina (Luqyana & Rodian, 2019; Wu et al., 2017). Untuk lokasi yang jarang ditemukan di umbilical, episiotomi, ginjal, paru-paru, lengan, tungkai, dan mukosa nasal (Iskandar, 2021; Luqyana & Rodian, 2019) .

2. Etiologi

Sampai saat ini belum ada pembuktian pasti tentang etiologi endometriosis. Namun terdapat beberapa teori yang menjelaskan tentang endometriosis.

a. Teori Aliran balik darah menstruasi (retrograde menstruation)

Teori ini menggambarkan adanya aliran darah balik darah menstruasi yang terdapat jaringan endometrium melalui saluran tuba faoppi yang selanjutnya tumpah keluar serta melakukan implantasi di rongga peritonium (Iskandar, 2021; Primariawan & Hendarto, 2020).

b. Teori Implantasi

Teori ini menggambarkan situasi yang sama dengan teori aliran balik darah dimana aliran balik darah saat menstruasi yang membawa sel endometrium melewati tuba falopi hingga sel tersebut akan implantasi di organ pelvik. Hal yang serupa dapat terjadi pada kondisi episiotomi dan laparotomi. Sel endometrium akan implantasi di luka tersebut (Primariawan & Hendarto, 2020).

c. Teori Metaplasia ‘coelomic’

Teori ini memaparkan bahwa sel endometriosis terbentuk dari transformasi sel ekstra uteri dalam kondisi tertentu, dimana jaringan endometrium yang fungsional dapat terbentuk dari berkembangnya sel-sel ekstra uteri tersebut. Teori ini menjelaskan kondisi ini terjadi di rongga ‘coelomic’ (peritonium) (Iskandar, 2021; Luqyana & Rodian, 2019; Primariawan & Hendarto, 2020)

d. Teori genetik

Teori genetik menjelaskan tentang first degree relative bahwa wanita yang mempunyai endometriosis beresiko tinggi (7%) akan menurunkan kecenderungan kejadian endometriosis pada keturunan yang pertama. Terdapat laporan yang memaparkan bahwa pada saudara kembar juga akan memberikan resiko tinggi kejadian endometriosis (Ahmad et al., 2022; Primariawan & Hendarto, 2020)

e. Teori imonologi

Pada penderita endometriosis ditemukan adanya imunitas seluler atau hormonal yang berubah, sehingga imun yang abnormal akan memberikan respon dengan menghasilkan eliminasi yang tidak efektif terhadap debris-debris aliran balik darah saat menstruasi. Situasi ini merupakan sebagai faktor penyebab berkembangnya endometriosis (Iskandar, 2021).

f. Teori stem cell

Stem cell merupakan sel yang tidak atau belum terspesialisasi. Sel ini ada yang belum berdiferensiasi untuk menjadi sel lain. Pada kasus endometriosis ditemukan stem cell pada lapisan basal endometrium. Stem cell yang melalui tuba faloppi dan stem cell yang bersirkulasi dari bone marrow menjadi pathogenesis penyakit endometriosis (Primariawan & Hendarto, 2020). Teori ini menyimpulkan endometriosis terjadi karena sel-sel yang belum berdiferensiasi melakukan Inisiasi deposit jaringan endometriosis dengan kemampuan melakukan regenerasi (Hendarto, 2015).

g. Gejala Klinis

Pada penderita endometriosis terdapat gejala klinis yang dapat ditemui yaitu nyeri, dyspareunia, infertilitas. Nyeri yang terjadi bersifat kronis di area

panggul, dismenorea, dan gangguan usus seperti konstipasi, diare, nyeri buang air besar, dysuria, tumor ovarium serta keluhan kencing lainnya (Iskandar, 2021; Luqyana & Rodian, 2019; Primariawan & Hendarto, 2020). Pada penderita endometriosis dapat mengalami satu atau kombinasi dari beberapa keluhan, namun terdapat pula situasi dimana penderita endometriosis tidak ditemukan keluhan /asimtomatik (Primariawan & Hendarto, 2020). Pada hasil penelitian menemukan beberapa kasus gejala klinis yang ditemukan pada penderita endometriosis yaitu perut membesar, benjolan di perut, flek pervaginam, perdarahann pervaginam, pengeluaran cairan bening pervaginam, buang air besar berdarah, badan berwarna kuning serta mengeluarkan massa (Pramesti et al., 2020).

h. Klasifikasi

Endometriosis dapat diklasifikasikan berdasarkan stadiumnya sebagai berikut : (Hendarto, 2015; Tim Redaksi Vitahealt, 2007)

i. Stadium 1 merupakan endometriosis ringan

Stadium ini merupakan stadium awal dimana implantasi masih berukuran kecil dan belum terlalu terlihat. Gejala yang terasa oleh penderita pada stadium ini adalah nyeri saat menstruasi dengan skala ringan hingga sedang.

- ii. Stadium 2 merupakan endometriosis ringan
Stadium ini memiliki implantasi yang mulai membesar. Gejala pada stadium ini adalah nyeri saat menstruasi skala sedang sampai dengan berat.
- iii. Stadium 3 merupakan endometriosis sedang
Implantasi pada stadium telah membesar dan sudah mulai menimbulkan jaringan parut. Gejala yang timbul pada stadium ini adalah nyeri menstruasi yang hebat.
- iv. Stadium 4 merupakan endometriosis berat
Implantasi pada stadium ini sudah makin membesar dan sudah menimbulkan jaringan parut yang telah mengalami penyebaran. Gejala pada stadium 4 ini adalah nyeri menstruasi yang hebat dan dapat disertai kejadian infertilitas pada penderita.

D. MIOMA UTERI

1. Definisi

Mioma uteri/fibroid/leiomioma adalah penyakit gangguan reproduksi berupa tumor jinak di otot rahim yang terjadi karena adanya pertumbuhan sel yang abnormal (Dewi et al., 2022; Manurung et al., 2022).

2. Etiologi

Mioma uteri sebagian besar terbentuk dari sel muda pada otot rahim yang terangsang oleh hormon estrogen

secara terus menerus sehingga sel ini bertumbuh dan membesar. Hormon estrogen dan progesteron yang meningkat merangsang adanya pertumbuhan tumor. Peningkatan estrogen dapat disebabkan oleh mutasi genetik sehingga reseptor estrogen mengalami gangguan dalam produksinya. Peningkatan estrogen yang berlebih akan meningkatkan reseptor progesteron (Dewi et al.,

3. Gejala Klinis

Gejala klinis pada mioma uteri adalah (Pramana, 2021):

a. Perdarahan abnormal

Adanya perdarahan abnormal (Hipermenorea, menoragia, metroragia) dapat terjadi karena hiperplasi, adenokarsinoma, atrofi endometrium serta myometrium tidak berkontraksi secara optimal.

b. Nyeri abdomen

Nyeri yang timbul diakibatkan karenai area mioma terjadi gangguan sirkulasi darah sehingga dapat menimbulkan peradangan dan nekrosis.

c. Tanda penekanan

Akan sering kencing krena disebabkan oleh penekanan mioma pada kandung kemih. Namun di uretra dapat terjadi retensi urine, dan ureter dapat terjadi hidronefrosis. Penekanan oleh mioma ini dapat mengakibatkan obstipasi serta adanya oedema tungkai serta nyeri panggul.

d. Infertilitas dan abortus

Masalah infertilitas dapat terjadi ketika pars interstisialis tuba ditekan dan ditutup oleh mioma tersebut. Abortus dapat terjadi karena adanya distorsi uterus. Kejadian abortus dapat terjadi pada penderita mioma submukosum.

e. Klasifikasi

Klasifikasi mioma uteri dapat dibagi sebagai berikut (Manurung et al., 2022; Nuraeni & Wianti, 2018) :

i. Mioma Submukosum

Mioma bertangkai yang berada di lapisan endometrium serta menonjol ke kavum uterin.

ii. Mioma Intramural

Mioma yang berkembang diantara serabut myometrium di dalam dinding uterus.

iii. Mioma Subserosum

Mioma yang tumbuh dengan masa kecil sampai besar pada area permukaan peritonium (serosa) atau keluar dari dinding uterus yang dapat terlihat kista ovarii

E. KANKER SERVIKS

1. Definisi

Kanker serviks merupakan penyakit keganasan yang terjadi di serviks atau leher rahim dan dapat bermetastase ke organ-organ lainnya (Karningsih et al., 2022; Sinambela,

2. Etiologi

Penyebab kanker serviks adalah Human Papiloma Virus (HPV). Virus ini dapat ditularkan dengan hubungan seksual (Sinambela, 2022). Faktor- faktor resiko yang dapat meningkatkan seseorang terkena kanker serviks yaitu perempuan yang sudah melakukan hubungan seksual dibawah usia 20 tahun, melakukan hubungan seksual dengan berganti pasangan, terinfeksi virus atau bakteri yang dapat ditularkan melalui hubungan seksual, orang tua atau saudara kandung yang memiliki riwayat kanker serviks sebelumnya, memiliki hasil pemeriksaan abnormal ketika papsmear, perokok aktif dan pasif, memiliki penyakit penurunan imunitas (Human Immunodeficiency virus /HIV, mengkonsumsi kortikosteroid dalam waktu yang lama), akseptor pil keluarga berencana (KB) dalam waktu ≤ 5 tahun (resiko ini akan berkurang ketika menghentikan penggunaan), melahirkan anak 5 atau lebih(Karningsih et al., 2022)

3. Gejala Klinis

Secara umum pada stadium awal penderita kanker serviks tidak mengeluhkan suatu kondisi tertentu. Pada penderita kanker serviks yang sudah memunculkan gejala akan mengeluhkan perdarahan pervagina pasca melakukan hubungan seksual, perdarahan diluar siklus menstruasi, serta perdarahan di masa menopause. Pada tahap stadium lanjut keluhan para penderita akan mulai tampak seperti

nyeri didaerah vagina ketika melakukan hubungan seksual, nyeri pinggul dan pinggang, pengeluaran cairan keputihan yang bercampur darah dan berbau tidak sedap, sering buang air kecil siklus mesntruasi yang berubah dan nyeri ketika buang air kecil dan buang air besar (Wardani et al., 2021; Wuriningsih & Distinarista, 2019)

4. Klasifikasi

a. Stadium O

Pada stadium ini terdapat kemunculan sel prakanker (karsinoma) pada jaringan di dinding serviks rahim, namun sel prakanker belum masuk ke dalam leher rahim (Karningsih et al., 2022; Pratiwi & Nawangsari, 2021)

b. Stadium I

Sel kanker sudah tumbuh pada permukaan leher rahim, dan sudah muncul jaringan yang makin dalam. Stadium I kanker dikategorikan lagi sebagai berikut: (Handayani & Suharmiati, 2012; Karningsih et al., 2022; Pratiwi & Nawangsari, 2021)

c. Stadium IA

Stadium IA merupakan stadium dimana sel kanker masih sedikit, sel kanker hanya dapat dilihat dengan mikroskopik. Stadium ini dibagi menjadi 2 yaitu: Stadium IA1 yaitu stadium sel kanker dengan kedalaman tidak lebih dari 5 mm dan lebar ≤ 7 mm. Jumlah sel kanker masih skala sedikit. Pada stadium ini sel kanker

sudah menginvasi ke jaringan. Untuk Stadium IA2 memiliki ukuran sel kanker dengan kedalaman 3-5 mm dengan ukuran diameter tumor < 7 mm dan sel kanker ini sudah tumbuh dan masuk di dalam jaringan kanker (Handayani et al., 2012; Karningsih et al., 2022; Pratiwi & Nawangsari, 2021).

d. Stadium IB

Sel kanker tumbuh di area serviks dan belum metastase ke jaringan lainnya. Stadium IB1 memiliki ukuran sel kanker ≤ 4 cm, dan untuk Stadium IB2 memiliki ukuran sel kanker > 4 cm.

5. Stadium II

Penyebaran sel kanker sudah mencapai area di luar leher rahim, namun pesebaranya masih mencapai sepertiga area bawah vagina.

a. Stadium IIA

Sel kanker sudah mengalami penyebaran hingga bagian atas vagina. Untuk stadium IIA1 ukuran sel kanker ≤ 4 cm dan untuk stadium IIA2 ukuran > 4 cm.

b. Stadium IIB

Sudah terjadi penyebaran sel kanker di area sekitar serviks dan vagina, namun tidak ke dinding panggul.

c. Stadium III

Pada stadium sel kanker sudah tersebar pada jaringan lunak di area sekitar serviks serat vagina di sepanjang dinding panggul.

d. Stadium IIIA

Sel kanker sudah tersebar pada sepertiga area bawah vagina, namun tidak mencapai dinding panggul.

e. Stadium IIIB

Persebaran sel kanker telah mencapai dinding panggul serta sudah memblokir satu/dua saluran pembuangan ginjal.

6. Stadium IV

Stadium IV sudah terjadi pesebaran sel kanker ke organ-organ tubuh diluar serviks dan rahim. Stadium ini dibagi kembali menjadi 2:

a. Stadium IVA

Untuk stadium IVA kanker tersebar ke organ yang masih dekat dengan organ reproduksi seperti kandung kemih serta rectum.

b. Stadium IVB

Untuk kanker dengan stadium IVB kanker telah terjadi penyebaran sel kanker ke area yang sangat jauh dari organ reproduksi seperti paru-paru. Stadium kanker yang telah dijelaskan pada umumnya dipergunakan para professional tim medis seluruh dunia (Dartiwen & Aryanti, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, E. H., Jamir, F., Lindriani, Amaliah, A. R., Susiyanti, E., Sanghati, Irawaty, D. K., Arniyanti, A., Latifah, A., & Iskandar, I. (2022). Kesehatan Reproduksi Remaja. In E. H. Ahcmad (Ed.), *Seputar Kesehatan Reproduksi*. Rizmedia.
- Armini, N. K. A. (2019). Editorial: Menilik Kesehatan dan Gangguan Reproduksi Pada Perempuan. *Pedimaternal Nursing Journal*, 5(1).
<https://doi.org/10.20473/pmnj.v5i1.21215>
- Dartiwen, & Aryanti, M. (2022). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Remaja dan Perempuan* (W. N. Cahyo (ed.)). Deepublish Publisher.

- Dewi, R. K., Megasari, A. L., Nurvita, S., Suyati, I. K., Syamsuriyati, Hutomo, C. S., Riana, E. N., Argaheni, N. B., Putri, N. R., Handayani, R., Dewi, W. P., Yuliani, M., Fitriyya, M., Kumala, T. F., Sinaga, R., Kustiani, A., Rahmiati, B. F., Saragih, H. S., & Sembiring, A. br. (2022). Pengantar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Yayasan Kita Menulis.
- Hamdan Firmansyah, Idayanti, T., Nanur, F. N., Manggul, M. S., Ariani, D. U. S., Trisnawati, R. E., Putri, K. M., Farani, S., Padeng, eufrasia P., Senudin, P. K., Oktariyana, Laput, D. O., Umami, S. F., Wati, W., Sari, S. D., Sulistyorini, S., & Sandy, D. meitia. (2022). Pendidikan Ilmu Kebidanan (Arif Munandar (ed.)). Media Sains Indonesia.
- Handayani, L., & Suharmiati. (2012). Menaklukan Kanker Serviks dan kanker payudara dengan 3 terapi Alami. PT AgroMedia Pustaka.
- Handayani, L., Suharmiati, & Ayuningtyas, A. (2012). Menaklukan Kanker Serviks dan Kanker Payudara dengan 3 Terapi Alami. PT AgroMedia Pustaka.
- Hendarto, H. (2015). Endometriosis Dari Aspek Teori Sampai Penanganan Klinis. Airlangga University Press.
- Iskandar. (2021). ENDOMETRIOSIS Iskandar 1. AVERROUS: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh, 7(2), 1–12.

- Juwita, L., & Prabasari, N. A. (2022). Penatalaksanaan Dismenore Berdasarkan Karakteristik Dismenore Pada Remaja Putri. *Adi Husada Nursing Journal*, 8(1), 1. <https://doi.org/10.37036/ahnj.v8i1.212>
- Karningsih, Yulfitria, F., Mardeyanti, & EVK, T. (2022). Mengenal Sejak Dini Kanker Serviks (N. Wahid (ed.)). *Wawasan Ilmu*.
- Luqyana, S. D., & Rodian. (2019). Diagnosis Dan Tatalaksana Endometriosis. *Jimki*, 7(2), 67–75.
- Manuaba, I. A. C., Manuaba, I. B. G. F., & Manuaba, I. bagus G. (2009). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita* (Monica ester (ed.)). EGC.
- Manurung, M. E. M., Purnamasari, N., Ashri, A. Al, Megasari, A. L., Rahmawati, V. Y., Oktafia, R., Fatmawati, D. A., Yuliana, D., Rahmayanti, R., Prasetyorini, H., Mareti, S., & Darmayanti. (2022). *Keperawatan Maternitas*. Yayasan Kita Menulis.
- Mayasari, A. T., Febriyanti, H., & Primadevi, I. (2021). *Kesehatan reproduksi Wanita di Sepanjang Daur Kehidupan* (D. Alia (ed.); Pertama). Syiah Kuala University Press.
- Nuraeni, R., & Wianti, A. (2018). *Asuhan Keperawatan Gangguan Maternitas* (A. Rahmawati (ed.)). LovRinz Publishing.
- Pramana, C. (2021). *NoPraktis Klinis Ginekologi* (Rintho R. Rerung (ed.)). Media.

- Pramesti, P. A. W., Dewi, I. G. A. S. M., Sumadi, I. W. J., & Sriwidayani, N. P. (2020). Karakteristik klinikopatologi penderita endometriosis di rsup sanglah Denpasar tahun 2017-2018. *Jurnal Medika Udayana*, 9(2), 100–106.
- Pratiwi, L., & Nawangsari, H. (2021). *Kanker Serviks (Sudut Pandang Teori dan Penelitian)* (R. Awahita (ed.)). CV Jejak.
- Primariawan, R. Y., & Hendarto, H. (2020). Endometriosis. In M. I. A. Akbar, B. A. Tjokroprawiro, & H. Hendarto (Ed.), *Ginekologi Praktis Komprehensif*. Pusat Penerbitan dan percetakan UNAIR.
- Puspita, I. M., Nadhiroh, A. M., Rozifa, A. W., & Supatmi. (2022). *Biologi reproduksi*. Rena Cipta Mandiri.
- Sari, M. H. N., Sebtalezy, C. Y., Saragih, H. S., Simangunsong, D. E., Astuti, A. D., Jannah, S. R., Gultom, L., Argaheni, N. bayu, Rahmiati, B. F., Putri, N. R., Wulandari, dewi T., & Azizah, N. (2022). *Macam-Macam Kelainan Haid*. In R. Watrionthos (Ed.), *Obstetri dan Ginekologi Untuk Kebidanan* (1 ed.). Yayasan Kita Menulis.
- Sinambela, M. (2022). *Kanker Serviks pengetahuan Ibu Muda Usia 20-30 Tahun* (Janner Simarmata (ed.)). Yayasan Kita Menulis.
- Suhaid, D. N., Prasetyo, B., Purwaningsih, D., & Adriana, N. P. (2021). *Kesehatan Reproduksi*. In Siti Nurjanah (Ed.), *Kesehatan Reproduksi*. Pradina Pustaka Group.

- Tim Redaksi Vitahealth. (2007). Endometriosis. Gramedia Pustaka Utama.
- Wardani, Y. S., Megawati, G., & Herawati, D. M. D. (2021). Asupan Gizi Dan Pola Makan Ibu Menyusui Asi Eksklusif Di Wilayah Kerja Upt Puskesmas Ibrahim Aji Kota Bandung. *Gizi Indonesia*, 44(1), 65–76.
<https://doi.org/10.36457/gizindo.v44i1.456>
- Wirenviona, R., & Riris, A. . I. D. C. (2022). Edukasi Kesehatan Reproduksi remaja (R. I. Hariastuti (ed.)). Pusat Penerbit dan percetakan Unair.
- Wu, I. B., Tendean, H. M. M., & Mewengkang, M. E. (2017). Gambaran Karakteristik Penderita Endometriosis di RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado. *e-CliniC*, 5(2).
<https://doi.org/10.35790/ecl.5.2.2017.18568>
- Wuriningsih, A. ., & Distinarista, H. (2019). Servical Cancer Self Management Education(CSME) Meningkatkan Kualitas Hidup Pasien dengan Kanker Serviks. *Jurnal Keperawatan dan Pemikiran Ilmiah*, 5(6), 45–51.

PROFIL PENULIS

Linda Juwita



Penulis yang lahir di Negara, Bali merupakan seorang dosen dengan jabatan akademik Lektor 300 Penata/IIIC. Ketertarikan penulis terhadap keperawatan dimulai pada tahun 2005 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk mengambil jurusan Diploma III Keperawatan di Stikes St. Vincentius a Paulo Surabaya dan lulus di tahun 2008. Setelah lulus, di tahun 2009 penulis melanjutkan S1 dan profesi Ners Keperawatan di Universitas Katolik Widya Mandala Surabaya dan lulus di tahun 2011. Satu tahun kemudian penulis melanjutkan S2 di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan berhasil menyelesaikan studi S2 pada tahun 2015. Penulis memiliki peminatan di bidang keperawatan maternitas. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dan melaksanakan pengabdian masyarakat dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi, hibah internal LPPM dan hibah AIPNI. Selain penelitian penulis juga aktif menulis artikel jurnal penelitian, artikel jurnal pengabdian masyarakat serta buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: lindajuwita@ukwms.ac.id

BAB 29 ASPEK PSIKOLOGIS DAN FISIK SIKLUS KEHIDUPAN WANITA

**Shinta Wahyusari, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat
Institut Teknologi, Sains dan Kesehatan RSDS dr. Soepraoen Malang**

A. PENDAHULUAN

Kontinuitas kehidupan seseorang dibagi menjadi beberapa tahap kehidupan sesuai dengan karakteristik yang muncul pada masing-masing tahap. Untuk memahami lingkup kesehatan reproduksi, maka pendekatan yang dapat digunakan adalah pendekatan siklus hidup wanita yaitu dengan memperhatikan kebutuhan penanganan dan sistem reproduksi serta kesinambungan antar fase kehidupan. Siklus kehidupan wanita dibagi menjadi 5 fase yang dimulai dari fase konsepsi, bayi dan anak, remaja dan pubertas, dewasa atau usia subur dan usia lanjut.

B. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN SEPANJANG SIKLUS KEHIDUPAN WANITA

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi wanita secara garis besar dibagi menjadi empat bagian, yaitu faktor demografis dan ekonomi, faktor lingkungan dan budaya, faktor psikologis, dan faktor biologis.

1. Faktor demografis dan ekonomi

Faktor demografis yang dapat mempengaruhi kesehatan wanita antara lain:

- a. Akses terhadap pelayanan kesehatan yang tidak memadai atau sulit dijangkau
- b. Rasio remaja tidak sekolah
- c. Lokasi atau tempat tinggal yang terpencil

Faktor ekonomi yang dapat mempengaruhi kesehatan wanita antara lain:

- a. Kemiskinan
 - b. Rendahnya tingkat Pendidikan
 - c. Kurangnya pengetahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi
 - d. Usia pertama melakukan hubungan seksual dan menikah
 - e. Usia pertama hamil.
2. Faktor lingkungan dan budaya

Faktor lingkungan dan budaya yang dapat mempengaruhi kesehatan wanita antara lain:

- a. Kepercayaan tentang semakin banyak jumlah anak maka semakin banyak rejeki yang didapat
- b. Informasi tentang fungsi reproduksi yang ambigu dan membingungkan
- c. Ketidaksetaraan gender dan status perempuan yang dianggap satu garis di bawah laki-laki
- d. Misinterpretasi pandangan agama oleh sebagian orang
- e. Norma yang berlaku di lingkungan tempat tinggal

- f. Persepsi yang salah tentang fungsi, hak dan tanggung jawab reproduksi individu
 - g. Kurangnya dukungan dari pemerintah
3. Faktor psikologis

Faktor psikologis yang dapat mempengaruhi kesehatan wanita antara lain adanya perasaan rendah diri, tekanan dari teman sebaya, mengalami tindakan kekerasan baik di rumah maupun tempat kerja, keretakan hubungan dengan orang terdekat, serta kondisi psikologis yang muncul akibat gangguan hormonal yang berdampak pada munculnya perasaan tidak berharga.

4. Faktor biologis

Pembentukan organ reproduksi yang tidak sempurna atau cacat lahir, gangguan pada organ reproduksi akibat penyakit menular seksual, kekurangan gizi kronik serta keganasan yang menyerang alat reproduksi wanita merupakan beberapa faktor biologis yang dapat mempengaruhi kesehatan wanita.

C. PERUBAHAN YANG TERJADI SESUAI SIKLUS KEHIDUPAN WANITA

1. Konsepsi

Konsepsi merupakan awal dari proses kehamilan, yaitu bertemunya sel telur dengan sel sperma yang terjadi di tuba fallopi (pars ampularis). Konsepsi diawali oleh pelepasan sel telur (ovum) yang disebut ovulasi. Ovum

dapat hidup dalam tuba fallopi selama 48 jam dan siap dibuahi setelah 12 jam dilepaskan. Kemudian, setelah spermatozoa masuk ke dalam kanalis servikalis, menuju tuba fallopi untuk dapat terjadi fertilisasi. Pada hari ke 6 – 7 setelah fertilisasi, ovum yang telah dibuahi pada stadium blastosis akan bermigrasi ke dalam uterus untuk melakukan nidasi di awal kehamilan.

Secara umum perkembangan janin selama tahap prenatal dibagi menjadi 3 tahap, yaitu tahap germinal, embrionik, dan fetal. Pada tahap ini zigot yang awalnya hanya terdiri dari satu sel, berkembang menjadi morula, blastula, gastrula, neurula dan akhirnya menjadi janin. Perkembangan janin ini mengikuti 2 prinsip yaitu sefalokaudal (dari kepala ke bagian bawah tubuh) dan proximodistal (dari bagian tubuh yang dekat dengan tengah menuju keluar). Bagian janin yang terbentuk paling awal yaitu kepala, otak, dan mata kemudian diikuti pembentukan tungkai dan lengan serta kaki yang terbentuk sebelum pembentukan jari.

Pembentukan organ genitalia laki-laki dan perempuan berasal dari embriologi yang sama. Embrio belum menunjukkan diferensiasi jenis kelamin sampai minggu ke-11. Diferensiasi jenis kelamin ditentukan oleh adanya kromosom X dan Y. Tidak adanya kromosom Y pada wanita menyebabkan pembentukan ovarium (sekitar minggu ke- 11 dan 12 kehamilan) dan genitalia eksterna.

Oogenesis dimulai pada usia kehamilan 16 minggu, dan sekitar minggu ke-20, janin perempuan memiliki tujuh juta folikel primer, berkurang hingga menjadi 2 juta pada saat janin lahir. Perkembangan organ genitalia eksterna wanita diatur oleh hormone estrogen ibu. Karena tidak adanya testosterone, tuberculum genital membesar untuk membentuk klitoris dengan tingkat perkembangan yang lebih lambat daripada laki-laki. Lipatan urogenital melebur di sepanjang batas posterior untuk membentuk frenulum klitoris, sedangkan aspek lipatan urogenital yang tidak menyatu membentuk labia minora. Lipatan labioscrotal menyatu di anterior untuk menghasilkan komisura labial anterior dan mons pubis, dan mereka menyatu di posterior untuk membentuk komisura labial posterior. Namun, sebagian besar lipatan labioscrotal tetap tidak menyatu dan akhirnya membentuk labia mayora.

Perkembangan vagina melibatkan duktus Müllerian dan sinus urogenital. Ujung kaudal dari duktus Müllerian yang menyatu membentuk primordium uterovaginal yang melekat pada bagian posterior sinus urogenital. Proses ini menghasilkan pembentukan tuberkulum sinus, yang menginduksi pertumbuhan endodermal berpasangan untuk membentuk bulbus sinovaginal. Umbi sinovaginal menghubungkan sinus urogenital dan primordium uterovaginal. Umbi sinovaginal menyatu membentuk lempeng vagina padat yang kemudian membentuk lumen

terbuka. Umbi sinovaginal menghasilkan dua pertiga inferior saluran vagina. Selaput dara diproduksi selama perkembangan uterovaginal sebagai lapisan yang memisahkan saluran vagina dari sinus urogenital. Epitel vagina berasal dari endodermal, sedangkan dinding otot vagina berasal dari mesenkim. Diferensiasi alat kelamin luar wanita dimulai pada 11 minggu dan selesai pada 20 minggu pasca pembuahan. Perkembangan yang baik selama fase konsepsi menentukan perkembangan pada tahap selanjutnya. Hal ini menunjukkan perlu adanya pelayanan yang baik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi selama fase konsepsi. Pelayanan yang dapat diberikan pada fase ini antara lain:

1. Pelayanan antenatal care dengan pendekatan pelayanan kesehatan yang bersifat promotive dan preventif yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan janin selama hamil
2. Pelayanan persalinan dan nifas untuk memastikan proses persalinan berjalan dengan aman dan kesehatan ibu dan bayi selama masa nifas atau postpartum
3. Perlakuan yang sama terhadap janin laki-laki dan perempuan
4. Pelayanan bayi baru lahir yang aman

2. Bayi dan Anak

Bayi merupakan tahapan pertama kehidupan setelah lahir. Bayi adalah usia 0 sampai 1 tahun, yang dibagi

menjadi beberapa kelompok antara lain neonatal (usia 0 – 28 hari) dan pasca neonatal / infant (29 hari – 1 tahun). Sedangkan yang dikatakan anak adalah rentang usia 1 – 12 tahun dengan klasifikasi toddler (usia 1 – 3 tahun), pra sekolah (usia 4 – 6 tahun) dan sekolah (usia 6 – 12 tahun). Pada bayi cukup bulan, proses pembentukan organ genitalia interna sudah selesai, jumlah folikel primordial dalam kedua ovarium mencapai 750.000 dan tidak akan bertambah pada fase selanjutnya. Pada bayi cukup bulan, tuba, uterus, vagina dan genitalia eksternal sudah terbentuk, labia mayora menutupi labia minora. Terdapat *hymenal tag* yaitu segmen normal dari selaput dara yang menonjol dari dasar vagina dan menghilang dalam beberapa minggu. Selama minggu pertama kehidupan, cairan mukoid berwarna putih susu, yang kadang-kadang bercampur darah, dapat terlihat di vagina. Hal ini merupakan manifestasi fisiologis dari pengaruh hormonal (estrogen) ibu dan menghilang dalam waktu 2 minggu. Selain itu, estrogen juga menyebabkan terjadi penonjolan payudara pada bayi laki-laki maupun perempuan dan kadang disertai dengan pengeluaran air susu yang disebut dengan *witch milk*.

Pada masa anak-anak, rangsangan hormone kelamin sangat rendah, sehingga hormone estrogen dan

progesterone pun menjadi rendah. Hal ini mengakibatkan alat kelamin tidak menunjukkan perubahan yang signifikan sampai masa pubertas. Hormon pertumbuhan yang disekresi oleh hipofisis bekerja pada proses pertumbuhan anak, sehingga terjadi pertumbuhan tinggi badan yang pesat pada fase ini. Pada fase ini telah nampak perbedaan tingkah laku antara anak perempuan dengan laki-laki, akan tetapi hal ini lebih dipengaruhi oleh kondisi lingkungan dan Pendidikan. Seorang anak mendapatkan kesempatan untuk melakukan eksplorasi, eksperimen dan mengekspresikan dirinya dengan bebas melalui bermain. Hal ini akan membuat anak memahami konsep tentang kognitif, afektif, dan psikomotor serta melihat adanya hubungan antara satu dengan yang lain. Dengan bermain juga dapat membantu untuk mewujudkan pembentukan pembentukan diri seorang anak seutuhnya dengan memberikan kebebasan kepada anak dan membina jiwa kemandiriannya. Untuk mencapai hal tersebut, maka penting sekali untuk mendidik anak dengan penuh kasih sayang, menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman bagi seorang anak untuk tumbuh dengan baik. Untuk meningkatkan potensi seorang anak, maka perluy menciptakan lingkungan keluarga yang dipenuhi dengan rasa cinta dan saling tolong, yang berlandaskan dengan ikatan yang kuat antara anggota keluarga. Pelayanan kesehatan bayi dan anak bertujuan

untuk mengurangi angka kematian bayi dan anak yang meliputi:

1. Pemberian ASI eksklusif
 2. Pelayanan imunisasi yang lengkap
 3. Pemberian makanan dengan gizi seimbang
 4. Manajemen terpadu balita sakit
 5. Pencegahan dan penanggulangan kekerasan pada anak
 6. Kesetaraan Pendidikan antara wanita dan laki-laki
- 3. Remaja dan Pubertas**

Masa remaja merupakan masa peralihan dari masa anak-anak menuju dewasa, yaitu rentang usia 10 – 18 tahun. Pada masa ini terjadi berbagai berbagai perubahan yang meliputi fisik, hormonal, dan emosi. Masa remaja juga merupakan fase eksplorasi dan eksploitasi, sehingga remaja memiliki keingintahuan yang tinggi dan sering merasa tertantang untuk mencoba hal-hal baru. Secara psikologis, remaja memiliki emosi yang cenderung labil, sehingga dapat mempengaruhi pola pikir dan sikap dari dalam diri remaja karena belum mampu untuk memaksimalkan fungsi fisik maupun psikologisnya. Masa remaja sering dikaitkan dengan pubertas. Pubertas adalah proses berkelanjutan menuju ke tahap maturasi ketika organ reproduksi mulai berfungsi dan munculnya karakteristik seks sekunder. Rata-rata pubertas pada perempuan dimulai antara usia 10 dan 13 tahun. Akan tetapi, pada beberapa tahun terakhir terjadi penurunan usia awal pubertas. Hal ini dipengaruhi oleh

beberapa faktor, diantaranya adalah faktor genetik, kesehatan, nutrisi (berkaitan erat dengan kondisi sosial ekonomi keluarga), latihan fisik, dan faktor lingkungan.

Inisiasi pubertas dikontrol oleh hormon yang disekresi oleh hipotalamus (sebuah struktur khusus dalam otak yang berlokasi tepat di atas hipofisis). Hipotalamus mensekresi Gonadotropin Releasing Hormone (GnRH) dan hormone ini yang nantinya akan merangsang pengeluaran Follicle Stimulating Hormone (FSH) dan Luteinizing Hormon (LH) dari kelenjar hipofisis anterior. FSH dan LH mempengaruhi sel teka dan granulosa ovarium. Zona reticularis dari korteks adrenal menghasilkan hormon yang bertanggung jawab untuk terhadap perubahan-perubahan yang terjadi selama masa pubertas.

Selama masa kanak-kanak, gonad hanya menghasilkan hormon seks dalam jumlah yang relatif kecil sebelum *set point* hipotalamus tercapai dan hipotalamus memberi sinyal kepada gonad untuk mengurangi produksi hormon seks. Akan tetapi, ketika mulai memasuki masa pubertas, dan *set point* untuk hormon seks meningkat di hipotalamus, gonad akan memproduksi hormon seks (estrogen dan progesteron) dalam jumlah yang besar sebelum hipotalamus menginstruksikan untuk mengurangi produksinya. Adanya perubahan pada hormone inilah yang menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan fisik selama pubertas.

Perubahan fisik yang terjadi selama masa pubertas meliputi perubahan struktur organ beserta fungsinya baik pada bagian luar maupun dalam. Perubahan inilah yang secara umum menyebabkan remaja yang mengalami pubertas sulit untuk melakukan penyesuaian terhadap diri dan lingkungan. Akibatnya, remaja sering mengalami keraguan, perasaan tidak mampu, dan tidak aman serta menunjukkan perilaku yang kurang baik. Remaja yang sudah mengalami pubertas dituntut untuk mampu menyesuaikan diri dengan perubahan yang terjadi, sehingga bisa tercapai kepuasan terhadap diri dan lingkungannya.

Secara umum perubahan fisik yang terjadi pada remaja putri adalah sebagai berikut

1. Pertumbuhan Tulang. Badan menjadi lebih tinggi dan anggota badan menjadi lebih panjang. Selain itu, pinggul menjadi lebih besar dan membulat.
2. Deposit lemak. Deposit lemak meningkat pada remaja putri, massa tubuh tanpa lemak menurun dari 85% menjadi 75%. Peningkatan lemak tubuh sampai ke level kritis diyakini dapat menstimulasi awitan menstruasi
3. Pembesaran Payudara (Telarke) dan Pertumbuhan Rambut (Pubarche)

Tanda awal terjadinya pubertas yaitu pertumbuhan payudara yang biasanya mulai tampak pada usia 8 tahun. Akan tetapi hal ini berbeda pada setiap individu. Oleh karena ovarium telah memproduksi estrogen dan

progesterone, maka terjadi penumpukan jaringan lemak dan pembesaran ductus pada payudara sehingga volume payudara menjadi lebih besar. Ukuran payudara setiap individu berbeda-beda, akan tetapi hal ini tidak mempengaruhi fungsi dari payudara itu sendiri. Rambut pubis mulai tumbuh sekitar 6 bulan setelah telarche. Rambut ini awalnya lembut tetapi secara bertahap menjadi gelap dan menjadi lebih kasar. Biasanya tumbuh dalam bentuk segitiga dengan puncak mengarah ke bawah. Namun, pada beberapa wanita mungkin tumbuh ke atas menuju pusar seperti yang terlihat pada pola laki-laki. Kemudian, sekitar 2 tahun setelah terjadinya pubarche, maka akan tumbuh rambut ketiak.

4. Menarche.

Menarche adalah periode menstruasi pertama, yang disebabkan oleh peningkatan FSH dan LH. Secara umum, menarche terjadi 24 bulan setelah telarke dan relatif segera setelah pertumbuhan rambut pubis. Selama pubertas, endometrium uterus mengalami siklus proliferasi dan regresi akibat fluktuasi kadar estradiol plasma. Hal ini terjadi sampai suatu titik tercapai ketika terjadi pertumbuhan yang substansial sehingga penarikan estrogen menghasilkan menstruasi pertama (menarche). Kadar progesteron plasma tetap rendah sampai terjadi peningkatan setelah menarche, yang menandakan bahwa ovulasi telah terjadi. Ovulasi pertama terjadi sekitar 6 sampai 9 bulan

setelah menarche karena mekanisme umpan balik positif estrogen yang belum matang.

Perubahan fisik yang terjadi selama masa pubertas berdampak pada psikologis remaja itu sendiri. Dampak yang paling menonjol yaitu adanya ketertarikan terhadap seksualitas. Remaja mulai memiliki dorongan seksual sebagai akibat dari kematangan organ seksual dan perubahan hormonal. Dorongan seksual yang muncul dapat lebih tinggi daripada dorongan seksual pada orang dewasa pada umumnya. Di sisi lain, remaja juga mulai mencari tahu tentang sumber-sumber informasi yang berhubungan dengan seksualitas seperti *hygienesex* di sekolah atau perguruan tinggi, membahas dengan teman-teman, buku-buku tentang seks, atau mengadakan percobaan dengan jalan masturbasi, bercumbu atau bersenggama. Penelitian menunjukkan bahwa remaja putri yang telah mengalami menarche menunjukkan respon emosi yang bersifat negatif. Emosi negatif ini bisa meliputi rasa malu, takut, kaget, dan bingung, tetapi beberapa remaja putri menunjukkan perasaan bahagia, bangga, lega, dan bersemangat. Untuk menghindari respon negatif remaja dalam menghadapi pubertas, informasi yang tepat sangatlah penting. Informasi tentang aspek-aspek praktis dalam pengelolaan menstruasi lebih penting untuk diberikan daripada mekanisme biologis yang mendasari menstruasi. Penelitian menunjukkan bahwa semakin tinggi pengetahuan dan kesiapan remaja

putri dalam menghadapi pubertas, semakin besar pula kemungkinan remaja putri memiliki pengalaman yang positif.

Di Indonesia, pelayanan kesehatan remaja disebut Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Jenis pelayanan yang diberikan meliputi:

1. Pemeriksaan kehamilan bagi remaja
2. Konseling masalah kesehatan reproduksi dan seksual
3. Konsultasi mengenai masalah kejiwaan
4. HIV & AIDS
5. Infeksi Menular Seksual (IMS)
6. Anemia

4. Dewasa dan Usia Subur

Usia dewasa muda merupakan usia antara 20 sampai 40 tahun. Fase ini sering dikaitkan dengan usia subur karena usia ini tergolong pada masa reproduksi dimana wanita menjalankan tugasnya mulai hamil, melahirkan, nifas, menyusui, dan masa antara (merencanakan jumlah atau jarak anak dengan menggunakan alat kontrasepsi). Pada umumnya usia reproduksi berkisar selama 33 tahun, dengan usia yang paling ideal untuk masa ini adalah 20 sampai 35 tahun. Seiring bertambahnya usia, tingkat kesuburan seseorang menjadi menurun. Puncak kesuburan wanita berada pada rentang usia 20 sampai 29 tahun dan jumlah kehamilan pada usia ini berkisar 95%, sedangkan pada usia

30-an mengalami penurunan menjadi sekitar 90% dan pada usia 40-an menjadi 10%.

Pada masa usia subur, wanita mengalami serangkaian proses dalam siklus reproduksi yaitu kehamilan, persalinan, nifas, dan persalinan. Pada masa ini terjadi perubahan fisik yang signifikan dalam kehidupan wanita sehingga dapat berpengaruh terhadap psikologis, peran dalam keluarga, serta kehidupan sosialnya. Pada fase ini, wanita membutuhkan waktu untuk pemulihan fisik dan untuk membangun hubungan ibu-bayi, bertanggung jawab pengasuhan anak sehingga anak bisa tumbuh dengan sehat. Pada masa ini juga merupakan masa untuk menapak karir, sehingga sering menghabiskan waktu di luar rumah. Hal ini mengindikasikan bahwa pada usia ini wanita perlu menjaga kondisi tubuhnya agar tetap prima sehingga lebih mudah dalam menjalankan tugasnya yaitu sebagai ibu yang bekerja. Seorang wanita yang bekerja akan mengalami hal-hal yang tidak nyaman yaitu kebimbangan antara peran sebagai ibu rumah tangga dan pekerja, kekurangan waktu untuk diri sendiri bahkan untuk relaksasi untuk diri sendiri, jarang memperhatikan kesehatan karena banyaknya aktivitas, kurang memperhatikan perkembangan anak, sulit mengatur emosi karena kelelahan akibat bekerja. Masalah kesehatan yang terjadi pada fase ini sangat kompleks yang meliputi masalah obstetric yang dapat mengganggu selama periode kehamilan, persalinan, dan nifas, kelelahan kronis

akibat merawat anak, keganasan, depresi dan penyakit lain yang mulai muncul pada masa ini. Selain itu, kasus infeksi yang berkaitan dengan reproduksi terus meningkat, misalnya HIV/AIDS yang terus meningkat dari tahun ke tahun.

Masalah kesehatan pada wanita usia subur yang tidak kalah penting dan perlu mendapatkan perhatian salah satunya adalah *overweight* dan obesitas. Tingginya kejadian obesitas pada usia dewasa disebabkan oleh beberapa faktor di antaranya adalah faktor genetic, faktor lingkungan dan perilaku makan yang kurang tepat. Selain itu, penggunaan kontrasepsi hormonal pada wanita juga merupakan faktor risiko terjadinya obesitas. Hal ini disebabkan adanya estrogen dan progesterone pada kontrasepsi. Estrogen menyebabkan penurunan ekskresi natrium dan air sehingga terjadi penumpukan cairan, sedangkan progesteron mempermudah perubahan karbohidrat dan gula menjadi lemak, merangsang nafsu makan dan menurunkan aktivitas sehingga berdampak pada peningkatan berat badan. Pada usia dewasa akhir, mulai tampak perubahan fisik maupun psikologis akibat proses penuaan. Kebanyakan wanita merasa takut dengan berbagai hal yang muncul akibat proses penuaan. Mereka menyadari bahwa dengan berpenampilan cantik dan tampak menarik akan memberikan nilai positif bagi mereka. Akan tetapi, apabila tidak tampak menarik karena tanda penuaan, akan

menjadi beban dan bisa berdampak pada timbulnya kecemasan. Pada fase ini, salah satu tugas perkembangan yang harus dilalui yaitu membangun rumah tangga dan mengasuh anak. Berdasarkan hal tersebut, maka terdapat kebutuhan yang harus dipenuhi, antara lain:

1. Kebutuhan mempersiapkan kehamilan dan persalinan yang aman
2. Kebutuhan dalam mencegah kecacatan dan kematian akibat dari kehamilan dan persalinan
3. Pengaturan jumlah kelahiran atau jumlah anak melalui program KB atau penggunaan kontrasepsi yang tepat
4. Pencegahan penyakit menular yang berkaitan dengan PMS atau HIV/AIDS
5. Pemberian pelayanan yang berkualitas terkait kesehatan reproduksi
6. Pencegahan tindakan aborsi pada kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak direncanakan
7. Deteksi dini kanker payudara dan leher Rahim yang bisa dilakukan dengan SADARI, IVA Test maupun PAP Smear
8. Pencegahan dan Manajemen Infertilitas

5. Usia Lanjut

Seiring dengan bertambahnya usia seorang wanita, jumlah folikel semakin berkurang. Terjadi penurunan sel granulosa yang merupakan penghasil utama estradiol dan inhibin. Dengan berkurangnya penghambatan dari estrogen

dan inhibin dari gonadotropin, maka terjadi peningkatan produksi FSH dan LH. Penurunan kadar estrogen mengganggu aksis hipotalamus-hipofisis-ovarium sehingga terjadi kegagalan perkembangan endometrium yang menyebabkan siklus menstruasi menjadi tidak teratur hingga berhenti sama sekali. Kondisi ini disebut dengan menopause. Menopause dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan, antara lain fisik, psikologis, maupun sosial.

Beberapa perubahan fisik yang dialami pada masa ini yaitu:

1. Perubahan pada tulang. Penurunan estrogen meningkatkan aktivitas osteoklas sehingga menyebabkan ketidakseimbangan aktivitas osteoklas dan osteoblast. Hal ini mengakibatkan reabsorpsi tulang, tulang menjadi keropos dan mudah patah.
2. Perubahan pada kulit. Kulit menjadi lebih kendur karena berkurangnya kadar air dan lemak dalam tubuh lansia, muncul bitnik-bintik hitam pada kulit serta kulit menjadi lebih kering dan keriput.
3. Perubahan pada genitalia. Terjadi dyspareunia introital yang disebabkan oleh labia minora yang menjadi lebih tipis, introitus memendek, dan carunculae himen menyusut dan kehilangan elastisitas. Meatus uretra tampak lebih menonjol dan rentan terhadap iritasi fisik atau trauma. Hilangnya

lactobacilli berkontribusi pada peningkatan pH vagina, dan perubahan mikrobiota vagina.

4. Perubahan Termoregulasi. Terjadi *hot flushes* dan keringat pada malam hari. Kondisi ini pada akhirnya akan berdampak pada kualitas hidup wanita yang meliputi gangguan tidur, kelelahan (*fatigue*), iritabilitas dan perubahan mood.

Lansia yang mengalami menopause dapat mengalami gejala psikologis. Meskipun sebagian besar gangguan psikologis yang terjadi masih dalam kategori ringan, sangat penting untuk menentukan tingkat keparahan dan durasi yang cukup untuk berkembang menjadi depresi berat, gangguan kecemasan umum atau gangguan panik. Hormon reproduksi wanita dan perubahan kadarnya yang cepat dapat memengaruhi neurotransmitter di otak, khususnya sistem serotonin dan gamma amino butyric acid. Estrogen memodulasi serotonin untuk meningkatkan reuptake presinaptik serotonin, memodulasi kadar norepinefrin, menurunkan kadar oksidase monoamine, memengaruhi pergantian dopamin, meningkatkan rangsangan otak, memengaruhi kadar endorphen, dan mungkin berinteraksi dengan asam butirat gamma amino. Progesteron dalam dosis tinggi memiliki efek anestesi dan dapat menurunkan rangsangan otak melalui interaksi dengan sistem asam butirat gamma amino. Pada fase usia lanjut, seorang wanita akan menghadapi perubahan besar dalam hidupnya termasuk perubahan peran, pensiun, dan kematian orang

yang dicintai, yang pada akhirnya berdampak pada timbulnya perasaan *loneliness* (kesepian). *Loneliness* yang merupakan pengalaman yang tidak menyenangkan yang muncul akibat dari menurunnya hubungan sosial dari berbagai aspek. Biasanya akan muncul perasaan tidak berharga, tidak diperhatikan, dan tidak dicintai. Pengalaman ini dapat menimbulkan peningkatan stress dan menyebabkan penurunan sumber daya yang dirasakan oleh individu dalam menjalani kehidupan sehari-hari.

DAFTAR PUSTAKA

- Aatsha, P. A., & Krishan, K. (2022). Embryology, Sexual Development. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
- Afridi, I. (2017). Psychological and social aspects of menopause. *Menopause: A Multidisciplinary Look at*, 49.

- Alotaibi, M. F. (2019). Physiology of puberty in boys and girls and pathological disorders affecting its onset. *Journal of adolescence*, 71, 63-71.
- Apriani, A. N., Mariyanti, S., & Safitri, S. (2021). Gambaran Work-Life Balance Pada Ibu Yang Bekerja. *JCA of Psychology*, 2(04).
- Aprilia, W. (2020). Perkembangan pada masa pranatal dan kelahiran. *Yaa Bunayya: Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*, 4(1), 39-56.
- Breehl L, Caban O. (2002). Physiology, Puberty. Treasure Island (FL): StatPearls.
- Dewantari, N. M. (2013). Peranan gizi dalam kesehatan reproduksi. *Jurnal skala husada*, 10(2), 219-224.
- Ekawati, D., Sabur, F., Umar, S., & Gasma, A. (2021). Efektivitas Penyuluhan tentang Perubahan Fisik pada Masa Pubertas terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa di SDN No. 29 Cini Ayo Jenepono. *Jurnal Inovasi Penelitian*, 2(7), 2057-2064.
- Hardy, M. N., Saraswati, L. D., & Udiyono, A. (2016). Gambaran Perkembangan Pubertas Dan Perbedaan Usia Awal Pubertas Pada Siswa-Siswi Sekolah Dasar (Studi Di Kecamatan Semarang Tengah Kota Semarang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*, 4(1), 153-158.

- Izhar, M. D. (2020). Determinan Kejadian Overweight pada Wanita Usia Subur di Kota Jambi. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 20(2), 410-417.
- Mulyani, E., Handajani, D.O., Safriana. (2020). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Wanita*. Literasi Nusantara.
- Nurhayati, T. (2016). Perkembangan perilaku psikososial pada masa pubertas. *Eduksos: Jurnal Pendidikan Sosial & Ekonomi*, 4(1).
- O'Neill, S., & Eden, J. (2017). The pathophysiology of menopausal symptoms. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 27(10), 303-310.
- Patel, S. R. (2019). An External and Internal Understanding: Female Puberty. Treasure Island (FL): StatPearls.
- Sanfilippo, J, Jamieson, M. (2008). Physiology of Puberty. *Glob. libr. women's med*. Doi: 10.3843/GLOWM.10286
- Singh, B., & Kiran, U. V. (2013). Loneliness among elderly women. *International Journal of Humanities and Social Science Invention*, 2(2), 10-14.
- Short, M. B., & Rosenthal, S. L. (2008). Psychosocial development and puberty. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1135(1), 36-42.
- Suryani, L. S. L. (2013). Penyesuaian diri pada masa pubertas. *Konselor*, 2(1).
- Waluyo, D., Fitriani, F., Ramadhanti, I. P., Rosanty, A., Hafizah, I., Herman, S., ... & Astuti, D. A. (2022). *Pengantar Kesehatan Reproduksi Wanita*.

Widiyastuti, N. E., et al. (2022). Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Bandung: Media Sains Indonesia

Yusuf, R. N., Herayono, F., Darma, I. Y. (2021). Kesehatan Reproduksi Sepanjang Daur Hidup Wanita. Padang: Stikes Syedza Saintika.

PROFIL PENULIS



Shinta Wahyusari, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat
Penulis lahir di Malang, 8 September 1986. Lulus dari Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Brawijaya pada tahun 2010. Penulis melanjutkan pendidikan pada program Magister Keperawatan Maternitas dan lulus pada tahun 2015.

Setelah itu melanjutkan ke Program Spesialis Keperawatan Maternitas lulus pada tahun 2016. Saat ini penulis merupakan dosen tetap di Institut Teknologi, Sains dan Kesehatan RSDS dr. Soepraen Malang. Mengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas dan Kesehatan Reproduksi. Sebelumnya, penulis pernah menjadi dosen tetap di STIKes Hafshawaty Pesantren Zainul Hasan selama kurang lebih 10 tahun. Penulis pernah menjadi pembicara dalam seminar yang berhubungan dengan keperawatan maternitas. Penulis juga aktif dalam melaksanakan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat sebagai bentuk tridharma perguruan tinggi dalam bidang keperawatan maternitas.

BAB 30 DASAR–DASAR KESEHATAN REPRODUKSI

Ari Widyarni, SKM., M.Kes
Universitas Islam Kalimantan Muhammad Arsyad Al Banjari
Banjarmasin.

A. PENDAHULUAN

Perkembangan program kesehatan reproduksi di Indonesia pertama kali pada pertemuan tingkat internasional Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development*), di Kairo Mesir tahun 1994 dan berlanjut di Jakarta, Indonesia pada Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi bulan Mei 1996 menyepakati perubahan paradigma dalam menangani masalah kependudukan dan pembangunan dari pendekatan pengendalian penduduk dan penurunan angka kelahiran atau keluarga berencana menjadi pendekatan yang berfokus pada kesehatan dan hak reproduksi. Negara Indonesia sebagai salah satu negara yang berpartisipasi dalam kesepakatan global tersebut telah menindaklanjuti dengan berbagai kegiatan. Ruang lingkup kesehatan reproduksi secara luas membutuhkan kerja sama secara lintas program dan lintas sektoral serta keterlibatan lembaga swadaya masyarakat (LSM), organisasi profesi dan semua pihak yang terkait.

B. DEFINISI

Kesehatan reproduksi menurut *World Health Organization* (WHO) adalah suatu kondisi atau status kesehatan secara fisik, mental dan sosial yang bukan hanya sekedar bebas dari kesakitan atau kelemahan, tetapi dalam semua hal yang menyangkut proses, fungsi dan sistem reproduksi pada seluruh tahap kehidupan. **Kesehatan reproduksi** menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) 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. **Kesehatan reproduksi** juga dapat didefinisikan sebagai suatu keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang utuh dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan dalam segala hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi dan fungsi-fungsi serta proses-prosesnya pada seluruh tahap kehidupan. Menurut beberapa definisi tersebut maka setiap orang berhak mengatur jumlah anggota keluarganya, termasuk mendapatkan penjelasan yang lengkap tentang informasi cara kontrasepsi sehingga dapat memilih jenis dan cara yang tepat dan disukai. Selain itu, terdapat hak atas pelayanan kesehatan reproduksi lainnya, seperti pelayanan ANC, persalinan, perawatan setelah melahirkan (masa nifas) dan layanan kesehatan bagi anak, bagi remaja dan lain-lain. Kesehatan merupakan hal yang terpenting dalam

kehidupan kita. Daur kehidupan dimulai dari masa konsepsi hingga lanjut usia. Manusia akan banyak mengalami perubahan-perubahan pada masa itu. Sehingga setiap orang harus bisa beradaptasi dan mengetahui konsep dan daur kehidupan manusia di muka bumi.

C. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN REPRODUKSI

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi dapat digolongkan menjadi 4 (empat) golongan yang dapat berpengaruh negatif terhadap kesehatan reproduksi, yaitu:

1. Faktor Demografi–Ekonomi

Kesehatan reproduksi dapat dipengaruhi oleh faktor ekonomi yaitu kemiskinan, rendahnya tingkat pendidikan dan ketidaktahuan perkembangan seksual dan proses reproduksi, usia pertama kali melakukan hubungan seksual, usia pertama kali menikah, usia pertama kali hamil. Faktor demografis yang mempengaruhi kesehatan reproduksi antara lain akses terhadap pelayanan kesehatan, proporsi remaja putus sekolah dan daerah terpencil atau permukiman.

2. Faktor Budaya dan Lingkungan

Faktor budaya dan lingkungan mempengaruhi praktik tradisional yang berdampak negatif terhadap kesehatan reproduksi, kepercayaan banyak anak banyak rejeki,

informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja ketika mereka saling bertentangan, keyakinan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, lingkungan hidup dan gaya hidup, cara bersosialisasi serta persepsi tentang fungsi, hak dan tanggung jawab reproduksi individu, serta dukungan atau komitmen politik.

3. Faktor Psikologis

Faktor psikologis merupakan dampak yang dapat dipengaruhi oleh tekanan teman sebaya (*peer pressure*), tindak kekerasan dirumah atau lingkungan terdekat dan dampak adanya keretakan orang tua dan remaja, depresi karena ketidakseimbangan hormonal, rasa tidak berharga wanita terhadap pria yang membeli kebebasan secara materi.

4. Faktor Biologis

Faktor biologis meliputi organ reproduksi yang tidak lengkap atau malformasi kongenital, gangguan reproduksi pasca *premenstrual syndrome* (PMS), keadaan malnutrisi kronis, anemia, penyakit radang panggul, atau keganasan reproduksi. Dari semua faktor tersebut yang mempengaruhi kesehatan reproduksi dapat berdampak negatif terhadap kesehatan perempuan, sehingga perlu penanganan yang baik dengan harapan semua perempuan dapat memperoleh hak-hak reproduksinya dan meningkatkan kehidupan reproduksinya menjadi lebih baik.

D. RUANG LINGKUP

Menurut *International Conference on Population and Development* (ICPD), yang diselenggarakan di Kairo pada tahun 1994, pelayanan kesehatan reproduksi meliputi kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, pencegahan dan pengobatan infeksi menular seksual pada semua stadium atau tahapan (kanker, penyakit menular seksual, HIV / AIDS, penyalahgunaan obat-obatan dan alkohol serta aborsi) juga termasuk kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi, pencegahan dan penanganan kemandulan dalam rangka kesehatan reproduksi di usia lanjut, deteksi dini kesehatan reproduksi dan masalah kesehatan reproduksi lainnya seperti kekerasan seksual dan sunat perempuan. Pada kesehatan reproduksi dari perspektif gender, dimensi sosial perempuan dan permasalahannya, serta kesehatan pranikah. Kesehatan reproduksi bersifat komprehensif: kesehatan ibu dan bayi baru lahir, keluarga berencana, pencegahan dan pengobatan infeksi saluran reproduksi (ISR), pencegahan dan pengobatan komplikasi aborsi, kesehatan reproduksi pada remaja, pencegahan dan pengobatan kemandulan, kanker pada lansia serta osteoporosis meliputi aspek lain dari kesehatan reproduksi seperti kanker serviks, mutilasi alat kelamin dan banyak lagi. Terdapat 5 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) yaitu: (1)

kesehatan ibu dan bayi baru lahir, (2) keluarga berencana, (3) kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan pengobatan infeksi sistem reproduksi (ISR), (4) paket layanan kesehatan reproduksi komprehensif (PKRK) dan (5) kesehatan reproduksi lanjut usia.

Dimensi kesehatan reproduksi dari siklus hidup meliputi seluruh kehidupan manusia dari lahir sampai mati. Penerapan kesehatan reproduksi yang lebih spesifik adalah dengan menggunakan pendekatan siklus kehidupan. Siklus kehidupan terdiri dari empat bagian utama, antara lain: kesehatan ibu dan bayi baru lahir, keluarga berencana, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan pengobatan penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS serta komponen pelayanannya disebut *Essential Reproductive Health Services* / PKRE. Apabila pelayanan tersebut digabungkan dengan pelayanan kesehatan reproduksi untuk lanjut usia, maka disebut pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif (PKRK). Pendekatan siklus hidup (*life cycle approach*) memperhatikan kebutuhan khusus penanganan sistem reproduksi setiap fase kehidupan serta kesinambungan setiap fase kehidupan dan apabila tidak ditangani dengan baik akan berakibat buruk nantinya. Siklus hidup dikenal dengan lima tahapan yaitu, konsepsi (janin), bayi dan anak, usia remaja, usia subur dan usia lanjut. Dimulai pada masa bayi dan anak kebutuhan yang harus terpenuhi antara lain:

- a. ASI Eksklusif dan penyapihan yang layak.
- b. Tumbuh kembang anak, pemberian makanan dan gizi seimbang.
- c. Imunisasi dan manajemen terpadu balita sakit.
- d. Pencegahan dan penanggulangan kekerasan.
- e. Pendidikan dan kesempatan yang sama pada anak laki-laki dan perempuan. Perempuan mempunyai kebutuhan khusus dibandingkan laki-laki, karena kodrat perempuan untuk haid, hamil, melahirkan, menyusui dan menopause, oleh karena itu pemeliharaan kesehatan pada perempuan lebih intensif selama siklus hidupnya.

Masalah kesehatan reproduksi pada setiap fase kehidupan yang bila tidak ditangani dengan baik diperkirakan dapat berakibat buruk pada masa kehidupan selanjutnya. Pendekatan siklus hidup setiap fase dapat dilihat pada gambar berikut.



Gambar 30.1. Kesehatan Reproduksi Wanita Sepanjang Siklus Kehidupan

1. Ibu Hamil dan Konsepsi.

Masa konsepsi merupakan masa kehamilan yaitu masa setelah bersatunya sel telur dan sperma, saat janin tumbuh menjadi morulla, blastula, gastrula, neurulla yang kemudian menjadi janin hingga terbentuknya plasenta, terjadi interaksi antara ibu dan janin. Wanita hamil adalah wanita yang mengandung sejak konsepsi sampai lahirnya janin. Kehamilan adalah masa transisi, yaitu masa kehidupan sebelum anak dalam kandungan dan kehidupan selanjutnya setelah kelahiran anak. Kehamilan adalah penyatuan sperma dan sel telur, diikuti dengan implantasi.

Dari konsepsi hingga kelahiran bayi, kehamilan normal terjadi dalam 40 minggu atau 9 bulan menurut kalender internasional. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kehamilan adalah pertemuan sel telur dan sel sperma di dalam atau di luar rahim dan diakhiri dengan keluarnya bayi dan ari-ari melalui jalan lahir. Sedangkan istilah lain konsepsi adalah pembuahan, yaitu saat sel sperma bertemu dengan sel telur. Ini adalah proses awal terjadinya kehamilan.

2. Bayi dan Anak.

Bayi adalah anak manusia yang belum lama lahir. Dalam ilmu kedokteran, bayi di bawah 28 hari disebut bayi baru lahir (dari kata Latin neonatus, "bayi baru lahir"). Menurut Pasal 1 (1) Undang-Undang Perlindungan Anak No. 23 Tahun 2002 Republik Indonesia, mengatakan anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan. Masa bayi dan masa kanak-kanak merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang sangat pesat, pertumbuhan dan perkembangan motorik halus dan kasar berjalan dengan baik pada saat kesehatan bayi dan anak berada pada puncaknya.

3. Remaja.

Remaja adalah masa saat seseorang manusia berumur 13-18 tahun. Pada masa remaja, seorang manusia tidak dapat disebut sudah dewasa tetapi tidak dapat pula disebut

anak-anak. Remaja adalah seseorang yang tumbuh menjadi dewasa mencakup kematangan mental, emosional sosial dan fisik. Dimana remaja mempunyai rasa keingintahuan yang besar dan sedang mengalami proses perkembangan sebagai persiapan memasuki masa dewasa. Masa remaja merupakan masa pertumbuhan dan perkembangan yang pesat, baik secara fisik maupun spiritual dan intelektual. Remaja dicirikan oleh rasa ingin tahu yang besar, kecintaan pada petualangan dan tantangan serta kecenderungan untuk mengambil risiko tanpa berpikir matang dalam tindakan mereka. Menurut *World Health Organization* (WHO), remaja adalah penduduk yang berusia 10-19 tahun dan menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) pada Peraturan Kesehatan No. 25 Tahun 2014 remaja adalah penduduk usia 10-18 tahun serta menurut jumlah penduduk dan Balai Keluarga Berencana (BKKBN) rentang usia remaja adalah 10–24 tahun dan belum menikah. Pada masa ini terjadi perubahan fisik dan psikologis. Perubahan fisik yang terjadi diantaranya adalah tumbuhnya rambut kemaluan (*pubeshe*), buah dada mulai tumbuh (*thelarche*), pertumbuhan tinggi badan yang cepat (*maximal growth*), mendapatkan haid yang pertama kali (*menarche*)

4. Usia Subur.

7. Usia subur dapat dipahami sebagai momen ketika seorang wanita atau pria memiliki peluang terbesar untuk

melahirkan keturunan secara alami, tanpa bantuan dokter. Jumlah pasangan usia subur (PUS) adalah jumlah pasangan menikah yang usia perempuannya 15–49 tahun. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), usia subur wanita adalah pada saat mereka berusia 14–49 tahun. Sementara puncak masa subur dan kualitas telur terbaik wanita berada pada 20–30 tahun. Biasanya, pada usia subur, wanita akan lebih mudah untuk hamil. Saat merencanakan kehamilan, setiap pasangan penting juga untuk mengetahui usia subur pria. Selama pria bisa berhubungan seks dan menghasilkan sperma, diasumsikan bahwa mereka sebenarnya memiliki kesempatan untuk membuahi sel telur. Puncak kesuburan pria (*fekunditas*) juga sangat bervariasi dan beragam. Namun, beberapa penelitian menunjukkan bahwa kondisi terbaik sperma pria adalah pada usia 30–35 tahun. Secara umum, usia tidak subur pria berkaitan dengan ketidakmampuannya menghasilkan sperma dengan kualitas dan kuantitas yang baik. Namun, ada ahli yang mengungkapkan bahwa usia tidak subur bagi pria adalah di usia 40-an.

5. Usia lanjut.

Masa usia lanjut disebut juga penuaan yaitu masa dimana produksi hormon estrogen berkurang atau mulai berhenti, karena produksi sel telur juga berkurang atau berhenti. Saat hormon estrogen menurun, terjadi perubahan

fisik dan psikis pada wanita, antara lain perubahan fungsi organ reproduksi, perubahan metabolisme tubuh. dan berkurangnya massa tulang (*osteoporosis*). Menurut Peraturan Presiden Nomor 88 Tahun 2021 tentang Strategi Nasional Kelanjutusiaan, yang dimaksud dengan lanjut usia (Lansia) adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Pembagian kelompok lanjut usia sebagai berikut:

- a. Menurut Departemen Kesehatan RI
 - 1) Masa Virilitas atau menjelang usia lanjut : 45-54 tahun
 - 2) Masa Prasenium atau lanjut usia dini : 55-64 tahun
 - 3) Masa Senium atau usia lanjut : >65 tahun
 - 4) Lanjut usia berisiko tinggi : 70 tahun
- b. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO)
 - 1) Usia Lanjut dini : 60-74 tahun
 - 2) Usia Tua : 75-89 tahun
 - 3) Usia Sangat Lanjut : >90 tahun

Proses penuaan mempengaruhi berbagai aspek kehidupan, meliputi sosial, ekonomi dan kesehatan. Dari segi kesehatan, kesehatan lanjut usia memburuk baik secara alami maupun akibat penyakit, sehingga diperlukan pendekatan dan upaya khusus bagi kelompok lanjut usia untuk meningkatkan kualitas kesehatan secara berkelanjutan, misalnya :

- a. Pelayanan keagamaan dan mental spiritual.

- b. Pelayanan kesehatan.
- c. Pelayanan kesempatan kerja.
- d. Pelayanan pendidikan dan pelatihan.
- e. Kemudahan dalam penggunaan fasilitas, sarana dan prasarana umum.
- f. Kemudahan dalam layanan dan bantuan hukum.
- g. Perlindungan sosial.
- h. Bantuan sosial.

Peningkatan kualitas kesehatan ini ditandai dengan semakin mudahnya akses masyarakat terhadap pelayanan dan infrastruktur kesehatan, peningkatan kualitas makanan bergizi dan penurunan angka kesakitan. Aspek pemberdayaan lanjut usia ditinjau dari hak-haknya meliputi 3 (tiga) dimensi, yaitu dimensi politik, ekonomi dan sosial. Dari dimensi politik, pemberdayaan lanjut usia diartikan sebagai akses bagi mereka yang terlibat dalam proses pengambilan keputusan yang mempengaruhi mereka. Dari dimensi ekonomi, pemberdayaan lanjut usia dimaknai sebagai kesempatan mereka untuk mengembangkan sumber pendapatan agar dapat hidup layak. Dari dimensi sosial, pemberdayaan lanjut usia diartikan sebagai tersedianya pelayanan sosial dasar (kesehatan, pendidikan, air bersih, perumahan, makanan bergizi) yang memerlukan partisipasi pelayanan publik.

E. ORGAN REPRODUKSI

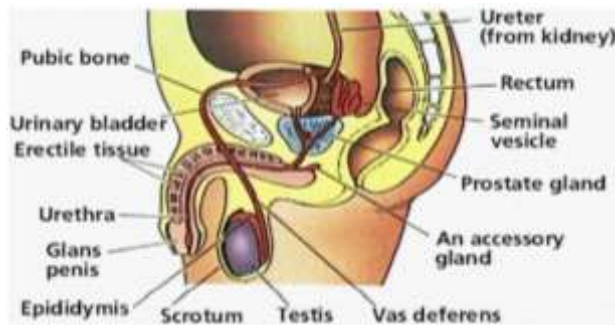
1. Organ Reproduksi Laki-Laki

Sistem reproduksi laki-laki atau alat kelamin laki-laki terdiri dari beberapa organ reproduksi yang merupakan bagian dari proses reproduksi manusia. Pada laki-laki, organ-organ reproduksi terletak di luar tubuh manusia, di daerah panggul. Organ reproduksi pada laki-laki adalah penis dan testis yang menghasilkan air seni dan sperma, yang merupakan bagian pada hasil hubungan seks untuk membuahi sel telur di dalam tubuh wanita dan sel telur tersebut dibuahi (zigot) secara bertahap berkembang menjadi janin, yang kemudian lahir sebagai anak. Berikut rincian dari organ reproduksi laki-laki:

- a. Penis, berfungsi sebagai alat senggama dan saluran untuk menyalurkan sperma dan air seni.
- b. Glans, adalah bagian depan atau ujung penis. Glans mengandung banyak pembuluh darah dan saraf.
- c. Foreskin (preputium), adalah kulit yang menutupi bagian glans. Sunat adalah praktik di beberapa negara. Sunat dianjurkan untuk memudahkan pembersihan penis dengan demikian mengurangi risiko infeksi.
- d. Kandung kemih, merupakan wadah sementara bagi air (urin) yang berasal dari ginjal.
- e. Uretra (saluran kemih), yaitu saluran keluarnya urin dan air mani.

- f. Kelenjar prostat, yaitu kelenjar yang menghasilkan cairan yang mengandung nutrisi untuk mendukung sperma.
- g. Vesikula Seminalis, fungsinya untuk menampung sperma dewasa yang telah matang.
- h. Vas Deferens (saluran sperma), yaitu saluran yang menyalurkan sperma dari testis menuju vesicle seminalis. Panjang Vas deferens sekitar 45 cm dengan diameter sekitar 2,5 mm.
- i. Epididimis, yaitu saluran yang lebih besar dan berliku-liku yang membentuk struktur seperti topi. Sperma yang dihasilkan oleh saluran kecil testis berkumpul di epididimis.
- j. Testis (pelir) yang berjumlah dua berisi sperma yang berkembang biak setiap hari dengan bantuan hormon testosteron. Testis berada di luar tubuh karena pertumbuhan sperma membutuhkan suhu yang lebih rendah dari suhu tubuh.
- k. Scrotum, adalah kantung kulit yang melindungi testis, Skrotum gelap dan berkerut. Di skrotum, testis tergantung. Skrotum memiliki otot polos yang mengatur jarak antara testis dan dinding perut untuk mempertahankan suhu testis yang relatif konstan.
- l. Tulang kemaluan yang berada di depan kandung kemih.

- m. Rambut kemaluan yang berfungsi menyaring kotoran agar tidak menempel langsung pada kulit kemaluan.



Gambar 30. 2. Organ Reproduksi Laki-Laki

2. Organ Reproduksi Perempuan

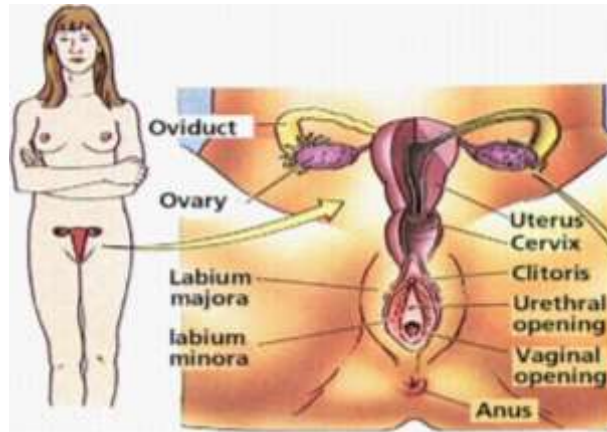
Salah satu hal yang penting untuk diketahui dalam kesehatan reproduksi adalah memahami anatomi dan organ reproduksi. Organ reproduksi adalah bagian-bagian tubuh yang berfungsi dalam proses melanjutkan keturunan. Berikut adalah penjelasan mengenai organ reproduksi wanita, menurut Wahyudi (2000) :

- a. Tuba Fallopii (saluran telur), yaitu saluran yang berada di kiri dan kanan rahim yang berfungsi untuk dilalui oleh ovum dari indung telur menuju rahim.
- b. Ovarium (indung telur), yaitu organ di sisi kiri dan kanan rahim yang memproduksi sel telur (ovum). Sebulan sekali indung telur kiri dan kanan secara bergiliran akan mengeluarkan sel telur. Jika pembuahan tidak terjadi, maka sel telur akan dikeluarkan saat menstruasi. Ovarium mengandung

400.000 sel telur, tetapi hanya akan mengeluarkan 400 sel telur sepanjang kehidupannya.

- c. Uterus (rahim), yaitu tempat janin tumbuh dan dibesarkan, bentuknya seperti buah alpukat pipih dan berat normalnya 30–50 gram. Besar rahim saat dalam keadaan tidak hamil hanya sebesar telur ayam kampung.
- d. Cervix (leher rahim), yaitu bagian bawah rahim. Saat tiba waktunya melahirkan, serviks terbuka untuk memungkinkan bayi keluar.
- e. Vagina (lubang senggama), merupakan saluran silinder yang sangat lentur dan melingkar. Fungsinya adalah tempat penis saat berhubungan seksual, jalan lahir bayi keluar dan terjadi menstruasi.
- f. Mulut vagina, merupakan bagian depan vagina yaitu rongga yang menghubungkan rahim dengan bagian luar tubuh.
- g. Klitoris, adalah sepotong kecil daging yang paling sensitif dari semua alat kelamin wanita. Klitoris mengandung banyak pembuluh darah dan saraf.
- h. Bibir vagina, terdiri dari labia mayora dan labia minora. Labia mayora adalah bagian paling luar yang berbulu dari lubang vagina, sedangkan labia minora berada di dalam labia mayora yang banyak mengandung pembuluh darah dan saraf.

- i. Vulva, merupakan organ kelamin perempuan yang paling luar atau sering disebut dengan bukit kemaluan (*mons veneris*) tempat tumbuhnya rambut kemaluan.
- j. Tulang kemaluan adalah tulang yang terletak didepan kantung kencing.
- k. Rambut kemaluan terletak di daerah bukit kemaluan dan labia mayora. Fungsi rambut kemaluan adalah untuk menyaring kotoran agar tidak langsung masuk ke dalam vagina.
- l. Kandung kencing, adalah tempat sementara penampungan air dari ginjal (air seni).
- m. Uretra (saluran kencing), adalah saluran kemih atau saluran untuk mengeluarkan air seni.
- n. Mulut uretra adalah bagian ujung dari uretra.
- o. Selaput dara (hymen) adalah selaput tipis yang terletak pada 1/3 permukaan luar vagina. Selaput dara tidak mengandung pembuluh darah. Robeknya selaput dara biasanya disebabkan oleh hubungan seks (penetrasi alat kelamin laki-laki ke dalam vagina), tetapi selaput dara juga bisa robek akibat dari olah raga berat misal berkuda atau bersepeda.



Gambar 30.3. Organ Reproduksi Perempuan

Pada saat pertama kali melakukan hubungan seksual dapat disertai sedikit perdarahan bisa juga tidak, hal ini tergantung pada ketebalan selaput dara. Perdarahan terjadi karena ada luka pada pembuluh darah yang ada di sekitarnya, bukan berasal dari selaput dara.

F. HAK-HAK REPRODUKSI

Penerapan pelayanan kesehatan reproduksi oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dilaksanakan secara integratif memprioritaskan pada empat komponen kesehatan reproduksi yang menjadi masalah pokok di Indonesia yang disebut paket pelayanan kesehatan reproduksi esensial (PKRE), yaitu:

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir.
2. Keluarga berencana.
3. Kesehatan reproduksi remaja.

4. Pencegahan dan penanganan infeksi saluran reproduksi, termasuk HIV/AIDS.

Sedangkan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif (PKRK) terdiri dari PKRE ditambah kesehatan reproduksi pada usia lanjut. Hak reproduksi perorangan dapat diartikan bahwa setiap orang baik laki-laki maupun perempuan (tanpa membedakan perbedaan kelas, sosial, suku, umur, agama dan lain-lain) memiliki hak yang sama untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab (kepada diri, keluarga dan masyarakat) mengenai jumlah anak, jarak antar anak serta untuk menentukan waktu kelahiran anak dan dimana akan melahirkan.

Kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi kesehatan yang berkaitan dengan sistem reproduksi (fungsi, komponen dan proses) yang dimiliki remaja baik secara fisik, mental, emosional dan spiritual. Kesehatan Reproduksi Remaja dapat diartikan sebuah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial seorang remaja, termasuk keadaan terbebas dari kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi yang tidak aman, penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV/AIDS, serta semua bentuk kekerasan dan pemaksaan seksual. Indonesia adalah salah satu negara yang ikut meratifikasi Konvensi Hak Anak (KHA) pada tahun 1990 melalui Keputusan Presiden No. 36 tahun 1990. Ratifikasi ini mengisyaratkan bahwa negara Indonesia

terikat secara yuridis dan politis atas segala ketentuan yang ada di dalam konvensi tersebut. Selain Konvensi Hak Anak, secara nasionalpun negara Indonesia telah memiliki instrumen hukum yang mengatur ketentuan mengenai pemenuhan dan perlindungan hak-hak anak. Instrumen hukum tersebut dikenal dengan Undang-Undang No.22 Tahun 2003. Undang-undang inilah yang kemudian menjadi momentum penting bagi seluruh pihak untuk tetap menjalankan komitmen dalam memberikan perlindungan terhadap hak-hak anak di Indonesia. Kata “perlindungan” menjadi tekanan dalam setiap upaya pemenuhan hak anak, yang diartikan sebagai segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi anak-anak dan hak-haknya agar mereka dapat hidup, tumbuh, berkembang dan berpartisipasi dengan sebaik-baiknya sesuai harkat dan martabat kemanusiaan serta mendapat perlindungan atas tindakan kekerasan dan diskriminasi. Tanggung jawab dalam memberikan perlindungan menyeluruh terhadap pemenuhan hak-hak anak tertuang dalam undang-undang yang dibebankan kepada negara dan pemerintah, masyarakat serta orang tua.

Setiap manusia baik laki-laki maupun wanita dalam kehidupannya terjadi perubahan atau mengalami pertumbuhan dan perkembangan baik secara fisik, psikis maupun sosial kemasyarakatan. Seorang wanita dalam masa lanjut usia memasuki masa menopause, yang merupakan fase transisi antara masa reproduksi dan masa

fisiologis. Menopause adalah fase dalam kehidupan normal seorang wanita. Menopause ditandai dengan terhentinya kemampuan wanita untuk bereproduksi. Tidak berfungsinya ovarium serta produksi hormon steroid dan peptida secara bertahap berhenti. Beberapa perubahan fisiologis terjadi pada waktu yang bersamaan. Hal ini sebagian karena berhentinya fungsi ovarium dan sebagian karena proses penuaan. Banyak wanita mengalami dampak akibat perubahan ini, yang biasanya sembuh perlahan dan tidak fatal. Namun seringkali menimbulkan rasa tidak nyaman dan terkadang perlahan mengganggu aktivitas sehari-hari. Fase senium merupakan masa setelah menopause, saat keseimbangan baru tercapai dalam kehidupan wanita. Saat ini, tanggung jawab kesehatan reproduksi wanita bukan hanya milik istri, tetapi juga peran suami. Baik faktor sosial maupun budaya menghadapi banyak kendala, terutama yang berkaitan dengan kehidupan gender. Prespektif baru tentang kesehatan reproduksi adalah keterlibatan laki-laki atau suami dalam kesehatan reproduksi perempuan. Selain itu, sesuai dengan perubahan sosial budaya membawa perubahan orientasi peran suami dan isteri. Mengingat masalah kesehatan reproduksi wanita merupakan tanggung jawab bersama suami dan istri, maka sangat penting adanya pemahaman dan pengaruh yang seimbang antara suami dan istri untuk mencapai perilaku kesehatan reproduksi yang optimal melalui komunikasi dan

pelayanan untuk mendorong suami dan istri, salah satu bentuk gambaran suami dalam perilaku kesehatan reproduksi perempuan lansia terutama saat proses memasuki masa menopause dengan berbagai permasalahan yang timbul baik fisik maupun psikisnya. Namun, banyak persoalan yang masih memprihatinkan wanita menopause, fakta menunjukkan bahwa semakin besar pertumbuhan penduduk maka semakin maju negara tersebut, semakin terisolasi pula penduduk lanjut usia termasuk menopause, selain itu angka harapan hidup wanita relatif lebih tinggi dibandingkan pria, apalagi konsep budaya yang berkembang di Indonesia bahwa perempuan adalah istri yang harus melayani kehidupan seks suaminya, sehingga dalam keadaan apapun seorang istri selalu ada rasa bakti kepada suami yang merupakan suatu kewajiban harus dilakukan dengan menekan rasa sakit dan tanpa memperhatikan kesehatan reproduksinya.

Berdasarkan hasil kesepakatan *International Conference on Population and Development (ICPD)* tahun 1990 disepakati hak-hak reproduksi yaitu :

1. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi. Setiap orang berhak mendapatkan informasi dan pengetahuan yang jelas dan akurat tentang berbagai aspek kesehatan reproduksi.
2. Hak mendapat pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi. Setiap orang berhak untuk mengakses

pelayanan dan perlindungan yang berkaitan dengan kehidupan reproduksinya, termasuk menghindari resiko kematian akibat proses reproduksi.

3. Hak atas kebebasan berpikir tentang kesehatan reproduksi. Setiap orang memiliki hak untuk berpikir atau mengungkapkan apa yang mereka yakini tentang kehidupan reproduksi mereka. Perbedaan yang ada harus diakui dan tidak boleh menimbulkan kerugian bagi yang bersangkutan. Orang lain mungkin mencoba mengubah pemikiran atau keyakinan dalam hal ini, tetapi tidak melalui paksaan tetapi melalui komunikasi, informasi dan pendidikan (KIE), atau advokasi. Upaya mengubah pemikiran atau keyakinan dapat dilakukan sepanjang yang bersangkutan membuatnya dengan mempertimbangkan dampak akibat KIE dan petugas yang melakukan advokasi.
4. Hak untuk hidup (hak untuk dilindungi dari kematian karena kehamilan dan proses melahirkan) Setiap perempuan yang hamil dan melahirkan berhak untuk mendapatkan perlindungan dalam arti mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik sehingga terhindar dari kemungkinan kematian dalam proses kehamilan dan melahirkan tersebut. Saat melahirkan, seorang wanita berhak mengambil keputusan sendiri dengan cepat, apalagi jika proses persalinan mengandung risiko

komplikasi atau bahkan kematian. Keluarga tidak diperbolehkan bepergian karena berbagai alasan.

5. Hak untuk menentukan jumlah anak dan jarak kehamilan. Setiap orang berhak menentukan jumlah anak dan jarak kelahiran yang diinginkan. Program KB, pemerintah, masyarakat dan lingkungan tidak boleh memberikan pemahaman yang jelas dan benar tentang dampak negatif dari jumlah anak yang banyak dan dampak positif dari jumlah anak yang sedikit.
6. Hak atas kebebasan dan keamanan terkait kehidupan reproduksinya. Seseorang berhak untuk berpikir dan memutuskan tentang kehidupan reproduksi mereka sendiri. Dengan adanya hak-hak tersebut maka keamanan orang tersebut harus dijamin sehingga tidak terjadi “paksaan” atau “pengecualian” atau terciptanya rasa takut pada individu tersebut.
7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan terhadap tindakan pelecehan, perkosaan, kekerasan dan penyiksaan seksual. Seorang laki-laki maupun perempuan memiliki hak untuk dilindungi dari kemungkinan jenis perlakuan buruk di atas karena sangat mempengaruhi kehidupan reproduksi. Penganiayaan atau tindakan kekerasan lainnya dapat mengakibatkan trauma fisik maupun psikologis yang dapat saja berpengaruh pada kehidupan reproduksinya.

8. Hak mendapatkan manfaat kemajuan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Setiap orang berhak mendapatkan manfaat dan memperoleh informasi dari perkembangan teknologi dan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dengan sejelas-jelasnya dan sebenarnya serta kemudahan akses untuk mendapatkan pelayanan informasi tentang kesehatan reproduksinya
9. Hak atas pelayanan dan kerahasiaan pribadi dengan kehidupan reproduksinya Setiap individu harus dijamin kerahasiaan kehidupan kesehatan reproduksinya misalnya informasi tentang kehidupan seksual, masa menstruasi dan lain sebagainya. Jika diperlukan sumber data untuk mendukung pelaksanaan program, misalnya informasi angka penggunaan kontrasepsi, informasi tersebut tetap dapat dipublikasikan selama identitas data tidak dicantumkan.
10. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga. Setiap orang dijamin haknya yang meliputi kapan, dimana, dengan siapa dan bagaimana dia membesarkan keluarganya. Semua itu tentunya tidak terlepas dari norma-norma agama, sosial dan budaya yang berlaku (memikirkan kewajiban terkait dengan adanya hak reproduksi). Tujuannya adalah untuk menginformasikan kepada orang tersebut tentang usia minimum untuk menikah di Indonesia. Dan yang terpenting adalah

membicarakan dampak negatif pernikahan dan kehamilan dini.

11. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan berkeluarga dan kehidupan reproduksi. Setiap orang tidak boleh diperlakukan diskriminasi dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi berdasarkan ras, jenis kelamin, keadaan sosial ekonomi, keyakinan/agamanya dan kebangsaannya. Demikian pula, seseorang individu tidak boleh diperlakukan berbeda dalam mendapatkan layanan kesehatan reproduksi hanya karena yang bersangkutan memiliki keyakinan berbeda dalam kehidupan reproduksi. Pelayanan juga tidak harus membedakan apakah seseorang itu perempuan atau laki-laki. Hal ini dapat disebut diskriminasi gender.
12. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Setiap orang berhak menyampaikan pendapat atau aspirasinya baik melalui ungkapan pribadi maupun ungkapan kelompok atau partai politik yang terkait dengan kehidupan reproduksi. Dalam menyampaikan pendapat atau aspirasi tersebut harus memperhatikan prinsip demokrasi dan dalam arti tidak boleh memaksakan kehendak dan menghargai pendapat orang lain serta taat kepada hukum dan peraturan-peraturan yang berlaku.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayu, S. Musvita. (2019). Buku Ajar Dasar Kesehatan Reproduksi dan KIA. Jogjakarta: CV. Mine.
- Birbrair, A., Zhang, T., Wang, Z. M., Messi, M. L., Enikolopov, G. N., Mintz, A., & Delbono, O. (2013). *Role of pericytes in skeletal muscle regeneration and fat accumulation. Stem Cells and Development*, 22(16), 2298–2314. <https://doi.org/10.1089/scd.2012.0647>.
- BKKBN. 2001. Remaja Mengenai Dirinya. Jakarta: BKKKB.
- Bowen, G., Pamela, dkk. (2004). *Associations of Sosial Support and SelfEfficacy with Quality of life in Older Adults with Diabetes*. Amerika: Journal of Gerontological Nursing.
- Harahap, J. 2003. Kesehatan Reproduksi. Bagian Kedokteran Komunitas Dan Kedokteran Pencegahan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara.
- Kemendes R. (2015). Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja. Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI. Jakarta:
- Kumalasari, Intan. 2012. Kesehatan Reproduksi Untuk Mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan. Jakarta Selatan : Salemba Medika. 2.
- Lily Yulaikhah. (2019). Buku Ajaran Asuhan Kebidanan Kehamilan (Vol. 53, Issue 9). Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah.
<https://elearning.fkkumj.ac.id/pluginfile.php?file=%2F8673%2Fcourse%2Foverviewfiles%2FAsuhanKebidanan>.

- Manuaba, Ida Bagus. Candra, Nita. (2009). Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita, Edisi 2. Jakarta: EGC.
- Ratnawati, A. (2020). Asuhan Keperawatan Maternitas. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Republik Indonesia. (2002). Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak.
- Wahyudi. (2000). Kesehatan Reproduksi Remaja, Modul I. Jakarta: PKGI.
- Waspodo, D. 2005. Kesehatan Reproduksi Remaja. Dalam: Martaadisoebrota D, Sastrawinata RS dan Saifuddin AB (Eds): Bunga Rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

PROFIL PENULIS



Ari Widyarni, SKM., M.Kes

Penulis lahir di Wonosobo, 27 Oktober 1986. Ketertarikan penulis pada bidang Kesehatan Reproduksi dimulai tahun 2008 silam sebagai lulusan Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Kalimantan Muhammad Arsyad Al Banjari Banjarmasin tahun 2008. Kemudian melanjutkan pendidikan pada program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang dan lulus pada tahun 2014. Sejak tahun 2014 sampai sekarang penulis merupakan Dosen Tetap dengan peminatan Kesehatan Reproduksi dan Gizi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Kalimantan Muhammad Arsyad Al Banjari Banjarmasin. Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Reproduksi diwujudkan dengan mengajar mata kuliah Dasar-Dasar Kesehatan Reproduksi, Kesehatan Reproduksi Remaja dan juga sebagai peneliti dibidang kepakaran tersebut. Selain itu, penulis juga tergabung dalam anggota Unit Penjaminan Mutu (UPM) Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Kalimantan Muhammad Arsyad Al Banjari. Penulis ikut aktif menulis buku guna memberikan kontribusi yang positif bagi perkembangan ilmu pengetahuan khususnya dibidang Kesehatan Reproduksi-Gizi serta dapat berguna bagi mahasiswa dan almamater yang tercinta. *“Jangan menunggu peluang untuk datang, berlarilah merebut peluang tersebut”*.

1. KONSEP DASAR DAN PARADIGMA KESEHATAN WANITA
Rizka Adela Fatsena, SST., M.Keb
2. PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN KESEHATAN WANITA
Eka Listiana, S.Kep., Ns, M.Kep.
3. INDIKATOR KESEHATAN WANITA DAN PERSPEKTIF KESEHATAN WANITA
Kristiani Murti Kisid, SST., M.Keb
4. PROGRAM PENINGKATAN STATUS KESEHATAN WANITA
Juwita Desri Ayu, S.Tr.Keb., M.Keb.
5. DIMENSI SOSIAL WANITA DAN PERMASALAHANNYA
Ns. Fatikhah, M.Kep
6. PSIKOLOGIS DALAM SIKLUS KEHIDUPAN WANITA
Yullyanik, S.KM., M.Blomed
7. GIZI DALAM SIKLUS KEHIDUPAN WANITA
Dwi Juwartini, SKM., MPH
8. PENYAKIT MENULAR SEKSUAL PADA WANITA
Yosi Maria Wijaya, S.Kep., Ners, M.S
9. KESEHATAN WANITA SEPANJANG SIKLUS KEHIDUPAN
Ns. Thrisia Monica, M.Kep
10. GINEKOLOGI DAN KESEHATAN SEKSUAL WANITA
Fitri Ayatul Azlina, S.Kep., Ns, M.Kep
11. KONSELING DAN PROMOSI KESEHATAN WANITA
Ns. Elyana, S.Kep., MNS
12. PELAYANAN OBSTETRI NEONATAL EMERGENCY DASAR (PONED)
Detty Afriyanti S, S.ST, M.Keb
13. PELAYANAN OBSTETRIK NEONATAL EMERGENCY KOMPREHENSIF (PONEK)
Nur Anita, SST., M.Kes.
14. PENYIMPANGAN PERILAKU SEKSUAL DAN SOSIAL PADA WANITA
Ririn Harini S.Kep., Ns, M.Kep.
15. KEKERASAN PADA WANITA DAN FISIOTERAPI KESEHATAN WANITA
Dini Rahmayani, S.Kep., Ners., MPH
16. KONSEP DASAR DAN KOMPONEN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI
Rieh Firdausi, S.Kep., Ners., M.Kep.
17. SISTEM REPRODUKSI DAN ANATOMI FISILOGI KESEHATAN REPRODUKSI
Yayang Harigustian, S.Kep., Ns., M.Kep
18. GIZI DAN PROMOSI KESEHATAN REPRODUKSI
Ns. Siti Munawaroh, M.Kep
19. EPIDEMIOLOGI DAN MANFAAT KESEHATAN REPRODUKSI
Hilda Sulstia Alam, SST., M.Tr.Keb, Bdn
20. FERTILITAS DAN FEKUNDITAS
Husnul Khatimatun Inayah, S.Si.T, M.Kes
21. GENDER DALAM KELUARGA BERENCANA DAN KESEHATAN REPRODUKSI
Eka Handayani, SST., Bdn., M.Kes
22. MENOPAUSE DAN TERAPI HORMON
Ns.Ni Wayan Udayani.S.Kep.,M.Kep
23. SAFE MOTHERHOOD DAN PEMELIHARAAN ORGAN REPRODUKSI WANITA
Dewi Kusumaningtyas, S.Kep.Ns., M.Kep
24. KOMPLEKSITAS MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI DAN KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERPEKTIF GENDER
Dr. Tri Lestari Handayani, M.Kep., Sp.Mat
25. UPAYA PROMOTIF DAN PREVENTIF KESEHATAN REPRODUKSI
Baktianita Ratna Etnis, SST., M.Kes.
26. HAK KESEHATAN SEKSUAL DAN REPRODUKSI (HKSR)
Pintam Ayu Yastirin, S.Si.T., M.Kes.
27. KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA, DEWASA DAN LANSIA
Juwitasari, S.Kep.,Ns.,MS
28. GANGGUAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN GANGGUAN MENSTRUASI
Linda Juwita, S.Kep.,Ns., M.Kep
29. ASPEK PSIKOLOGIS DAN FISIK SIKLUS KEHIDUPAN WANITA
Shinta Wahyusari, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.Mat
30. DASAR-DASAR KESEHATAN REPRODUKSI
Ari Widyarni, SKM., M.Kes

Editor:

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep



PT KIMSHAFI ALUNG CIPTA
31. Ciliwung 1 No 1 Lippo Cikarang
Kabupaten Bekasi - Jawa Barat
Email : publisher@alungciptpta.com
Website : publisher.alungciptpta.com



Google
Scholar



Google Play
Books



ISBN 978-623-082-017-8 (PDF)



9 786230 921278