

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



# KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA



Nurul Eko Widiyastuti, S.Si.T., M.Kes.

Rosyati Pastuty, S.SiT., M.Kes.

Emiliandry Febryanti T. Banase, S.Kep., Ns. | Iceu Mulyati, SST., M.Keb.

Fransiska Yuniati Demang, S.Kep., Ns., MKM.

Renita Rizkya Danti, SST., M.Keb. | Mustika Pramestiyani, SST., M.Keb.

Nurul Ramadhani Yaner, S.Kep., Ns., M.Kes. | Kristy Melly Putri, SST., M.Kes.

Maya Primayanti, S.Si.T., M.Kes. | Dian Lestari, SST., M.Bmd.

Agustina Maratus Sholichah, SST., M.Kes. | Rima Nur Khasanah, S.Keb., Bd., M.Kes.

Yuliana Suryati, S.Kep., Ns., M.Biomed. | Indah Dewi Ridawati, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dr. Rosnani, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat.

Nuristy Brilliant Ainindyahsari Winarna, S.Tr.Keb., M.Keb.

Yunita Nazarena, S.Gz., M.Si. | Elita Endah Mawarni, A.Md.Gizi., M.Pd.

Dr. Firdausi Ramadhani, S.Psi., M.Kes. | Mytha Febriany Pondaang, SST., M.Keb.

Wita Asmalinda, SST., M.Kes. | Lutvia Dwi Rofika, SST., M.Kes.

Indah Christiana, S.ST., M.Kes. | Matje Meriaty Huru, SST., M.Kes.

Miftahul Hakiki, S.ST., M.Kes.

BUNGA RAMPAI

**KESEHATAN REPRODUKSI  
DAN KELUARGA BERENCANA**

## **UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta**

### **Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4**

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

### **Pembatasan Pelindungan Pasal 26**

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

### **Sanksi Pelanggaran Pasal 113**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

# **KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA**

Nurul Eko Widiyastuti, S.Si.T., M.Kes.  
Rosyati Pastuty, S.SiT., M.Kes.  
Emiliandry Febryanti T. Banase, S.Kep., Ns.  
Iceu Mulyati, SST., M.Keb.  
Fransiska Yuniati Demang, S.Kep., Ns., MKM.  
Renita Rizkya Danti, SST., M.Keb.  
Mustika Pramestiyani, SST., M.Keb.  
Nurul Ramadhani Yaner, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Kristy Mellya Putri, SST., M.Kes.  
Maya Primayanti, S.Si.T., M.Kes. | Dian Lestari, SST., M.Bmd.  
Agustina Maratus Sholichah, SST., M.Kes.  
Rima Nur Khasanah, S.Keb., Bd., M.Kes.  
Yuliana Suryati, S.Kep., Ns., M.Biomed.  
Indah Dewi Ridawati, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Dr. Rosnani, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat.  
Nuristy Brilliant Ainindyahsari Winarna, S.Tr.Keb., M.Keb.  
Yunita Nazarena, S.Gz., M.Si.  
Elita Endah Mawarni, A.Md.Gizi., M.Pd.  
Dr. Firdausi Ramadhani, S.Psi., M.Kes.  
Mytha Febriany Pondaang, SST., M.Keb.  
Wita Asmalinda, SST., M.Kes. | Lutvia Dwi Rofika, SST., M.Kes.  
Indah Christiana, S.ST., M.Kes.  
Matje Meriaty Huru, SST., M.Kes.  
Miftahul Hakiki., S.ST., M.Kes.

Editor:

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

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA  
Melong Asih Regency B40 - Cijerah  
Kota Bandung - Jawa Barat  
[www.medsan.co.id](http://www.medsan.co.id)

Anggota IKAPI  
No. 370/JBA/2020

# **KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA**

Nurul Eko Widiyastuti, S.Si.T., M.Kes.  
Rosyati Pastuty, S.SiT., M.Kes.  
Emiliandry Febryanti T. Banase, S.Kep., Ns.  
Iceu Mulyati, SST., M.Keb.  
Fransiska Yuniati Demang, S.Kep., Ns., MKM.  
Renita Rizkya Danti, SST., M.Keb.  
Mustika Pramestiyani, SST., M.Keb.  
Nurul Ramadhani Yaner, S.Kep., Ns., M.Kes.  
Kristy Melly Putri, SST., M.Kes.  
Maya Primayanti, S.Si.T., M.Kes. | Dian Lestari, SST., M.Bmd.  
Agustina Maratus Sholichah, SST., M.Kes.  
Rima Nur Khasanah, S.Keb., Bd., M.Kes.  
Yuliana Suryati, S.Kep., Ns., M.Biomed.  
Indah Dewi Ridawati, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Dr. Rosnani, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat.  
Nuristy Brilliant Ainindyahsari Winarna, S.Tr.Keb., M.Keb.  
Yunita Nazarena, S.Gz., M.Si.  
Elita Endah Mawarni, A.Md.Gizi., M.Pd.  
Dr. Firdausi Ramadhani, S.Psi., M.Kes.  
Mytha Febriany Pondaang, SST., M.Keb.  
Wita Asmalinda, SST., M.Kes. | Lutvia Dwi Rofika, SST., M.Kes.  
Indah Christiana, S.ST., M.Kes.  
Matje Meriaty Huru, SST., M.Kes.  
Miftahul Hakiki, S.ST., M.Kes.

Editor :

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

Tata Letak :

**Dessyratna Putry**

Desain Cover :

**Syahrul Nugraha**

Ukuran :

**A5 Unesco: 15,5 x 23 cm**

Halaman :

**x, 419**

ISBN :

**978-623-362-573-9**

Terbit Pada :

**Juli 2022**

Hak Cipta 2022 @ Media Sains Indonesia dan Penulis  
*Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.*

**PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA**

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

[www.medsan.co.id](http://www.medsan.co.id)

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk book chapter dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat memberi kontribusi positif dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana.

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

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai insiator book chapter ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, 25 Mei 2022

Editor

## DAFTAR ISI

|                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------|----|
| KATA PENGANTAR.....                                                       | i  |
| DAFTAR ISI.....                                                           | ii |
| 1    PENGANTAR KESEHATAN REPRODUKSI<br>DAN SISTEM REPRODUKSI MANUSIA..... | 1  |
| Pendahuluan .....                                                         | 1  |
| Kesehatan Reproduksi .....                                                | 2  |
| Sistem Reproduksi Manusia .....                                           | 20 |
| 2    KESEHATAN WANITA SEPANJANG<br>SIKLUS KEHIDUPAN.....                  | 27 |
| Kesehatan Wanita Sepanjang Siklus Kehidupan ...                           | 27 |
| Perubahan Tahapan Kehidupan Wanita.....                                   | 28 |
| Daftar Pustaka.....                                                       | 39 |
| 3    INDIKATOR KESEHATAN PEREMPUAN .....                                  | 41 |
| Indikator Kesehatan Perempuan.....                                        | 41 |
| 4    KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA,<br>DEWASA DAN LANSIA .....              | 53 |
| Remaja .....                                                              | 53 |
| Dewasa .....                                                              | 61 |
| Lansia .....                                                              | 63 |
| 5    PENYAKIT MENULAR SEKSUAL<br>DAN GANGGUAN KESEHATAN REPRODUKSI .....  | 69 |
| Pendahuluan .....                                                         | 69 |
| Infeksi Menular Seksual (IMS) .....                                       | 70 |
| Infeksi Endogen .....                                                     | 76 |
| Infeksi Iatrogenic .....                                                  | 77 |
| Faktor Risiko IMS dan Masalah<br>Kesehatan Reproduksi Lainnya.....        | 78 |

|   |                                                         |     |
|---|---------------------------------------------------------|-----|
|   | Upaya Pencegahan.....                                   | 78  |
|   | Pengobatan .....                                        | 82  |
| 6 | PSIKOLOGI DALAM SIKLUS<br>KEHIDUPAN PEREMPUAN .....     | 87  |
|   | Pendahuluan .....                                       | 87  |
|   | Psikologi pada Prenatal, Neonatal, dan Bayi .....       | 89  |
|   | Psikologi Masa Kanak-kanak .....                        | 91  |
|   | Psikologi Masa Pubertas dan Remaja.....                 | 92  |
|   | Psikologi Masa Perkawinan .....                         | 93  |
|   | Psikologi Masa Konsepsi dan Kehamilan.....              | 94  |
|   | Psikologi Masa Persalinan.....                          | 95  |
|   | Psikologi Masa Nifas .....                              | 96  |
|   | Psikologi Masa Lansia (Menopause) .....                 | 97  |
| 7 | GIZI SEIMBANG DALAM SIKLUS<br>KEHIDUPAN PEREMPUAN.....  | 103 |
|   | Masa Kehamilan .....                                    | 103 |
|   | Gizi Seimbang pada Bayi dan Anak-anak .....             | 107 |
|   | Gizi Seimbang pada Remaja.....                          | 112 |
|   | Gizi Seimbang pada Masa Dewasa .....                    | 116 |
|   | Gizi Seimbang pada Menopause<br>(Usia > 51 tahun) ..... | 118 |
| 8 | KOMPONEN PELAYANAN<br>KESEHATAN REPRODUKSI .....        | 125 |
|   | Komponen Pelayanan Kesehatan Reproduksi.....            | 125 |
|   | Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu .....            | 132 |
|   | Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial .....           | 133 |
|   | Pelayanan Kesehatan Reproduksi<br>Komprehensif.....     | 134 |

|    |                                                                              |     |
|----|------------------------------------------------------------------------------|-----|
|    | Pendekatan dalam Pelaksanaan<br>Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu ..... | 136 |
| 9  | KESEHATAN REPRODUKSI<br>DALAM PERSPEKTIF GENDER .....                        | 145 |
|    | Pengertian Gender .....                                                      | 145 |
|    | Indikator Kesehatan Wanita.....                                              | 157 |
| 10 | KONSELING DAN PENYULUHAN<br>KESEHATAN REPRODUKSI .....                       | 165 |
|    | Maya Primayanti, S.Si.T., M.Kes. ....                                        | 165 |
|    | Pengertian Konseling dan Penyuluhan.....                                     | 165 |
|    | Perbedaan Konseling dan Penyuluhan .....                                     | 166 |
|    | Tujuan Konseling dan Penyuluhan<br>Kesehatan Reproduksi .....                | 168 |
|    | Komponen Penyuluhan Kesehatan Reproduksi... ..                               | 169 |
|    | Pendekatan-pendekatan Konseling<br>Kesehatan Reproduksi .....                | 171 |
|    | Bidan sebagai Konselor.....                                                  | 175 |
|    | Hambatan-Hambatan yang Terjadi<br>dalam Konseling dan Solusinya .....        | 177 |
| 11 | POLA HIDUP SEHAT PENUNJANG<br>KESEHATAN REPRODUKSI .....                     | 183 |
|    | Pendahuluan .....                                                            | 183 |
|    | Pengertian Pola Hidup Sehat.....                                             | 184 |
|    | Konsep Keseimbangan Jasmani dan Rohani<br>Pada Pola Hidup .....              | 184 |
|    | Pola Hidup Sehat<br>Menunjang Kesehatan Reproduksi.....                      | 185 |
|    | Kebersihan Tubuh .....                                                       | 185 |
|    | Makanan Bergizi.....                                                         | 188 |

|    |                                                                    |     |
|----|--------------------------------------------------------------------|-----|
|    | Asupan Air yang Cukup.....                                         | 189 |
|    | Olahraga Secara Rutin.....                                         | 190 |
|    | Istirahat yang Cukup.....                                          | 190 |
|    | Kelola Stress .....                                                | 190 |
|    | Hindari Rokok dan Alkohol.....                                     | 191 |
|    | Melakukan Sex Aman dan Bertanggung Jawab ..                        | 191 |
|    | Rutin Periksa Kesehatan.....                                       | 191 |
|    | Dukung Menyusui .....                                              | 192 |
|    | Manfaat Penerapan Pola Hidup Sehat:.....                           | 193 |
| 12 | EPIDEMIOLOGI KESEHATAN REPRODUKSI.....                             | 197 |
|    | Pengertian .....                                                   | 197 |
|    | Ruang Lingkup Epidemiologi<br>Kesehatan Reproduksi .....           | 198 |
|    | Manfaat Epidemiologi dalam<br>Kesehatan Reproduksi .....           | 199 |
|    | Penggunaan Metode Epidemiologi<br>dalam Kesehatan Reproduksi ..... | 200 |
|    | Ukuran dalam Epidemiologi.....                                     | 200 |
| 13 | FERTILITAS DAN FEKUNDITAS .....                                    | 213 |
|    | Pendahuluan .....                                                  | 213 |
|    | Fertilitas dan Fekunditas .....                                    | 215 |
|    | Faktor-Faktor yang Mempengaruhi<br>Fertilitas dan Fekunditas ..... | 218 |
|    | Faktor Penyebab Infertilitas Pria.....                             | 221 |
|    | Analisis Sperma.....                                               | 224 |
|    | Faktor Penyebab Infertilitas Wanita .....                          | 225 |

|    |                                                                        |     |
|----|------------------------------------------------------------------------|-----|
| 14 | MENOPAUSE DAN <i>SAFE MOTHERHOOD</i> .....                             | 231 |
|    | Pendahuluan .....                                                      | 231 |
|    | Menopause .....                                                        | 232 |
|    | Penyebab Menopause.....                                                | 232 |
|    | Waktu Terjadi Menaopause.....                                          | 233 |
|    | Jenis Menopause .....                                                  | 233 |
|    | Gejala Menopause.....                                                  | 233 |
|    | Faktor yang Mempengaruhi<br>Terjadinya Menopause .....                 | 234 |
|    | Perawatan untuk Menopause.....                                         | 235 |
|    | <i>Safe Motherhood</i> .....                                           | 236 |
|    | Mortalitas dan Morbiditas Ibu.....                                     | 236 |
|    | Faktor yang Berpengaruh<br>terhadap Morbiditas dan Mortalitas Ibu..... | 237 |
|    | Implementasi <i>Safe Motherhood</i> .....                              | 239 |
|    | Pilar <i>Safe Motherhood</i> .....                                     | 241 |
| 15 | MANFAAT DAN PENTINGNYA<br>MENJAGA KESEHATAN REPRODUKSI.....            | 249 |
|    | Pendahuluan .....                                                      | 249 |
|    | Konsep Kesehatan Reproduksi.....                                       | 250 |
|    | Anatomi dan Fisiologi Organ Reproduksi .....                           | 252 |
| 16 | DIMENSI SOSIAL PEREMPUAN<br>DAN PERMASALAHANNYA.....                   | 259 |
|    | Pengertian .....                                                       | 259 |
|    | Kesehatan Perempuan .....                                              | 259 |
|    | Faktor Sosiokultural<br>Pada Kesehatan Perempuan.....                  | 260 |
|    | Status Nilai dan Peran Perempuan .....                                 | 260 |

|    |                                                                                      |     |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|    | Dampak Fisik yang Terjadi<br>pada Perempuan yang Mengalami<br>Masalah Kesehatan..... | 264 |
|    | Dampak Psikososial .....                                                             | 264 |
| 17 | PERTUMBUHAN, PERKEMBANGAN<br>PEREMPUAN DAN DAUR KEHIDUPANNYA.....                    | 267 |
|    | Pendahuluan .....                                                                    | 267 |
|    | Pertumbuhan.....                                                                     | 268 |
|    | Perkembangan .....                                                                   | 268 |
|    | Faktor yang Berperan<br>terhadap Tumbuh Kembang .....                                | 270 |
|    | Periode Perkembangan.....                                                            | 271 |
|    | Ciri – Ciri Tumbuh Kembang .....                                                     | 277 |
|    | Pertumbuhan dan Perkembangan<br>yang Memiliki Perbedaan Juga Persamaan .....         | 278 |
|    | Faktor yang Dapat Mempengaruhi<br>Siklus Kesehatan Wanita .....                      | 279 |
| 18 | PERANAN GIZI<br>DALAM KESEHATAN REPRODUKSI.....                                      | 283 |
|    | Pendahuluan .....                                                                    | 283 |
|    | Kesehatan Reproduksi .....                                                           | 283 |
|    | Gizi .....                                                                           | 284 |
|    | Gizi dan Kesehatan Reproduksi .....                                                  | 284 |
|    | Peranan Gizi dalam Kesehatan Reproduksi.....                                         | 285 |
| 19 | GIZI SEIMBANG UNTUK KESEHATAN<br>REPRODUKSI PADA WANITA USIA SUBUR .....             | 299 |
|    | Pendahuluan .....                                                                    | 299 |
|    | Gizi seimbang .....                                                                  | 300 |
|    | Kesehatan Reproduksi .....                                                           | 302 |

|    |                                                           |     |
|----|-----------------------------------------------------------|-----|
| 20 | PROMOSI KESEHATAN<br>UNTUK KESEHATAN REPRODUKSI.....      | 311 |
|    | Pendahuluan .....                                         | 311 |
|    | Promosi Kesehatan .....                                   | 313 |
|    | Kesehatan Reproduksi .....                                | 314 |
|    | Promosi Kesehatan<br>Untuk Kesehatan Reproduksi .....     | 317 |
| 21 | KONSEP DASAR, TREN,<br>DAN ISU KELUARGA BERENCANA.....    | 327 |
|    | Konsep Dasar Keluarga Berencana .....                     | 327 |
|    | Tren dan Isu Keluarga Berencana.....                      | 329 |
| 22 | FALSAFAH DAN PARADIGMA<br>KELUARGA BERENCANA .....        | 337 |
|    | Pendahuluan .....                                         | 337 |
|    | Visi, Misi dan Tujuan Keluarga Berencana .....            | 338 |
|    | Arah Kebijakan dan Strategi .....                         | 340 |
|    | Filosofi dan Paradigma Keluarga Berencana .....           | 342 |
|    | Fungsi KB<br>dalam Pengendalian Jumlah Penduduk .....     | 343 |
|    | KB di Era Desentralisasi .....                            | 345 |
|    | Hak Reproduksi.....                                       | 346 |
|    | Partisipasi Pria dalam Ber-KB.....                        | 348 |
| 23 | PROGRAM DAN PELAYANAN<br>KELUARGA BERENCANA .....         | 355 |
|    | Analisa Situasi Program Keluarga Berencana .....          | 355 |
|    | Hambatan dan Tantangan Proram<br>serta Pelayanan KB.....  | 357 |
|    | Kebijakan dan Strategi Program<br>Keluarga Berencana..... | 359 |

|    |                                                          |     |
|----|----------------------------------------------------------|-----|
|    | Tujuan Program KB .....                                  | 360 |
|    | Indikator dan Target Program KB .....                    | 361 |
|    | Kebijakan dan Strategi Program KB .....                  | 362 |
|    | Prinsip Pelaksanaan Pelayanan<br>Keluarga Berencana..... | 363 |
| 24 | PELAYANAN KONTRASEPSI<br>DAN METODE KONTRASEPSI .....    | 369 |
|    | Pelayanan Kontrasepsi.....                               | 369 |
|    | Macam – Macam Metode Kontrasepsi .....                   | 370 |
|    | Metode Kontrasepsi Sederhana.....                        | 371 |
|    | Metode sederhana dengan alat.....                        | 377 |
|    | Metode Modern .....                                      | 378 |
|    | Suntikan.....                                            | 380 |
|    | Implant / Susuk KB .....                                 | 381 |
|    | AKDR / IUD.....                                          | 383 |
|    | Tubektomi .....                                          | 385 |
|    | Vasektomi.....                                           | 386 |
| 25 | KAMPUNG KELUARGA BERENCANA.....                          | 389 |
|    | Pendahuluan .....                                        | 389 |
|    | Pengertian Kampung KB.....                               | 390 |
|    | Tujuan Pembentukan Kampung KB.....                       | 392 |
|    | Struktur Organisasi Kampung KB.....                      | 393 |
|    | Sasaran Kegiatan .....                                   | 394 |
|    | Ruang Lingkup Kegiatan Kampung KB .....                  | 394 |
|    | Syarat Pembentukan Kampung KB.....                       | 395 |
|    | Kriteria Wilayah.....                                    | 395 |
|    | Indikator Keberhasilan Kampung KB.....                   | 396 |

|    |                                                                               |     |
|----|-------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 26 | PENDOKUMENTASIAN, SISTEM PENCATATAN<br>DAN PELAPORAN KELUARGA BERENCANA ..... | 401 |
|    | Pengertian Dokumentasi.....                                                   | 401 |
|    | Tujuan Dokumentasi .....                                                      | 402 |
|    | Fungsi Dokumentasi.....                                                       | 403 |
|    | Syarat Dokumentasi .....                                                      | 405 |
|    | Prinsip Dari Dokumentasi.....                                                 | 406 |
|    | Materi Soapie.....                                                            | 407 |
|    | Pencatatan Dalam Dokumentasi.....                                             | 408 |
|    | Pelaporan Dalam Dokumentasi.....                                              | 410 |

# PENGANTAR KESEHATAN REPRODUKSI DAN SISTEM REPRODUKSI MANUSIA

**Nurul Eko Widiyastuti, S.Si.T., M.Kes.**  
Stikes Banyuwangi

## **Pendahuluan**

Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan adalah salah satu hak asasi manusia dan juga salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia yang tercantum dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Berdasarkan Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 71 yang menyatakan bahwa, Kesehatan Reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada perempuan dan laki-laki. Setiap orang berhak untuk mendapatkan keturunan, termasuk juga hak untuk tidak mendapatkan keturunan, hak untuk hamil, hak untuk tidak hamil, dan hak untuk menentukan jumlah anak yang diinginkan, termasuk pula adanya hak setiap orang untuk memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang aman, efektif, dan terjangkau. Menurut *International Conference Population and Development* (ICPD) tahun 1994 di Kairo yang menyatakan bahwa, ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi terdiri dari kesehatan ibu dan anak; keluarga berencana

(KB); pencegahan dan penanganan infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) dan AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*); kesehatan reproduksi remaja (KRR); pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi; pencegahan dan penanganan infertilitas; kesehatan reproduksi lanjut usia (lansia); deteksi dini kanker saluran reproduksi; serta kesehatan reproduksi lainnya seperti: kekerasan seksual, sunat perempuan, dan lain-lain. Berdasarkan ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi tersebut, masalah kesehatan ibu, infertilitas, dan aborsi menjadi isu yang paling penting pada penyelenggaraan pelayanan kesehatan reproduksi terutama pada kesehatan reproduksi perempuan. Permasalahan kesehatan ibu menjadi penting karena angka kematian ibu di Indonesia masih cukup tinggi dan memerlukan perhatian khusus terutama pada upaya menurunkan angka kematian ibu, sedangkan infertilitas dan aborsi menjadi isu yang paling penting juga karena sangat terkait dengan aspek etikolegal.

## **Kesehatan Reproduksi**

### **1. Definisi**

Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi ada beberapa definisi atau istilah, antara lain:

- a. Pelayanan Kesehatan adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
- b. Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi.
- c. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan

yang ditujukan kepada remaja dalam rangka menjaga kesehatan reproduksi.

- d. Pelayanan Kesehatan Sistem Reproduksi adalah pelayanan kesehatan yang ditujukan kepada suatu rangkaian organ, interaksi organ, dan zat dalam tubuh manusia yang dipergunakan untuk berkembang biak.
- e. Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada perempuan sejak saat remaja hingga saat sebelum hamil dalam rangka menyiapkan perempuan menjadi hamil sehat.
- f. Pelayanan Kesehatan Masa Hamil adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga melahirkan.
- g. Pelayanan Kesehatan Masa Melahirkan atau Persalinan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada ibu sejak dimulainya persalinan hingga 6 jam sesudah melahirkan.
- h. Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada ibu selama masa nifas dan pelayanan yang mendukung bayi yang dilahirkannya sampai berusia 2 tahun.
- i. Pelayanan Kesehatan Seksual adalah setiap kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang ditujukan pada kesehatan seksualitas.
- j. Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alamiah adalah upaya memperoleh kehamilan di luar cara alamiah tanpa melalui proses hubungan seksual antara suami dan istri apabila cara alami tidak memperoleh hasil.

## 2. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi ada beberapa ruang lingkup, antara lain:

- a. Pelayanan Kesehatan Ibu;
- b. Indikasi Kedaruratan Medis dan Perkosaan, sebagai pengecualiaan atas larangan aborsi; dan
- c. Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alamiah

## 3. Tujuan Kesehatan Reproduksi

Sesuai dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi ada beberapa ruang lingkup, antara lain:

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

## 4. Pelayanan Kesehatan Ibu

Setiap perempuan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan ibu untuk mencapai hidup sehat dan mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu (AKI).

Pelayanan kesehatan ibu dilaksanakan melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, di mana untuk pendekatan promotif dan preventif bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan dan/atau tenaga non-kesehatan terlatih, adapun untuk pendekatan kuratif dan rehabilitatif harus dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya. Tenaga kesehatan non-kesehatan terlatih antara lain psikolog, konselor,

kader, dan pekerja sosial profesional yang telah mendapat pelatihan di bidang kesehatan ibu.

Dalam rangka menjamin kesehatan ibu, pasangan yang sah mempunyai peran untuk meningkatkan kesehatan ibu secara optimal, antara lain: mendukung ibu dalam merencanakan keluarga (termasuk menentukan jumlah anak, kapan pasangannya hamil, metode kontrasepsi yang akan dipakai, dan di mana akan melahirkan), aktif dalam penggunaan kontrasepsi (termasuk mendukung ibu menggunakan kontrasepsi atau bersedia menggunakan kontrasepsi untuk laki-laki), memperhatikan kesehatan ibu hamil, memastikan persalinan yang aman oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan, membantu setelah bayi baru lahir, mengasuh dan mendidik anak secara aktif, tidak melakukan kekerasan dalam rumah tangga, dan mencegah infeksi menular seksual termasuk *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome* (AIDS) yang dilakukan pasangan dengan cara melakukan hubungan seksual yang aman, bertanggung jawab, dan hanya melakukan hubungan seksual dengan 1 pasangan.

Pelayanan kesehatan ibu dapat dilakukan sedini mungkin dimulai dari masa remaja sesuai dengan perkembangan mental dan fisiknya terutama untuk mempersiapkan remaja putri menjadi calon ibu yang sehat dan produktif, yang diselenggarakan melalui:

a. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja

Pelayanan kesehatan reproduksi remaja (KRR) bertujuan untuk mencegah dan melindungi remaja dari perilaku seksual berisiko dan perilaku berisiko lainnya yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi, serta mempersiapkan remaja untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan bertanggung jawab. Perilaku seksual berisiko antara lain: seks pranikah yang dapat berakibat pada kehamilan tidak diinginkan, perilaku seksual berganti-ganti pasangan, aborsi

tidak aman, dan perilaku berisiko tertular infeksi menular seksual (IMS) termasuk HIV. Perilaku berisiko lain yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi antara lain: penyalahgunaan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (Napza) dan perilaku gizi buruk yang dapat menyebabkan masalah gizi khususnya anemia. Upaya mempersiapkan remaja untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan bertanggung jawab meliputi: persiapan fisik, psikis, dan sosial untuk menikah dan hamil pada usia yang matang.

Pelayanan kesehatan reproduksi remaja diberikan dengan menggunakan penerapan pelayanan kesehatan peduli remaja, yaitu pelayanan kesehatan yang ditujukan dan dapat dijangkau oleh remaja, menyenangkan, menerima remaja dengan tangan terbuka, menghargai remaja, menjaga kerahasiaan, peka akan kebutuhan terkait dengan kesehatannya, serta efektif dan efisien dalam memenuhi kebutuhan remaja.

Pemberian pelayanan kesehatan reproduksi remaja harus disesuaikan dengan masalah dan tahapan tumbuh kembang remaja, serta memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender, mempertimbangkan moral, nilai agama, perkembangan mental, dan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi remaja bisa melalui pemberian:

- 1) Komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) yang melalui proses pendidikan formal dan nonformal serta kegiatan pemberdayaan remaja sebagai pendidik sebaya atau konselor sebaya, dengan materi antara lain: pendidikan keterampilan hidup sehat, ketahanan mental melalui keterampilan sosial, sistem, fungsi, dan proses reproduksi, perilaku seksual yang sehat dan aman, perilaku seksual berisiko dan akibatnya, keluarga berencana (KB),

perilaku berisiko lainnya atau kondisi kesehatan lain yang berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi. Materi KIE melalui proses pendidikan formal adalah materi kesehatan remaja yang terdapat di dalam materi pendidikan yang dipergunakan dalam kurikulum sekolah.

- 2) Konseling, dilaksanakan dengan memperhatikan privasi dan kerahasiaan, dan dilakukan oleh tenaga kesehatan, konselor, dan konselor sebaya yang memiliki kompetensi sesuai dengan kewenangannya. Konselor adalah tenaga yang melakukan pelayanan konseling, yang keahliannya diperoleh melalui pendidikan formal atau pelatihan. Konselor sebaya adalah remaja yang telah terlatih untuk memberikan konseling pada remaja yang seusianya.
  - 3) Pelayanan klinis medis termasuk deteksi dini penyakit/ *screening*, pengobatan, dan rehabilitasi.
- b. Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Hamil, Persalinan, dan Sesudah Melahirkan

Pelayanan kesehatan pada masa sebelum hamil bertujuan untuk mempersiapkan perempuan dalam menjalani kehamilan dan persalinan yang sehat dan selamat, serta memperoleh bayi yang sehat. Adapun pelaksanaan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, antara lain: pemeriksaan fisik (termasuk pemeriksaan status kesehatan secara umum dan pemeriksaan penunjang sesuai kebutuhan), imunisasi (berupa imunisasi TT atau Tetanus Toxoid dan imunisasi lain sesuai kebutuhan), dan konsultasi kesehatan (ditujukan untuk memberikan informasi agar perempuan dapat mempersiapkan kehidupan reproduksi dan seksual yang sehat dan aman, termasuk dalam menjalani kehamilan dan persalinan serta pemahaman perencanaan keluarga berencana

kecil yang berkualitas). Di mana pelayanan kesehatan masa sebelum hamil ini bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya, kecuali untuk konsultasi kesehatan selain tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya, juga bisa dilakukan oleh tenaga non-kesehatan terlatih.

Pelayanan kesehatan pada masa hamil diberikan dalam bentuk pelayanan antenatal, yang bertujuan untuk menjaga kesehatan ibu hamil, dan janin serta mencegah komplikasi pada masa kehamilan, persalinan, dan sesudah melahirkan. Komplikasi pada masa kehamilan disini adalah kesakitan (morbiditas) pada ibu hamil yang dapat mengancam nyawa ibu dan/atau janin. Pelayanan antenatal merupakan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan untuk ibu selama masa kehamilannya, yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan antenatal secara berkala sekurang-kurangnya 4 kali selama masa kehamilan, meliputi satu kali pada trimester pertama, satu kali pada trimester kedua, dan dua kali pada trimester ketiga. Pelayanan antenatal ini dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan. Pelayanan antenatal diberikan secara terpadu dengan pelayanan kesehatan lainnya untuk mendeteksi faktor risiko dan penyulit yang dapat membahayakan kesehatan dan keselamatan ibu serta janin. Setiap ibu hamil dengan faktor risiko dan penyulit, wajib dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mempunyai kemampuan untuk mengatasi risiko dan penyulit.

Pelayanan kesehatan pada masa persalinan bertujuan bahwa setiap ibu berhak atas persalinan yang aman dan bermutu, yang meliputi: pencegahan infeksi, pemantauan dan deteksi dini adanya faktor risiko dan penyulit (pemantauan sekurang-kurangnya dilakukan dengan menggunakan grafik pemantauan

persalinan atau partograf), pertolongan persalinan yang sesuai standar (pertolongan persalinan yang di dalamnya termasuk manajemen aktif kala III), melaksanakan inisiasi menyusui dini sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (inisiasi menyusui dini yang ditujukan untuk menciptakan hubungan ibu dan anak segera setelah lahir), dan merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu dan tepat waktu. Penolong persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan di fasilitas pelayanan kesehatan. Apabila fasilitas pelayanan kesehatan tidak dapat dijangkau, maka penolong persalinan boleh dilakukan oleh tenaga kesehatan di luar fasilitas pelayanan kesehatan.

Pelayanan kesehatan masa sesudah melahirkan meliputi: pelayanan nifas, pelayanan yang mendukung pemberian ASI Eksklusif, dan pelayanan pola asuh anak di bawah 2 tahun. Pelayanan nifas adalah pelayanan kesehatan yang dilakukan pada ibu selama periode 6 jam sampai dengan 42 hari sesudah melahirkan. Pelayanan nifas biasanya berupa promosi kesehatan, deteksi dini gangguan kesehatan fisik dan mental (termasuk adanya komplikasi nifas), serta pencegahan dan penanganannya oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya. Pelayanan yang mendukung pemberian ASI Eksklusif dan pola asuh anak di bawah 2 tahun biasanya berupa pemberian informasi dan edukasi melalui penyuluhan, konseling, dan pendampingan. Pelayanan pola asuh anak di bawah 2 tahun diberikan karena pada masa tersebut merupakan periode *akselerasi* pertumbuhan dan perkembangan otak anak pada usia 0-24 bulan (*platinum periode*).

c. Pelayanan Pengaturan Kehamilan, Kontrasepsi dan Kesehatan Seksual

Pelayanan pengaturan kehamilan biasanya berupa pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) melalui penyuluhan, dan/atau konseling. Yang bertujuan membantu pasangan dalam mengambil keputusan tentang usia ideal untuk melahirkan, jumlah ideal anak, dan jarak ideal kelahiran anak. Yang dilaksanakan melalui penyelenggaraan program keluarga berencana (KB). Keluarga Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal untuk melahirkan, serta mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Setiap orang berhak mendapatkan komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) tentang keluarga berencana (KB), yang diberikan sesuai dengan kebutuhan berdasarkan siklus kehidupan manusia, karena setiap tahapan kehidupan membutuhkan penanganan sistem reproduksi yang khas, dimulai dari masa remaja dan usia subur.

Pelayanan kontrasepsi dilaksanakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan masyarakat, yang meliputi: penyediaan sumber daya manusia, logistik, pendanaan, dan alat kontrasepsi, yang dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam pelayanan kontrasepsi ini, setiap orang berhak memilih metode kontrasepsi untuk dirinya tanpa paksaan, sesuai dengan pilihan pasangan suami istri dengan menimbang usia, paritas, jumlah anak, kondisi kesehatan, dan norma agama. Metode kontrasepsi dibagi menjadi metode kontrasepsi tradisional dan metode kontrasepsi modern. Metode kontrasepsi tradisional meliputi metode sistem kalender, sanggama terputus (*coitus interruptus*) dan *amenorrhea* laktasi. Metode kontrasepsi modern meliputi metode pil,

suntikan, Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), implant/susuk (Alat Kontrasepsi Bawah Kulit/AKBK), kondom, diafragma, spermisida, dan Metode Operasi Wanita (MOW)/Metode Operasi Pria (MOP).

Ada beberapa metode kontrasepsi yang harus dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan, antara lain: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR), Implant, dan Metode Operasi Wanita (MOW)/Metode Operasi Pria (MOP). Setiap pasangan yang sah harus mendukung pilihan metode kontrasepsi. Setiap pasangan yang sah harus berpartisipasi dalam penggunaan metode kontrasepsi, termasuk juga penggunaan metode kontrasepsi pria. Pelayanan kontrasepsi darurat diberikan pada ibu yang tidak terlindungi kontrasepsi (ibu yang tidak menggunakan metode kontrasepsi atau menggunakan kontrasepsi yang tidak efektif) atau korban perkosaan untuk mencegah kehamilan. Pemberian pelayanan kontrasepsi darurat ini harus dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan standar.

Pada pelayanan kesehatan seksual, setiap perempuan berhak menjalani kehidupan seksual yang sehat secara aman, tanpa paksaan dan diskriminasi, tanpa rasa takut, malu, dan rasa bersalah. Kehidupan seksual yang sehat meliputi kehidupan seksual yang terbebas dari infeksi menular seksual, terbebas dari disfungsi dan gangguan orientasi seksual, terbebas dari kekerasan fisik dan mental, mampu mengatur kehamilan, dan kehidupan seksual yang sesuai dengan etika dan moralitas dalam masyarakat. Pelayanan kesehatan seksual diberikan melalui keterampilan seksual, KIE, konseling, pengobatan, dan perawatan, yang diberikan secara terpadu oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan. Keterampilan sosial diberikan agar setiap perempuan mempunyai ketahanan mental dalam

melindungi dirinya sendiri dari pengaruh lingkungan yang negatif. Pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) antara lain: pencegahan dan penanganan kekerasan seksual dan perilaku penyimpangan seksual. Yang dimaksud kekerasan seksual disini adalah setiap perbuatan yang berupa pemaksaan hubungan seksual dengan cara tidak wajar dan/atau tidak disukai, atau pemaksaan hubungan seksual dengan orang lain untuk tujuan komersial dan/atau tujuan tertentu. Adapun yang termasuk dalam perilaku penyimpangan seksual antara lain: *sodomi*, *homoseksual/lesbian*, *eksibisionisme*, *pedofilia*, hubungan seksual sedarah (*incest*), berhubungan dengan mayat (*necrofilia*), dan berhubungan dengan hewan (*zoofilia*). Korban kekerasan seksual harus ditangani secara multidisiplin dengan memperhatikan aspek hukum, keamanan, dan keselamatan, serta kesehatan fisik, mental, dan seksual. Penanganan aspek hukum, keamanan dan keselamatan, meliputi: upaya perlindungan dan penyelamatan korban, upaya forensik untuk pembuktian, dan identifikasi pelaku. Penanganan aspek kesehatan fisik, mental, dan seksual pada korban kekerasan seksual, meliputi: pemeriksaan fisik, mental, dan penunjang, pengobatan luka dan/atau cedera, pencegahan dan/atau penanganan penyakit menular seksual (PMS), pencegahan dan/atau penanganan risiko adanya kehamilan yang tidak diinginkan, terapi psikiatri dan psikoterapi, dan rehabilitasi psikososial. Upaya forensik untuk pembuktian merupakan kegiatan untuk penegakan hukum dan kepentingan keadilan yang dibuat oleh ahli tersumpah untuk membuktikan ada tidaknya kekerasan seksual dan mengungkap perilaku kekerasan seksual. Psikoterapi merupakan bagian penanganan terapi psikiatri yang nonfarmakologi dengan menggunakan metode pendekatan psikologis. Rehabilitasi psikososial merupakan

penanganan terhadap korban kekerasan seksual untuk dapat kembali ke masyarakat dengan cara memulihkan status mental ke kondisi semula melalui konseling, pendampingan, kunjungan rumah, dan penyediaan rumah aman (*shelter*) bagi korban kekerasan seksual tersebut.

d. Pelayanan Kesehatan Sistem Reproduksi

Setiap perempuan berhak atas pelayanan kesehatan sistem reproduksi, yang bertujuan untuk melindungi organ dan fungsi reproduksinya agar terbebas dari gangguan, penyakit, atau kecacatan pada perempuan. Pelayanan kesehatan sistem reproduksi ini dilakukan dengan memperhatikan tahapan siklus reproduksi perempuan tersebut sesuai dengan standar. Siklus reproduksi perempuan ini biasanya dimulai dari menstruasi pertama sampai saat menopause. Penyakit yang dapat muncul pada sistem reproduksi antara lain: gangguan akibat perubahan fisiologis; kelainan kongenital sistem reproduksi; infeksi sistem reproduksi (IMS, HIV/AIDS, infeksi saluran reproduksi); neoplasma sistem reproduksi; trauma sistem reproduksi.

5. Indikasi Kedaruratan Medis dan Perkosaan sebagai Pengecualiaan Atas Larangan Aborsi

Tindakan aborsi akibat perkosaan hanya dapat dilakukan apabila usia kehamilan paling lama berusia 40 hari, dihitung sejak hari pertama haid terakhir. Tindakan aborsi ini hanya dapat dilakukan berdasarkan:

a. Indikasi Kedaruratan Medis

Indikasi kedaruratan medis antara lain: kehamilan yang mengancam nyawa dan kesehatan ibu; dan/atau kehamilan yang mengancam nyawa dan kesehatan janin, termasuk yang menderita kelainan genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi

tersebut apabila hidup di luar kandungan. Mengancam nyawa disini merupakan keadaan atau penyakit yang apabila kehamilannya dilanjutkan akan mengakibatkan kematian ibu. Mengancam kesehatan ibu disini merupakan suatu keadaan fisik dan/atau mental yang apabila kehamilan dilanjutkan akan menurunkan kondisi kesehatan ibu, mengancam nyawa ibu atau mengakibatkan gangguan mental berat pada ibu. Kehamilan yang mengancam nyawa dan kesehatan janin disini merupakan kehamilan dengan kondisi janin yang setelah dilahirkan tidak dapat hidup mandiri sesuai dengan usia, termasuk janin yang menderita kelainan genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun janin yang tidak dapat diperbaiki kondisinya.

Penatalaksanaan indikasi kedaruratan medis dilakukan sesuai dengan standar. Penentuan adanya indikasi kedaruratan medis ini dilakukan oleh tim kelayakan aborsi, yang terdiri dari 2 orang tenaga kesehatan yang diketuai oleh dokter yang memiliki kompetensi dan kewenangan. Dalam menentukan indikasi kedaruratan medis, tim harus melakukan pemeriksaan sesuai dengan standar, kemudian membuat surat keterangan kelayakan untuk dilakukan aborsi.

b. Kehamilan Akibat Perkosaan

Kehamilan akibat perkosaan adalah kehamilan hasil hubungan seksual tanpa adanya persetujuan dari pihak perempuan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Kehamilan akibat perkosaan dapat dibuktikan dengan: usia kehamilan sesuai dengan waktu kejadian perkosaan, yang dinyatakan oleh surat keterangan dari dokter yang memeriksa; dan keterangan penyidik, psikolog, dan/atau ahli lain mengenai adanya dugaan perkosaan. Ahli lain disini antara lain: dokter spesialis psikiatri, dokter spesialis forensik, dan pekerja sosial.

Aborsi bisa dilaksanakan berdasarkan indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan, yang harus dilakukan dengan aman, bermutu, dan bertanggung jawab. Praktik aborsi yang aman, bermutu, dan bertanggung jawab meliputi: dilakukan oleh dokter sesuai dengan standar; dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan oleh Menteri Kesehatan; atas permintaan atau persetujuan dari perempuan hamil yang bersangkutan; dengan izin suami, kecuali korban perkosaan; tidak melakukan diskriminatif; dan tidak mengutamakan imbalan materi (biaya pelayanan sesuai dengan perhitungan biaya satuan yang sewajarnya).

Dalam hal perempuan hamil tidak dapat memberikan persetujuan, maka persetujuan aborsi dapat diberikan oleh keluarga yang bersangkutan. Dalam hal suami tidak dapat dihubungi, maka persetujuan aborsi dapat diberikan oleh keluarga yang bersangkutan.

Dokter yang berwenang melakukan aborsi berdasarkan indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan, harus mendapatkan pelatihan oleh penyelenggara pelatihan yang terakreditasi. Dokter tersebut bukan merupakan anggota tim kelayakan aborsi atau dokter yang memberikan surat keterangan usia kehamilan akibat perkosaan. Dalam hal di daerah tertentu jumlah dokter tidak mencukupi, maka dokter tersebut dapat berasal dari anggota tim kelayakan aborsi. Pelatihan yang dimaksud adalah pelatihan yang diselenggarakan oleh penyelenggara terakreditasi dan dibuktikan dengan sertifikat. Adapun ketentuan mengenai pelatihan akan diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan.

Tindakan aborsi berdasarkan indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan, hanya dapat dilaksanakan setelah melalui tahapan konseling. Konseling ini diawali

dengan konseling pra tindakan dan diakhiri dengan konseling pasca tindakan yang dilakukan oleh konselor. Konselor disini adalah setiap orang yang telah memiliki sertifikat sebagai konselor melalui pendidikan dan pelatihan.

Konseling pra tindakan bertujuan untuk menjajaki kebutuhan dari pasien yang ingin melakukan aborsi; menyampaikan dan menjelaskan kepada pasien yang ingin melakukan aborsi tersebut bahwa tindakan aborsi dapat atau tidak dapat dilakukan berdasarkan hasil pemeriksaan klinis dan pemeriksaan penunjang; menjelaskan tahapan tindakan aborsi yang akan dilakukan, dan kemungkinan efek samping atau komplikasinya; membantu pasien yang ingin melakukan aborsi untuk mengambil keputusan sendiri, apakah melakukan aborsi atau membatalkan keinginan untuk melakukan aborsi setelah mendapatkan informasi mengenai aborsi; dan menilai kesiapan pasien tersebut untuk menjalani aborsi.

Konseling pasca tindakan bertujuan untuk mengobservasi dan mengevaluasi kondisi pasien tersebut setelah dilakukan tindakan aborsi; membantu pasien memahami keadaan atau kondisi fisiknya setelah menjalani aborsi; menjelaskan perlunya kunjungan ulang untuk pemeriksaan dan konseling lanjutan atau tindakan rujukan bila diperlukan; dan menjelaskan pentingnya penggunaan alat kontrasepsi untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan.

Dalam hal korban perkosaan memutuskan membatalkan keinginan untuk melakukan aborsi setelah mendapatkan informasi mengenai aborsi atau tidak memenuhi ketentuan untuk dilakukan tindakan aborsi, maka korban perkosaan dapat diberikan pendampingan oleh konselor selama masa kehamilan. Pendampingan yang dilakukan disini berupa pendampingan psikologis,

pendampingan sosiologis, dan pendampingan medis. Anak yang dilahirkan dari ibu korban perkosaan dapat diasuh oleh keluarga. Keluarga disini adalah orang tua kandung atau anggota keluarga sedarah dalam garis lurus ke atas atau ke bawah sampai dengan derajat ketiga. Dalam hal keluarga menolak untuk mengasuh anak yang dilahirkan dari korban perkosaan, maka anak menjadi anak asuh yang pelaksanaannya dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Anak asuh disini adalah anak yang diasuh oleh seseorang atau lembaga untuk diberikan bimbingan, pemeliharaan, perawatan, pendidikan, kesehatan karena keluarganya tidak mampu menjamin tumbuh kembang anak secara wajar.

Setiap pelaksanaan aborsi wajib dilaporkan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan tembusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi. Laporan ini dilakukan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan.

#### 6. Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alamiah

Reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah hanya dapat diterapkan pada pasangan suami istri (pasutri) yang terikat perkawinan yang sah dan mengalami ketidaksuburan atau infertilitas untuk memperoleh keturunan. Ketidaksuburan atau infertilitas adalah keadaan yang terjadi pada pasangan suami istri (pasutri) yang tidak berhasil memperoleh keturunan setelah melakukan hubungan seksual secara teratur dalam 1 tahun tanpa perlindungan kontrasepsi.

Reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah dilakukan dengan memakai hasil pembuahan sperma dan ovum yang berasal dari suami istri yang bersangkutan dan ditanamkan dalam rahim istri dari mana ovum berasal. Reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah

dilaksanakan dengan cara: pembuahan di luar tubuh manusia (*fertilisasi invitro*) atau teknologi lain. Teknologi *fertilisasi invitro*/pembuahan di luar tubuh manusia ini adalah reproduksi dengan cara mempertemukan ovum dengan sel sperma di laboratorium sampai terjadi pembuahan dan hasil pembuahannya (*embrio*) dikembalikan ke rahim si ibu untuk dibiarkan berkembang menjadi janin. Embrio merupakan perkembangan lebih lanjut dari hasil pembuahan sperma dan ovum sampai terbentuknya *blastokista*.

Reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah dilaksanakan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta tidak bertentangan dengan norma agama yang berlaku. Reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi dan kewenangan sesuai dengan aturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasangan suami istri yang ingin menggunakan pelayanan reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah harus memenuhi persyaratan antara lain: telah dilakukan pengelolaan infertilitas dengan tepat; terdapat indikasi medis; memahami prosedur konsepsi buatan secara umum; mampu/cakap memberikan persetujuan tindakan kedokteran (*informed consent*); mampu membiayai semua prosedur yang dijalani; mampu membiayai persalinan dan membesarkan bayinya dengan baik; dan mampu/cakap secara mental. Membesarkan bayinya disini adalah memenuhi semua hak dasar anak antara lain: hak untuk hidup, hak untuk tumbuh kembang dengan baik, hak mendapatkan pendidikan yang baik, hak mendapatkan kesehatan yang baik, dan hak mendapatkan perlindungan dari tindak kekerasan.

Pelayanan reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah harus diawali dengan konseling dan persetujuan tindakan kedokteran

(*informed consent*). Konseling dan persetujuan tindakan kedokteran ini termasuk juga mengenai pengelolaan lebih lanjut terhadap kelebihan embrio. Konseling harus dilaksanakan sebelum dan sesudah mendapatkan pelayanan reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah. Konseling dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan. Persetujuan tindakan kedokteran (*informed consent*) ini dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Apabila ada kelebihan embrio hasil pembuahan di luar tubuh manusia (*fertilisasi invitro*) yang tidak ditanamkan pada rahim, harus disimpan sampai lahirnya bayi hasil reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah. Penyimpanan kelebihan embrio tersebut dapat diperpanjang setiap 1 tahun atas keinginan pasangan suami istri (pasutri) untuk kepentingan kehamilan berikutnya. Kelebihan embrio tersebut dilarang ditanam pada rahim ibu, jika ayah embrio meninggal atau bercerai; atau rahim perempuan lain. Dalam hal pasangan suami istri (pasutri) pemiliknya tidak memperpanjang masa simpan kelebihan embrio, maka fasilitas pelayanan kesehatan penyelenggara reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah harus memusnahkan kelebihan embrio tersebut. Pemusnahan kelebihan embrio tersebut dapat dilaksanakan dengan cara menguburkan, kremasi atau tindakan lain sesuai dengan keinginan pasangan suami istri (pasutri) pemilik embrio tersebut.

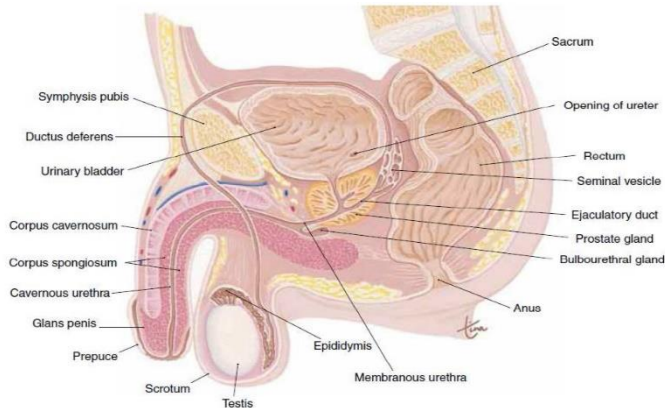
Reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah dilarang dengan tujuan untuk memilih jenis kelamin anak yang akan dilahirkan, kecuali dalam hal memilih jenis kelamin untuk anak kedua dan selanjutnya. Pemilihan jenis kelamin untuk anak kedua dan selanjutnya merupakan pemilihan jenis kelamin anak pada reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah yang dilakukan dengan memisahkan sel sperma x dan y sebelum terjadinya proses pembuahan.

Reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah harus dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memenuhi persyaratan, standar, dan memiliki izin dari Menteri Kesehatan. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah, wajib membuat pencatatan dan pelaporan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dengan tembusan Dinas Kesehatan Provinsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

## **Sistem Reproduksi Manusia**

### **1. Sistem Reproduksi Laki-Laki**

Sistem reproduksi laki-laki terdiri dari genetalia eksterna dan genetalia interna. Genetalia eksterna terdiri dari penis dan scrotum; genetalia interna terdiri dari testis, epididymis, vas deferens, prostat, vesika seminalis, ductus ejakulatorius, kelenjar bulbo urethralis, urethra.

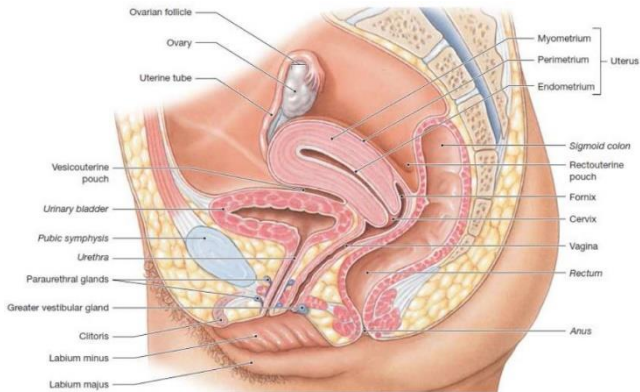


Gambar 1.1. Organ Genetalia Laki-Laki (Scanlon & Sander, 2007; 459 cit Sumiasih & Budiani, 2016)

### **2. Sistem Reproduksi Perempuan**

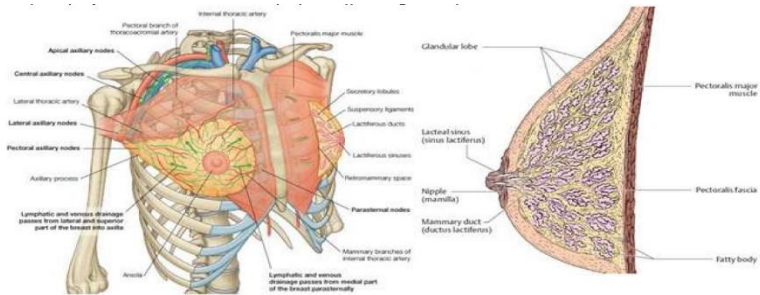
Sistem reproduksi perempuan terdiri dari genetalia eksterna yang terletak dalam rongga panggul minor, dan genetalia interna yang terletak menempel pada panggul minor sehingga menutupi bagian anterior panggul. Genetalia eksterna terdiri dari mons pubis/mons veneris, labia mayora, labia minora,

klitoris, vestibulum, bulbus vestibuli, kelenjar skene, kelenjar bartholini, introitus/ostium vagina, dan perineum. Genetalia interna terdiri dari vagina, uterus (serviks uteri, korpus uteri, ligamentum), tuba uterine/tuba falopii, dan ovarium.



Gambar 1.2. Organ Genetalia Perempuwan (Martini, 2012 cit Sumiasih & Budiani, 2016)

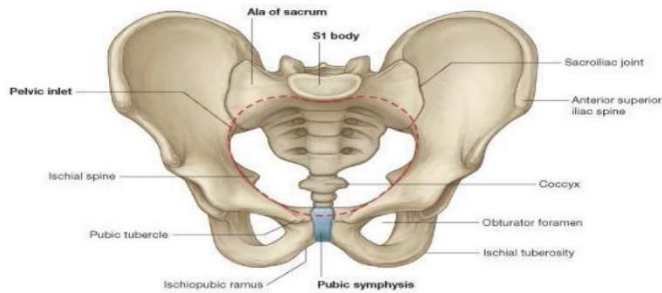
Selain organ reproduksi, perempuan juga mempunyai organ pendukung atau organ asesoris yaitu payudara disebut juga glandula mammae, secara makroskopis terdiri dari papilla/nipple, areola, dan korpus mammae; secara mikroskopis terdiri dari alveoli, duktulus laktiferus, duktus latiferus, sinus laktiferus.



Gambar 1.3. Payudara (Faller, A. & Schuenke, M. 2004 cit Sumiasih & Budiani, 2016)

Panggul bersendi vertebra lumbalis ke-5 di bagian atas dan dengan caput femoris kanan dan kiri pada acetabulum yang sesuai. Panggul terdiri dari bagian lunak dan keras. Bagian keras panggul terdiri dari

tulang, sedangkan bagian lunak panggul terdiri dari ligamentum dan otot. Panggul dibagi menjadi panggul mayor yang berfungsi untuk menyangga/mendukung isi perut, sedangkan panggul minor berfungsi untuk wadah dan tempat melekatnya organ genitalia.



Gambar 1.4. Panggul (Drake, et.al, 2007 cit Sumiasih & Budiani, 2016)

### 3. Kelainan pada Sistem Reproduksi

Organ reproduksi perempuan dapat mengalami kelainan atau gangguan yang sangat mempengaruhi sistem reproduksi dan dapat menyebabkan tingginya morbiditas dan mortalitas, kelainan ini biasanya disebabkan oleh karena genetika/keturunan, infeksi, virus, dan sebagainya.

- a. Gangguan menstruasi, antara lain dismenorhe, amenorhe primer, amenorhe sekunder.
- b. Endometriosis, kelainan yang ditandai dengan adanya jaringan endometrium diluar rahim.
- c. Kanker organ reproduksi yang merupakan pertumbuhan sel-sel abnormal
- d. Kelainan bentuk dan ukuran yang didapat secara kongenital.
- e. Infeksi organ genitalia interna dan eksterna.

## Daftar Pustaka

- Anggraeni, R., & Santoso, R. S. (2016). Implementasi Kebijakan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja Di Kota Semarang. *Journal Of Public Policy And Management Review*, Vol. 5, No. 4, DOI: 10.14710/jppmr.v5i4.13492, 1-18.
- Fatoni, Z., Astuti, Y., Seftiani, S., Situmorang, A., Widayatun, & Purwaningsih, S. S. (2015). Implementasi Kebijakan Kesehatan Reproduksi Di Indonesia: Sebelum Dan Sesudah Reformasi. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, Vol.10, No.1, Juni 2015, 65-74.
- Kemendes RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 71, Tahun 2014 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Bagi Tenaga Kesehatan Dan Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dalam Tindakan Aborsi Dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Dengan .....* Jakarta: Kemendes RI.
- Kemendes RI. (2015). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 43, Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Reproduksi Dengan Bantuan Atau Kehamilan Di Luar Cara Alamiah*. Jakarta: Kemendes RI.
- Kemensetneg RI. (2014). *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 61, Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: Kementerian Sekretariat Negara RI.
- Purwanti, A. (2013). Pengaturan Kesehatan Reproduksi Perempuan Dan Implementasinya Di Indonesia. *PALASTREN*, Vol. 6, No. 1, Juni 2013, 107-128.
- Sumiasih, N. N., & Budiani, N. N. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan: Biologi Dasar Dan Biologi Perkembangan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

- Sumiasih, N. N., & Budiani, N. N. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan: Praktikum Biologi Dasar Dan Biologi Perkembangan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Susiana, S. (2016). Peran Pemerintah Daerah Dalam Penyelenggaraan Kesehatan Reproduksi (Studi Di Provinsi Jawa Tengah Dan Provinsi Kalimantan Barat). *Aspirasi*, Vol. 1, No. 1, Juni 2016, 1-16.
- Wahyuningsih, H. P., & Kusmiyati, Y. (2017). *Bahan Ajar Kebidanan: Anatomi Fisiologi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

## **Profil Penulis**



### **Nurul Eko Widiyastuti**

Penulis lahir di Banyuwangi, 02 April 1979. Penulis menyelesaikan pendidikan di SPK Bethesda Yogyakarta tahun 1997, PPB Akper Bethesda Yogyakarta lulus tahun 1998, D3 Kebidanan di Akbid Depkes Jember lulus tahun 2001, D4 Bidan Pendidik di Stikes Ngudi Waluyo Ungaran lulus tahun 2004, Magister Kesehatan di Universitas Sebelas Maret Surakarta lulus tahun 2010. Riwayat pekerjaan sebagai Bidan Praktik Mandiri di Banyuwangi pada tahun 1998-2001, sebagai Bidan di RSUD Genteng Banyuwangi pada tahun 2001-2002, sebagai Dosen di Akbid Estu Utomo Boyolali pada tahun 2002-2016, sebagai Dosen Kebidanan di Stikes Banyuwangi dari tahun 2017 sampai sekarang. Mata kuliah yang pernah diampu antara lain: Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan, Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui, Asuhan Kebidanan Komunitas, dsb. Mempunyai pengalaman organisasi sebagai Bendahara IBI Ranting Estu Utomo Boyolali sejak 2009-2015, sebagai Sekretaris IBI Korwil Kota Boyolali sejak 2013-2015, sebagai Sie Pendidikan IBI Cabang Boyolali sejak 2015-2017, dan sebagai Anggota IBI Ranting II Banyuwangi sejak 2018 sampai sekarang. Selain aktif sebagai dosen, penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat, serta mengikuti beberapa pelatihan. Adapun buku yang sudah pernah diterbitkan antara lain: KDPK Kebidanan (2010), Buku Ajar Asuhan Kehamilan Sehat Selama Pandemi Covid-19 (2021), Book Chapter Ilmu Kebidanan (Konsep, Teori dan Isu) (2022).

Penulis dapat dihubungi melalui email: [nuruleko25@gmail.com](mailto:nuruleko25@gmail.com)



## KESEHATAN WANITA SEPANJANG SIKLUS KEHIDUPAN

**Rosyati Pastuty, S.SiT., M.Kes.**  
Poltekkes Kemenkes Palembang

### **Kesehatan Wanita Sepanjang Siklus Kehidupan**

Tahapan kehidupan individu dapat dibagi menjadi beberapa tahap kehidupan dengan ciri-ciri tertentu yang menjadi ciri khas setiap tahap. Konsep tahapan kehidupan berguna dalam memahami status dan posisi seseorang. Secara biologis, tahapan kehidupan seorang wanita dibagi menjadi masa bayi, pubertas (remaja), pematangan seksual (usia reproduksi), periode klimakterium dan pasca klimakterium (lansia). Beberapa tahap termasuk fluktuasi hormon serta peristiwa kehidupan yang khusus pada wanita yaitu, kehamilan dan persalinan. Hormon berinteraksi satu sama lain dan mengontrol siklus ovulasi dalam sumbu temporal jangka pendek dari siklus menstruasi, dan tidak jarang perubahan hormonal tersebut menyebabkan tanda dan gejala tertentu yang terkait dengan menstruasi.

Konsep Kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan siklus kehidupan perempuan (life-cycle-approach) atau pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan sejak dari janin sampai liang kubur (from womb to tomb) atau biasa juga disebut dengan “continuum of care women cycle”. Kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan sepanjang siklus kehidupan perempuan hal ini disebabkan status kesehatan perempuan semasa kanak-kanak dan remaja mempengaruhi kondisi kesehatan saat

memasuki masa reproduksi yaitu; saat hamil, bersalin dan masa nifas. Hambatan sosial, budaya, dan ekonomi yang dialami sepanjang hidup perempuan merupakan akar masalah yang mendasar yang menyebabkan buruknya kesehatan perempuan saat hamil, bersalin dan masa nifas. Tingkat pendidikan, kualitas dan kuantitas makanan, nilai dan sikap, system kesehatan yang tersedia dan bisa diakses, situasi ekonomi, serta kualitas hubungan seksual mempengaruhi perempuan dalam menjalankan masa reproduksi.

### **Perubahan Tahapan Kehidupan Wanita**

Perubahan besar telah terjadi dalam masyarakat selama setengah abad terakhir, dan kehidupan perempuan telah banyak berubah dibandingkan dengan generasi sebelumnya. Usia harapan hidup telah meningkat baik pada pria maupun wanita. Popularitas pendidikan tinggi dan perubahan konsep pernikahan telah menyebabkan meningkatnya jumlah orang yang tidak menikah atau menikah di kemudian hari, sering menyebabkan keterlambatan peristiwa dalam tahapan kehidupan. Disisi lain, permulaan pubertas dan waktu hubungan seksual pertama terjadi pada usia yang semakin dini. Seiring dengan menurunnya angka kelahiran, kecenderungan menjauhi rumah tangga multigenerasi telah menyebabkan perubahan peran keluarga. Angka perceraian terus meningkat, namun masih sulit bagi perempuan yang telah menjadi ibu rumah tangga untuk mencari pekerjaan dengan kondisi pekerjaan yang baik.

Situasi sosial ekonomi baru-baru ini, yang ditandai dengan pertumbuhan upah yang stagnan, perampangan perusahaan, dan meningkatnya jumlah pekerja sementara atau paruh waktu, telah menumbuhkan pandangan positif untuk mempekerjakan perempuan. Namun, jumlah wanita dengan pekerjaan paruh waktu semakin meningkat pesat, dan masih ada kesenjangan pendapatan yang besar antara karyawan pria dan wanita. Umumnya, wanita sekarang memiliki lebih banyak pilihan dalam cara hidup dibandingkan dengan masa lalu. Namun pada kenyataannya, kesetaraan gender belum sepenuhnya terwujud dalam bidang politik dan

administrasi publik, lingkungan kerja, dan dalam rumah tangga. Sebaliknya, mengingat masyarakat saat ini yang memungkinkan perempuan untuk memiliki pendidikan tinggi lebih mudah dan lebih banyak pilihan daripada sebelumnya. Telah diketahui bahwa, pada setiap tahap kehidupan sepanjang hidupnya, seorang wanita diharapkan memiliki kualitas sosial budaya seperti; ketertarikan pada orang lain, perhatian, sikap kooperatif, dan sikap non-kekerasan, penuh kelembutan, dan kebaikan, seperti masalah gender yang terkait dengan peran ganda mempengaruhi tingkat kepuasan dan kebebasan untuk membuat pilihan hidup utama dalam kehidupan seorang wanita, ketika membuat keputusan mengenai karir, kehidupan sehari-hari dalam keluarga dan perawatan untuk anggota keluarga lainnya.

#### Lima Tahap Pendekatan Siklus Hidup

|                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Masa konsepsi      | <p>Masa setelah bersatunya sel telur dengan sperma kemudian janin akan tumbuh menjadi morula, blastula, gastrula, neurula, yang akhirnya menjadi janin dan dengan terbentuknya placenta akan terjadi interaksi ibu dan janin</p> <p>Asuhan yang diberikan;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perlakuan sama terhadap janin laki-laki/perempuan</li> <li>2. Pelayanan antenatal, persalinan aman dan nifas serta pelayanan bayi baru lahir</li> </ol>                                                                                                                                                  |
| Masa bayi dan anak | <p>Masa bayi dan anak adalah masa pertumbuhan dan perkembangan yang sangat cepat, tumbuh kembang motorik kasar dan motorik halus akan berjalan dengan baik bila kesehatan bayi dan anak dalam keadaan prima</p> <p>Asuhan yang diberikan;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ASI eksklusif dan penyapihan yang layak</li> <li>2. Tumbuh kembang anak, pemberian makanan dengan gizi seimbang</li> <li>3. Imunisasi dan manajemen terpadu balita sakit</li> <li>4. Pencegahan dan penanggulangan kekerasan</li> <li>5. Pendidikan dan kesempatan yang sama pada anak laki-laki dan perempuan</li> </ol> |

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             | <p>6. Pendekatan yang dilakukan; pendidikan kesehatan, kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan primer, imunisasi, pelayanan antenatal, persalinan, postnatal, menyusui serta pemberian suplemen, dan lain-lain</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Masa remaja | <p>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)</p> <p>Tahap pubertas/remaja;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masa remaja awal (10-12 tahun) <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Merasa lebih dekat dengan teman sebaya</li> <li>b. Merasa ingin bebas</li> <li>c. Lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya dan mulai suka berkhayal</li> </ol> </li> <li>2. Masa remaja tengah (13-15 tahun) <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Ingin mencari identitas diri</li> <li>b. Ada keinginan untuk berkencan atau mulai tertarik dengan lawan jenis</li> <li>c. Timbul perasaan cinta yang mendalam</li> <li>d. Kemampuan berpikir abstrak yang makin berkembang</li> <li>e. Berkhayal mengenai hal-hal yang berkaitan dengan seksual</li> </ol> </li> <li>3. Masa remaja akhir (16-19 tahun) <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menampakkan pengungkapan kebebasan diri</li> <li>b. Dalam mencari teman sebaya lebih selektif</li> <li>c. Memiliki citra terhadap dirinya</li> <li>d. Dapat mewujudkan perasaan cinta</li> <li>e. Memiliki kemampuan berpikir abstrak</li> </ol> </li> </ol> <p>Asuhan yang diberikan;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gizi seimbang</li> <li>2. Informasi tentang kesehatan reproduksi</li> </ol> |

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Pencegahan kekerasan, termasuk seksual</li> <li>4. Pencegahan terhadap ketergantungan Napza</li> <li>5. Perkawinan pada usia yang wajar</li> <li>6. Pendidikan, peningkatan keterampilan</li> <li>7. Peningkatan penghargaan diri</li> <li>8. Peningkatan pertahanan terhadap godaan dan ancaman</li> <li>9. Pendekatan yang dilakukan meliputi; konseling tentang perubahan hukum/sosial, pendidikan kesehatan, deteksi, pencegahan, pengobatan, kontrasepsi yang sesuai, pemberian suplemen, pendidikan dalam keluarga, konseling dan lain-lain</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Masa reproduksi | <p>Masa dimana perempuan menjalankan tugas kehidupannya yaitu mulai hamil, melahirkan, masa nifas dan menyusui dan masa antara yaitu merencanakan jumlah atau jarak anak dengan menggunakan alat kontrasepsi.</p> <p>Asuhan yang diberikan;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kehamilan dan persalinan yang aman</li> <li>2. Pencegahan kecacatan dan kematian akibat kehamilan pada ibu dan bayi</li> <li>3. Menjaga jarak kelahiran dan jumlah kehamilan dengan penggunaan alat kontrasepsi (KB)</li> <li>4. Pencegahan terhadap PMS/HIV/AIDS</li> <li>5. Pelayanan kesehatan reproduksi berkualitas</li> <li>6. Pencegahan dan penanggulangan masalah aborsi secara rasional</li> <li>7. Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim</li> <li>8. Pencegahan dan manajemen infertilitas</li> <li>9. Pendekatan yang dapat dilakukan; pendidikan kesehatan, suplemen, konseling, pencegahan primer dan pengobatan KB, pendidikan tentang perilaku seksual yang bertanggung jawab, pencegahan dan pengobatan IMS, pelayanan antenatal, persalinan, post</li> </ol> |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  | partum, pelayanan kebidanan darurat, imunisasi dan informasi-informasi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Masa lanjut usia | <p>Masa usia lanjut yaitu masa dimana hormone estrogen sudah mulai menurun atau habis dikarenakan produksi sel telur juga sudah mulai menurun atau habis. Usia lanjut adalah setelah mencapai usia 60 tahun. Dengan menurunnya hormone estrogen akan terjadi perubahan fisik dan psikologis pada perempuan diantaranya perubahan pada organ reproduksi, perubahan pada metabolisme dan turunnya massa tulang (osteoporosis)</p> <p>Asuhan yang diberikan;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perhatian pada masalah menopause</li> <li>2. Perhatian pada penyakit utama degenerative, termasuk rabun, gangguan mobilitas dan osteoporosis</li> <li>3. Deteksi dini kanker rahim dan kanker leher rahim</li> <li>4. Pendekatan yang dapat dilakukan; dipengaruhi oleh pengalaman reproduksi sebelumnya, diagnosis, informasi dan pengobatan dini</li> </ol> |

## 1. Masalah Kesehatan di Berbagai Tahap Kehidupan

### a. Konsepsi

Masalah yang mungkin terjadi pada tahap ini; pengutamaan jenis kelamin, BBLR, kurang gizi (malnutrisi)

### b. Bayi dan anak

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

### c. Pubertas (remaja)

Remaja menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2014 adalah kelompok usia 10 tahun sampai berusia 18 tahun. Remaja merupakan kelompok penduduk Indonesia yang

cukup besar (hampir 20% dari jumlah penduduk). Psikolog Erick Erikson menyatakan dalam teori siklus hidup bahwa manusia membangun identitasnya selama periode ini melalui konflik berulang antara mengejar cita-cita dan berbagai kekecewaan. Perubahan masyarakat akhir-akhir ini antara lain pesatnya perkembangan penggunaan internet, penyebaran telepon seluler, informasi yang berlebihan, peningkatan stress, dan perubahan peran keluarga. Semua telah memberikan berbagai pengaruh tak terduga pada individu muda pada periode ini dan bagaimana mereka membangun hubungan dengan orang lain.

Usia menstruasi pertama yang mengalami penurunan, berfluktuasi pada kisaran usia 12 hingga 13 tahun. Tren peningkatan hubungan seksual pertama pada usia dini telah menyebabkan peningkatan penyakit menular seksual yang mencolok. Kasus kehamilan dan aborsi pada remaja dan ibu tunggal yang belum menikah menjadi semakin umum. Individu dalam masa pubertas seringkali tidak sepenuhnya mampu menggambarkan gejala fisik mereka atau mengungkapkan emosi dan kasih sayang mereka. Remaja juga cenderung tidak terbuka terhadap figure atau tokoh masyarakat, termasuk dokter, yang merupakan ciri khas periode ini.

Masalah yang ditemui meliputi; seks komersial, pelecehan seksual, penyalahgunaan obat (alcohol, obat, tembakau), kekerasan gender, praktik tradisional berbahaya, perilaku seks tidak aman, kehamilan remaja, aborsi tidak aman, ISR/IMS/HIV/AIDS.

d. Kematangan seksual (usia reproduksi)

Dari masa remaja akhir hingga pramenopause diakhir usia 40-an adalah periode pematangan seksual, juga disebut usia reproduksi. Seorang individu dalam periode ini mendapatkan

pekerjaan dimana seseorang dapat terlibat dan dituntut untuk membuat berbagai keputusan dalam karir dan kehidupan pribadinya. Wanita pada periode ini mungkin harus memenuhi sejumlah peran yang berhubungan dengan kesejahteraan keluarga, hubungan pribadi, pendidikan anak-anak mereka, dan perawatan anggota keluarga lainnya. Saat mencari kesempurnaan, beberapa mengalami kelelahan dan jatuh kedalam “superwoman syndrome”. Meskipun periode ini merupakan periode yang penuh makna dan kreatifitas dalam hidup.

Perubahan fisiologis yang khas pada usia reproduksi adalah gangguan terkait menstruasi dan penyakit rahim atau ovarium. Peningkatan frekuensi menstruasi karena perubahan gaya hidup wanita baru-baru ini (penurunan periode amenorrhea terkait kehamilan) dilaporkan sebagai faktor risiko endometriosis, kanker korpus uteri, dan kanker ovarium.

Premenstrual syndrome, dysmenorrhea dan masalah kontrasepsi adalah topik yang mungkin sulit dibicarakan oleh wanita. Bahaya Kesehatan akibat kecanduan merokok atau minum alkohol juga perlu mendapat perhatian.

Pada periode ini masalah kesehatan berganti dengan gangguan kehamilan, kelelahan kronis akibat merawat anak, dan tuntutan karir. Gangguan yang sering muncul pada periode 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.

Masalah yang mungkin ditemui pada periode ini adalah kesakitan dan kematian ibu yang disebabkan berbagai kondisi, malnutrisi, anemia, kemandulan, pelecehan/kekerasan seksual,

komplikasi aborsi, ISR/IMS/HIV/AIDS dan pengaturan kesuburan.

e. Periode Klimakterium

Periode klimakterium merupakan periode 5 tahun sebelum dan sesudah menopause, dan seorang wanita dikatakan telah mencapai menopause jika tidak terjadi menstruasi selama 12 bulan berturut-turut. Hal ini biasanya terjadi pada pertengahan 40-an hingga pertengahan 50-an. Periode ini sering bersamaan dengan waktu saat anak-anak meninggalkan rumah, kebutuhan untuk merawat orang tua yang sudah lanjut usia, perubahan hubungan dengan suami karena hilangnya tujuan bersama sebagai pasangan, atau penyakit suami. Akibatnya, hilangnya motivasi dalam hidup, depresi mental, dan kelelahan fisik dapat menumpuk, mempengaruhi kesehatan seorang wanita. Beberapa bahkan menjadi depresi klinis, dihadapkan dengan keterbatasan fisik dan rasa kehabisan waktu.

Usia harapan hidup rata-rata wanita telah meningkat pesat, akibatnya kejadian penyakit medis khusus untuk wanita pascamenopause telah meningkat. Penurunan sekresi estrogen dari ovarium menginduksi gejala vasomotor termasuk hot flushes, keringat abnormal, dan vertigo. Gejala kejiwaan seperti perubahan suasana hati juga dapat terjadi, serta inkontinensia urine dan migrain. Meskipun tingkat keparahannya bervariasi, beberapa mengembangkan kondisi tersebut dengan gangguan menopause (klimakterium) tergantung pada faktor kepribadian dan faktor lingkungan sosial, yang mungkin memerlukan perawatan medis.

Dengan terjadinya defisiensi estrogen, osteoporosis karena peningkatan resorpsi tulang, hiperkolesterolemia karena penurunan reseptor LDL, dan aterosklerosis dapat berkembang. Penyakit ini juga terkait dengan kebiasaan gaya

hidup dan memerlukan intervensi aktif. Masalah kesehatan yang harus ditangani bagi wanita pada periode klimakterium berubah menjadi skrining kanker payudara dan kanker rahim serta pencegahan dan deteksi dini.

f. Pasca klimakterium (lansia)

Pada periode ini, fungsi ovarium hampir berakhir, dan masalah yang terkait dengan penuaan mulai berkembang. Seseorang di usia ini mengalami kehilangan orang lain yang dekat dengan mereka dan menjadi sadar akan penurunan kekuatan fisik dan ingatan mereka sendiri.

Masalah keuangan serta faktor sosial seperti kebutuhan perawatan atau hidup sendiri juga menimbulkan masalah yang cukup besar. Merasa cemas tentang gejala fisik dan penyakit mereka dan khawatir tentang apa yang akan terjadi di usia tua, penerimaan penuaan diri sendiri dan kematian serta masalah mental seseorang adalah pelajaran penting dalam periode ini.

Risiko penyakit pembuluh darah jantung dan otak untuk wanita dan pria hampir sama, dan kemungkinan terjadi peningkatan neoplasma ganas. Pemberi perawatan harus memperhatikan status gizi, ada/tidak gangguan organ sensorik seperti penurunan ketajaman penglihatan atau pendengaran, dysphagia, dan risiko jatuh, selain tanda dan gejala penyakit yang membawanya berobat atau konsultasi kesehatan. Kondisi seperti inkontinensia urine, peningkatan frekuensi buang air kecil, prolaps uteri, dan nyeri atau ketidaknyamanan akibat vaginitis atrophy dapat sangat mempengaruhi kualitas hidup.

Untuk mengatasi kecemasan dan kesulitan yang terkait dengan orang tua yang sendiri, berbagai dukungan sosial termasuk kerjasama masyarakat dan penggunaan aktif layanan kesejahteraan sangat diperlukan. Pada saat yang sama, dukungan untuk menjaga kesejahteraan anggota

keluarga yang menanggung beban perawatan lanjut usia merupakan faktor penting lainnya yang perlu dipertimbangkan untuk kesehatan pasien lanjut usia.

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

1) Penyakit jantung koroner

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.

2) Osteoporosis

Adalah berkurangnya kepadatan tulang pada wanita akibat penurunan kadar hormone estrogen, sehingga tulang menjadi rapuh dan mudah patah.

3) Gangguan mata

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

4) Kepikunan (demensia tipe Alzheimer)

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 bila kekurangan estrogen sudah berlangsung cukup lama dan berat, yang dipengaruhi faktor keturunan.

## 2. Kekerasan terhadap Perempuan dan Kesejahteraan Perempuan

Kekerasan terhadap perempuan dapat terjadi pada setiap tahap kehidupan. Menurut survei di Jepang, 24,9% wanita yang pernah menikah pernah mengalami kekerasan fisik dari pasangannya (termasuk mantan suaminya). Selain itu, 7,3% pernah mengalami kekerasan seksual. Kejadian kekerasan seksual paling sering terjadi (38,2%) pada usia 20-an, namun juga terjadi pada usia lebih muda; sebelum usia 6 tahun (3,3%), selama 6 hingga 11 tahun (12,2%), selama 12 hingga 15 tahun (4,9%), dan selama 16 hingga 19 tahun (12,2%).

Korban kekerasan termasuk kekerasan seksual dan pelecehan pada anak sering mengalami gangguan jangka panjang yang serius dari gejala depresi dan gejala fisik yang beragam. Jika pasien wanita yang memiliki nyeri kronis atau gejala fisik yang tidak dapat dijelaskan dan mengeluhkan gejala tersebut atau pasien memiliki gejala yang berlebihan, kemungkinan beberapa bentuk pelecehan di masa lalu harus dipertimbangkan. Kekerasan dalam rumah tangga dan pelecehan seksual bukanlah masalah yang unik bagi orang-orang tertentu. Selain itu, isu pelecehan orang tua telah mengemuka dalam beberapa tahun terakhir. Masalah ini sangat erat kaitannya dengan kesejahteraan perempuan.

## **Daftar Pustaka**

- Akaeda T. (2007). Sex education providable at an outpatient clinic: a word of advice. *Medicina*; 44: 2206–2211.
- Annual Report on the Status of Formation of a Gender Equal Society. (2003). Part 1 (Preface), Section 3: The conscious of males and females and life stages. ([http://www.gender.go.jp/whitepaper/h16/danjyo\\_gaiyou/danjyo/html/honpen/chap01\\_00\\_03.html](http://www.gender.go.jp/whitepaper/h16/danjyo_gaiyou/danjyo/html/honpen/chap01_00_03.html)).
- Anai K. (2008). Developmental themes and lifecycle: from a viewpoint of ego psychology. *Seishinka Rinsho Service*; 8:150–156.
- Araki Y. (2005). Female wellness: female image in the 21st century. *Karada No Kagaku*; (Sp. Vol. “Female Wellness Guide”): 2–6.
- Fiddler M, Jackson J, Kapur N, et al. (2004). Childhood adversity and frequent medical consultations. *Gen Hosp Psychiatry*;26: 367–377.
- Government Health Report. Health Services Administration Report 2008/2009. Ministry of Health, Labour and Welfare, Japan.
- Horiuchi A, Konishi I. (2007). Ovarian cancer. *Obstet Gynecol*; 74:51–56.
- Ida Bagus Gde Manuaba., (1999). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*, EGC. Jakarta
- Japanese Cabinet Office. (2008). Survey on Violence between Men and Women: Summary. (<http://www.gender.go.jp/e-vaw/chousa/images/pdf/chousagaiyou2103.pdf>)
- Jazir Faizal., (200). *Pemberdayaan Wanita dalam Bidang Kesehatan*, Yogyakarta.
- Muto S. (2005). Gender-sensitive psychotherapy from a female viewpoint. *Japanese Journal of Psychotherapy*.;31:6–14.
- Sato N, Yoshikawa H. (2007). Cancer of the corpus uteri. *Obstet Gynecol*; 74:45–50.
- Suryadi C dkk., (2002). *Kesehatan Reproduksi*, Buku I dan II, FKM UI.
- Tamiya N. (2005). Nursing care and women. *Karada No Kagaku*.; (Sp. Vol. “Female Wellness Guide”): 24–28.

## **Profil Penulis**

### **Rosyati Pastuty**



Penulis lahir di Kota Palembang pada tanggal 14 Oktober 1972. Menyelesaikan pendidikan Sekolah Perawat Kesehatan Kesdam II/Sriwijaya Palembang pada tahun 1988 dan melanjutkan Program Pendidikan Bidan di Kesdam II/Sriwijaya Palembang, lulus tahun 1992. Kemudian penulis menjalankan tugas sebagai Bidan di Desa Kota Raya Kabupaten Lahat sampai tahun 1997. Tahun 1997–2000 penulis melanjutkan pendidikan di Akademi Kebidanan Depkes Palembang. Tahun 2001 penulis melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi D-IV Bidan Pendidik Universitas Gajah Mada Yogyakarta lulus pada tahun 2002. Tahun 2006 penulis menyelesaikan studi S2 di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat KIA–Kesehatan Reproduksi di Universitas Gajah Mada Yogyakarta. Mulai tahun 2000 penulis bekerja sebagai staf Guru di Akbid Depkes Palembang. Tahun 2006 sampai sekarang penulis merupakan dosen di Poltekkes Kemenkes Palembang Jurusan Kebidanan. Beberapa penelitian telah dilakukan dan didanai oleh internal Poltekkes Kemenkes Palembang. Selain sebagai peneliti, penulis juga sebagai penulis buku kesehatan.

Email Penulis: [rosyatipastuty@poltekkespalembang.ac.id](mailto:rosyatipastuty@poltekkespalembang.ac.id)

## INDIKATOR KESEHATAN PEREMPUAN

**Emiliandry Febryanti T. Banase, S.Kep., Ns.**  
Poltekkes Kupang

### **Indikator Kesehatan Perempuan**

1. Indikator Kesehatan Perempuan berdasarkan Pendidikan

Tingkat pendidikan penduduk merupakan salah satu indikator yang menentukan indeks pembangunan manusia. Perempuan sebagai bagian dari indeks pembangunan manusia perlu memiliki hak yang sama dalam mendapatkan Pendidikan yang layak hal ini di karenakan Pendidikan bagi perempuan tidak hanya untuk dirinya namun juga untuk penerus generasi, dimana perempuan dalam tanggung jawabnya sebagai sebagai seorang ibu perlu mendapatkan pendidikan yang berkualitas agar mampu memenuhi peran dan tanggung jawab utamanya. Sumber daya manusia yang berkualitas sangat tergantung pada kualitas pendidikan, dimana program pendidikan mempunyai andil besar terhadap kemajuan sosial ekonomi bangsa.

Berbagai faktor yang mempengaruhi perempuan dalam mendapatkan pendidikan salah satunya adalah kemiskinan. Kemiskinan akan mempengaruhi kesempatan bagi perempuan untuk mendapatkan pendidikan. Kemampuan dalam membiayai Pendidikan menjadi factor dalam mendapatkan kesempatan untuk sekolah.

Pendidikan dinilai penting karena sangat mempengaruhi tingkat Kesehatan seseorang. Seseorang yang memiliki pendidikan lebih tinggi juga pengetahuan yang baik dan sikap yang baik cenderung lebih mampu untuk meningkatkan status kesehatannya, yakni memiliki pengertian yang lebih besar terhadap masalah-masalah kesehatan dan pencegahannya. Minimal dengan mempunyai pendidikan yang memadai seseorang dapat mencari sumber masalah kesehatannya, merawat diri sendiri, dan ikut serta dalam mengambil keputusan terkait kesehatannya dalam keluarga dan masyarakat.

Pendidikan merupakan salah satu faktor sosio-ekonomi konsumen yang mempengaruhi individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan (Dever, 1984). Pendidikan akan mempengaruhi kesadaran individu akan pentingnya arti sehat bagi diri dan lingkungan, sehingga dapat mendorong kebutuhan akan pelayanan kesehatan dan pemilihan terhadap pelayanan kesehatan (Notoatmodjo, 2010). Semakin tinggi pendidikan seseorang, maka secara relatif utilisasi terhadap pelayanan kesehatan semakin tinggi

Pendidikan rendah yang dimiliki wanita akan berpengaruh terhadap sikap dan pengambilan keputusan wanita terhadap kesehatan, hal ini membuat wanita kurang peduli terhadap kesehatan, baik untuk mengenal masalah kesehatannya, mengambil keputusan, merawat dan memanfaatkan secara optimal fasilitas Kesehatan yang ada karena rendahnya pengetahuan yang mereka miliki.

## 2. Indikator Penghasilan

Tujuan pembangunan nasional salah satunya adalah untuk mewujudkan masyarakat yang sejahtera, untuk mewujudkan atau meningkatkan kesejahteraan masyarakat dimana pendapatan merupakan salah satu cara dari indikatornya. Di bidang ekonomi dan tenaga kerja, berbagai polemik ketimpangan gender masih umum terjadi. Perempuan

masih terbelenggu budaya dan norma yang lebih menempatkan mereka pada pekerjaan domestik dibanding pekerjaan di sektor publik. Sebenarnya, pilihan untuk menjalani peran domestik atau publik merupakan hak setiap perempuan. Masalah terjadi ketika peran yang dijalani perempuan dicampuri oleh tekanan pihak luar, bahkan pihak terdekat.

Selain tentang partisipasi kerja, polemik peran perempuan dalam penciptaan pendapatan juga terjadi dalam pekerjaan yang dilakukan. Ketika perempuan telah memutuskan untuk masuk ke dunia kerja, mereka dihadapkan kembali oleh berbagai kebijakan yang tidak responsif gender. Diskriminasi dalam proses perekrutan pegawai hingga perbedaan upah tenaga kerja antara laki-laki dan perempuan masih terlihat. Pelecehan yang mengarah ke tindak asusila serta tindak perdagangan orang yang berujung pada eksploitasi dan prostitusi masih menjadi polemik yang tampaknya masih sulit terpecahkan. Namun demikian berbagai upaya dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia perempuan terutama dalam hal: (1) keseimbangan antara perempuan dan laki-laki untuk menjadi mitra kerja aktif dalam mengatasi berbagai diantaranya sosial, ekonomi, dan politik; dan (2) perempuan yang berperan pengembangan SDM dimasa mendatang dalam peningkatan kualitas generasi penerus karena fungsi reproduksi perempuan itu sendiri. Peningkatan partisipasi wanita dalam kegiatan ekonomi dilakukan karena berbagai factor yakni pertama, untuk dapat berpartisipasi dalam pembangunan, masyarakat menyadari bahwa pendidikan sama pentingnya bagi kaum wanita. Kedua, wanita memiliki kemauan untuk dapat mandiri dan berusaha membiayai kebutuhan hidupnya, juga dapat membantu kebutuhan hidup anggota keluarganya yang menjadi tanggungannya Alatas (1990).

Berbagai upaya dilakukan untuk meningkatkan kemampuan perempuan yakni dengan memberikan pelatihan keterampilan serta modal usaha dalam

upaya meningkatkan pendapatannya. Status ekonomi menjadi penyebab terjadinya masalah Kesehatan pada wanita dimana penghasilan berkaitan dengan status ekonomi, Perbedaan dalam tingkat pendapatan ternyata secara ekonomi membentuk kelas-kelas sosial dalam masyarakat yang menimbulkan perbedaan dan persamaan relative dalam kebutuhan, keinginan, serta gaya hidup. Berbagai masalah kesehatan pada wanita yang muncul akibat status ekonomi yakni kejadian anemia pada remaja dan wanita usia subur yang sering kali disebabkan kurangnya asupan makanan yang bergizi seimbang. Ibu hamil dengan anemia tidak hanya memberikan dampak negative bagi ibu namun juga bagi bayi yang dilahirkan yakni kelahiran dengan BBLR, prematuritas, kematian neonates, anemia neonates, hambatan perkembangan mental dan juga rendahnya skor APGAR. Gizi bagi wanita sangat penting terutama Ketika wanita mulai mengalami menstruasi. Kebutuhan gizi wanita lebih banyak dari pria hal ini untuk mengganti sel darah yang keluar. Wanita 3 kali lebih besar membutuhkan zat besi dibanding pria selain itu kebutuhan zat yodium juga lebih banyak dari pria, hal ini dikarenakan jika wanita kekurangan zat yodium akan menyebabkan gondok dan dapat membahayakan perkembangan janin baik fisik maupun mental. Dalam bekerja wanita memiliki beban kerja yang berat dan jauh lebih lama dari pada pria. Penelitian-penelitian yang dilakukan di seluruh dunia menunjukkan wanita rata-rata bekerja 3 jam lebih lama ini akan mengakibatkan wanita lebih mempunyai sedikit waktu istirahat, lebih lanjut terjadinya kelelahan kronis, stress, dan sebagainya. Kesehatan wanita tidak hanya dipengaruhi oleh waktu.

### 3. Indikator Kesehatan perempuan berdasarkan Usia Harapan Hidup

Keberadaan perempuan dalam sebuah negara merupakan salah satu isu pembangunan yang tidak dapat dipungkiri. Pembangunan yang tidak

melibatkan perempuan akan mengalami kepincangan. Perkembangan dan Pertumbuhan penduduk Indonesia ditandai dengan adanya window opportunity di mana rasio ketergantungannya positif, yaitu jumlah penduduk usia produktif lebih banyak dari pada yang usia non- 11 produktif, yang puncaknya terjadi sekitar tahun 2030.

Berdasarkan Data BPS menunjukkan Prosentase kenaikan jumlah penduduk, jumlah penduduk perempuan mengalami kenaikan yang lebih tinggi yakni 1,01 % ketimbang penduduk laki-laki yang mengalami kenaikan 1,00 % dari tahun 2018. Jika diprosentasekan, maka separuh dari seluruh penduduk Indonesia adalah berjenis kelamin perempuan. Ini artinya, daya peran perempuan dan laki-laki dalam pembangunan berada di posisi yang seimbang. Data lain yang dapat menjadi acuan mengapa isu gender menjadi salah satu isu penting adalah mengenai Angka Harapan Hidup di Indonesia. Menurut data BPS tahun 2019, Angka Harapan Hidup penduduk perempuan ternyata lebih tinggi dari laki-laki, yaitu 73 tahun dan 69 tahun. Sebuah studi Global Burden of Disease yang dipimpin Institute for Health Metrics and Evaluation tahun 2019 menunjukkan, selama periode 1970-2010, wanita mempunyai harapan hidup lebih lama daripada pria.

Berdasarkan data, Setiap tahunnya wanita Indonesia yang memasuki masa menopause mengalami peningkatan, hal ini sebagai akibat dari populasi penduduk usia lanjut dan tingginya usia harapan hidup yang terus bertambah diiringi membaiknya derajat kesehatan masyarakat. Berbagai factor yang mempengaruhi meningkatnya usia harapan hidup tergantung dari beberapa factor diantaranya; 1) Pola makan yang dimiliki seseorang atau life style, 2) Penyakit bawaan dari lahir atau penyakit degenerative seperti penyakit kanker, jantung koroner, diabetes dan stroke, 3) Lingkungan tempat tinggal dan 4). stress atau tekanan.

#### 4. Indikator Angka kematian Ibu

Meskipun secara nasional kualitas kesehatan masyarakat telah meningkat, akan tetapi disparitas status kesehatan antar tingkat sosial ekonomi, antar kawasan, dan antar perkotaan pedesaan masih cukup tinggi, dimana salah satunya adalah angka kematian ibu melahirkan lebih tinggi di daerah pedesaan, di kawasan timur Indonesia dibandingkan daerah perkotaan. Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan oleh salah satunya, menurunnya Angka Kematian Ibu. Untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan, maka strategi pembangunan kesehatan 2005-2025 adalah: 1) pembangunan nasional berwawasan kesehatan; 2) pemberdayaan masyarakat dan daerah; 3) pengembangan upaya dan pembiayaan kesehatan; 4) pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan; dan 5) penanggulangan keadaan darurat kesehatan.

Kematian ibu adalah kasus kematian perempuan yang diakibatkan oleh proses yang berhubungan dengan kehamilan (termasuk kehamilan ektopik), persalinan, abortus (termasuk abortus mola), dan masa dalam kurun waktu 42 hari setelah berakhirnya kehamilan tanpa melihat usia gestasi, dan tidak termasuk di dalamnya sebab kematian akibat kecelakaan atau kejadian insidental. Penghitungan Indikator Jumlah kasus kematian perempuan yang diakibatkan oleh proses yang berhubungan dengan kehamilan, persalinan, abortus, dan masa dalam kurun waktu 42 hari setelah berakhirnya kehamilan tanpa melihat usia gestasi, dan tidak termasuk di dalamnya sebab kematian akibat kecelakaan atau kejadian insidental di suatu wilayah pada kurun waktu tertentu dibagi 100.000 kelahiran hidup di wilayah dan pada kurun waktu yang sama.

Angka kematian ibu dipengaruhi oleh faktor-faktor seperti: infeksi, perdarahan, dan penyulit persalinan. Faktor lain juga yang mempengaruhi yakni reproduksi ibu seperti jumlah paritas. Bagi ibu dengan jumlah paritas diatas tiga telah terbukti meningkatkan angka kematian maternal dibanding paritas 2-3, selain itu faktor umur ibu, dimana ibu dengan usia muda yaitu < 20 tahun dan usia tua  $\geq 35$  tahun pada saat melahirkan menjadi faktor risiko, sedangkan jarak antara tiap kehamilan yang dianggap cukup aman adalah 3-4 tahun. Faktor kematian maternal ini kemudian diidentifikasi sebagai 4 Terlalu (terlalu muda, terlalu tua, terlalu rapat jarak kehamilan dan terlalu banyak). Sedangkan 5 penyebab utama kematian ibu adalah perdarahan postpartum, sepsis puerperal, abortus, eklampsia, dan persalinan terhambat. Selain faktor medis dan reproduksi diatas, factor lainnya yang juga menyumbangkan angka kematian ibu yakni faktor non-medis atau tidak langsung yakni kondisi sosial budaya, ekonomi, pendidikan, kedudukan dan peran wanita, kondisi geografis, dan transportasi, ini kemudian diidentifikasi sebagai tiga terlambat (3T).

#### 5. Indikator Tingkat Kesuburan

Kesuburan merupakan salah satu factor demografi yang menentukan tingkat pertumbuhan penduduk di suatu wilayah.

Usia subur menunjukkan keadaan seorang wanita yang organ reproduksinya berfungsi dengan baik. Masa subur merupakan suatu masa dimana perempuan dalam siklus menstruasi terdapat sel telur yang matang yang siap dibuahi. Siklus menstruasi dipengaruhi oleh hormon seks perempuan yaitu estrogen dan progesteron. Hormon-hormon ini menyebabkan perubahan fisiologis pada tubuh perempuan yang dapat dilihat melalui beberapa indikator klinis seperti, perubahan suhu basal tubuh, perubahan sekresi lendir leher rahim (serviks), perubahan pada serviks, panjangnya siklus menstruasi (metode kalender) dan indikator minor

kesuburan seperti nyeri perut dan perubahan payudara. Pada masa subur ini bila perempuan melakukan hubungan seksual maka dimungkinkan terjadi kehamilan.

Masa subur perlu diketahui agar bagi pasangan ini akan bermanfaat untuk menilai kejadian dan waktu terjadinya ovulasi, Memprediksikan hari-hari subur yang maksimum. Mengoptimalkan waktu untuk melakukan hubungan seksual untuk mendapatkan kehamilan. Membantu mengidentifikasi sebagian masalah infertilitas.

## Daftar Pustaka

- Kementerian Pemberdayaan dan Perlindungan Anak dengan Badan Pusat Statistik. (2018). *Pembangunan manusia berbasis gender*; Kementerian Pemberdayaan dan Perlindungan Anak, Jakarta
- Tucunan et.al. (2015). *Hubungan Antara Pendidikan, Pendapatan Dan Pekerjaan Dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Manembo-Nembo Bitung*; *Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado*
- Hidayati Elli (2017). *Buku Ajar Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga*; *Penerbit Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah, Jakarta*
- Ayunda Pininta. 2016. "Tinggi Rendahnya Tingkat Pendidikan Pengaruhi Kesehatan". Jakarta: PT Kompas Media Nusantara
- Nyoman Deni Aditya Aswin, I Nyoman Mahaendra Yasa (2017). *Pengaruh Tingkat Pendidikan, Tingkat Kesehatan, Dan Pertumbuhan penduduk Terhadap Tingkat Kemiskinan kabupaten/Kota Di Provinsi Bali*. *Jurnal EP Unud*, 10 [11]: 4535, -4562 ISSN: 2303-20174535
- Qurrotul Ainiyah. (2017). *Urgensi Pendidikan Perempuan dalam Menghadapi Masyarakat Modern*; *Halaqa Islamic Education Journal* 1(2):45. DOI:10.21070/halaqa.v1i2.1240
- Al-Tarbawi Al-Haditsah. (2018). *Dilematis Tentang Pendidikan Perempuan (Konsep Kesetaraan Gender) : Fakultas Ilmu Tarbiyah dan Keguruan Institut Agama Islam Negeri Syekh Nurjati Cirebon*: *Jurnal Pendidikan Islam* Vol. 3, No. 1, Juni 2018.
- Fifin Nurdyana. (2022). *"Angka Harapan Hidup, Usia Produktif, dan Isu Gender"* Jakarta: PT Kompas Media Nusantara.

- Wattimena Like, et al. (2019). Hubungan Antara Tingkat Pendapatan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan oleh Pasien Jaminan Kesehatan Nasional. *Jurnal Ilmiah Kesehatan* Vol. 18 No. 3. DOI: 10.33221/jikes.v18i3.369
- Septiana, Fani Erisa; Yasa, I Gusti Wayan Murjana. (2020). Analisis Beberapa Faktor Yang Mempengaruhi Pendapatan Pedagang Perempuan Lanjut Usia Di Pasar Badung. *E-Jurnal Ekonomi Pembangunan Universitas Udayana*, [S.l.], v. 9, n. 1, jan. 2020. ISSN 2303-0178.
- Astuti Bariana Widitya. (2020). Peran Pemberdayaan Wanita sebagai Upaya Peningkatan Kesehatan Ibu di Indonesia. *Jurnal Ilmiah Kesehatan* Vol. 20 No. 1. DOI: 10.33221/jikes.v20i1.847
- Sri Sunaringsih Ika Wardoyo. (2014). Pengaruh Pendidikan Ibu Untuk Mengatasi Kematian Bayi Di Asia Tenggara (The Effect of Mother Education to Reduce Infant Mortality in South East Asia). Vol. 5 No. 1 (2014): Januari, *Jurnal Keperawatan (JK)* - Fakultas Ilmu Kesehatan; Universitas Muhammadiyah Malang Kampus II

## **Profil Penulis**

### **Emiliandry Febryanti T. Banase**



Ketertarikan penulis terhadap profesi perawat dimulai pada tahun 2013, ketika penulis memilih dan menyelesaikan pendidikan diploma tiga keperawatan di Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Kupang dan berhasil lulus pada tahun 2016.

Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi Swasta Melalui Program Ekstensi dan berhasil menyelesaikan studi S1 Keperawatan di Prodi Studi Ilmu Keperawatan Universitas Citra Bangsa pada tahun 2019 dan Profesi Ners pada tahun 2020 di Prodi Profesi Ners, Poltekkes Kemenkes Kupang. Penulis memiliki ketertarikan dibidang perempuan. Penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang keperawatan. Selain itu peneliti juga aktif menulis buku di bidang keperawatan dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif, bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini khususnya dalam bidang keperawatan.

Email Penulis: [emiliandry24@gmail.com](mailto:emiliandry24@gmail.com)



## KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA, DEWASA DAN LANSIA

**Iceu Mulyati, SST., M.Keb.**  
Universitas Bhakti Kencana

### **Remaja**

#### **1. Definisi**

Masa remaja merupakan masa transisi dimana seseorang meninggalkan masa kanak-kanak yang rentan dan tergantung, namun belum mencapai masa kekuatan dan tanggung jawab terhadap diri sendiri dan masyarakat. Seiring berkembangnya masyarakat, remaja juga harus bersiap untuk semua perubahan yang lebih menuntut yang terjadi di masyarakat. (Hurlock 2003) ada juga yang mengartikan remaja adalah usia muda atau mulai matang dan suatu masa yang merupakan transisi dari masa kanak-kanak ke dewasa, dengan batasan usia remaja berbeda-beda menurut sosiokultural setempat. Rentang usia pada remaja banyak yang mendefinisikan dan membagi menjadi beberapa rentang usia sehingga dapat disimpulkan bahwa usia remaja adalah usia yang dimulai dari 10 sampai dengan 21 tahun yang mana pada masa tersebut remaja mengalami berbagai macam perubahan baik secara fisik maupun secara psikologis.

#### **2. Klasifikasi**

Remaja berdasarkan tahapan perkembangannya dibagi menjadi 3 kelompok, yaitu:

a. *Early adolescence* (remaja awal)

Remaja awal adalah remaja yang berada dalam rentang usia 12-15 tahun, masa ini merupakan masa negatif, karena dalam masa ini masih ada perilaku & sifat negatif yg belum terlihat dalam masa kanak-kanak, individu merasa bingung, cemas, takut & gelisah.

b. *Middle adolescence* (remaja pertengahan)

Remaja pada rentang usia 15-18 tahun, dalam masa ini individu menginginkan atau mengindikasikan sesuatu & mencari-cari sesuatu dan memiliki rasa ingin tahu yang cukup besar, merasa sendirian & merasa tidak ada satupun yang bisa memahami dirinya.

c. *Late adolescence* (remaja akhir)

Pada tahapan ini Berkisar dalam usia 18-21 tahun. Pada masa ini individu mulai stabil & mulai tahu arah & menyadari apa yang menjadi tujuan hidupnya. Selain itu remaja pada usia ini mempunyai pendirian yang sangat pasti mengikuti suatu arah yang jelas.

3. Perubahan pada Remaja

a. Perubahan Fisik

1) Perubahan Primer

Perubahan primer adalah perubahan yang menunjukkan bahwa organ reproduksinya sudah mulai berfungsi. Setiap remaja memiliki perubahan yang berbeda baik pada laki-laki maupun pada perempuan. Perubahan tersebut adalah:

- a) Mimpi basah, mimpi basah adalah suatu proses keluarnya sperma yang tanpa disadari oleh remaja laki-laki dan biasanya terjadinya pada saat remaja tidur. Sperma yang ditumpah saat ejakulasi adalah sperma yang diproduksi

setiap hari sejak alat reproduksinya berfungsi.

- b) Haid pertama (*menarche*), haid pertama adalah keluarnya darah haid dari rahim remaja yang mana haid tersebut terjadi karena keluarnya sel telur yang tidak dibuahi oleh sperma. Haid pertama pada remaja akan mengalami berbagai gangguan salah satunya adalah haid yang tidak teratur, timbulnya nyeri saat haid atau darah haid yang sedikit atau banyak. Hal tersebut terjadi karena proses keseimbangan hormon masih terjadi.

## 2) Perubahan Sekunder

- a) Pada laki-laki, perubahan sekunder adalah perubahan yang menyertai dengan perubahan primer, perubahan fisik secara sekunder bisa timbul lebih awal dibandingkan dengan perubahan primer, pada laki-laki perubahan tersebut adalah:

- Tumbuhnya jakun
- Tumbuhnya rambut di kemaluan, area dada dan ketiak
- Dada menjadi lebih lebar
- Bertambahnya berat badan dan tinggi badan
- Adanya perubahan suara menjadi lebih berat
- Penis dan buah zakar menjadi lebih besar
- Keringat bertambah banyak
- Kulit dan rambut yang berminyak

- b) Pada perempuan

- Tumbuhnya payudara

- Panggul menjadi lebih lebar dan besar
- Tumbuhnya rambut di ketiak, dan alat kelamin

b. Perubahan Psikologis

Perubahan psikologi pada remaja erat kaitanya dengan kehidupan sosial yang dijalani oleh remaja dimasyarakat, perubahan fisik yang terjadi pada remaja sedikit banyak menyebabkan kekhawatiran apakah perubahan yang terjadi adalah sesuatu yang harus dijalani dan diterima oleh semua remaja, salah satu bentuk reaksi secara psikologis dan sosial yang dirasakan oleh remaja adalah:

- 1) Timbulnya Kegelisahan atau rasa khawatir dengan perubahan yang terjadi, dan kegelisahan apakah remaja memiliki kemampuan untuk menjalaninya
- 2) Timbulnya perbedaan pendapat dengan keluarga atau orang sekitar
- 3) Sering timbulnya berangan-angan, hal ini terjadi dikarenakan keinginan remaja yang cukup besar tetapi banyak faktor yang menyebabkan keinginan tersebut tidak bisa terlaksana sehingga remaja kerap sekali melakukan tindakan ini.
- 4) Remaja suka berkumpul dengan teman sebayanya, hal ini terjadi karena berada dilingkungan yang sebaya menyebabkan timbulnya ketenangan bagi remaja
- 5) Memiliki rasa ingin tahu yang cukup besar, mulai dari mencoba bebas dari orang tua nya, dan hal ini merupakan awal dari timbulnya permasalahan dilingkungan remaja, jika jawaban keinginan tahunya didapatkan bukan dari orang yang tepat

#### 4. Permasalahan pada Remaja

Setiap remaja memiliki tugas dan kewajiban yang berbeda dalam tahapan perkembangannya, kegagalan dalam setiap tahapan dipengaruhi oleh tahapan-tahapan sebelumnya, sehingga remaja memerlukan penyesuaian diri dengan hal tersebut dan jika tidak mampu menyesuaikan maka permasalahan lain pun akan dialami oleh remaja. Banyak permasalahan yang terjadi pada remaja salah satunya adalah:

- a. Kenakalan baik terkait perilaku maupun sikap
- b. Sikap pemberontak sehingga memicu remaja melakukan tindakan yang dilarang
- c. Perubahan perilaku keseharian seperti, jarang mandi, berlama-lama dikamar mandi, membolos di sekolah, suka berdebat, menggunakan pakaian yang tidak rapi atau mengikuti mode yang kurang sesuai, bahkan sampai meninggalkan kegiatan ibadah
- d. Tindakan kriminalitas, tidak sedikit kejadian kriminalitas dilakukan oleh para remaja atau usia dibawah umur, seperti penggunaan napza, pencurian, pelecehan seksual, tawuran antar pelajar dan tindakan kekerasan lainnya

Dengan melihat permasalahan-permasalahan tersebut maka permasalahan yang terjadi pada remaja berkaitan dengan penggunaan obat-obatan terlarang seperti napza, masalah perilaku atau kenakalan remaja, masalah dengan sekolahnya serta masalah yang berkaitan dengan seksualnya.

#### 5. Program Kesehatan pada Remaja

Pemerintah berupaya membuat berbagai program yang mendukung bagi remaja, agar para remaja menjadi lebih terarah dan terlindungi kesehatan secara reproduksinya, sehingga remaja yang sehat di saat ini menjadi orang tua yang handal dimasadepan, salah satu program yang mendukung remaja terkait kesehatan reproduksinya adalah:

a. PKPR

PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) adalah suatu layanan yang diselenggarakan oleh pemerintah yang tempat pelayanannya ada di puskesmas sehingga mampu menjangkau remaja yang ada di lingkungan terkecil, yang mana pelayanan yang diberikan memiliki tujuan melindungi hak-hak kesehatan reproduksi pada remaja sehingga remaja mampu tumbuh dan berkembang dengan optimal sehingga setiap remaja memiliki potensi yang maksimal.

Pelayanan PKPR ditujukan bagi semua remaja dengan tidak melihat apakah remaja tersebut sudah menikah atau belum. Sasaran yang menjadi fokus pelayanan yang diberikan di PKPR adalah:

- 1) Remaja yang masih disekolah atau remaja yang sedang mengenyam pendidikan baik disekolah umum, madrasah, pesantren maupun sekolah luar biasa.
- 2) Remaja yang ada diluar lingkungan sekolah seperti kelompok remaja karang taruna, kelompok belajar, remaja di panti asuhan, remaja di kelompok-kelompok keagamaan.
- 3) Remaja putri yang akan hamil serta remaja putri yang hamil dengan tanpa melihat status pernikahannya.
- 4) Remaja yang memiliki risiko tertularnya penyakit HIV/AIDS, baik yang sudah terinfeksi maupun berisiko tertular, remaja yang yatim piatu akibat orang tua yang menderita HIV/AIDS
- 5) Remaja yang memiliki kebutuhan khusus seperti remaja-remaja yang daerahnya sedang dilanda konflik, remaja yang memiliki kebutuhan khusus seperti remaja yang mengalami kecacatan, anak jalanan ataupun remaja yang menjadi pekerja dibawah umur,

serta remaja-remaja yang menjadi bahan eksploitasi baik kekerasan fisik maupun seksual.

Sedangkan yang menjadi paket layanan dari PKPR bagi remaja adalah:

- Pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja baik terkait penyakit menular seksual maupun terkait permasalahan yang berkaitan dengan pubertas
- Penanganan dan pencegahan kehamilan yang terjadi pada remaja
- Pelayanan penanganan atau pencegahan permasalahan gizi pada remaja seperti anemia, gizi kurang atau gizi lebih yg terjadi pada remaja.
- Pelayanan terkait Pertumbuhan dan Perkembangan pada remaja
- Deteksi dini pelayanan imunisasi pada remaja
- Pelayanan gangguan kesehatan jiwa pada remaja seperti masalah kejiwaan yang dialami oleh remaja
- Pencegahan dan penanganan ketergantungan terhadap konsumsi NAPZA
- Skrining dan deteksi pencegahan dan penanganan kekerasan baik fisik maupun seksual pada remaja
- Deteksi penyakit menular TBC pada remaja
- Deteksi penyakit gangguan akibat cacangan

Pelayanan yang dilakukan oleh setiap puskesmas akan bervariasi sesuai dengan kondisi wilayahnya masing-masing, tetapi

setiap puskesmas mengikuti standar yang sudah ditetapkan dalam memberikan pelayanan PKPR:

- Posyandu Remaja

Remaja memiliki permasalahan yang cukup kompleks sehingga menyebabkan mengarah kepada masalah kesehatan yang berisiko, pelayanan kesehatan selama ini dilakukan di dalam gedung seperti halnya PKPR yang ada di puskesmas, untuk itu melihat keberhasilan posyandu yang sudah ada dalam meningkatkan kesehatan pada bayi dan balita maka dibentuklah posyandu yang sasarannya adalah remaja dan itu adalah Posyandu Remaja. Kegiatan posyandu remaja ini mengajak semua remaja berperan serta secara aktif dengan menjadi kader posyandu remaja, sehingga permasalahan yang terjadi pada remaja bisa terpantau oleh teman atau rekan sebayanya yang menjadi kader remaja.

Posyandu Remaja adalah suatu bentuk kegiatan yang ada di masyarakat yang melibatkan seluruh masyarakat terutama remaja sehingga kegiatan ini adalah kegiatan oleh dan untuk remaja dengan tujuan meningkatkan derajat kesehatan remaja serta meningkatkan keterampilan pada remaja. Adapun tujuan dilakukannya posyandu remaja adalah:

- Meningkatkan dan mengajak remaja untuk berperan aktif dalam merencanakan, melaksanakan dan melakukan evaluasi kegiatan posyandu remaja
- Meningkatkan remaja dalam berperilaku hidup bersih srhat

- Meningkatkan kemampuan remaja dalam segi pengetahuan dan keterampilan yang terkait dengan kesehatannya terutama kesehatan reproduksi
- Meningkatkan kemampuan remaja dalam permasalahan kesehatan yang berkaitan dengan masalah kejiwaan serta penyalahgunaan obat-obat terlarang
- Meningkatkan dan menumbuhkan percepatan dalam perbaikan permasalahan gizi pada remaja
- Menghajak remaja untuk senantiasa selalu aktif terutama berkaitan dengan olah tubuh dan fisiknya
- Melakukan skrining dan pecegahan terhadap penyakit tidak menular pada remaja
- Mengajak remaja untuk selalu waspada terhadap tindakakn kekerasan baik secara fisik, psikologis maupun seksual

Dalam pelayanan kegiatan posyandu remaja, yang menjadi sasaran utama nya adalah remaja dari berbagai usia dengan tidak memandang pendidikan, status pernikahan maupun kecacatan yang diderita oleh remaja tersebut. Kegiatan posyandu remaja ini dikelola oleh remaja yang menjadi kader posyandu remaja, kader tersebut adalah semua remaja yang bersedia secara sukarela dan berada diwilayah posyandu tersebut. Kegiatan posyandu remaja ini terbukti mampu meningkatkan pengetahuan remaja khususnya tentang kesehatan repoduksi.

## **Dewasa**

### **1. Pengertian Dewasa**

Usia dewasa bagi seorang wanita erat kaitannya di hubungkan dengan masa subur, dewasa memberikan

arti bahwa seseorang yang sudah mengalami masa pertumbuhan dan perkembangan yang maksimal, sehingga sudah siap menerima semua tugas terkait pertumbuhan dan perkembangannya termasuk berada di lingkungan masyarakat.

Usia dewasa atau pada masa usia subur ini seorang wanita berada dalam usia yang produktif termasuk dari segi seksual, pada tahapan ini kehamilan, persalinan maupun memiliki bayi adalah masa yang paling ideal dijalankan oleh seorang wanita sehingga membutuhkan persiapan yang baik dalam menjalankannya.

## 2. Klasifikasi Dewasa

Berdasarkan tahapan perkembangannya, usia dewasa dibagi menjadi 3 bagian yaitu:

### a. Dewasa Permulaan

Usia dewasa awal dimulai dari usia 20 dan berakhir pada usia 30 tahunan, pada usia ini wanita memiliki tugas yang berkaitan dengan pekerjaannya, karirnya, menentukan pasangan hidupnya bahkan memlai untuk memiliki keluarga serta mulai mengasuh anak-anaknya.

### b. Dewasa Pertengahan

Tugas perkembangan pada usia ini adalah dimulai dari usia 35 tahun dan berakhir pada usia 45 tahunan, pada masa ini mulai mempersiapkan untuk generasi selanjutnya, memantapkan karir dan pekerjaan serta memperluas bentuk tanggungjawab baik bagi sendiri maupun bagi orang lain yang berada dilingkungannya.

### c. Dewasa Akhir

Usia pada tahapan ini adalah dimulai dari usia 60 an sampai dengan datangnya kematian, tugas yang dilakukan pada tahapan ini adalah mengkondisikan diri baik secara fisik maupun psikologis terkait adanya penurunan kemampuan secara fisik dan kesehatan serta menghadapi

masa tua yang lepas dari semua yang berkaitan dengan pekerjaan.

### 3. Kebutuhan atau Program Kesehatan Reproduksi bagi Wanita Dewasa

Melihat tugas perkembangan yang terjadi dalam setiap tahapan wanita dewasa, maka ada beberapa kebutuhan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi yang sebaiknya diberikan kepada wanita dewasa, kebutuhan-kebutuhan tersebut adalah:

- a. Kebutuhan mempersiapkan kehamilan dan persalinan yang aman
- b. Kebutuhan dalam mencegah kecacatan dan kematian akibat dari kehamilan dan persalinan
- c. Pengajuran jumlah kelahiran atau jumlah anak dengan adanya program Keluarga Berencana atau dengan penggunaan kontrasepsi yang tepat
- d. Pencegahan penyakit menular yang berkaitan dengan seksual seperti PMS atau HIV/AIDS
- e. Pemberian pelayanan yang berkualitas terkait dengan kesehatan reproduksi
- f. Pencegahan tindakan aborsi baik pada kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak direncanakan
- g. Pencegahan risiko penyakit kanker payudara dan kanker rahim dengan melakukan deteksi awal baik dengan PAPsmear atau Ivatest maupun dengan SADAR (periksa payudara sendiri)
- h. Penanganan dalam masalah ketidaksuburanyang berkaitan dengan sistem reproduksi

## **Lansia**

### 1. Pengertian Lansia (Lanjut Usia)

Menua adalah suatu proses yang fisiologis, semua orang akan mengalami siklus kehidupan ini, proses menua ini terjadi karena adanya penurunan bahkan hilangnya kemampuan secara fisik maupun psikososial, proses menua ini berjalan seiringnya

dengan waktu, penurunan kemampuan tubuh ini menyebabkan ketidakmampuan untuk mengganti jaringan atau bagian dari tubuh yang rusak karena proses yang fisiologis.

## 2. Pembagian Usia Lanjut

a. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia:

- 1) Masa menjelang memasuki usia lanjut 45-54 tahun
- 2) Masa lanjut usia dini usia 55 - 64 tahun
- 3) Masa usia lanjut atau masa senium usia lebih dari 65 tahun
- 4) Masa lanjut usia berisiko tinggi usia 70 tahun

b. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO)

- 1) Usia lanjut dini usia 60-74 tahun
- 2) Usia Tua yaitu usia 75 - 89 tahun
- 3) Usia sangat lanjut yaitu usia lebih dari 90 tahun

## 3. Perubahan pada Lansia

- a. Perubahan pada kulit, pada bagian kulit terjadi penurunan kadar lemak dan air sehingga kulit menjadi keriput, kering, timbul-timbul bintik bintik hitam sehingga menjadi tidak elastis
- b. Sistem reproduksi terutama pada wanita mengalami kekeringan pada daerah vagina ketika bersenggama sehingga menimbulkan risiko terjadinya infeksi.
- c. Perubahan yang paling terlihat adalah perubahan pada bagian tulang, pengapuran tulang menyebabkan terjadinya perubahan struktur tulang pada lansia yang mana lansia akan mudah terjadinya patah tulang dan bongkok

- d. Perubahan pada rambut yang menyebabkan rambut menjadi mudah rontok, berwarna putih serta menjadi kering dan tidak terlihat bercahaya.

#### 4. Program Kesehatan pada Lansia

##### Posyandu Lansia

Posyandu lansia adalah suatu kegiatan Pos pelayanan terpadu yang ada di masyarakat yang ditujukan untuk para lanjut usia. Kegiatan ini dilaksanakan di wilayah tertentu dibawah pemantauan dari puskesmas setempat yang mana kader dan petugas yang melaksanakannya adalah melibatkan usia lanjut.

Tujuan dilakukannya posyandu pada lansia ini adalah meningkatkan dan mendekatkan pelayanan kesehatan bagi lansia sehingga lansia mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan serta meningkatkan peran serta masyarakat terutama para lansia.

Pelayanan yang diberikan pada saat posyandu pada lansia adalah:

- a. Pemeriksaan terkait dengan aktivitas yang dilakukan sehari-hari yang rutinitas dilakukan
- b. Pemeriksaan Berat Badan dan tinggi badan yang menjadi perhitungan status gizi pada lanjut usia
- c. Pengukuran tanda-tanda vital seperti Tekanan darah, suhu dan nadi
- d. Pemeriksaan status anemia dengan pemeriksaan haemoglobin, pemeriksaan risiko diabetes maupun pemeriksaan lainnya yang terkait dengan penyakit-penyakit yang biasa terjadi pada lansia
- e. Memberikan edukasi kesehatan melalui penyuluhan yang terkait dengan kesehatan pada masa lansia

## Daftar Pustaka

- Atikah, R. (2017). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia. *Airlangga University Press*
- Diananda, A. (2019). Psikologi remaja dan permasalahannya. *ISTIGHNA: Jurnal Pendidikan dan Pemikiran Islam*, 1(1), 116-133.
- Fitriana, H., & Siswantara, P. (2018). Pendidikan kesehatan reproduksi remaja di SMPN 52 Surabaya. *The Indonesian Journal of Public Health*, 13(1), 107-118.
- Hapsari, A. (2019). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Modul Kesehatan Reproduksi Remaja.
- Indonesia, K. R. (2019). Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2019.
- Mayasari, A. T., Febriyanti, H., & Primadevi, I. (2021). *Kesehatan Reproduksi Wanita di Sepanjang Daur Kehidupan*. Syiah Kuala University Press.
- Mindianata, P. (2018). Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap niat keaktifan lansia dalam mengikuti Posyandu Lansia. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 6(2), 213-226.
- Mukhlisiana Ahmad, S. S. T. (2020). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi*. Media Sains Indonesia.
- Mulyati, I. (2021). PENGARUH POSYANDU REMAJA TERHADAP STATUS KESEHATAN REPRODUKSI DI SALAH SATU WILAYAH PUSKESMAS DI KABUPATEN BANDUNG TAHUN 2021. *JURNAL KESEHATAN INDRA HUSADA*, 9(2), 134-141.
- Kemenkes, R. I. (2020). Pedoman pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Pada Krisis Kesehatan. *Jakarta: Kemenkes RI*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020, Petunjuk teknis Penyelenggaraan Posyandu Remaja)

- Kemenkes, R. I. (2014). Pedoman Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja. *Kementerian Kesehatan RI. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.*
- Ocviyanti, D. (2020). Manajemen kebersihan menstruasi dan pencegahan perkawinan anak.
- Prijatmi, I., & Rahayu, S. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. *Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.*
- Pulungan, P. W., Rusmini, R., Zuheriyatun, F., Faizah, S. N., Kurniasih, H., Winarso, S. P., & Utami, V. N. (2020). *Teori Kesehatan Reproduksi.* Yayasan Kita Menulis.
- Rahayu, S., & Jannah, N. (2017). Kesehatan Reproduksi & Keluarga Berencana. EGC.
- Rahayu, A. (2018). Buku Ajar: Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia.
- Sestiono, S. (2019). Psikologi Kesehatan. *Psikosain Yogyakarta*
- Usia, K. N. L. (2010). Pedoman Pelaksanaan Posyandu Lanjut Usia. *Jakarta: Komisi Nasional Lanjut Usia.*

## **Profil Penulis**



### **Iceu Mulyati**

Penulis merupakan bidan yang berprofesi sebagai seorang dosen di Prgram Studi D3 Kebidanan Universitas Bhakti Kencana. Lahir di Bandung, 25 November 1980. Menamatkan pendidikan Diploma III Kebidanan di STIKes Bhakti kencana pada tahun 2005. Kemudian melanjutkan pendidikan D IV Bidan Pendidik di Universitas Padjadjaran pada tahun 2006. Menyelesaikan pendidikan S2 Kebidanan di Universitas Padjajaran Bandung pada tahun 2014. Memulai karir sebagai bidan pelaksana di RB Fadillah ada tahun 2005 sekaligus bekerja sebagai staf di program studi D III Kebidanan STIKes Bhakti Kencana. Pada Tahun 2006-2008 di STIKes Mitra Kencana Tasikmalaya,tahun 2008 s.d Sekarang di Universitas Bhakti Kencana Dalam kegiatannya, aktif melakukan Tri dharma Perguruan Tinggi meliputi pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat. Pernah mendapatkan hibah penelitian Dosen Pemula dari kemenristrekBrin dan berpartisipasi dalam beberapa kegiatan dalam pengembangan keilmuan.

Email Penulis: [iceu.mulyati@bku.ac.id](mailto:iceu.mulyati@bku.ac.id)

# PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DAN GANGGUAN KESEHATAN REPRODUKSI

**Fransiska Yuniati Demang, S.Kep., Ns., MKM.**  
UNIKA Santu Paulus Ruteng

## **Pendahuluan**

Kesehatan reproduksi yang baik menyiratkan bahwa seseorang dapat memiliki kehidupan seks yang memuaskan dan aman, kemampuan untuk bereproduksi, jauh dari penyakit menular seksual, dan memungkinkan perempuan dan laki-laki untuk memutuskan apakah dan kapan harus memiliki anak (keluarga berencana). Namun, masih banyak orang yang mengalami masalah kesehatan reproduksi karena berbagai sebab. Antara lain, kurangnya pengetahuan tentang seksualitas, informasi dan layanan kesehatan reproduksi yang tidak tepat atau berkualitas rendah, kebiasaan sosial yang diskriminatif, sikap negatif terhadap perempuan dan anak perempuan, terbatasnya pemberdayaan masyarakat, dan perilaku seksual berisiko tinggi. Masalah kesehatan reproduksi secara umum dibagi kedalam tiga jenis. 1) Penyakit menular seksual atau yang saat ini lebih dikenal dengan infeksi menular seksual (IMS). 2) Infeksi endogen, akibat pertumbuhan berlebih organisme yang biasanya ada pada saluran reproduksi, seperti vaginosis bakteri dan kandidiasis. 3) Infeksi iatrogenik, akibat dari prosedur medis yang dilakukan secara tidak steril, atau praktik persalinan yang buruk.

## Infeksi Menular Seksual (IMS)

IMS adalah infeksi yang disebabkan oleh patogen yang berbeda (misalnya: bakteri, virus, parasit, jamur) yang menular terutama melalui kontak seksual. WHO (2020) menggambarkan bahwa lebih dari 1 juta kasus IMS terjadi setiap hari di dunia, dan Sebagian besar tidak menunjukkan gejala. Berdasarkan data WHO, sebanyak lebih dari 30 bakteri, virus, dan parasit yang berbeda ditularkan melalui kontak seksual. IMS menjadi sangat berbahaya karena selain efek langsung dari infeksi tersebut IMS juga meningkatkan risiko tertular HIV dan memiliki komplikasi yang serius seperti infertilitas, radang panggul, kanker serviks, dsb. Disamping itu, IMS dapat ditularkan dari ibu ke janin dan menyebabkan prematuritas, berat bayi lahir rendah, kelainan bawaan pada bayi, bahkan kematian.

Penderita IMS biasanya mengalami salah satu atau lebih gejala berikut:

1. Benjolan, luka atau kutil pada atau dekat dengan penis, vagina, atau anus
2. Pembengkakan, kemerahan, atau gatal di dekat penis atau vagina
3. Keluarnya cairan dari penis
4. Keputihan berbau tidak sedap, menyebabkan iritasi, atau berbeda warna dan jumlahnya dari biasanya
5. Perdarahan vagina diantara dua siklus menstruasi
6. Nyeri saat berhubungan seks

Tabel berikut menjelaskan penyebab dan gejala klinis orang dengan IMS.

Tabel 5.1

### Infeksi Menular Seksual, Penyebab, dan Gejala Klinis

| IMS       | Penyebab             | Gejala Klinis                                             |
|-----------|----------------------|-----------------------------------------------------------|
| Gonorrhea | Neisseria gonorrhoea | Perempuan:<br>a. Keputihan purulenta (mengandung mukopus) |

|                |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                |                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>b. Nyeri atau perasaan terbakar saat BAK (dysuria)</li> <li>c. Perdarahan dari vagina di antara periode menstruasi.</li> </ul> <p>Laki-laki:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Nyeri atau perasaan terbakar saat BAK (dysuria)</li> <li>b. Uretra purulenta (mengandung mukopus)</li> <li>c. Infeksi pada epididimis</li> <li>d. Abses atau penyempitan uretra (striktur)</li> </ul> |
| Trichomoniasis | Trichomonas vaginalis | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Wanita akan mengalami keputihan seperti busuk, berbau busuk, berwarna sedikit kehijauan</li> <li>b. Pria akan mengeluarkan sekret dari uretra</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                      |
| Chlamydia      | Chlamydia trachomatis | <p>Perempuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Menghasilkan beberapa gejala, hingga terjadi infeksi saluran genitalia bagian atas (<i>silent</i> PID)</li> <li>b. Keputihan purulenta, biasanya berupa serviks yang memerah “berdaging” dan rapuh (mudah berdarah).</li> </ul> <p>Laki-laki:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Paling sering menyebabkan <i>non-gonococcal urethritis</i> (NGU)</li> </ul>     |
| Chancroid      | Haemophilus ducreyi   | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Luka borok “kotor” berada dimana saja pada genitalia eksternal</li> <li>b. Nyeri berkembang, dan terdapat pembesaran getah bening (bubo) di selangkangan</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                           |

|                                |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lymphogranuloma venereum (LGV) | Chlamydia trachomatis | <p>a. Papula kecil, biasanya tidak nyeri (seperti jerawat) pada penis atau vulva, diikuti oleh</p> <p>b. Bubo di selangkangan pecah membentuk beberapa fistula</p> <p>c. Jika tidak diobati, sistem limfatik dapat tersumbat, menyebabkan kaki gajah (pembengkakan pada genitalia atau ekstremitas)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Syphilis                       | Treponema Pallidum    | <p>Terdiri dari 3 tahapan: primer, sekunder, dan lanjut</p> <p>a. Sifilis tahap Primer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Awalnya, ulkus yang tidak nyeri (<i>chancre</i>): pada perempuan di genitalia eksterna (labia) dan pada laki-laki di penis.</li> <li>• Terdapat ulkus oral dan anal serta pembesaran getah bening</li> </ul> <p>b. Sifilis tahap sekunder</p> <p>Beberapa bulang selanjutnya jika tidak diobati muncul ruam pada tubuh tetapi tidak gatal, sakit kepala, nyeri otot, penurunan berat badan, demam ringan. Kemudian ruam bisa hilang secara spontan.</p> <p>c. Sifilis tahap lanjut</p> <p>Selanjutnya pada sekitar 25% kasus yang tidak diobati sering kali berakibat fatal karena mempengaruhi jantung,</p> |

|                                     |                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     |                                 | pembuluh darah besar, dan otak.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Granuloma inguinale                 | Calymmatobacterium granulomatis | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Penyebab umum infeksi saluran genital ulseratif</li> <li>b. Biasanya, pada orang yang terinfeksi akan muncul benjolan dibawah kulit seperti bisul berwarna merah yang kemudian pecah membentuk luka. Tidak terasa nyeri.</li> </ul>                                                                                          |
| Herpes genitalia                    | Herpes simplex virus            | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Vesikel multipel yang nyeri (luka lepuh di area genitalia) kemudian membentuk ulkus kecil yang hilang dalam 2 sampai 4 minggu (serangan pertama) dan dapat disertai dengan keputihan encer pada wanita</li> <li>b. Biasanya berulang, tetapi frekuensi kekambuhan sangat dipengaruhi oleh system kekebalan tubuh.</li> </ul> |
| Genital warts (condyloma acuminata) | Human papilloma virus           | Pertumbuhan “vegetasi bertangkai seperti kembang kol” tunggal atau ganda yang lunak, tidak nyeri, muncul disekitar anus, area vulvo-vagina, penis, uretra, dan perineum.                                                                                                                                                                                               |
| Molluscum contagiosum               | Pox Virus                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Papula globular multiple, halus, berkilau dari ukuran kecil (seperti kepala peniti) sampai ukuran besar (seperti kacang polong) dapat muncul di mana saja di tubuh. Tampak lesi pada atau disekitar genitalia.</li> </ul>                                                                                                    |

|                   |                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pediculosis pubis | Pthirus pubis                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tampak papula merah kecil dengan gumpalan kecil di tengah yang disebabkan oleh iritasi kutu</li> <li>b. Terkadang muncul urtikaria umum atau lokal dengan penebalan kulit</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Scabies           | Sarcoptes scabiei                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pruritus berat (gatal-gatal) dialami klien yang memburuk pada malam hari</li> <li>b. Liang/kudis adalah tanda diagnostic. Tampak sebagai garis putus-putus keabuan yang sedikit lebih tinggi di kulit.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| HIV-AIDS          | Human immunodeficiency Virus (HIV) | <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Tahap 1: Gejala infeksi HIV akut<br/>Sebagian besar orang tidak tahu kapan mereka terinfeksi HIV tetapi dalam 2 hingga 6 minggu saat system kekebalan tubuh mulai melawan, biasanya akan menimbulkan gejala yang mirip seperti terinfeksi virus pada umumnya (sindrom retroviral akut). Pada umumnya gejala berlangsung 1 sampai 2 minggu setelah itu gejala menghilang. Beberapa gejala yang biasa muncul antara lain: sakit kepala, mudah Lelah, nyeri otot, sakit tenggorokan, pembengkakan kelenjar getah bening, ruam merah yang tidak gatal,</li> </ul> |

|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | <p>bisul/luka di mulut, demam ringan, dan gejala neurologis lainnya.</p> <p>b. Tahap 2: Gejala latensi klinis</p> <p>Setelah sistem kekebalan tubuh kalah melawan virus, gejala seperti flu akan hilang. Tetapi ada banyak hal lain yang terjadi pada tubuh, dan lebih mudah terserang infeksi. Selama tahap ini, HIV yang tidak diobati akan membunuh sel CD4 dan menghancurkan sistem kekebalan tubuh.</p> <p>c. Tahap 3: Gejala AIDS</p> <p>AIDS adalah stadium lanjut dari infeksi HIV. Ini biasanya ketika jumlah sel T CD4 turun di bawah 200 dan sistem kekebalan tubuh rusak parah. Seseorang yang terinfeksi mungkin mendapatkan infeksi oportunistik, penyakit yang lebih sering terjadi dan prognosisnya lebih buruk. Beberapa gejala yang muncul pada tahap ini antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lelah sepanjang waktu</li> <li>• Pembengkakan kelenjar getah bening di leher atau selangkangan</li> <li>• Demam lebih dari 10 hari</li> <li>• Keringat pada malam hari</li> </ul> |
|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                   |                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penurunan berat badan tanpa alasan yang jelas</li> <li>• Sesak nafas</li> <li>• Diare parah yang berlangsung lama</li> <li>• Infeksi jamur di mulut, tenggorokan, atau vagina</li> <li>• Gejala neurologis seperti kebingungan, perubahan perilaku, kejang, perubahan penglihatan, dll</li> </ul> |
| Pelvic Inflammatory Disease (PID) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neisseria gonorrhea</li> <li>• Chlamydia trachomatis</li> <li>• Anaerobes</li> </ul> | a. Nyeri pada abdomen bawah, demam, keputihan,<br>b. Menstruasi tidak teratur, dismenorea, dyspareunia (nyeri saat berhubungan seksual), dysuria, tenesmus, sakit punggung bawah.<br>c. Demam 39°C<br>d. Keputihan                                                                                                                         |
| Epididymis / orchitis             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neisseria gonorrhea</li> <li>• Chlamydia trachomatis</li> </ul>                      | Akut: nyeri hebat pada satu atau kedua testis, pembengkakan tiba-tiba dari testis                                                                                                                                                                                                                                                          |

## Infeksi Endogen

Infeksi endogen terjadi akibat pertumbuhan berlebih dari organisme yang biasanya ada di genitalia. Infeksi ini juga dapat menyebabkan komplikasi serius. Infeksi endogen juga dihubungkan dengan persalinan prematur dan bayi berat lahir rendah. Berikut adalah contoh infeksi endogen.

Tabel 5.2  
Penyebab Infeksi Endogen

| Jenis Infeksi       | Penyebab                  | Gejala Klinis                                                                                   |
|---------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bacterial vaginosis | Pertumbuhan berlebih dari | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keputihan berbau amis, berwarna keabu-abuan</li> </ul> |

|             |                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             | bakteri anaerob (cth: Gardnerella vaginalis) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tidak selalu dapat ditularkan secara seksual</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Candidiasis | Candida albicans                             | <p>Perempuan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vagina gatal atau nyeri</li> <li>• Nyeri saat berhubungan seksual</li> <li>• Nyeri atau ketidaknyamanan saat BAK</li> <li>• Keputihan yang tidak normal</li> <li>• Meskipun sebagian besar kandidiasis vagina bersifat ringan, beberapa wanita dapat mengalami infeksi parah yang melibatkan kemerahan, pembengkakan, dan luka pada dinding vagina.</li> </ul> <p>Laki-laki</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gatal dan iritasi pada penis (balanitis)</li> </ul> |

### Infeksi Iatrogenic

Infeksi iatrogenic merupakan bagian dari infeksi pada saluran reproduksi yang disebabkan karena kesalahan medis seperti kesalahan diagnosis, ataupun tindakan medis yang tidak steril. Berikut adalah beberapa contoh penyebab infeksi iatrogenic yang sering terjadi:

1. Tertularnya infeksi ke pasien karena tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat) tidak mencuci tangan setelah kontak dengan pasien sebelumnya.
2. Infeksi pada organ reproduksi akibat prosedur medis yang tidak tepat (Contoh: kesalahan saat pemasangan AKDR)

Kesalahan dalam terapi farmakologis akibat kesalahan resep oleh dokter

## **Faktor Risiko IMS dan Masalah Kesehatan Reproduksi Lainnya**

Setiap orang yang aktif secara seksual berisiko terinfeksi IMS/masalah kesehatan reproduksi lainnya. Berikut adalah beberapa faktor yang meningkatkan risiko infeksi, antara lain:

1. Berhubungan seks tanpa pengaman.

Penetrasi vagina atau anal oleh pasangan yang terinfeksi PMS tanpa menggunakan kondom, secara signifikan meningkatkan risiko terinfeksi

2. Melakukan kontak seksual dengan banyak pasangan  
Semakin banyak pasangan seksual, maka risiko untuk terinfeksi penyakit seksual semakin tinggi.
3. Memiliki Riwayat IMS  
Orang yang memiliki riwayat IMS berisiko tinggi untuk terjadi IMS berulang ataupun terinfeksi IMS lain.
4. Korban pemerkosaan  
Berurusan dengan pemerkosaan atau penyerangan adalah hal yang sulit. Tetapi penting untuk menemui dokter sesegera mungkin untuk menerima pemeriksaan, perawatan, dan dukungan emosional.
5. Penyalahgunaan alkohol atau *recreational drugs*  
Penyalahgunaan alkohol atau obat-obatan rekreasi dapat menghambat penilaian seseorang, sehingga berisiko berpartisipasi dalam perilaku berisiko.
6. Penggunaan jarum suntik bersama  
Penggunaan jarum suntik bersama-sama meningkatkan risiko terinfeksi penyakit serius, termasuk HIV, hepatitis, dll.

## **Upaya Pencegahan**

1. Pendidikan kesehatan dan Konseling

Orang mungkin berisiko IMS karena perilaku mereka, namun perilaku tersebut mungkin sulit untuk diubah karena faktor atau keadaan, misalnya: gender,

budaya, kemiskinan, migrasi, dan permasalahan keluarga yang dapat membatasi pilihan mereka serta meningkatkan kerentanan. Untuk mengurangi risiko dan kerentanan secara efektif, orang mungkin memerlukan tidak hanya informasi spesifik tentang penularan IMS tetapi juga dukungan dalam membuat perubahan dalam hidup mereka. Penyedia layanan kesehatan dapat membantu dengan menyediakan:

- a. Pendidikan kesehatan selama kunjungan klinik
- b. Konseling untuk mendukung orang dalam mengubah perilaku
- c. Pendidikan masyarakat untuk meningkatkan kesadaran tentang IMS serta gangguan reproduksi lainnya. Selanjutnya, membantu mengubah gagasan dan sikap negative yang mungkin menghambat seksualitas yang sehat.

Ada perbedaan besar antara pendidikan kesehatan dan konseling. Pendidikan kesehatan adalah pemberian informasi penting terkait pencegahan atau pengobatan IMS/IMS dan tidak membutuhkan waktu lama. Sedangkan konseling membutuhkan waktu untuk membangun kepercayaan, menilai situasi individu seseorang, dan menghubungkan informasi pencegahan secara langsung dengan kehidupan orang tersebut. Penyedia layanan kesehatan yang sibuk jarang memiliki waktu untuk menasihati setiap pasien dengan IMS. Beberapa hal yang harus diketahui oleh masyarakat, antara lain:

- a. Informasi tentang IMS atau masalah reproduksi lainnya
  - 1) Apa saja yang termasuk IMS, dan bagaimana penularannya (dijelaskan juga penyakit reproduksi lain yang tidak menular)
  - 2) Komplikasi IMS/gangguan reproduksi lain termasuk dapat menyebabkan infertilitas dan keguguran

- 3) Hubungan antara IMS dan HIV serta perilaku yang menyebarkan keduanya
- b. Cara mencegah IMS/masalah reproduksi:
  - 1) Dimana mendapatkan kondom
  - 2) Menggunakan kondom secara konsisten dan benar (terutama dengan pasangan baru)
  - 3) Membatasi jumlah mitra
  - 4) Menunda seks (remaja)
  - 5) Keterampilan bernegosiasi
- c. Seksualitas yang sehat
  - 1) Perubahan biologis dan emosional yang normal
  - 2) Manfaat kehidupan seksual yang sehat
  - 3) Kapan dan bagaimana mencari nasihat/konseling jika ada masalah
- d. Gejala IMS/masalah reproduksi lainnya
  - 1) Apa yang harus dicari dan gejala apa yang dimaksud
  - 2) Penggunaan awal layanan klinik
- e. Perawatan IMS/masalah reproduksi:
  - 1) Cara minum obat
  - 2) Tidak melakukan hubungan seks selama menjalani pengobatan
  - 3) Pentingnya mengikuti terapi pengobatan bersama mitra
  - 4) Jadwal kunjungan ulang ke klinik

Beberapa pertimbangan khusus untuk konseling pada remaja:

- a. Konseling pada remaja mungkin membutuhkan lebih banyak waktu

- b. Remaja harus merasa yakin bahwa privasi dan kerahasiaan mereka akan dihormati
- c. Cobalah untuk menetapkan apakah remaja itu memiliki seseorang untuk mendiskusikan masalahnya
- d. Peka terhadap kemungkinan kekerasan seksual atau pemaksaan.
- e. Pastikan remaja memahami perkembangan seksual normal, dan bagaimana kehamilan terjadi.
- f. Pastikan remaja memahami bahwa adalah mungkin untuk mengatakan “tidak” pada seks.
- g. Diskusikan isu-isu yang berkaitan dengan penggunaan narkoba dan/atau alkohol dan pengambilan risiko seksual.
- h. Mungkin bermanfaat untuk melibatkan teman sebaya dalam pendidikan.
- i. Periksa apakah remaja mampu membeli obat-obatan yang diperlukan untuk mengobati ISK dan akan mampu menjalani pengobatan secara penuh. Orang-orang muda kemungkinan besar akan menghentikan atau menghentikan pengobatan jika mereka mengalami efek samping yang tidak terduga.
- j. Pastikan tindak lanjut ditawarkan pada waktu yang tepat.

## 2. Kondom

Untuk pasien yang aktif secara seksual, kondom pria efektif dalam mengurangi penularan infeksi HIV secara seksual. Bila digunakan dengan benar dan konsisten, kondom lateks pria dapat mengurangi risiko IMS lainnya, termasuk Chlamydia, gonorrhea, dan Trichomonas. Kondom dapat memberikan perlindungan terhadap penularan HSV, dan dapat mengurangi beberapa konsekuensi buruk dari infeksi HPV. Efektivitas tergantung pada penggunaan yang benar dan konsisten. Penyedia mungkin perlu

mendemonstrasikan bagaimana menempatkan kondom pada penis melalui model yang sesuai, terutama untuk orang yang mungkin tidak berpengalaman dengan penggunaan kondom.

### 3. Vaksin

Vaksinasi untuk virus hepatitis B (HBV) diindikasikan untuk semua remaja yang tidak divaksinasi, semua orang dewasa yang tidak divaksinasi yang berisiko terinfeksi HBV, dan semua orang dewasa yang mencari perlindungan dari infeksi HBV. Vaksinasi untuk virus hepatitis A (HAV) diindikasikan untuk pria homoseksual atau biseksual, orang dengan penyakit hati kronis (termasuk hepatitis B dan C), dan pengguna narkoba IV; selain itu, beberapa individu dengan paparan pekerjaan atau perjalanan harus divaksinasi. Dalam kasus kontak seksual atau rumah tangga dengan seseorang dengan HAV, vaksin hepatitis A atau globulin imun harus diberikan sesegera mungkin setelah terpapar. Vaksinasi HPV diindikasikan untuk mencegah kanker serviks. vaksin HPV quadrivalen (Gardasil) dan vaksin HPV bivalen (Cervarix) dapat direkomendasikan sesuai usia.

## **Pengobatan**

1. Pengobatan efektif tersedia untuk beberapa jenis IMS
  - a. Tiga bakteri penyebab IMS (chlamydia, gonorrhea and syphilis) dan satu parasite penyebab IMS (trichomonialis) umumnya dapat disembuhkan dengan rejimen antibiotik dosis tunggal yang efektif.
  - b. Untuk herpes dan HIV, obat paling efektif yang tersedia adalah antivirus/antiretroviral yang dapat mengatur perjalanan penyakit, meskipun tidak dapat menyembuhkan penyakit.
  - c. Untuk hepatitis B, modulator sistem kekebalan (interferon) dan obat antivirus dapat membantu melawan virus dan memperlambat kerusakan hati.

Resistensi IMS khususnya gonore terhadap antibiotik telah meningkat pesat dalam beberapa tahun terakhir dan telah mengurangi pilihan pengobatan. Munculnya penurunan kerentanan gonore terhadap pilihan pengobatan "lini terakhir" (sefalosporin oral dan injeksi) bersama dengan resistensi antimikroba yang telah ditunjukkan pada penisilin, sulfonamid, tetrasiklin, kuinolon, dan makrolida membuat gonore menjadi organisme yang resistan terhadap banyak obat. Resistensi antimikroba untuk IMS lain, meskipun kurang umum juga ada, sehingga pencegahan dan pengobatan segera menjadi sangat penting.

## 2. Manajemen Sindrom

Banyak negara mengandalkan identifikasi tanda dan gejala yang konsisten dan mudah dikenali untuk memandu pengobatan, tanpa menggunakan tes laboratorium. Ini disebut manajemen sindrom. Pendekatan ini, yang sering bergantung pada algoritme klinis, memungkinkan petugas kesehatan mendiagnosis infeksi spesifik berdasarkan sindrom yang diamati (misalnya, keputihan, sekret uretra, borok genital, nyeri perut). Penatalaksanaan sindrom sederhana, menjamin pengobatan yang cepat, pada hari yang sama, dan menghindari tes diagnostik yang mahal atau tidak tersedia. Namun, pendekatan ini mengabaikan infeksi yang tidak menunjukkan sindrom apa pun, namun sebagian besar IMS secara global.

## **Daftar Pustaka**

- Aral SO (2008). Behavioral Interventions for Prevention and Control of Sexually Transmitted Diseases. Springer Singapore Pte. ISBN 978-0-387-85768-8.
- Centers for Disease Control and Prevention and Association of Public Health Laboratories. (2018) Quick reference guide: Recommended laboratory HIV testing algorithm for serum or plasma specimens. Published January 27, 2018.
- Cottrell ML, Kashuba AD. (2014) Topical microbicides and HIV prevention in the female genital tract. J Clin Pharmacol 2014; 54: 603–15. <https://doi.org/10.1002/jcph.292>external icon
- Faro S (2003). Sexually transmitted diseases in women. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-0-397-51303-1.
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. (2021) Sexually transmitted infections treatment guidelines. Syphilis. MMWR Recomm Rep. 2021;70(No. RR-4):1-187.

## **Profil Penulis**



### **Fransiska Yuniati Demang**

Penulis adalah dosen Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Kesehatan Unika Santu Paulus Ruteng. Lahir di Manggarai, NTT tahun 1989, menyelesaikan S1 Keperawatan dan Ners di Universitas Respati Yogyakarta tahun 2013, dan menyelesaikan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia tahun 2017.

Memulai Karir sebagai dosen Sarjana Keperawatan di Unika Santu Paulus Ruteng sejak tahun 2014. Penulis aktif dalam melaksanakan tridharma perguruan tinggi. Melaksanakan berbagai penelitian yang telah di publikasikan baik di jurnal nasional maupun internasional, menjadi pembicara di berbagai pertemuan ilmiah.

Email Penulis: [yuni120509@gmail.com](mailto:yuni120509@gmail.com)



## PSIKOLOGI DALAM SIKLUS KEHUDUPAN PEREMPUAN

**Renita Rizkya Danti, SST., M.Keb.**  
STIKES Banyuwangi

### **Pendahuluan**

Kata Psikologi, menurut cabang ilmu bahasa berasal dari kata *psyche* yang memiliki arti sebagai jiwa, roh, sukma. Kata selanjutnya adalah *logos* yang memiliki makna ilmu pengetahuan, sehingga psikologi secara umum dapat diartikan sebagai pengetahuan tentang jiwa. Pada psikologi dapat memahami peran sekaligus fungsi mental seseorang untuk mempelajari sikap dan perilaku dimana terdapat proses psikologis dan neurologis. Pada umumnya ilmuwan membagi psikologi menjadi 2 jenis yaitu:

1. Psikologi metafisika: Suatu proses yang menyelidiki segi jiwa seseorang seperti yang dilakukan oleh Aristoteles dan Plato
2. Psikologi empiris: Suatu proses yang menyelidiki gejala kejiwaan dan perilaku manusia dengan menggunakan pengamatan, eksperimen dan pengumpulan data-data yang berkaitan dengan kejiwaan.

Berikut beberapa arti Psikologi menurut beberapa ahli:

1. Gardner Murphy: Ilmu yang mempelajari suatu respon dari makhluk hidup ke lingkungan sekitarnya
2. Carl Gustav Jung: Ilmu mengenai suatu hal yang bernyawa

3. Richard Mayer: Suatu analisis tentang mental serta struktur daya ingat untuk memahami sikap dan perilaku manusia
4. Plato dan Aristoteles: Ilmu pengetahuan yang membahas tentang hakikat jiwa, nyawa, atau rohani dan proses hingga akhir
5. Woodworth dan Marwuis: Ilmu pengetahuan yang mempelajari tentang aktivitas manusia dari masa dalam kandungan atau sejak janin hingga meninggal dan dengan hubungan sekitarnya.

Berikut adalah cabang-cabang dari ilmu Psikologi:

1. Psikologi perkembangan: Adalah cabang ilmu psikologi yang mempelajari perkembangan manusia sejak proses kehamilan hingga kematian. Cabang ini dapat dispesifikan lagi menjadi psikologi anak, dewasa, dan lanjut usia.
2. Psikologi social: Adalah cabang ilmu psikologi yang memperdalam tentang perilaku manusia dengan lingkungannya. Hal ini juga dapat mempelajari mengenai hubungan social, antar individu, dan kerja sama dalam kelompok.
3. Psikologi kepribadian: Adalah cabang ilmu psikologi yang mempelajari perilaku manusia dan jati diri manusia
4. Psikologi psikopatologi: Adalah cabang ilmu psikologi yang mempelajari gangguan Kesehatan mental serta gejala-gejalanya
5. Psikologi konseling terapeutik: Adalah cabang ilmu psikologi yang mempelajari suatu proses seseorang dalam menangani berbagai masalah dan hambatan-hambatan dan upaya dalam mencapai kemampuan pribadi yang dimiliki secara optimal.

Pada topik psikologis dalam siklus hidup perempuan merupakan defiriansi dari cabang ilmu psikologi perkembangan dan Kesehatan. Psikologi Kesehatan focus pada keilmuwan dan profesi disiplin psikolgi dimana terdapat upaya untuk menikngkatkan optimalisasi

Kesehatan fisik dan psikis yang bersifat promotive, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sehingga pada akhirnya nanti pengambilan keputusan klinis dapat diambil dengan tepat. Dalam perkembangan psikologis manusia, digambarkan sebuah proses terbentuknya sikap dan perilaku atau tingkah laku manusia yang dapat terjadi secara impulse ataupun terencana. Pada konsep perilaku menurut Chaplin adalah sekumpulan aksi reaksi dari aktivitas, Gerakan, Tindakan, tanggapan, atau jawaban dari seseorang. Dimana totalitas penghayatan dan reaksi seseorang dapat terlihat semu dan jelas sebagai bentuk reaksi dari stimulus yang didapatkan dari sekitarnya. Reaksi perilaku meliputi aspek kognitif, afektif (sikap), dan psikomotor. Jika dalam prosesnya terjadi hambatan pada salah satu aspek maka aspek perilaku lainnya akan terganggu juga. Agar perilaku dapat berproses dengan baik, diperlukan dasar pendekatan-pendekatan sebagai berikut:

1. Pendekatan neurobiologik: adanya hubungan antara perilaku dengan kejadian yang berlangsung pada tubuh
2. Pendekatan behavioristik: focus pada perilaku yang nyata
3. Pendekatan kognitif: pada pendekatan ini seseorang menerima stimulus yang pasif dan aktif
4. Pendekatan psikoanalisis: perilaku seseorang mendapatkan dukungan oleh insting bawaan dan Sebagian besar perilaku yang tidak disadari

Pendekatan humanistic: perilaku individu yang mampu mengarahkan ke perilaku yang baik pada lingkungan sekitar.

### **Psikologi pada Prenatal, Neonatal, dan Bayi**

Pada masa prenatal ini sel perasa dan penciuman janin mulai muncul di usia kehamilan 14 minggu, indera perasa dan penciuman pada makanan ditransmisikan ke janin melalui cairan amnion. Pada usia kehamilan 26 minggu janin mulai merespon suara detak jantung dan getaran suara dari si ibu. Tidak hanya itu janin juga dapat

berkembang untuk mengingat dengan merekam setiap pembicaraan orang tuanya. Perkembangan psikologis pada neonatal ditandai dengan berkembangnya intelektual, ekspresi emosional seperti tangisan, rasa takut, senang, dan Gerakan motoric. Stimulus yang terus diterima oleh neonatal membentuk kemampuan adaptasi dengan lingkungan sekitar seperti adanya keinginan digendong, mencari perhatian, bermain dan sebagainya. Apabila stimulus ini dapat di optimalkan dengan baik maka pola adaptasi seperti Gerakan tubuh, oto, tangan dan lainnya dapat tumbuh berkembang.

Pada bayi yang menginjak usia 2 bulan hingga satu tahun, mengalami beberapa perkembangan psikologis pada kemampuan sensoris seperti peka terhadap sentuhan. Gerakan rooting merupakan salah satu reflek sensoris yang ditunjukkan, respon rasa sakit juga dapat muncul, indera penciuman mulai lebih peka terutama pada aroma vanilla dan arbei, dan reflek mengecap meningkat, respon mendengar mulai lebih jelas, dan penglihatan juga lebih jelas terlihat. Perkembangan motoric pada bayi semakin berkembang mulai mampu melakukan Gerakan ke kanan dan kiri, membedakan ekspresi wajah dan suara, usia 3 bulan mulai bisa duduk walaupun ditopang, memegang erat benda disekitarnya pada usia 4 bulan, usia 5 bulan benda bisa dipindah dari tangan satu ke lainnya, selanjutnya mulai mampu duduk secara mandiri, menjatuhkan benda, pada usia 7 bulan mampu mengangkat badan dengan tangan dan lututnya, proses belajar merangkak dan duduk tegap, usia 9 bulan mulai belajar berdiri dengan dipegangi, usia 10 bulan adanya kemampuan untuk mengucapkan panggilan mama dan papa, usia 11 bulan bisa berdiri tanpa bantuan, mengubah duduk, menggunakan kedua tangannya secara aktif, dan usia 1 tahun adanya usaha untuk dapat berjalan. Perkembangan kognitif juga dapat kita pantau seperti pola habituasi atau pembiasaan, pembiasaan klasik, pembiasaan instrumental, dan imitasi. Sedangkan perkembangan emosi bentuk-bentuk yang akan muncul adalah marah, afeksi kegembiraan, rasa ingin tahu, kecewa, takut, overprotective, posesif. Bayi juga dapat mengalami perkembangan social dan Bahasa. Pola Bahasa

ini sebagai cara komunikasi seperti menangis, mengoceh, dan isyarat. Kemandirian bayi juga dapat berkembang melalui perkembangan keterampilan seperti makan dengan tangannya, memakai pakaian, bermain, jalan. Sedangkan perkembangan psikoseksualnya bayi melalui fase oral dan anal. Fase oral seperti mengisap puting susu ASI, dan fase anal dimana bayi dapat ekskresi secara rutin. Di usia ini juga dapat diajarkan toilet training Agar dapat melakukan buang air kecil dan besar secara mandiri.

### **Psikologi Masa Kanak-kanak**

Anak adalah sosok yang menjalani fase pertumbuhan dan perkembangan yang pesat. Dalam usia ini karakteristik anak mulai terlihat. Stadium perkembangan kognitif (Piaget) terus berkembang seperti:

1. Stadium sensoris: Terjadi pada usia 0 – 2 tahun, dengan intelegensi seperti motoric, reflek, desentrasi, dan permanensi objek.
2. Stadium pra operasional: Terjadi usia 2 – 7 tahun dengan munculnya penguasaan Bahasa, permainan simbolis, imitasi, egosentris, statis dan sentralisasi
3. Stadium operasional: Terjadi usia 7 – 11 tahun dengan adanya penurunan ego, desentralisasi meningkat, aktivitas logis, klasifikasi dan konservasi.
4. Stadium operasional formal: Usia 11 tahun keatas, focus pada hipotesis deduktif, akamidatif, fleksibel, berpikir proporsional dan kombinatoris

Ciri-ciri perkembangan kognitif pada anak:

1. Bersifat pra operasional
2. Kaya imajinasi
3. Daya konsentrasi pendek
4. Berkaitan dengan rasa ingin tahu yang besar
5. Bersifat egosentris

Dampak negatif dari rasa keingintahuan anak yang tinggi terkadang membahayakan anak seperti adanya kasus kecelakaan atau luka fisik, kematian anak. Sehingga pada usia ini perlu secara intensif untuk menjaga dan adanya control dari orang tua. Pemberian permainan yang tepat dan edukatif dapat menghindari hal tersebut terjadi. Permainan tersebut antara lain permainan pengamatan, permainan dengan kondisi nyata yang bersifat fantasi, permainan sendiri, parallel, kelompok, dan interaksi tukar menukar. Stimulus permainan tersebut dapat menekan reaksi emosi pada anak seperti marah, cemburu, gembira, ingin tahu berlebih, rasa takut, iri hati, sedih, dan merasa kurang kasih sayang. Pada usia ini juga mengalami perkembangan seksual sehingga perlu usaha membangun identitas seksual seperti memberikan penjelasan tentang gender dan perbedaan gender, penjelasan tentang perilaku yang sesuai dengan gender, memberikan nama sesuai gender, mengenakan pakaian sesuai gender, menyesuaikan fisik sesuai dengan gender, mengembangkan model permainan sesuai gender. Selain gender perkembangan moral dan kedisiplinan perlu ditegakkan agar berkembang dengan optimal. Cara mendisiplinkan anak usia akhir seperti menahan pemberian atensi untuk sementara waktu, menegaskan kekuasaan dengan mengambil alih control sumber daya yang dimiliki anak seperti memukul atau mengambil hak anak, induksi dengan menggunakan penalaran dan penjelasan tentang konsekuensi perilaku perbuatan salah.

### **Psikologi Masa Pubertas dan Remaja**

Pada remaja putri dan laki-laki memiliki perasaan yang hamper sama seperti perasaan resah, gelisah, ada konflik batin dengan orang tua, minat melua, pergaulan, mulai berkelompok, mulai mengenal lawan jenis, dan tidak stabilnya prestasi. Terjadinya perubahan fisik atau pubertas memengaruhi perkembangan psikologis dan perilaku. Factor-faktor penyebab adanya masalah pada remaja, antara lain orang tua dan pendidik kurang siap dalam memberikan informasi, terjadinya pernikahan usia dini, menarche yang terlalu dini, sarana komunikasi yang

semakin baik namun tidak didukung dengan penggunaan yang baik. Faktor tersebut dapat menyebabkan terjadinya masalah psikologis seperti meningkatnya rasa malu sehingga menjadi pribadi yang pendiam dan selalu kalah, memiliki emosional yang labil, mudah tersinggung, mudah marah, merasa khawatir, dingin, terlalu berhati-hati, kurang percaya diri, sering membantah dan menantang (antagonism tinggi), *day dreaming*, antagonism seks dengan bertindak lebih agresif, cepat merasa bosan, keinginan untuk menyendiri, enggan untuk bekerja, dan sikap tidak tenang. Faktor dan masalah yang dapat terjadi diatas dapat dicegah dengan berbagai cara yakni dengan meyakinkan bahwa harus dapat menerima segala kondisi dari dirinya, diberikan kebebasan emosional secara positif dan terpantau, diberikan kesempatan untuk bergaul dengan sebayanya, menganalisis kemampuan yang dimiliki, memperkuat penguasaan diri dan norma, mengembangkan keterampilan intelektual, bertanggung jawab atas segala Tindakan dan sikapnya.

### **Psikologi Masa Perkawinan**

Perkawinan merupakan peristiwa sepasang mempelai dipertemukan secara formal dihadapan penghulu dan saksi dan dicatat secara resmi oleh negara. Dalam perkawinan terdapat dua pribadi yang berbeda menjadi satu sehingga perlu manajemen koping dan adaptasi terhadap kemungkinan masalah yang akan terjadi. Selain persiapan fisik dalam perkawinan dibutuhkan persiapan mental atau psikologis seperti kepribadian dengan saling memberikan kebutuhan akan rasa kasih sayang dan latar belakang Pendidikan supaya dalam proses jalannya rumah tangga memiliki kemampuan verbal yang dapat saling menerima atau toleransi. Aspek psikososial seperti agama, latarbelakang social keluarga, budayam pergaulan, dan pekerjaan juga menjadi hal penting untuk dipersiapkan. Persiapan ini diupayakan agar pada pelaksanaannya mudah untuk menyesuaikan. Penyesuaian perkawinan merupakan kesanggupan dan kemampuan suami istri untuk menjaga keharmonisan dengan cara saling menerima, memberi, dan mengerti. Hal

ini juga memengaruhi dalam penyesuaian seksual, finansial, dan penerimaan pihak keluarga.

Faktor-faktor yang memengaruhi penyesuaian terhadap pasangan yakni konsep pasangan ideal, pemenuhan kebutuhan, kesamaan latarbelakang, minat dan kepentingan Bersama, keserupaan nilai, konsep peran, dan perubahan pola hidup. Dalam perkawinan juga tidak memungkiri terjadinya masalah seperti problematic “keran bocor” yaitu sering berkeluh kesah kepada orang lain terhadap kekurangan dan ketidakmampuan penyesuaian yang terjadi pada rumah tangga, masalah perasaan yang menganggap buruk atau menjelekkan pasangan, pertengkaran karena hal sepele yang dikarenakan kurangnya toleransi dalam penerimaan, masalah yang dikarenakan hubungan yang semakin jauh karena komunikasi yang kurang baik dan masih tingginya egosentris pada masing-masing pribadi sehingga tidak ada rasa mengalah atau mencoba memperbaiki hubungan atau komunikasi. Apabila masalah kerap muncul, dalam perkawinan dibutuhkan adanya konseling perkawinan yakni konselor menjelaskan keuntungan dan kerugian perkawinan, konseling focus pada kebutuhan klien dan bukan hanya sekedar nasihat, konseling tidak memengaruhi, membujuk, menegur, mengancam, mengintimidasi klien, melainkan memberikan alternatif konseling. Dalam konseling lebih baik tidak dilakukan penilaian baik atau salah karena setiap klien memiliki penerimaan dan koping yang berbeda-beda. Konseling juga dapat dilakukan melalui wawancara mendalam antara suami dan istri atau pasangan.

### **Psikologi Masa Konsepsi dan Kehamilan**

Kehamilan adalah proses konsepsi hingga terbentuknya janin dan diakhiri dengan proses persalinan. Dalam perjalanan prosesnya terjadi gejala perubahan psikologis. Perubahan yang terjadi pada trimester 1 yaitu perempuan mengalami perubahan masa dari yang awalnya sendiri dan pada momentum ini harus menerima kehamilannya. Pelajaran untuk memahami peran baru dan menyiapkan kemungkinan yang terjadi di waktu akan datang. Pada trimester I ini ibu hamil mudah mengalami

stress yang diakibatkan oleh gangguan dari dalam diri, orang lain, atau penyesuaian terhadap tekanan sosial. Sedangkan perubahan psikologi trimester II dibagi menjadi 2 fase yakni fase *prequickening* dan fase *postquickening*. Fase *prequickening*, ibu hamil mengevaluasi hubungan antara dirinya dan orang tuanya. Sedangkan fase *postquickening* identitas keibuan mulai muncul. Ibu hamil fokus terhadap proses kehamilannya dan persiapan menghadapi peran baru. Perubahan psikologis pada trimester III ibu hamil dapat mengalami peningkatan kewaspadaan akan proses persalinan yang tersaji sewaktu-waktu. Ibu sering merasa khawatir atau takut jika tiba-tiba terjadi penyulit persalinan atau komplikasi, ibu juga cenderung protektif untuk melindungi anaknya dan sedih karena akan berpisah dengan janin yang dikandungnya. Trimester III sering disebut periode menunggu dan pada saat ini ibu merasa tidak sabar menunggu kelahiran bayinya.

### **Psikologi Masa Persalinan**

Kondisi psikologis menjelang persalinan terjadi peningkatan perasaan takut mati, ketakutan, rasa bersalah, halusinasi hipnagogik. Perasaan takut mati disebut ketakutan primer dan bisa lebih kerap terjadi bila tidak memiliki dukungan yang adekuat dari keluarga. Sedangkan rasa takut yang kerap muncul dikarenakan seringnya ibu berpikir bahwa takut jika janin yang dilahirkan tidak normal. Rasa bersalah atau berdosa yang berkaitan dengan kehidupan sebelumnya kerap menjadi momok dan pikiran sehingga akan mempersulit dalam kesiapan proses persalinan. Mendekati proses lahirnya bayi, ibu mengalami masa tidur semu yang mengakibatkan halusinasi hipnagogik. Halusinasi ini ialah suatu impuls atau gambaran tanpa disertai rangsang yang adekuat yang berlangsung saat setengah tidur.

Ibu bersalin dalam reaksi psikologis juga mengalami perubahan sikap yakni:

1. Aktif secara total: ditandai dengan semakin meningkatnya aktivitas seiring meningkatnya

kegelisahan. Rasa gelisah ini dirasionalisasikan untuk mempersingkat rasa penantian menuju persalinan.

2. Hiperaktif total: merupakan kelanjutan dari aktif total, dimana gejalanya ditandai dengan sikap yang sangat aktif dan berlebihan untuk melepaskan diri dari ritme kelahiran normal
3. Pasif secara total: gejalanya dengan sikap penerimaan total atas kehamilan dan persalinan, menilai orises ini sebagai hal normal dan tidak perlu dicemaskan
4. Hiper pasif: gejala umum seperti tidak menyadari bahwa kehamilannya sudah matang dan menjelang proses persalinan, timbul ketyidakpedulian dan tidak bertanggung jawab terhadap adanya perubahan, dan ketergantungan dengan orang lain
5. Pasif menyerah :gejala muncul seperti rasa malas untuk kooperatif dengan provider yang membantunya dalam proses persalinan
6. Hipermaskulin: timbul sikap kejantanan ekstrem sejak awal kehamilan dan bersikap inkonsisten antara keinginan untuk memiliki anak dengan ketidakinginan melahirkan anak, jika terus menerus terjadi menyebabkan gejala neurotis obsesif.

Kompleks maskulin: menganggap bahwa proses persalinan sebagai tugas penghinaan, dipaksakan, tidak alami, dan tidak adil.

### **Psikologi Masa Nifas**

Pada masa nifas terjadi adaptasi psikologis dan digolongkan menjadi tiga periode menurut Reva Rubin sebagai berikut:

1. Periode Taking In
  - a. Berlangsung 1 – 2 hari setelah melahirkan
  - b. Saat ini ibu cenderung pasif dengan lingkungannya.
  - c. Ibu sering bercerita tentang pengalaman melahirkan secara repetitive

- d. Diperlukan *support system* yang kuat agar ibu dapat istirahat cukup dan dapat menerima kondisi untuk mengasuh bayinya.
  - e. Nafsu makan meningkat sehingga perlu dukungan pemenuhan nutrisi yang cukup
2. Periode Taking Hold
    - a. Berlangsung 3 – 10 hari setelah melahirkan
    - b. Fase ini ibu merasa cemas akan ketidakmampuan merawat bayinya.
    - c. Ibu menjadi sensitive dan mudah tersinggung
    - d. Dibutuhkan *support system* yang baik agar mudahnya penerimaan masukan atau nasihat untuk meningkatkan rasa percaya dirinya
  3. Periode Letting Go
    - a. Berlangsung 10 hari setelah melahirkan
    - b. Ibu menerima tanggung jawab sebagai ibu dan mulai menyesuaikan diri dalam pengasuhan bayinya.

### **Psikologi Masa Lansia (Menopause)**

Macam-macam perubahan psikologis pada masa menopause yaitu:

1. Perubahan peran dalam kehidupan keluarga
2. Ibu merasa tidak lagi dibutuhkan
3. Perubahan hubungan social dengan lingkungan
4. Kehilangan anggota keluarga
5. Pertambahan usia
6. Mudah sakit-sakitan

Gangguan psikologis yang terjadi pada masa menopause, yakni:

1. Suasana hati terkadang tidak tenang, mudah marah dan perasaan tegang

2. Pikiran yang tidak menentu seperti khawatir, sulit konsentrasi, pikiran kosong
3. Motivasi tidak stabil seperti menghindari situasi tertentu, ketergantungan yang tinggi dengan orang lain
4. Mudah gelisah dan tidak terkendali seperti gugup, kewaspadaan yang berlebihan, mudah panik dan sensitive
5. Reaksi biologis yang tidak terkendali seperti berkeringat, gemetar, berdebar-debar, mual, mulut kering, kurang nafsu makan.

## Daftar Pustaka

- Aprilia, W. (2020). Perkembangan Pada Masa Pranatal dan Kelahiran. *Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini*.
- Aprisandityas, A. (2016). Hubungan Antara Regulasi Emosi dengan Kecemasan pada Ibu Hamil. *Jurnal Psikologi*.
- Asbar, A., & Mawarpury, M. (2018). Hidup Berkualitas : Studi Kasus pada Perempuan Menopause. *Jurnal Perempuan, Agama dan Jender*.
- Astuti, A. B., & Santosa, S. W. (2000). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Penyesuaian Diri Perempuan pada Kehamilan Pertama. *Jurnal Psikologi*.
- Astuti, S. E. (2012). *Adaptasi Psikologis pada Ibu Setelah Persalinan*.
- Astuti, T., & Nugrahaningtyas, J. (2021). Pengembangan Program Cipta Reproduksi Sehat sebagai Upaya Peningkatan Kualitas Perempuan Menopause Sadar Kesehatan Reproduksi. *Unriyo*.
- Danti, R. R. (2020). Prenatal Yoga for Mental Health : A Systematic Literature Review. *Atlantis Press*.
- Dewi, N. A. (2018). Peranan Hipnoterapi untuk Mengatasi kecemasan Menghadapi Persalinan Anak Pertama. *Jurnal Psikologi Mandala*.
- Hakiki, M., Widiyastuti, N., & Danti, R. R. (2022). *Buku Ajar Asuhan Kehamilan Sehat Selama Pandemi Covid-19*. Jakarta: Guepedia.
- Hotifah, Y. (2011). Dinamika Psikologis Perempuan Kekerasan dalam Rumah Rangka. *Personifikasi*.
- Januar, V., & Putri, D. E. (2007). Citra Tubuh pada Remaja Putri Menikah dan Memiliki Anak. *Jurnal Psikologi*, 1.
- Kristianto, P. L. (2018). Integrasi Ilmu Psikologi dalam Kegiatan Pemasaran. *Universitas Kristen Immanuel*.

- Lee, K., & Tang, W. (2019). The experience of Mindful Yoga for Older Adults with Depression. . *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.
- Lianawati. (2018). Mengenal Psikologi Feminis. *Universitas Kristen Krida Wacana*.
- Marettih, A. K. (2017). Kualitas Hidup Perempuan Menopause. *Jurnal Psikologi UIN Suska Riau*.
- Nurhayati, E. (2016). Memahami Psikologi Perempuan (Integrasi dan Intercomplementer Perspektif Psikologi dan Islam). *Batusangkar International Conference*.
- Porges, S. (2014). The Polyvagal Theory : New Insights Into Adaptive Reactions of the Autonomic Nervous System. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*.
- Prabandari, F. (2021). Upaya Peningkatan Derajat Kesehatan Melalui Screening Kecemasan dan Edukasi Premenopause. *Bernas : Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*.
- Rahmi. (2013). Perbedaan Tingkat Stress pada Masa Pre Menopause Perempuan dan Tidak Menikah. *Universitas Sumatra Utara*.
- Veena, A., & Satyabaratana. (2011). Maternal Mental Health in Pregnancy and Child Behavior. *Indian Journal of Psychiatry*.
- Wati, N., & Supiyati, S. (2018). Pengaruh Senam Yoga terhadap Kesiapan fisik dan psikologis dalam menghadapi Persalinan. *Jurnal kedokteran dan Kesehatan*.

## Profil Penulis



### **Renita Rizkya Danti**

Renita Rizkya Danti ialah seorang penulis dari buku ini. Lahir di Banyuwangi, 08 November 1993. Penulis memiliki ketertarikan terhadap ilmu kebidanan dimulai sejak masa sekolah. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke jurusan kebidanan di DIII Kebidanan Fak. Kedokteran Universitas Sebelas Maret dan lulus pada tahun 2015, lalu penulis melanjutkan studi pada jurusan D IV Bidan Pendidik Fak. Kedokteran Universitas Sebelas Maret dan lulus tahun 2016 serta program S2 Ilmu Kebidanan di Universitas 'Aisyiyah yang lulus pada tahun 2021

Penulis memiliki kepakaran dibidang ilmu kebidanan. Demi menggapai karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dan pengabdian dibidang kepakarannya tersebut. Selain itu, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara serta memfasilitasi generasi penerus untuk belajar dan berkarya. Penulis memiliki harapan supaya generasi penerus lebih inovatif, kreatif, dan berkarakter serta memiliki *knowledge, attitude, and skill* yang unggul. Semoga Tuhan senantiasa memberikan keberkahan dan mewujudkan harapan kita semua.

Email Penulis: [renita@stikesbanyuwangi.ac.id](mailto:renita@stikesbanyuwangi.ac.id)



## GIZI SEIMBANG DALAM SIKLUS KEHIDUPAN PEREMPUAN

**Mustika Pramestiyani, SST., M.Keb.**  
Poltekkes Kemenkes Jayapura

### **Masa Kehamilan**

Konsumsi makanan sehat di setiap fase kehidupan mulai dari dalam kandungan sangat penting bagi tubuh. Nutrisi yang baik sangat penting untuk setiap kehamilan untuk membantu ibu hamil tetap sehat dan memastikan pertumbuhan dan perkembangan janin. Kebutuhan wanita meningkat selama hamil sebagai nutrisi untuk ibu dan bayi. Jika kebutuhan nutrisi ini tidak terpenuhi akan berdampak pada berat badan lahir rendah (berat lahir < 2.500 gr) serta masalah tumbuh kembang lainnya. Kehamilan biasa terjadi secara tidak terduga sehingga penting bagi wanita usia subur untuk mengkonsumsi 400 µg asam folat per hari sebelum kehamilan dan 600 µg per hari selama kehamilan. Asam folat sangat penting untuk produksi DNA, RNA dan sintesis sel. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan anemia megaloblastik atau perkembangan sel darah merah yang abnormal pada wanita hamil. Asupan asam folat memiliki dampak besar selama delapan minggu pertama kehamilan ketika tabung saraf menutup. Tabung saraf berkembang menjadi otak janin dan asam folat yang cukup dapat mengurangi risiko kelainan otak atau cacat tabung saraf pada kehamilan. Asam folat juga merupakan nutrisi penting bagi sumsum tulang belakang. Kekurangan asam folat dapat menyebabkan cacat lahir seperti spina bifida, yaitu kegagalan penutupan tulang belakang. Sayuran berdaun

hijau seperti bayam dan kangkung adalah sumber asam folat yang sangat baik. Folat juga ditemukan dalam kacang-kacangan, hati, dan jeruk.

Tubuh ibu mengalami banyak perubahan selama hamil. Perubahan yang sangat signifikan adalah penambahan berat badan selama hamil. Kurangnya penambahan berat badan pada trimester tiga dapat menyebabkan berat badan lahir rendah (BBLR), kematian bayi dan kelaianan konginetal. Berat lahir bayi adalah salah satu indikator kesehatan bayi. Wanita hamil dengan berat badan normal harus menambah 25-35 pon selama kehamilan. Penambahan berat badan pada ibu hamil tergantung pada indeks masa tubuh (IMT) sebelum hamil.

Tabel 7.1. Kategori Indeks Masa Tubuh (IMT)

| IMT       | Kategori    | Rekomendasi penambahan berat badan |
|-----------|-------------|------------------------------------|
| < 18,5    | Underweight | 28-40                              |
| 18,5-24,9 | Normal      | 25-35                              |
| 25,0-29,9 | Overweight  | 15-25                              |
| > 30,0    | Obesitas    | 11-20                              |

Berat badan sebelum hamil di bawah atau di atas kisaran normal dapat menyebabkan komplikasi selama kehamilan. Wanita hamil dengan BMI sebelum hamil < 20 berisiko untuk mengalami persalinan prematur dan melahirkan bayi dengan berat badan lahir kurang. Wanita hamil dengan BMI > 30 sebelum hamil memiliki risiko persalinan dengan operasi caesar. Oleh karena itu, BMI harus normal jika ingin merencanakan kehamilan.

#### 1. Energi

Selama trimester pertama, ibu hamil memiliki kebutuhan energi yang sama seperti biasanya dan harus mengonsumsi kalori dengan jumlah yang sama seperti biasanya yaitu sekitar 1.800 kalori untuk wanita yang menjalani gaya hidup kurang gerak, sekitar 2.000 kalori untuk wanita yang cukup aktif dan 2.200 untuk wanita yang aktif. Namun, seiring dengan perkembangan kehamilan maka ibu harus meningkatkan asupan kalornya. Menurut IOM, ibu

harus mengonsumsi tambahan 340 kalori per hari selama trimester kedua, dan tambahan 450 kalori per hari selama trimester ketiga. Hal ini disebabkan oleh peningkatan metabolisme yang meningkat selama kehamilan sehingga terjadi peningkatan kebutuhan energi.

## 2. Karbohidrat

Konsumsi harian yang direkomendasikan selama kehamilan sekitar 175-265 gr per hari yang berfungsi untuk pembentukan dan perkembangan otak janin. Sumber makanan terbaik untuk wanita hamil adalah roti gandum dan sereal, beras merah, sayuran berakar, kacang polong, dan buah-buahan. Karbohidrat menyediakan nutrisi, fitokimia, antioksidan, dan serat.

## 3. Protein

Selama kehamilan, ibu membutuhkan protein lebih banyak untuk sintesis jaringan ibu dan janin. Protein membangun otot dan jaringan, enzim, antibodi, dan hormon pada ibu dan bayi. Protein tambahan juga mendukung peningkatan volume darah dan produksi cairan ketuban. Penambahan protein selama kehamilan sekitar 71 gr per hari. Namun, wanita hamil tidak perlu berusaha meningkatkan asupan protein selama nafsu makannya normal. Protein berasal dari bahan makanan seperti daging merah tanpa lemak, daging unggas, kacang-kacangan, biji-bijian, telur, ikan dan susu.

## 4. Lemak

Tidak ada rekomendasi khusus untuk penambahan lemak dalam kehamilan. Lemak harus membentuk 25-35% kalori harian dan kalori tersebut harus berasal dari lemak sehat, seperti alpukat. Makanan dengan lemak tidak sehat, misalnya kentang goreng dan makanan cepat saji lainnya harus dihindari. Selain itu, ibu hamil juga tidak dianjurkan untuk menjalani diet rendah lemak karena akan sulit memenuhi kebutuhan asam lemak esensial dan

vitamin larut lemak. Asam lemak penting selama kehamilan karena mendukung perkembangan otak dan mata bayi. Secara khusus, otak bergantung pada asam lemak omega-3 dan omega-6, seperti yang ditemukan dalam salmon dan minyak bunga matahari yang bermanfaat untuk fungsi, struktur, dan pertumbuhan. Lemak juga dapat membantu pertumbuhan plasenta, mencegah kelahiran prematur dan berat badan lahir rendah.

#### 5. Serat

Ibu hamil makan 25-30 gram serat makanan per hari. Serat terdiri atas serat larut dan serat tidak larut. Serat tidak larut berfungsi sebagai pencakar yang dapat melunakkan feses dan mempercepat pembuangan sisa makanan melalui kolon untuk menghindari sembelit. Sumber serat tidak larut terdapat pada biji-bijian, buah-buahan, sayuran dan kacang-kacangan. Serat larut membantu menurunkan kadar kolesterol darah dan mengatur kadar glukosa dalam darah. Sumber serat larut yaitu buah-buahan, sayuran, kacang-kacangan dan gandum.

#### 6. Vitamin dan Mineral

Kehamilan membutuhkan nutrisi yang esensial. Konsumsi suplemen kehamilan atau multivitamin setiap hari membantu memenuhi kebutuhan nutrisi yang dibutuhkan oleh ibu hamil. Kebutuhan vitamin dan mineral meningkat selama kehamilan. Zat gizi mikro yang sangat penting dibutuhkan untuk pembentukan tulang yaitu vitamin D, kalsium, fosfor, dan magnesium. Zat gizi ini sangat penting selama kehamilan untuk pertumbuhan dan perkembangan tulang janin. Kadar zat gizi mikro pada wanita hamil dan tidak hamil sama sehingga dibutuhkan suplemen dalam jumlah yang cukup untuk memenuhi kebutuhan selama hamil. Kebutuhan vitamin B meningkat selama kehamilan. Vitamin B6 yang cukup akan merangsang metabolisme asam amino, vitamin B12 dibutuhkan untuk proses sintesis sel darah

merah dan DNA. Tambahan zink sangat penting untuk pertumbuhan sel dan sintesis protein. Kebutuhan vitamin A dan zat besi mengalami peningkatan selama akibat peningkatan suplai darah dan untuk pembentukan janin serta plasenta. Zat besi merupakan salah satu mikronutrien yang tidak hanya diperoleh dari sumber makanan sehingga perlu mengonsumsi suplemen zat besi. Kebutuhan asam folat meningkat selama kehamilan menjadi 600 mikrogram per hari untuk mencegah cacat tabung saraf. Mikronutrien ini sangat penting untuk perkembangan janin karena membantu menghasilkan darah yang lebih banyak yang dibutuhkan oleh ibu selama kehamilan.

### **Gizi Seimbang pada Bayi dan Anak-anak**

Diet dan nutrisi memiliki dampak besar pada perkembangan anak sejak bayi hingga remaja. Pola makan yang sehat tidak hanya memengaruhi pertumbuhan, tetapi juga kekebalan, kemampuan intelektual, dan kesejahteraan emosional. Salah satu tugas paling penting dari mengasuh anak adalah memastikan bahwa anak-anak menerima nutrisi yang dibutuhkan dalam jumlah yang cukup untuk tumbuh kembang.

#### **1. Gizi seimbang pada bayi (0-1 tahun)**

Kebutuhan makronutrien dan mikronutrien lebih tinggi selama masa bayi daripada pada tahap lain dalam siklus hidup manusia. Kebutuhan ini dipengaruhi oleh pembelahan sel yang cepat yang terjadi selama pertumbuhan sehingga membutuhkan energi dan protein, serta nutrisi yang terlibat dalam sintesis DNA. Selama periode ini, anak-anak sepenuhnya bergantung pada orang tua atau pengasuh untuk memenuhi kebutuhan ini. ASI adalah sumber makanan terbaik untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada enam bulan pertama kehidupannya. Setelah enam bulan, bayi secara bertahap dapat mulai mengonsumsi makanan padat untuk membantu memenuhi kebutuhan nutrisinya.

a. Energi

Kebutuhan energi lebih besar pada bayi daripada orang dewasa. Tingkat metabolisme istirahat bayi dua kali lipat dari orang dewasa. Rekomendasi untuk memenuhi kebutuhan energi berubah seiring dengan bertambahnya usia dan berat badan. IOM menggunakan rumus untuk menghitung total pengeluaran energi dan kebutuhan energi. Misalnya, persamaan untuk tiga bulan pertama kehidupan adalah  $(89 \times \text{berat [kg]} + 175) \text{ kkal}$ . Berdasarkan persamaan tersebut, perkiraan kebutuhan energi untuk bayi dari usia 0-6 bulan adalah 472-645 kilokalori per hari untuk anak laki-laki dan 438-593 kilokalori per hari untuk anak perempuan. Untuk bayi usia 6-12 bulan, perkiraan kebutuhannya adalah 645-844 kilokalori per hari untuk anak laki-laki dan 593-768 kilokalori per hari untuk anak perempuan. Usia 1-2 tahun perkiraan kebutuhan meningkat menjadi 844-1.050 kilokalori per hari untuk anak laki-laki dan 768-997 kilokalori per hari untuk anak perempuan. Seberapa sering bayi ingin makan juga akan berubah seiring waktu karena adanya pertumbuhan yang biasanya terjadi pada usia sekitar 2-6 minggu dan pada usia sekitar 3-6 bulan.

b. Makronutrien

Rekomendasi diet untuk bayi didasarkan pada kandungan gizi ASI. Karbohidrat mempunyai kandungan 45-65% dari kandungan kalori dalam ASI yang berjumlah sekitar 130 gram. Hampir semua karbohidrat dalam ASI adalah laktosa yang dapat dicerna dan ditoleransi bayi dengan baik. Kandungan protein dalam ASI sekitar 5-20% atau sekitar 13 gram per hari. Bayi memiliki kebutuhan protein yang tinggi untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangannya. Sekitar 30-40% kandungan kalori dalam ASI terdiri dari lemak. Diet tinggi lemak diperlukan untuk menstimulasi perkembangan jalur saraf di otak

dan bagian tubuh lainnya. Namun, lemak jenuh dan asam lemak menghambat pertumbuhan bayi.

c. Mikronutrien

Hampir semua zat gizi yang dibutuhkan bayi dapat terpenuhi jika mengonsumsi ASI dalam jumlah yang cukup. Namun, ASI rendah vitamin D yang dibutuhkan untuk penyerapan kalsium dan pembentukan tulang. Oleh karena itu, anak yang mendapat ASI seringkali perlu mengonsumsi suplemen vitamin D dalam bentuk tetes. Bayi yang berisiko tinggi kekurangan vitamin D adalah ras kulit hitam dan tidak terpapar sinar matahari. ASI juga rendah vitamin K yang diperlukan untuk pembekuan darah. Bayi dilahirkan dengan vitamin K yang terbatas sehingga memerlukan suntikan vitamin K setelah lahir. ASI mengandung zat besi dalam jumlah terbatas, namun zat besi dalam ASI diserap dengan baik oleh bayi. Bayi membutuhkan sumber zat besi tambahan selain ASI setelah berumur 4-6 bulan.

2. Gizi Seimbang pada Balita

Anak umur dua tahun telah berkembang dari masa bayi dan sedang dalam perjalanan menjadi anak usia sekolah. Pertumbuhan fisik dan perkembangan motorik lebih lambat jika dibandingkan dengan perkembangan pada masa bayi. Namun, balita mengalami perubahan intelektual, emosional, dan sosial yang sangat besar. Makanan dan gizi memegang peranan penting dalam tumbuh kembang anak. Selama tahap ini, pola makan telah berubah dari menyusui atau memberi susu botol ke makanan padat bersama dengan jus sehat dan cairan lainnya. Orang tua juga perlu memperhatikan masalah nutrisi yang mungkin muncul, misalnya kebutuhan cairan relatif lebih tinggi daripada pada orang dewasa karena anak-anak lebih berisiko mengalami dehidrasi. Balita harus minum sekitar 1,3 liter cairan per hari. Ukuran porsi balita kira-kira seperempat porsi orang dewasa.

a. Energi

Kebutuhan energi untuk usia umur 2-3 tahun sekitar 1.000-1.400 kalori per hari. Secara umum, seorang balita perlu mengonsumsi sekitar 40 kalori untuk setiap inci tinggi badannya. Misalnya, seorang anak kecil yang berukuran 32 inci harus mengonsumsi rata-rata 1.300 kalori per hari. Namun, asupan kalori yang direkomendasikan bervariasi tergantung tingkat aktivitas setiap anak. Balita membutuhkan camilan dan makanan kecil yang bergizi dan lebih sering untuk memenuhi kebutuhan energi. Jumlah makanan yang dibutuhkan balita dari masing-masing kelompok makanan tergantung pada kebutuhan kalori harian.

b. Makronutrien

Asupan karbohidrat yang dapat diterima sekitar 45-65% kalori harian (113-163 gram untuk 1.000 kalori harian). Kebutuhan balita meningkat untuk mendukung perkembangan tubuh dan otaknya. Asupan protein yang disarankan sekitar 5-20% kalori per hari atau sekitar 13-50 gram per 1.000 kalori/ hari. Asupan lemak untuk balita sekitar 30-40% kalori per hari atau sekitar 33-44 gram per 1.000 kalori per hari. Asam lemak esensial sangat penting untuk perkembangan mata, saraf dan jaringan lainnya. Namun, balita sebaiknya tidak mengonsumsi makanan dengan jumlah lemak trans dan lemak jenuh yang tinggi. Sebaliknya, balita membutuhkan sekitar 3 sendok teh minyak sehat per hari seperti minyak canola.

c. Mikronutrien

Seiring bertambahnya usia maka kebutuhan zat gizi mikro meningkat. Kebutuhan vitamin dan mineral dapat dipenuhi dengan diet seimbang. Menurut American Academy of Pediatrics, balita dan anak membutuhkan 600 unit vitamin D per hari yang dapat diperoleh dari susu dan sereal yang diperkaya vitamin D. Kekurangan zat besi

pada balita sering menjadi masalah pada anak umur 2-3 tahun.

### 3. Gizi Seimbang pada Anak Prasekolah

Kebutuhan nutrisi berubah seiring dengan bertambahnya usia anak. Anak usia sekolah tumbuh secara konsisten sejak umur 4-8 tahun walaupun pertumbuhannya lebih lambat daripada bayi dan balita. Anak akan mengalami pergantian gigi pada umur 6-7 tahun. Anak biasanya akan mengalami maloklusi atau malposisi pada gigi yang dapat mempengaruhi kemampuan dalam mengunyah makanan. Perubahan lain yang mempengaruhi nutrisi adalah pengaruh teman sebaya pada pilihan diet dan jenis makanan yang ditawarkan oleh sekolah.

#### a. Energi

Kebutuhan asupan energi pada anak berbeda-beda sesuai dengan tingkat pertumbuhan, aktivitas fisik dan jenis kelamin. Anak perempuan umur 4-8 tahun membutuhkan 1.200-1.800 kalori per hari, sedangkan anak laki-laki membutuhkan 1.200-2.000 kalori setiap hari, tergantung pada tingkat aktivitasnya. Asupan makronutrien yang direkomendasikan lebih tinggi dibandingkan dengan ukuran tubuh dan kebutuhan nutrisi selama masa dewasa. Oleh karena itu, anak harus diberikan makanan padat gizi pada makanan dan snacknya.

#### b. Makronutrien

Asupan karbohidrat yang direkomendasikan sekitar 45-65% kalori per hari atau sekitar 135-195 gram per 1.200 kalori per hari. Kebutuhan protein per hari sekitar 10-30% kalori atau sekitar 30-90 gram per 1.200 kalori per hari. Anak memiliki kebutuhan protein yang tinggi untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan otot. Kadar asam lemak esensial yang tinggi diperlukan untuk mendukung pertumbuhan walaupun kebutuhannya tidak sebesar pada

masa bayi dan balita. Kebutuhan lemak per hari sekitar 25–35% kalori per hari atau sekitar 33–47 gram per 1.200 kalori per hari. Asupan serat yang direkomendasikan sekitar 17-25 gram per hari.

c. Mikronutrien

Kebutuhan mikronutrien harus dipenuhi dengan makanan terlebih dahulu. Orang tua dan pengasuh harus memilih berbagai makanan dari setiap kelompok makanan untuk memastikan bahwa kebutuhan nutrisi terpenuhi. Karena anak-anak tumbuh dengan cepat, mereka membutuhkan makanan yang tinggi zat besi, seperti daging tanpa lemak, kacang-kacangan, ikan, unggas, dan sereal yang diperkaya zat besi. Fluorida yang cukup sangat penting untuk mendukung gigi yang kuat. Salah satu kebutuhan mikronutrien yang paling penting selama masa kanak-kanak adalah asupan kalsium dan vitamin D yang cukup. Keduanya dibutuhkan untuk membangun tulang yang padat dan kerangka yang kuat. Anak-anak yang tidak cukup mengonsumsi vitamin D harus diberikan suplemen 10 mikrogram (400 unit internasional) per hari.

### **Gizi Seimbang pada Remaja**

Pubertas adalah awal dari masa remaja. Awal pubertas membawa sejumlah perubahan, termasuk perkembangan tanda-tanda kelamin primer dan sekunder, lonjakan pertumbuhan, peningkatan lemak tubuh, dan peningkatan perkembangan tulang dan otot. Semua perubahan tersebut harus didukung dengan asupan yang cukup dan pilihan makanan yang sehat.

1. Gizi seimbang pada remaja awal (9-13 tahun)

Periode perkembangan fisik ini dibagi menjadi dua fase yaitu fase pertama meliputi peningkatan tinggi badan dari 20 menjadi 25%. Pubertas merupakan fase kedua setelah periode prenatal yang mengalami pertumbuhan yang cepat karena tulang panjang

meregang. Anak perempuan tumbuh 2–8 inch atau sekitar 5–20 cm lebih tinggi, sementara anak laki-laki tumbuh 4–12 inch atau sekitar 10–30 cm lebih tinggi. Fase kedua melibatkan penambahan berat badan yang berkaitan dengan perkembangan tulang, otot, dan jaringan lemak. Pada masa pubertas, hormon seks memicu perkembangan organ reproduksi dan karakteristik seksual sekunder seperti tumbuhnya rambut kemaluan.

a. Energi

Kebutuhan energi pada masa praremaja berbeda menurut jenis kelamin, pertumbuhan, dan tingkat aktivitas. Usia 9-13 tahun kebutuhan energi anak perempuan sekitar 1.400-2.200 kalori per hari dan anak laki-laki sekitar 1.600-2.600 kalori per hari.

b. Makronutrien

Asupan karbohidrat yang direkomendasikan pada masa remaja awal sekitar 45-65% kalori per hari atau 158-228 gr pada 1.400-1.600 kalori per hari. Karbohidrat yang tinggi serat merupakan prioritas utama yang harus dipenuhi. Kebutuhan protein harian sekitar 10-30% kalori per hari atau sekitar 35-105 gr untuk 1.400 kalori per hari pada anak perempuan dan sekitar 40-120 gr untuk 1.600 kalori per hari untuk anak laki-laki. Kebutuhan lemak yang direkomendasikan sekitar 25-35% kalori per hari atau sekitar 39–54 gr untuk 1.400 kalori per hari untuk anak perempuan dan 44–62 gr untuk 1.600 kalori per hari untuk anak laki-laki. Jumlah ini bisa berbeda tergantung pada asupan kalori dan tingkat aktivitasnya.

c. Mikronutrien

Vitamin utama yang dibutuhkan selama masa pubertas yaitu vitamin D, K, dan B12. Asupan kalsium yang cukup sangat penting untuk pertumbuhan tulang dan mencegah osteoporosis dimasa tua. Remaja awal membutuhkan lebih

banyak zat besi pada awal menstruasi, sementara pria muda membutuhkan zat besi tambahan untuk perkembangan massa tubuhnya. Kebutuhan zat besi harus dipenuhi dari makanan bukan suplemen zat besi.

## 2. Gizi Seimbang pada Remaja Akhir

Kebutuhan gizi untuk remaja usia 14-16 tahun cenderung menegaskan kemandiriannya dengan memilih jenis makanan yang akan dimakan. Remaja akhir juga memiliki rasa ingin tahu dan terbuka terhadap ide-ide baru, termasuk mencoba jenis makanan baru dan bereksperimen dengan dietnya. Hal ini menyebabkan remaja rentan terhadap masalah nutrisi. Remaja harus menghindari makan makanan cepat saji yang memiliki kandungan lemak dan gula yang tinggi. Permasalahan lain yang mungkin dihadapi remaja adalah obesitas dan gangguan makan. Remaja akhir mencakup usia 14-18 tahun atau masa transisi menuju dewasa. Seperti pada masa pubertas, pertumbuhan dan perkembangan pada masa remaja berbeda pada pria daripada pada wanita. Pada remaja putri, lemak menempati persentase yang lebih besar dari berat badan, sedangkan remaja laki-laki mengalami peningkatan otot dan tulang yang lebih besar. Tanda-tanda kematangan seksual primer dan sekunder telah berkembang sepenuhnya dan laju pertumbuhan melambat dengan berakhirnya pubertas. Fungsi motorik remaja lanjut sebanding dengan orang dewasa.

### a. Energi

Nafsu makan anak usia remaja meningkat karena kebutuhan nutrisi yang meningkat. Kebutuhan zat gizi lebih besar pada masa remaja dibandingkan pada siklus kehidupan lainnya. Kebutuhan energi remaja usia 14-18 tahun adalah 1.800-2.400 kalori untuk anak perempuan dan 2.000-3.200 kalori untuk anak laki-laki tergantung pada tingkat aktivitasnya. Energi yang lebih besar dibutuhkan untuk perkembangan fisik

selama masa remaja diperoleh dari makanan yang memberikan nutrisi.

b. Makronutrien

Kebutuhan karbohidrat pada remaja lanjut sekitar 45-65 % kalori per hari atau setara dengan 203–293 gram per 1.800 kalori per hari. Institute of Medicine merekomendasikan asupan protein yang lebih tinggi untuk pertumbuhan remaja. Yaitu 10-30 % kalori per hari atau sekitar 45–135 gr per 1.800 kalori per hari. Protein yang direkomendasikan adalah protein tanpa lemak, seperti daging, unggas, ikan, kacang-kacangan dan biji-bijian. Asupan lemak yang disarankan adalah 25-35 % kalori per hari atau sekitar 50–70 gr per 1.800 kalori per hari. Sedangkan rekomendasi untuk serat sekitar 25–34 gram per hari tergantung pada kalori harian dan tingkat aktivitas.

c. Mikronutrien

Rekomendasi zat gizi mikro untuk remaja sebagian besar sama dengan orang dewasa, meskipun remaja lanjut membutuhkan lebih banyak mineral tertentu untuk meningkatkan pertumbuhan tulang misalnya kalsium dan fosfor atau zat besi dan zink untuk anak perempuan. Asupan vitamin dan mineral diperoleh dari makanan terlebih atau suplementasi zat gizi mikro tertentu seperti zat besi.

Kebutuhan zat gizi mikro yang paling penting bagi remaja adalah kalsium, vitamin D, vitamin A, dan zat besi. Kalsium dan vitamin D yang cukup sangat penting untuk membangun massa tulang. Kebutuhan kalsium pada masa remaja lanjut adalah 1.300 mg untuk anak laki-laki dan perempuan. Susu dan keju rendah lemak adalah sumber kalsium yang sangat baik dan membantu remaja menghindari lemak jenuh dan kolesterol. Zat besi bermanfaat dalam mendukung pertumbuhan otot dan massa tubuh. Remaja

putri juga memerlukan asupan zat besi yang cukup saat mulai menstruasi. Anak perempuan usia 12-18 tahun membutuhkan 15 mg zat besi per hari.

### **Gizi Seimbang pada Masa Dewasa**

Permulaan masa dewasa harus mempertimbangkan nutrisi yang baik sehingga dapat membantu orang dewasa muda menikmati gaya hidup aktif. Usia ini merupakan usia terbaik dimana tubuh tidak perlu mencurahkan energi dan sumber daya untuk mendukung pertumbuhan dan perkembangan. Kebiasaan makan yang dikembangkan selama masa anak-anak dan remaja mempengaruhi kesehatan hingga dewasa.

#### **1. Gizi Seimbang pada Masa Dewasa Muda**

Masa dewasa muda merupakan masa dimana pertumbuhan telah selesai dan mencapai puncak fisik yang permanen. Organ utama dan sistem tubuh telah sepenuhnya matang pada tahap siklus dewasa muda. Untuk menjaga kesehatan dan kebugaran di usia ini maka penting untuk mempraktikkan nutrisi yang baik, kebiasaan makan yang sehat untuk meningkatkan fungsi metabolisme, membantu perbaikan dan regenerasi serta mencegah perkembangan kondisi kronis.

##### **a. Energi**

Pria muda biasanya memiliki kebutuhan nutrisi yang lebih tinggi daripada wanita muda. Untuk usia sembilan belas hingga tiga puluh tahun, kebutuhan energi untuk wanita adalah 1.800 hingga 2.400 kalori, dan 2.400 hingga 3.000 kalori untuk pria, tergantung pada tingkat aktivitasnya. Perkiraan ini tidak termasuk wanita yang sedang hamil atau menyusui, yang membutuhkan asupan energi yang lebih tinggi.

##### **b. Makronutrien**

Rekomendasi konsumsi karbohidrat antara 45-65% dari kebutuhan kalori harian. Pada masa ini,

harus makan lebih sedikit karbohidrat padat energi terutama makanan yang mengandung gula terutama bagi mereka yang menjalani gaya hidup dengan lebih banyak duduk. Kebutuhan protein pada fase ini adalah 10-35% dari total kebutuhan kalori harian yang terdiri dari daging tanpa lemak, unggas, telur, kacang-kacangan, dan biji-bijian.

Masa dewasa muda juga perlu mengganti protein yang tinggi lemak trans dan lemak jenuh dengan makanan rendah lemak dan kalori. Jumlah lemak yang dapat ditoleransi sekitar 20-35% dari kalori harian dan asupan asam lemak jenuh kurang dari 10% dari total kalori serta menggantinya dengan asam lemak tak jenuh tunggal dan tak jenuh ganda. Batas toleransi kebutuhan serat adalah 22-28 gram per hari untuk wanita dan 28-34 gram per hari untuk pria. Serat larut dapat membantu meningkatkan kadar kolesterol dan gula darah, sedangkan serat tidak larut dapat membantu mencegah sembelit.

c. Mikronutrien

Kebutuhan mikronutrien pada orang dewasa sedikit berbeda menurut jenis kelamin. Pria membutuhkan lebih banyak vitamin C dan K, tiamin, riboflavin, dan niasin. Wanita membutuhkan lebih banyak zat besi karena menstruasi.

2. Gizi Seimbang pada Dewasa Pertengahan (usia 31-35 tahun)

Selama tahap siklus ini, orang dewasa mulai mengalami tanda-tanda awal penuaan seperti kerutan mulai muncul, persendian terasa sakit setelah seharian beraktivitas, lemak tubuh menumpuk, hilangnya tonus otot dan elastisitas pada jaringan ikat. Sepanjang proses penuaan, nutrisi yang baik dapat membantu untuk menjaga kesehatan dan keluhan medis yang dialami. Pada masa ini juga terjadi penurunan daya tahan dan perubahan dalam

sistem pencernaan. Komposisi tubuh berubah karena adanya timbunan lemak.

a. Energi

Kebutuhan energi untuk usia tiga puluh satu hingga lima puluh tahun adalah 1.800-2.200 kalori untuk wanita dan 2.200-3.000 kalori untuk pria, tergantung pada tingkat aktivitasnya. Kebutuhan energi lebih tinggi pada wanita hamil dan menyusui. Orang dewasa membutuhkan sumber makanan sehat untuk memenuhi kebutuhan energinya.

b. Makronutrien dan Mikronutrien

Kebutuhan asupan karbohidrat, protein, lemak, serat, dan cairan sama dari usia dewasa muda hingga dewasa pertengahan. Berat badan ideal harus dipertimbangkan untuk membantu menghindari penyakit kardiovaskular, diabetes, dan kondisi kronis lainnya. Namun, ada beberapa perbedaan mengenai zat gizi mikro. Rekomendasi magnesium pada pria meningkat menjadi 420 mg setiap hari, sementara pada wanita meningkatkan hingga 320 mg per hari. Vitamin yang dibutuhkan selama usia dewasa pertengahan termasuk asam folat, vitamin B6 dan B12 untuk mencegah peningkatan homosistein yaitu produk sampingan dari metabolisme yang dapat merusak dinding arteri dan menyebabkan aterosklerosis.

**Gizi Seimbang pada Menopause (Usia > 51 tahun)**

Masa menopause dimulai pada usia 51 tahun keatas. Setelah usia 60 tahun terjadi peningkatan tekanan darah dan sistem kekebalan tubuh yang semakin menurun. Kulit menjadi lebih keriput dan rambut menjadi abu-abu atau putih dan rontok sehingga mengakibatkan penipisan rambut. Pada beberapa orang dapat terjadi kehilangan satu atau dua inci tinggi badannya serta penurunan daya ingat.

Selain itu, banyak orang menderita kondisi kesehatan yang serius, seperti penyakit kardiovaskular dan kanker.

Menjadi kurus atau kelebihan berat badan juga menjadi perhatian utama bagi orang tua. Namun, banyak orang dewasa yang lebih tua tetap dalam kesehatan yang relatif baik dan terus aktif di tahun-tahun emas mereka. Nutrisi yang baik seringkali menjadi kunci untuk menjaga kesehatan di kemudian hari. Selain itu, pilihan kebugaran dan nutrisi yang dibuat sebelumnya dalam kehidupan mengatur panggung untuk kesehatan dan kebahagiaan yang berkelanjutan.

Tubuh mengalami perubahan dalam banyak hal, termasuk penurunan produksi hormon, massa otot, dan kekuatan. Jantung bekerja lebih keras karena dan ginjal mengalami penurunan fungsi dalam mengekskresikan produk metabolisme seperti natrium, asam, dan kalium yang dapat mengubah keseimbangan air dan meningkatkan risiko kelebihan atau kekurangan cairan. Fungsi kekebalan tubuh menurun dan efisiensi penyerapan vitamin dan mineral menjadi lebih rendah. Diet yang disarankan adalah konsumsi makanan padat nutrisi dan tetap aktif secara fisik. Defisiensi lebih sering terjadi setelah usia 60 tahun keatas terutama karena berkurangnya asupan atau malabsorpsi. Hilangnya mobilitas berdampak pada akses untuk mendapatkan makanan yang sehat dan beragam.

#### 1. Energi

Masa ini membutuhkan lebih sedikit energi dibandingkan pada dewasa muda karena pengurangan massa tubuh tanpa lemak dan laju metabolisme. Kebutuhan energi umur > 51 tahun berkisar antara 1.600-2.200 kalori untuk wanita dan 2.000-2.800 kalori untuk pria, tergantung pada tingkat aktivitasnya. Penurunan aktivitas fisik yang khas pada lansia juga mempengaruhi kebutuhan nutrisi.

#### 2. Makronutrien

Kebutuhan makronutrien pada masa ini bertujuan untuk mengganti karbohidrat mentah dengan karbohidrat seperti biji-bijian dan beras merah. Serat sangat penting dalam mencegah sembelit dan

divertikulitis serta dapat mengurangi risiko kanker kolon. Protein dan lemak sehat seperti asam lemak omega-3 sangat penting pada masa ini.

### 3. Mikronutrien

Peningkatan zat gizi mikro tertentu dapat membantu menjaga kesehatan. Rekomendasi kalsium meningkat menjadi 1.200 mg per hari baik untuk pria maupun wanita untuk memperlambat osteoporosis. Rekomendasi vitamin D meningkat menjadi 10-15 µg per hari untuk pria dan wanita untuk membantu melindungi tulang. Kebutuhan vitamin B6 meningkat menjadi 1,7 mg per hari untuk pria dan 1,5 mg per hari untuk wanita untuk membantu menurunkan kadar homosistein dan melindungi dari penyakit kardiovaskular. Seiring bertambahnya usia, produksi asam lambung menurun dan menyebabkan pertumbuhan bakteri yang berlebihan di usus kecil. Hal ini dapat mempengaruhi penyerapan vitamin B12 dan menyebabkan defisiensi. Akibatnya, menopause membutuhkan lebih banyak vitamin B12 daripada orang dewasa muda. Menopause membutuhkan vitamin B12 sekitar 2,4 µg per hari yang dapat membantu meningkatkan fungsi otak. Zat besi yang tinggi tidak diperlukan pascamenopause sehingga kebutuhannya turun menjadi 8 mg per hari.

## **Daftar Pustaka**

- Academy of Nutrition and Dietetics. "Eating Right During Menopause." © 1995–2012. Accessed March 5, 2012. [www.eatright.org/Public/content.aspx?id=6809](http://www.eatright.org/Public/content.aspx?id=6809).
- Academy of Nutrition and Dietetics. "It's about Eating Right: Size-Wise Nutrition for Toddlers." © 1995–2012, Academy of Nutrition and Dietetics, all rights reserved. [www.eatright.org/public/content.aspx?id=8055](http://www.eatright.org/public/content.aspx?id=8055)
- Adam Drewnowski and Nicole Darmon. "Food Choices and Diet Cost: an Economic Analysis." *The Journal of Nutrition*. © 2005 The American Society for Nutritional Sciences. Accessed March 5, 2012. [jn.nutrition.org/content/135/4/900.full](http://jn.nutrition.org/content/135/4/900.full).
- American Medical Association, Complete Guide to Prevention and Wellness (Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc., 2008), 495
- Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids, Institute of Medicine of the National Academies. Washington, D.C.: The National Academies Press, 2005.
- Elaine U. Polan, RNC, MS and Daphne R. Taylor, RN, MS, *Journey Across the Life Span: Human Development and Health Promotion*. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2003.
- Elaine U. Polan, RNC, MS and Daphne R. Taylor, RN, MS, *Journey Across the Life Span: Human Development and Health Promotion*. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2003.
- Head Start, US Department of Health and Human Services. "Prevention of Overweight and Obesity in Infants and Toddlers." 2005. Accessed April 26, 2022. <http://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc/tta-system/family>
- Institute of Medicine of the National Academies. "Early Childhood Obesity Prevention Policies." June 23, 2011. [www.iom.edu/Reports/2011/Early-Childhood -Obesity-Prevention-Policies.aspx](http://www.iom.edu/Reports/2011/Early-Childhood-Obesity-Prevention-Policies.aspx).

- Institute of Medicine. "Weight Gain during Pregnancy: Reexamining the Guidelines." May 2009. [www.iom.edu/~media/Files/Rep...0Pregnancy.pdf](http://www.iom.edu/~media/Files/Rep...0Pregnancy.pdf).
- Ordovas, J. M. "Living Well to 100: Nutrition, Genetics, Inflammation." *Am J Clin Nutr* 83 (2006): 401S490S.
- Sari Voutilainen, Tarja Nurmi, Jaakko Mursu, and Tiina H. Rissanen. "Carotenoids and Cardiovascular Health." *Am J Clin Nutr* 83 (2006): 1265–71. [www.ajcn.org/content/83/6/1265.full.pdf](http://www.ajcn.org/content/83/6/1265.full.pdf).
- Stuebe, A. M., MD, MSc and J. W. Rich-Edwards, Sc. D. "The Reset Hypothesis: Lactation and Maternal Metabolism." Thieme Medical Publishers, *Am J Perinatol* 26, no.1 (2009): 81–88. doi: 10.1055/s-0028-1103034.
- Weng X, Odouli R, and Li D-K. "Maternal caffeine consumption during pregnancy and the risk of miscarriage: a prospective cohort study." *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:279.e1-279.e8

## Profil Penulis



### Mustika Pramestiyani

Penulis lahir di Kabupaten Sragen, Jawa Tengah pada tanggal 29 Juli 1987. Riwayat pekerjaan penulis merupakan dosen tetap Prodi DIII Kebidanan STIKES Guna Bangsa Yogyakarta Tahun 2009-2016, Sekretaris Prodi Magister Kebidanan STIKES Guna Bangsa Tahun 2016-2019, Ketua Senat Universitas Binawan dan Wakil

Direktur Akademik Universitas Binawan.

Saat ini penulis merupakan dosen tetap di Program Studi DIV Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Jayapura. Penulis menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan dan DIV Kebidanan di Universitas Sebelas Maret Surakarta lulus Tahun 2009. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan pada Program Studi Magister Kebidanan di Universitas Brawijaya Malang dan lulus Tahun 2016. Saat ini, penulis merupakan mahasiswa S3 Ilmu Kedokteran Universitas Sebelas Maret Surakarta dari Tahun 2018 sampai sekarang. Beberapa mata kuliah yang telah diampu antara lain Konsep kebidanan, Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan, Pengantar Ilmu Kebidanan, Anatomi Fisiologi, Kesehatan Reproduksi, Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita, Gizi dalam Kesehatan Reproduksi, Mikrobiologi dan Parasitologi dan Biostatistik. Penulis telah memperoleh hak cipta alat peraga aerosol chamber dan buku panduan praktikum antenatal care. Penulis juga memiliki dua paten sederhana dengan judul Proses Fraksinasi Ekstrak Biji Salak Pondoh (*Salacca edulis reinu*) Untuk Menghilangkan Senyawa Aktif Larut Dalam Lemak Sebagai Suplemen Anemia dan Metode Fraksinasi Langsung Simplisia Biji Salak Pondoh (*Salacca edulis reinu*) untuk suplemen zat besi pada gangguan anemia. Beberapa penelitian penulis telah mendapatkan pendanaan dari Kopertis Wilayah V, Hibah Ristekdikti Skema Penelitian Dosen Pemula dan Skema Penelitian Terapan Unggulan Perguruan Tinggi Multiyears Tahun 2020-2022. Penulis juga merupakan anggota Organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI), anggota Perkumpulan Perinatologi Indonesia (PERINASIA) dan Anggota Asosiasi Peneliti Kesehatan Indonesia (APKESI). Penulis juga merupakan pelatih nasional Riskesdas Tahun 2018.

Email Penulis: [mustika.polkesjpr@gmail.com](mailto:mustika.polkesjpr@gmail.com)



## KOMPONEN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI

**Nurul Ramadhani Yaner, S.Kep., Ns., M.Kes.**  
Universitas Merdeka Surabaya

### **Komponen Pelayanan Kesehatan Reproduksi**

Kebijakan Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia menetapkan bahwa Kesehatan Reproduksi mencakup 5 (lima) komponen atau program terkait, yaitu Program Kesehatan Ibu dan Anak, Program Keluarga Berencana, Program Kesehatan Reproduksi Remaja, Program Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS) 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 atau klien dengan memperhatikan hak reproduksi mereka (Johnson dan Everitt, 2000). Pelayanan yang mencakup 4 komponen atau program tersebut disebut Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE). Jika PKRE ditambah dengan pelayanan Kesehatan Reproduksi untuk Usia Lanjut, maka pelayanan yang diberikan akan mencakup seluruh komponen Kesehatan Reproduksi, yang disebut Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK). Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) bertumpu pada pelayanan dari masing-masing program terkait yang sudah ada di tingkat pelayanan kesehatan dasar. Ini berarti bahwa Paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial bukan

suatu program pelayanan yang baru maupun berdiri sendiri, namun berupa keterpaduan berbagai pelayanan dari program yang terkait, dengan tujuan agar sasaran atau klien memperoleh semua pelayanan secara terpadu dan berkualitas, termasuk dalam aspek komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) (Johnson dan Everitt, 2000). Di bawah ini keadaan dan masalah beberapa komponen kesehatan reproduksi yang dapat memberikan gambaran umum tentang keadaan kesehatan reproduksi yaitu sebagai berikut (Iskandar, 1997):

Strategi kesehatan reproduksi menurut komponen pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Komponen Kesejahteraan Ibu dan Anak

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator Milleninum Development Goals (MDGs) yang harus diturunkan menjadi 102 per 100.000 kelahiran hidup (KH) pada tahun 2015. Dalam kurun waktu lebih dari 20 tahun AKI cenderung menurun, walaupun penurunannya lambat. Angka kematian ibu menurut Survei Demografi Kesehatan Indonesia (SDKI) 1997 adalah sebesar 390 per 100.000 KH, menurun menjadi 359 kematian per 100.000 KH (SDKI, 2012).

Kematian ibu merupakan hasil dari interaksi berbagai aspek, baik aspek klinis, aspek sistem pelayanan kesehatan, maupun faktor-faktor non-kesehatan yang mempengaruhi pemberian pelayanan klinis dan terselenggaranya sistem pelayanan kesehatan secara optimal sepele kondisi geografis, penyebaran penduduk, kondisi sosial ekonomi, budaya dan bias gender dalam masyarakat dan keluarga serta tingkat pendidikan masyarakat. Faktor yang berkontribusi terhadap kematian ibu secara garis besar dibagi menjadi dua: pertama kematian yang disebabkan oleh penyebab langsung obstetri yaitu kematian yang berhubungan dengan komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas. Sekitar 15% kehamilan akan mengalami komplikasi, kebanyakan terjadi saat persalinan. Tindakan untuk

mengurangi terjadinya kematian ibu karena kehamilan dan persalinan, harus dilakukan pemantauan sejak dini agar dapat mengambil tindakan yang cepat dan tepat sebelum berlanjut pada keadaan kebidanan darurat. Upaya intervensi dapat berupa pelayanan *Ante Natal Care*, pelayanan persalinan atau partus dan pelayanan postnatal atau masa nifas. Upaya intervensi tersebut merupakan dimensi pertama dari paradigma baru pendekatan yaitu sejak kehamilan, persalinan, nifas, hari-hari dan tahun-tahun kehidupan perempuan. Dimensi kedua adalah tempat yaitu menghubungkan berbagai tingkat pelayanan di rumah, masyarakat dan kesehatan. Informasi akurat perlu diberikan atas ketidaktahuan bahwa hubungan seks yang dilakukan, akan mengakibatkan kehamilan, dan bahwa tanpa menggunakan kontrasepsi kehamilan yang tidak diinginkan bisa terjadi, bila jalan keluar yang ditempuh dengan melakukan pengguguran maka hal ini akan mengancam jiwa ibu tersebut. Masalah kematian ibu merupakan masalah kompleks yang diwarnai oleh derajat kesehatan, termasuk status kesehatan reproduksi dan status gizi ibu sebelum dan selama kehamilan. Sekitar 60% ibu hamil dalam keadaan yang mempunyai satu atau lebih keadaan “4 Terlalu” (Terlalu muda yaitu kurang dari 20 tahun, Terlalu tua yaitu lebih dari 35 tahun, Terlalu sering yaitu jarak antar-anak kurang dari 2 tahun dan Terlalu banyak yaitu lebih dari 3 anak). Prevalensi infeksi saluran reproduksi diperkirakan juga cukup tinggi karena rendahnya hygiene perorangan dan paparan penyakit menular seksual (PMS) yang meningkat. Kejadian kematian ibu juga berkaitan erat dengan masalah sosial-budaya, ekonomi, tradisi dan kepercayaan masyarakat. Hal ini pada akhirnya menjadi latar belakang kematian ibu yang mengalami komplikasi obstetrik, yaitu dalam bentuk “3 Terlambat” di antaranya:

- a. Terlambat mengenali tanda bahaya dan mengambil keputusan di tingkat keluarga

- b. Terlambat mencapai tempat pelayanan kesehatan
- c. Terlambat mendapat penanganan medis yang memadai di tempat pelayanan kesehatan.

Permasalahan kesehatan ibu tersebut merupakan refleksi dari masalah yang berkaitan dengan kesehatan bayi baru lahir. Angka kematian bayi (AKB) kematian pada masa perinatal/neonatal pada umumnya berkaitan dengan kesehatan ibu selama hamil, kesehatan janin selama di dalam kandungan dan proses pertolongan persalinan yang diterima ibu atau bayi, yaitu asfiksia, hipotermia karena prematuritas/BBLR, trauma persalinan dan tetanus neonatorum. Sebanyak 80% dari seluruh kematian balita, terjadi pada usia kurang dari 1 tahun (kematian bayi), dan 59,4% dari kematian bayi terjadi pada usia neonatal (kematian neonatal). Sebanyak 78,5% kematian neonatal terjadi pada usia 0-6 hari yang sebagian besar disebabkan oleh gangguan/kelainan pernapasan (35%), prematuritas (32%) dan sepsis/infeksi (12%) (Riskesdas, 2007). Kematian neonatal ini sangat terkait dengan masalah pada saat kehamilan, persalinan dan perawatan bayi baru lahir. Prevalensi Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Indonesia masih tinggi, yaitu 10,2% (Riskesdas, 2013). BBLR berhubungan dengan kondisi kehamilan ibu dan status gizi ibu yang dapat meningkatkan risiko relatif kejadian asfiksia 2,3 kali lebih besar dibandingkan dengan bayi berat lahir normal. BBLR juga rentan terhadap hipotermi dan infeksi yang merupakan penyebab kematian langsung pada neonatus.

## 2. Komponen Keluarga Berencana

Komponen ini penting karena Indonesia menempati urutan keempat dengan jumlah penduduk terbanyak di Indonesia. Indonesia diprediksi akan mendapat “bonus demografi” yaitu bonus yang dinikmati oleh suatu Negara sebagai akibat dari besarnya proporsi penduduk produktif (rentang 15–64 tahun) dalam evolusi kependudukan yang akan dialami dan

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

3. Komponen Pencegahan dan Penanganan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), termasuk Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS.

Komponen Pencegahan dan Penanganan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) (termasuk Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS). Jenis infeksi saluran reproduksi (ISR) dibagi menjadi 3 kategori yaitu:

- a. Penyakit Menular Seksual (PMS) meliputi infeksi klamida, gonorrhoe, trikomoniasis, sifilis, ulkus mole, herpes kelamin, dan infeksi human immunodeficiency virus (HIV)
- b. Infeksi endogen karena pertumbuhan berlebihan kuman yang biasanya ada di saluran reproduksi wanita normal, seperti vaginosis bacterial dan kandidiasis vulvovaginal

- c. Infeksi iatrogenik, yaitu infeksi yang terjadi karena dilakukannya tindakan medis.

Upaya pencegahan dan penanggulangan ISR di tingkat pelayanan dasar masih jauh dari yang diharapkan. Upaya tersebut baru dilaksanakan secara terbatas di beberapa provinsi, berupa upaya pencegahan dan penanggulangan PMS dengan pendekatan sindrom melalui pelayanan KIA/KB. Hambatan sosial-budaya sering mengakibatkan ketidaktuntasan dalam pengobatannya, sehingga menimbulkan komplikasi ISR yang serius seperti kemandulan, keguguran, dan kecacatan pada janin. Pencegahan dan penanganan infeksi ditujukan pada penyakit dan gangguan yang berdampak pada saluran reproduksi. Baik yang disebabkan penyakit infeksi yang non PMS, seperti tuberculosis, malaria, filariasis, dan lain sebagainya, maupun penyakit infeksi yang tergolong penyakit menular seksual (PMS), seperti gonorrhoea, sifilis, herpes genital, chlamydia, dan sebagainya, ataupun kondisi infeksi yang berakibat infeksi rongga panggul (pelvic inflammatory diseases/PID) seperti alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), yang dapat berakibat seumur hidup pada wanita maupun pria, misalnya kemandulan serta akan menurunkan kualitas hidupnya. Salah satu yang juga sangat mendesak saat ini adalah upaya pencegahan PMS yang fatal yaitu infeksi virus Human Immunodeficiency Virus (HIV). Semua contoh penyakit tersebut bila tidak mendapatkan penanganan yang baik dapat berakibat seumur hidup pada wanita maupun pria, yaitu misalnya kemandulan, hal ini akan menurunkan kualitas hidup wanita maupun pria.

#### 4. Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja

Upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi juga perlu diarahkan pada masa remaja, dimana terjadi peralihan dari masa anak menjadi dewasa, dan perubahan-perubahan dari bentuk dan fungsi tubuh terjadi dalam waktu relatif cepat. Hal ini ditandai dengan berkembangnya tanda seks sekunder

dan berkembangnya jasmani secara pesat, menyebabkan remaja secara fisik mampu melakukan fungsi proses reproduksi tetapi belum dapat mempertanggung jawabkan akibat dari proses reproduksi tersebut. Informasi dan penyuluhan, konseling dan pelayanan klinis perlu ditingkatkan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja ini. Permasalahan prioritas kesehatan reproduksi pada remaja dapat dikelompokkan sebagai menjadi:

- a. Kehamilan tak dikehendaki, yang seringkali menjurus kepada aborsi yang tidak aman dan komplikasinya
- b. Kehamilan dan persalinan usia muda yang menambah risiko kesakitan dan kematian ibu
- c. Masalah PMS, termasuk infeksi HIV/AIDS.

Masalah kesehatan reproduksi remaja selain berdampak secara fisik, juga dapat berpengaruh terhadap kesehatan mental dan emosi, keadaan ekonomi serta kesejahteraan sosial dalam jangka panjang. Dampak jangka panjang tersebut tidak hanya berpengaruh terhadap remaja itu sendiri, tetapi juga terhadap keluarga, masyarakat dan bangsa pada akhirnya. Selain itu lingkungan keluarga dan masyarakat harus ikut peduli dengan kondisi remaja ini sehingga dapat membantu memberikan jalan keluar bila remaja mengalami masalah tidak malah di salahkan, tetapi perlu diarahkan dan dicarikan jalan keluar yang baik dengan mengenalkan tempat-tempat pelayanan kesehatan reproduksi remaja untuk mendapatkan konseling ataupun pelayanan klinis sehingga remaja masih dapat melanjutkan kehidupannya.

## 5. Komponen Usia Lanjut

Melengkapi siklus kehidupan keluarga, komponen ini akan mempromosikan peningkatan kualitas penduduk usia lanjut pada saat menjelang dan setelah akhir kurun usia reproduksi

(menopause/andropause). Upaya pencegahan dapat dilakukan melalui skrining keganasan organ reproduksi misalnya kanker rahim pada wanita, kanker prostat pada pria serta pencegahan defisiensi hormonal dan akibatnya seperti kerapuhan tulang dan lain-lain.

### **Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu**

Hasil lokakarya nasional kesehatan reproduksi menyepakati bahwa untuk dapat memenuhi hak reproduksi individu atau perorangan, maka pelayanan program dalam komponen kesehatan reproduksi harus diselenggarakan secara terintegrasi, holistik dan berkualitas. Dalam mencari bentuk pelayanan integratif kesehatan reproduksi disepakati untuk lebih berorientasi kepada kebutuhan klien. Adanya perbedaan sasaran dalam tiap komponen kesehatan reproduksi dan perbedaan masalah pada tiap klien, menuntut pelayanan yang komprehensif, namun spesifik dan sesuai kebutuhan. Dengan demikian, pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu (PKRT) bertumpu pada pelayanan yang dilaksanakan berdasarkan kepentingan dan kebutuhan klien sesuai dengan siklus hidup yaitu sejak dalam kandungan, bayi, balita, remaja, dewasa hingga lanjut usia. Oleh karena itu, PKRT bukanlah suatu pelayanan kesehatan yang baru maupun yang berdiri sendiri, tetapi merupakan keterpaduan dari berbagai pelayanan pada komponen program kesehatan reproduksi, agar sasaran memperoleh pelayanan yang holistik, komprehensif dan berkualitas yang meliputi aspek Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE), preventif, kuratif dan rehabilitatif didasarkan pada kepentingan sasaran/klien sesuai dengan tahap dalam siklus hidup. Pada awalnya, pelayanan kesehatan dasar diharapkan dapat melaksanakan pelayanan integratif esensial yang terdiri dari 4 komponen: KIA, KB, Kesehatan reproduksi remaja dan Pencegahan dan penanganan IMS dan HIV/AIDS, yang kemudian ditingkatkan menjadi pelayanan komprehensif dengan penambahan komponen pelayanan kesehatan reproduksi pada lanjut usia. Namun pada kenyataannya terdapat variasi dalam ketersediaan,

kesiapan dan perkembangan program dalam lingkup kesehatan reproduksi yang akan diterpadukan. Untuk itu, pengintegrasian pelayanan dari program-program tersebut secara umum disebut sebagai pelayanan kesehatan reproduksi terpadu (PKRT). Penerapan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu (PKRT) dilaksanakan dengan mengintegrasikan komponen-komponen program dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi yang kesehatan Ibu dan anak, keluarga berencana, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanggulangan infeksi menular seksual (IMS) dan infeksi saluran reproduksi (ISR), termasuk HIV/AIDS, kanker dan osteoporosis pada lanjut usia dan berbagai aspek kesehatan reproduksi lainnya, kekerasan berbasis gender, pencegahan dan penanganan infertilitas, pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi dan sebagainya. Luasnya ruang lingkup kesehatan reproduksi menuntut penanganan secara lintas program dan lintas sektor serta keterlibatan dari organisasi profesi dan masyarakat. Pada Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi 1996 disepakai 2 (dua) paket PKRT yang dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan dasar, yaitu:

### **Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial**

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) merupakan pelayanan kesehatan reproduksi yang mengintegrasikan 4 (empat) komponen program, yaitu Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), Pencegahan dan Penanganan Infeksi Menular Seksual/Infeksi Saluran Reproduksi dan HIV/AIDS serta Kesehatan Reproduksi Remaja. Keluarga Berencana Pelayanan KB memasukkan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS, termasuk HIV/AIDS. Pelayanan KB difokuskan selain kepada sasaran muda usia paritas rendah (mupar) yang lebih mengarah kepada kepentingan pengendalian populasi, juga diarahkan untuk sasaran dengan penggarapan “4 terlalu” (terlalu muda, terlalu banyak, terlalu sering dan terlalu tua untuk hamil).

1. Kesehatan Reproduksi Remaja Pelayanan kesehatan reproduksi remaja terfokus pada pelayanan KIE atau

konseling dengan memasukan materi-materi *family life education*. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja memperhatikan aspek fisik agar remaja, khususnya remaja putri, untuk menjadi calon ibu yang sehat. Pelayanan KRR secara khusus bagi kasus remaja bermasalah dengan memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan masalahnya.

2. Pelayanan KB memasukkan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS, termasuk HIV/AIDS.
3. Pelayanan KB difokuskan selain kepada sasaran muda usia paritas rendah (mupar) yang lebih mengarah kepada kepentingan pengendalian populasi, juga diarahkan untuk sasaran dengan penggarapan “4 terlalu” (terlalu muda, terlalu banyak, terlalu sering dan terlalu tua untuk hamil). Pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS, termasuk HIV/AIDS dimasukkan ke dalam setiap komponen pelayanan kesehatan reproduksi.

### **Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif**

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK) merupakan pelayanan kesehatan reproduksi yang mengintegrasikan ke 4 (empat) komponen esensial di atas dengan komponen kesehatan reproduksi lain seperti pada menopause dan andropause pada lanjut usia, pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan, pencegahan dan penanganan kanker serviks dan lain sebagainya. PKRK adalah pelayanan yang diberikan sama dengan PKRE namun ditambah dengan Pelayanan Kesehatan Reproduksi pada Usia Lanjut. Skrining dan Promosi Kesehatan Reproduksi Pengertian skrining berdasarkan definisinya usaha untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan yang secara klinis belum jelas, dengan menggunakan tes atau prosedur tertentu yang dapat digunakan secara cepat untuk membedakan orang yang terlihat sehat, atau benar-benar sehat tapi sesungguhnya menderita kelainan. Adapun tujuan dari skrining adalah untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas dari penyakit dengan pengobatan dini terhadap

kasus-kasus yang ditentukan. Test skrining dapat dilakukan dengan pertanyaan atau quesioner, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, X-ray, USG ataupun MRI. Jenis penyakit yang tepat untuk dilakukan skrining adalah merupakan penyakit yang serius, pengobatan sebelum gejala muncul harus lebih untuk dibandingkan dengan setelah gejala muncul, dan prevalensi penyakit preklinik harus tinggi pada populasi yang diskriming.

1. Masa Bayi Tujuan skrining/pemeriksaan perkembangan anak menggunakan KPSP (kuesioner pra skrining perkembangan) adalah untuk mengetahui perkembangan anak normal atau ada penyimpangan.
2. Masa kanak-kanak Pada periode ini juga merupakan masa kritis dimana anak memerlukan rangsangan atau stimulasi untuk mengembangkan otak kanan dan otak kirinya. Bentuk skrining terhadap tumbuh kembang anak dapat dilakukan dengan menggunakan DDST (Denver Developmental Screening Test), sehingga bisa diketahui atau dinilai perkembangan anak sesuai usianya.
3. Masa pubertas Adapun skrining yang dilakukan pada masa pubertas yaitu: Pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) Penelitian menunjukkan bahwa 95% wanita yang terdiagnosis pada tahap awal kanker payudara dapat bertahan hidup lebih dari lima tahun setelah terdiagnosis sehingga banyak dokter yang merekomendasikan agar para wanita menjalani 'sadari' (periksapayudara sendiri – saat menstruasi – pada hari ke 7 sampai dengan hari ke 10 setelah hari pertama haid).
4. Masa Reproduksi Bentuk screening pada masa ini bisa diawali saat ibu melakukan kunjungan awal antenatal care. Pada saat ini bidan melakukan pemeriksaan terhadap ibu, dari hasil pemeriksaan dapat diperoleh hasil yang akan menentukan keadaan ibu dan janin.

5. Pap smear Pemeriksaan "Pap Smear" inicara terbaik untuk mencegah kanker serviks adalah bentuk skrining yang dinamakan Pap Smear, dan skrining ini sangat efektif. Pap Smear adalah suatu pemeriksaan sitologi untuk mengetahui adanya keganasan (kanker) dengan mikroskop.
6. Test IVA Test IVA menyerupai tes pap smear, namanya yaitu tes IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat). Tujuanya sama Pemeriksaan penapisan/skrining terhadap kelainan prakanker dimulut rahim. Perbedaannya terletak pada metode yang lebih sederhana dan keakuratannya. Pemeriksaan IVA dilakukan kapan saja.

Masa menopause/klimakterium Masa klimakterium adalah suatu masa peralihan antara masa reproduksi dengan masa senium (pasca menopause) Skrining Kanker Ovarium.

### **Pendekatan dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu**

Baik PKRE maupun PKRK sebenarnya merupakan sekumpulan pelayanan yang telah ada bahkan sebagian telah dilaksanakan dan telah jauh berkembang, seper pelayanan KIA dan KB. Di samping itu ada pelayanan yang relaf baru seper deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim (kanker serviks). Sasaran dan masalah dari ap komponen pelayanan kesehatan reproduksi sangat berbeda, sehingga memerlukan pendekatan yang berbeda pula dalam pengelolaannya. Hal yang baru dan perlu diperhakan dalam pelaksanaan PKRT adalah pelaksanaan paradigma baru, yaitu:

1. Mengutamakan kepenngan klien dengan memperhakan hak reproduksi, keadilan dan kesetaraan gender.
2. Menggunakan pendekatan siklus hidup dalam menangani masalah kesehatan reproduksi. Pendekatan ini berar memperhakan kekhususan kebutuhan penanganan kesehatan reproduksi pada seap fase kehidupan, serta kesinambungan antar fase

kehidupan tersebut. Dalam pendekatan siklus hidup, dikenal 5 (lima) tahap, yaitu: (1) Konsepsi (2) Bayi dan anak (3) Remaja (4) Usia subur (5) Usia lanjut. Masalah kesehatan reproduksi pada setiap fase kehidupan dapat diperkirakan, oleh karena itu jika tidak ditangani dengan baik maka akan berakibat buruk pada kehidupan selanjutnya. Perempuan mempunyai kebutuhan khusus dibandingkan dengan laki-laki, karena kodratnya untuk haid, hamil, melahirkan, menyusui dan mengalami menopause, sehingga memerlukan pemeliharaan kesehatan yang lebih intensif selama hidupnya. Oleh karena itu, pada masa masa kritis seperti pada saat kehamilan, utamanya saat akan bersalin diperlukan perhatian.

3. Memperluas jangkauan pelayanan kesehatan reproduksi secara proaktif
4. Meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas. Pelaksanaan keterpaduan pelayanan dikembangkan atas dasar paradigma tersebut disamping mempermbangkan ngkat perkembangan program, karakteristik sasaran dan masalah yang berbeda antar komponen program. Pelayanan kesehatan reproduksi terpadu diupayakan agar dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, sehingga sifatnya mereorganisasi upaya dan pelayanan yang telah ada namun disesuaikan dengan kebutuhan baru. Penerapan PKRT di suatu wilayah perlu dikaji kebutuhan setempat yang mungkin berbeda di samping tingkat pencapaian program yang berbeda pula. Oleh karena itu idealnya penyusunan rencana pelaksanaan keterpaduan hendaknya berdasarkan analisis data dan masalah setempat.

Adapun prinsip-prinsip yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan kesehatan reproduksi terpadu adalah:

1. Pelayanan yang holistik

Pelayanan yang diberikan memandang klien sebagai manusia yang utuh, artinya pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan klien, namun petugas

kesehatan dapat menawarkan dan memberikan pelayanan lain yang dibutuhkan oleh klien yang diidentifikasi melalui proses anamnesis. Keterpaduan pelayanan harus dikaji secara menyeluruh pada 4 atau sekurang-kurangnya 3 komponen esensial kesehatan reproduksi, meskipun dengan gradasi yang berbeda-beda sesuai dengan kondisi dan kebutuhan setempat.

## 2. Keterpaduan dalam pelayanan

Pelayanan kesehatan reproduksi diupayakan dapat diberikan secara terpadu, sehingga klien mendapatkan semua pelayanan yang dibutuhkan dalam ruang lingkup reproduksi sekaligus dalam satu kali kunjungan atau pelayanan. Keterpaduan pelayanan antar komponen kesehatan reproduksi yang diberikan dapat dilakukan oleh satu orang, tetapi bisa juga dilakukan oleh beberapa orang, namun harus pada satu instansi. Pelayanan dilaksanakan secara terpadu dalam satu tempat yang sama dan dalam satu hari, yang dikenal dengan "*One Stop Services*" (Sekali Datang Semua Pelayanan Diperoleh).

## 3. Fleksibel

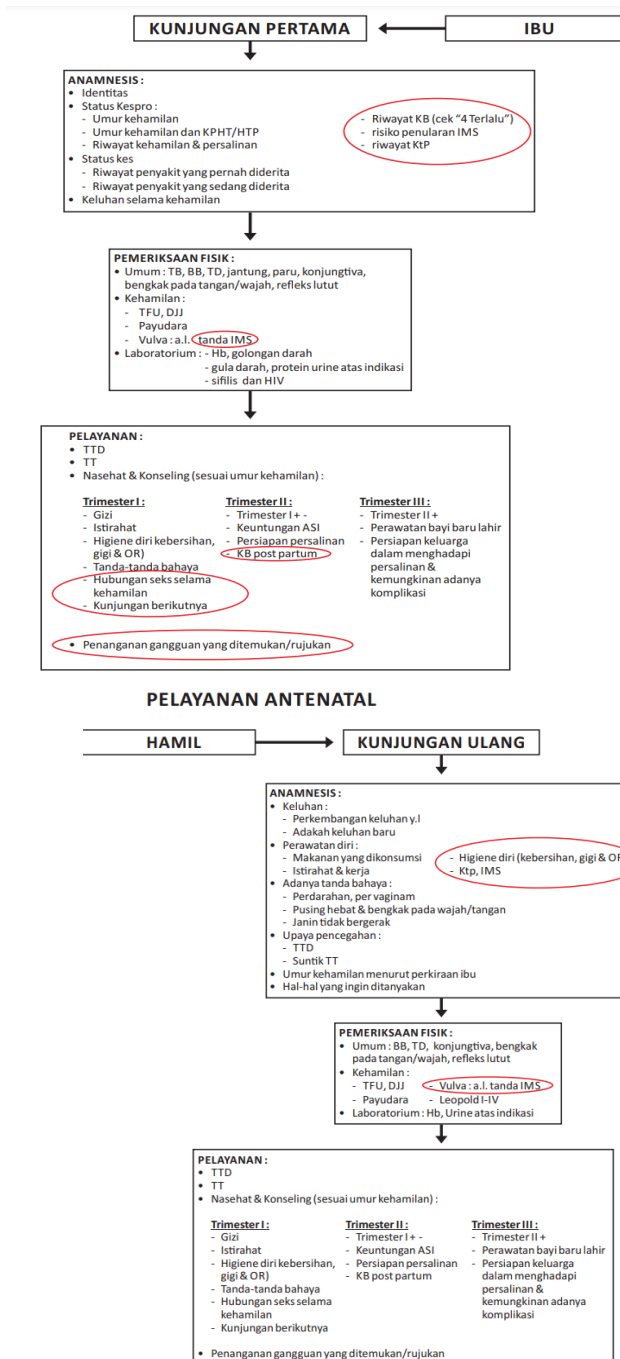
Untuk pelayanan yang memerlukan rujukan ke jenjang yang lebih tinggi, termasuk pelayanan konseling, bisa dilakukan pada waktu atau fasilitas lain dimana pelayanan yang dibutuhkan tersedia. Rujukan ini harus dipantau untuk memastikan klien mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan. Dengan adanya keterpaduan pelayanan tersebut, maka pelayanan kesehatan reproduksi menjadi berkualitas, karena klien yang dilayani mendapatkan seluruh pelayanan secara efektif dan efisien. Artinya, jika seorang ibu hamil datang ke puskesmas maka ibu tersebut tidak hanya diberi pelayanan untuk kehamilannya saja, tetapi juga diberi semua pelayanan lain yang penting untuk kesehatan reproduksinya, misalnya deteksi infeksi saluran reproduksi, konseling tentang Keluarga Berencana,

kemungkinan adanya kekerasan berbasis gender dan lain sebagainya.

Hasil yang diharapkan dari pelaksanaan kesehatan reproduksi tersebut adalah peningkatan akses informasi secara menyeluruh mengenai seksualitas dan reproduksi, masalah kesehatan reproduksi, manfaat dan resiko obat, alat, perawatan, tindakan intervensi, dan bagaimana kemampuan memilih dengan tepat sangat diperlukan. Paket pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas yang menjawab kebutuhan wanita maupun pria. Kontrasepsi (termasuk sterilisasi) yang aman dan efektif. Kehamilan dan persalinan yang direncanakan dan aman. Penanganan tindakan pengguguran kandungan tidak aman. Pencegahan dan penanganan sebabkemandulan (ISR/PMS).

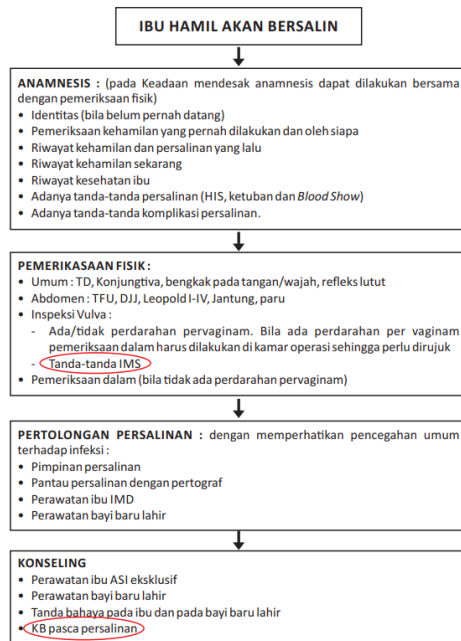


Gambar 8.1. Alur Pelayanan PKPR (KEMENKES RI, 2015)

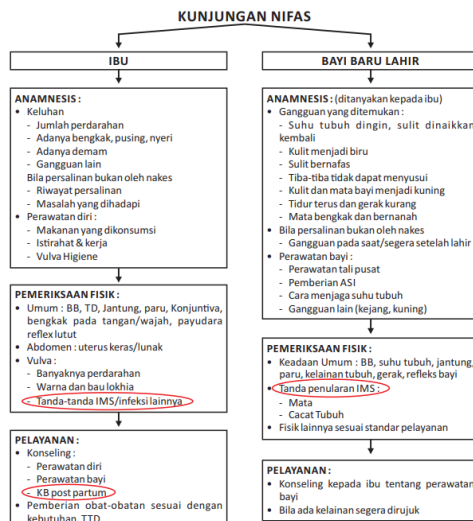


Gambar 8.2. Alur Pelayanan Antenatal (KEMENKES RI, 2015)

## BAGAN ALUR PELAYANAN PERSALINAN



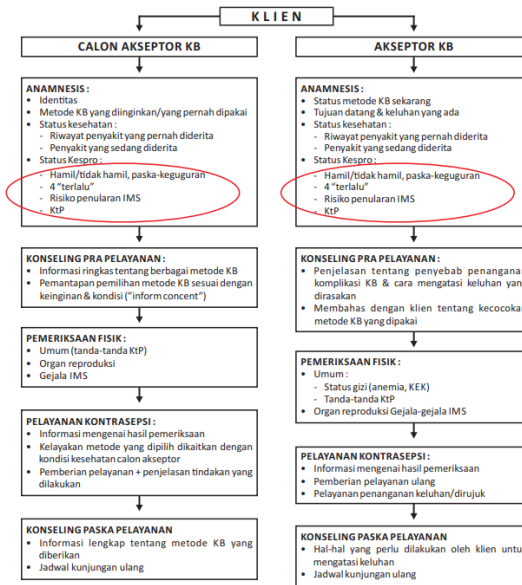
## BAGAN ALUR PELAYANAN NIFAS



\*) Pelayanan memperhatikan pencegahan umum terhadap infeksi

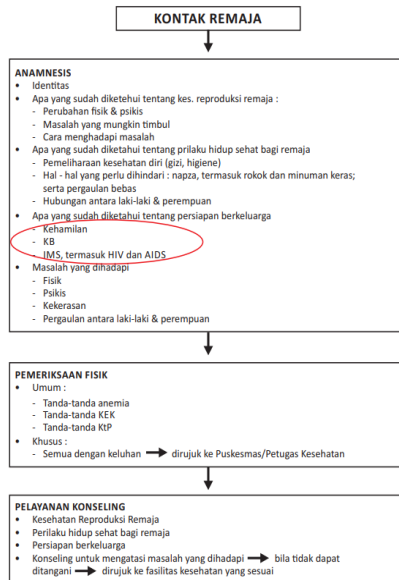
Gambar 8.3 dan 8.4.  
Alur Pelayanan Persalinan dan Pelayanan Nifas  
(KEMENKES RI, 2015)

## BAGAN ALUR PELAYANAN KB



\*) Pelayanan memperhatikan pencegahan umum terhadap infeksi

## BAGAN ALUR PELAYANAN KESEHATAN REMAJA



Gambar 8.5 dan 8.6. Alur Pelayanan KB dan Pelayanan Kesehatan Remaja (KEMENKES RI, 2015)

## Daftar Pustaka

- Affandi B., Adriaansz G., Eka R.G., Koesno H. (2012). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Edisi 3*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Everett S. (2012). *Kontrasepsi dan Kesehatan Seksual Reproduksi EGC*. Jakarta.
- Ida Prijatini & Sri Rahayu (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan: Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Iskandar, MB. (1997). *Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja di Indonesia. Majalah Ilmiah Fakultas Kedokteran Trisakti. Vol. 16*, edisi khusus.
- Johnson, MH. dan Everitt, BJ. (2000). *Essential Reproduction. Fifth Edition*. USA: Blackwell Science.
- Kemenkes RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 71, Tahun 2014 Tentang Tata Cara Pengenaan Sanksi Administratif Bagi Tenaga Kesehatan Dan Penyelenggara Fasilitas Pelayanan Kesehatan Dalam Tindakan Aborsi Dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Dengan .....* Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan R.I., (2015). *Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*. 616.65 Ind p. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI Sekretariat Jenderal.
- Manuaba, IBG. (1999). *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Jakarta: Arcan
- Republik Indonesia. (2009). *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Pasal 71*
- Rahayu, A. dkk. (2017). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia*. Surabaya: Airlangga University Press.

## **Profil Penulis**



### **Nurul Ramadhani Yaner**

Penulis yang lahir di Surabaya pada 6 Februari 1995 ini memiliki ketertarikan terhadap Ilmu Keperawatan Maternitas dan Ilmu Kesehatan Reproduksi sejak tahun 2012 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Universitas Airlangga dengan memilih Jurusan Profesi Keperawatan pada tahun 2012. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke S-2 Ilmu Kesehatan Reproduksi Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2017 dan berhasil lulus pada tahun 2019. Saat ini penulis aktif sebagai dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Merdeka Surabaya. Penulis juga aktif sebagai anggota di organisasi profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Cabang Kota Surabaya. Beberapa penelitian telah dihasilkan oleh peneliti di bidang Keperawatan dan Kesehatan Reproduksi. Selain itu penulis juga telah memiliki karya buku tentang Kesehatan Reproduksi.

Email Penulis: [nununramadhani@gmail.com](mailto:nununramadhani@gmail.com)

## KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERSPEKTIF GENDER

**Kristy Melly Putri, SST., M. Kes.**

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Adiwangsa Jambi

### **Pengertian Gender**

Kedudukan sosial dimana kedudukan pria serta wanita ditetapkan perbandingan guna, peran dan tanggung jawab pria serta wanita selaku hasil konstruksi sosial yang bisa berganti ataupun diganti cocok pergantian era kedudukan serta peran seseorang yang dikonstruksikan oleh warga serta budayanya sebab seorang lahir selaku pria ataupun wanita (World Health Organization 1998). Gender merupakan pemikiran publik tentang perbandingan kedudukan, guna serta tanggung jawab antara wanita serta ataupun laki-laki yang ialah hasil konstruksi sosial budaya serta bisa berganti serta ataupun diganti sesuai dengan pertumbuhan era. Gender (Bahasa Inggris) yang dimaksud selaku tipe kelamin. Tetapi tipe kelamin di sini bukan seks secara biologis, melainkan sosial budaya serta psikologis, namun lebih memfokuskan perbandingan peranan antara laki-laki dengan perempuan, yang dibangun oleh publik cocok dengan norma sosial serta nilai sosial budaya warga yang bersangkutan.

## 1. Pengertian Seks (Jenis Kelamin)

Jenis kelamin ialah perbandingan antara wanita dengan pria secara biologis semenjak seorang lahir. Jenis kelamin berkaitan dengan badan pria serta wanita, dimana pria memproduksi mani, sedangkan wanita menciptakan sel telur serta secara biologis sanggup buat haid, berbadan dua serta menyusui. Seks merupakan perbandingan jenis kelamin yang sudah ditetapkan oleh Allah SWT bersumber pada guna biologis. Seks berarti laki-laki maupun perempuan yang pembedaannya berdasar pada tipe kelamin, sex lebih merujuk pada perbedaan antara laki-laki serta perempuan berdasar pada tipe kelamin yang diisyaratkan oleh perbandingan anatomi badan serta genetiknya. Perbandingan semacam ini lebih kerap diucap selaku perbandingan secara biologis ataupun bertabiat kodrati serta telah menempel pada tiap-tiap orang semenjak lahir.

Tabel 9. 1 Perbandingan Seks serta Gender

| Seks                      | Contoh                                                                       | Gender                       | Contoh                                                                             |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Tidak dapat diubah        | Alat kelamin                                                                 | Dapat diubah                 | Peran dalam kegiatan sehari-hari                                                   |
| Tidak dapat dipertukarkan | Jakun pada laki-laki, payudara pada perempuan                                | Dapat dipertukarkan          | Peran istri dapat digantikan suami dalam mengasuh anak, memasak dll                |
| Beraku sepanjang masa     | Status sebagai laki-laki dan perempuan tidak pernah berubah sampai kita mati | Tergantung kepada kebudayaan | Sikap dan perilaku keluarga lebih mengutamakan laki-laki daripada perempuan selalu |

|                          |                                                                                          |                                 |                                                                                                          |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Berlaku dimanapun berada | Di rumah, dikampus ataupun di mana seorang laki-laki tetap laki-laki dan perempuan tetap | Tergantung pada budaya setempat | Pembatasan kesempatan di bidang pekerjaan terhadap perempuan di banding laki-laki karena budaya setempat |
| Merupakan kodrat tuhan   | Ciri utama laki-laki berbeda dengan perempuan                                            | Bukan merupakan kodrat tuhan    | Sifat atau mentalitas antara laki-laki dengan perempuan bisa sama                                        |
| Ciptaan tuhan            | Perempuan bisa haid, hamil, melahirkan dan menyusui sedangkan laki-laki tidak bisa       | Buatan manusia                  | Laki-laki dan perempuan berhak menjadi calon ketua RT, RW, kepala desa bahkan presiden                   |

## 2. Budaya yang Pengaruhi Gender

Sebagian besar warga menganut keyakinan yang salah tentang makna jadi seseorang perempuan, dengan akibat yang membahayakan kesehatan perempuan. Tiap warga mengharapkan perempuan serta laki-laki buat berpikir, berperasaan serta berperan dengan pola-pola tertentu dengan alibi mereka dilahirkan selaku perempuan/ laki-laki. Contohnya perempuan diharapkan buat mempersiapkan masakan, menjaga kanak-kanak serta suami. Sebaliknya laki-laki bertugas membagikan kesejahteraan untuk keluarga dan melindungi keluarga dari ancaman. Gender serta aktivitas yang dihubungkan dengan tipe kelamin, merupakan hasil rekayasa warga. Warga

menghubungkan tipe kelamin seorang dengan sikap tertentu yang sepatutnya dicoba umumnya diucap dengan zona” aktivitas perempuan” serta” aktivitas pria”. Aktivitas lain tidak sama dari satu wilayah ke wilayah lain diseluruh dunia, bergantung pada Kerutinan, hukum serta agama yang dianut oleh warga tersebut.

Kedudukan tipe kelamin apalagi dapat tidak sama didalam sesuatu warga, bergantung pada tingkatan pembelajaran, suku serta usianya, contohnya: di dalam sesuatu warga, perempuan dari suku tertentu umumnya bekerja jadi pembantu rumah tangga, lagi perempuan lain memiliki opsi yang lebih luas tentang pekerjaan yang dapat mereka pegang. Kedudukan gender diajarkan secara turun temurun dari orang tua ke anaknya. Semenjak anak berumur muda, orang tua sudah memberlakukan anak wanita serta pria berbeda, walaupun kadangkala tanpa mereka sadari.

### 3. Diskriminasi Gender

Pada hakikatnya, manusia mempunyai peran yang setara antara pria serta wanita. Keduanya diciptakan dalam derajat, harkat, serta martabat yang sama. Tetapi dalam ekspedisi kehidupan manusia, banyak terjalin perubahankeduanya, paling utama dalam warga. Proses tersebut lama kelamaan jadi Kerutinan serta membudaya. Serta berakibat pada terciptanya perlakuan diskriminatif terhadap salah satu tipe kelamin sehingga timbul sebutan gender yang mengacu pada perbandingan kedudukan antara pria serta wanita yang tercipta dari proses pergantian kedudukan serta status tadi baik secara sosial maupun budaya. Diskriminasi: merupakan pelayanan yang tidak adil terhadap orang tertentu, di mana layanan ini terbuat bersumber pada ciri yang diwakili oleh orang tersebut. Diskriminasi ialah sesuatu peristiwa yang biasa ditemukan dalam masyarakat, ini diakibatkan sebab kecenderungan manusia buat membedakan yang lain. Inti dari diskriminasi

merupakan perlakuan berbeda, mencuat permasalahan ketidakadilan (diskriminasi) gender, ialah:

a. *Marginalisasi* (Peminggiran)

Proses *marginalisasi* (peminggiran/pemiskinan) yang menyebabkan kemiskinan, banyak terjalin dalam warga. Marginalisasi wanita selaku salah satu wujud ketidakadilan gender. Selaku contoh, banyak pekerja wanita tersingkir serta jadi miskin akibat dari program pembangunan semacam internsifikasi pertanian yang cuma memfokuskan petani pria. Wanita dipinggirkan dari bermacam tipe aktivitas pertanian serta industri yang lebih membutuhkan keahlian yang umumnya lebih banyak dipunyai pria. Tidak hanya itu pertumbuhan teknologi sudah menimbulkan apa yang semula dikerjakan secara manual oleh wanita diambil alih oleh mesin yang biasanya dikerjakan oleh tenaga pria. Sebagian contoh marginalisasi ialah pemupukan serta pengendalian hama dengan teknologi baru pria yang mengerjakan, pemotongan padi dengan perlengkapan sabit, mesin diasumsikan cuma pria yang bisa mengerjakan, mengambil alih tangan wanita dengan perlengkapan panen ani-ani, usaha konveksi, pembantu rumah tangga meresap lebih banyak wanita dari pada pria.

b. Subordinasi (Penomorduaan)

Subordinasi pada dasarnya merupakan kepercayaan kalau salah satu tipe kelamin dikira lebih berarti ataupun lebih utama dibandingkan tipe kelamin yang lain. Telah semenjak dulu terdapat pemikiran yang menempatkan peran serta kedudukan wanita lebih rendah dari laki-laki. Banyak permasalahan dalam tradisi, tafsiran ajaran agama ataupun dalam ketentuan birokrasi yang meletakan kalangan wanita selaku subordinasi dari kalangan pria. Realitas

memperlihatkan kalau masih terdapat nilai- nilai warga yang menghalangi ruang gerak paling utama wanita dalam kehidupan. Selaku contoh apabila seseorang isteri yang hendak menjajaki tugas belajar, ataupun hendak berpergian ke luar negara wajib menemukan izin suami, namun jika suami yang hendak berangkat tidak butuh izin dari isteri.

c. Pemikiran *Stereotype* (Citra Baku)

Stereotype diartikan merupakan citra baku tentang orang ataupun kelompok yang tidak cocok dengan realitas empiris yang terdapat. Pelabelan negatif secara universal senantiasa melahirkan ketidakadilan. Salah satu stereotype yang tumbuh bersumber pada penafsiran gender, ialah terjalin terhadap salah satu tipe kelamin (wanita). Perihal ini menyebabkan terbentuknya diskriminasi serta bermacam ketidakadilan yang merugikan kalangan wanita. Misalnya pemikiran terhadap wanita yang tugas serta gunanya cuma melakukan pekerjaan yang berkaitan dengan pekerjaan domestik ataupun kerumahtanggaan. Perihal ini tidak cuma terjalin dalam lingkup rumah tangga namun pula terjalin di tempat kerja serta warga, apalagi di tingkatan pemerintah serta negeri. Apabila seseorang pria marah, dia dikira tegas, namun apabila wanita marah ataupun tersinggung dikira emosional serta tidak bisa menahan diri. Standar nilai terhadap sikap wanita serta pria berbeda, tetapi standar nilai tersebut banyak menghakimi serta merugikan wanita. Label kalangan wanita selaku “bunda rumah tangga” merugikan, bila hendak aktif dalam “aktivitas laki- laki” semacam berpolitik, bisnis ataupun birokrat.

d. Kekerasan (*Violence*)

Bermacam wujud tindak kekerasan terhadap wanita selaku akibat perbandingan, timbul

dalam berbagai wujud. Kata kekerasan ialah terjemahkan dari violence, maksudnya sesuatu serbuan terhadap raga ataupun integritas mental psikologis seorang. Oleh sebab itu kekerasan tidak cuma menyangkut serbuan raga saja semacam perkosaan, pemukulan serta penyiksaan, namun pula yang bertabiat non raga, semacam pelecehan intim sehingga secara emosional terusik. Pelakon kekerasan beragam, terdapat yang bertabiat orang, baik di dalam rumah tangga sendiri ataupun di tempat universal, terdapat pula di dalam warga itu sendiri. Pelakon dapat saja suami/ bapak, keponakan, sepupu, paman, mertua, anak pria, orang sebelah, majikan.

e. Beban Ganda (*Double Dourden*)

Wujud lain dari diskriminasi serta ketidakadilan gender merupakan beban ganda yang wajib dicoba oleh salah satu tipe kalamini tertentu secara kelewatan. Dalam sesuatu rumah tangga pada biasanya sebagian tipe aktivitas dicoba pria, serta sebagian dicoba oleh wanita. Bermacam observasi, menampilkan wanita mengerjakan nyaris 90% dari pekerjaan dalam rumah tangga. Sehingga untuk mereka yang bekerja, tidak hanya bekerja di tempat kerja pula masih wajib mengerjakan pekerjaan rumah tangga. Dalam proses pembangunan, realitasnya wanita selaku sumber energi insani masih menemukan pembedan perlakuan, paling utama apabila bergerak dalam bidang publik. Dialami banyak ketimpangan, walaupun terdapat pula ketimpangan yang dirasakan kalangan pria di satu sisi.

4. Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi

Gender memiliki pengaruh besar terhadap kesehatan pria serta wanita. Baik pria ataupun wanita bersama terserang akibat serta gender stereotipi masing-masing. Misalnya cocok dengan

pola sikap yang diharapkan selaku pria, hingga pria dikira tidak pantas memperlihatkan rasa sakit ataupun mempertunjukkan kelemahan- kelemahan dan keluhannya.

Wanita yang diharapkan mempunyai toleransi yang besar, berakibat terhadap metode mereka menunda- nunda pencarian penyembuhan, paling utama dalam suasana social ekonomi yang kurang serta wajib memilah prioritas, hingga umumnya wanita dikira normal buat berkorban. Kondisi ini pula bisa mempengaruhi terhadap konsekuensi kesehatan yang dialami pria serta wanita. Ada empat isu gender dalam bermacam siklus kehidupan ialah:

a. Isu Gender di Masa Anak- anak

Isu gender pada kanak- kanak pria, misalnya: pada sebagian suku tertentu, kelahiran balita pria sangat diharapkan dengan alasan, misalnya pria merupakan penerus ataupun pewaris nama keluarga; pria selaku pencari nafkah keluarga yang profesional; pria selaku penyanggah orang tuanya di hari tua. Serta perbandingan perlakuan pula bersinambung pada masa anak- anak. Pada masa anak- anak, watak kasar anak pria dan sikap yang memiliki efek diterima selaku sesuatu kewajaran, apalagi didorong kearah itu, sebab dikira selaku watak anak pria. Sehingga informasi menampilkan kalau anak pria lebih kerap terluka serta hadapi musibah.

b. Isu Gender Pada Anak Wanita

Secara biologis balita wanita lebih tahan daripada balita pria terhadap penyakit peradangan di awal tahun kehidupannya. Karena itu bila informasi memperlihatkan kematian balita wanita lebih besar serta balita pria, pantas dicurigai selaku akibat dari isu gender. Di masa bayi, kematian sebab musibah lebih besar dirasakan oleh bayi pria, sebab

sifatnya yang kasar serta lebih banyak gerak.

c. Isu Gender di Masa Anak muda

Isu gender yang berkaitan dengan anak muda wanita, antara lain: kawin muda, kehamilan anak muda, biasanya anak muda puteri kekurangan nutrisi, semacam zat besi, anemia. Tiba anak muda, kendala anemia ialah indikasi universal digolongan anak muda gadis. Gerakan dan interaksi sosial anak muda puteri kerap kali terbatas dengan datangnya menarche. Pernikahan dini pada anak muda puteri bisa member tanggung jawab serta beban melampaui umurnya. Belum lagi bila anak muda puteri hadapi kehamilan, menempatkan mereka pada efek besar terhadap kematian. Anak muda puteri pula berisiko terhadap pelecehan serta kekerasan intim, yang dapat terjalin di dalam rumah sendiri ataupun di luar rumah. Anak muda gadis pula dapat terserang isu berkaitan dengan kerentanan mereka yang lebih besar terhadap perilaku- perilaku stereotipe maskulin, semacam merokok, tawuran, musibah dalam olah raga, musibah kemudian lintas, eksplorasi intim saat sebelum nikah yang berisiko terhadap penyakit- penyakit yang berkaitan dengan: IMS, HIV/ AIDS.

d. Isu Gender di Masa Berusia

Pada sesi berusia, baik pria ataupun wanita hadapi masalah- masalah kesehatan yang berbeda, yang diakibatkan sebab aspek biologis ataupun sebab perbandingan gender. Wanita mengalami permasalahan kesehatan yang berkaitan dengan guna reproduksinya dan ketidaksetaraan gender. Masalah- masalah tersebut, misalnya konsekuensi dengan kehamilan serta kala melahirkan semacam anemia, aborsi, puerperal sepsis (peradangan postpartum), perdarahan, ketidakberdayaan

dalam memutuskan apalagi kala itu menyangkut badannya sendiri (“ 3 terlambat”). Selaku wanita, ia pula rentan terpapar penyakit yang berkaitan dengan IMS serta HIV/ AIDS, walaupun mereka kerap cuma selaku korban. Misalnya: tata cara KB yang cuma difokuskan pada akseptor wanita, wanita pula rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan ditempat kerja, serta diperjalanan.

e. Isu Gender di Masa Tua

Di umur tua baik pria ataupun wanita kondisi biologis terus menjadi menyusut. Mereka merasa terabaikan paling utama yang berkaitan dengan kebutuhan mereka secara psikologis dikira terus menjadi bertambah. Secara universal, usia harapan hidup wanita lebih besar dibanding pria. Tetapi usia panjang wanita berisiko ringkih, paling utama dalam suasana soaial- ekonomi kurang. Secara kehidupan social umumnya mereka lebih terlantar lagi, paling utama yang berkaitan dengan kebutuhan yang terus menjadi banyak serta terus menjadi bergantung terhadap sumber energi. Osteoporosis banyak diderita oleh wanita di masa tua, ialah 8 kali lebih banyak dari pada pria.

Gender memiliki pengaruh besar terhadap kesehatan pria serta wanita. Perihal ini terus menjadi dialami dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi antara lain sebab perihal berikut:

- 1) Permasalahan kesehatan reproduksi dapat terjaln selama siklus hidup manusia semacam permasalahan inces yang terjaln pada masa kanak- kanak dirumah, permasalahan pergaulan leluasa, kehamilan anak muda.
- 2) Wanita lebih rentan dalam mengalami efek kesehatan reproduksi semacam kehamilan, melahirkan, aborsi tidak nyaman serta

konsumsi perlengkapan kontrasepsi. Sebab struktur perlengkapan reproduksi yang rentan secara social ataupun biologis terhadap penularan IMS tercantum STD/ HIV/ AIDS.

- 3) Permasalahan kesehatan reproduksi tidak terpisah dari ikatan pria serta wanita. Tetapi keterlibatan, motivasi dan partisipasi pria dalam kesehatan reproduksi berusia ini masih sangat kurang.
- 4) Pria pula memiliki permasalahan kesehatan reproduksi, khususnya berkaitan dengan IMS. HIV, serta AIDS. Sebab ini dalam menyusun strategi buat membetulkan kesehatan reproduksi wajib dipertimbangkan pula kebutuhan, kepedulian serta tanggung jawab pria.
- 5) Wanita rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga (kekerasan dalam negeri) ataupun perlakuan agresif yang pada dasarnya bersumber gender yang tidak setara.
- 6) Kesehatan reproduksi lebih banyak berhubungan dengan urusan wanita semacam KB.

## 5. Kesehatan Reproduksi Peka Gender

Pelayanan Kesehatan Reproduksi yang “Peka Gender”, ialah:

- a. Membagikan pelayanan bermutu yang berorientasi kepada kebutuhan klien, tanpa terdapatnya perbandingan perlakuan, baik sebab tipe kelamin ataupun status sosialnya.
- b. Membagikan pelayanan kesehatan dengan mencermati kebutuhan yang berbeda antara pria serta wanita akibat kodrat tiap- tiap.
- c. Menguasai perilaku pria serta wanita dalam mengalami sesuatu penyakit serta perilaku warga terhadap wanita serta pria yg sakit.

- d. Menguasai perbandingan ekspedisi penyakit pada pria serta wanita.
  - e. Membiasakan pelayanan supaya hambatan yg dialami oleh pria serta wanita selaku akibat terdapatnya perbandingan tersebut diatas bisa diatasi.
6. Pangarusutamaan Gender (*Gender Mainstraiming*)

Pengarusutamaan gender (PUG) ataupun merupakan strategi yang dicoba secara rasional serta sistimatis buat menggapai serta mewujudkan kesetaraan serta keadilan gender dalam beberapa aspek kehidupan manusia( rumah tangga, warga serta negeri), lewat kebijakan serta program yang mencermati pengalaman, aspirasi, kebutuhan serta kasus wanita serta pria ke dalam perencanaan, penerapan, pemantauan serta penilaian dari segala kebijakan serta program diberbagai bidang kehidupan serta pembangunan. Tujuan pengarusutamaan gender merupakan membenarkan apakah wanita serta laki-lakimemperoleh akses yang sama kepada sumber energi pembangunan. Bisa berpartisipasi yang sama dalam seluruh proses pembangunan, tercantum proses pengambilan keputusan. Memiliki kontrol yang sama atas sumberdaya pembangunan, dan mendapatkan khasiat yang sama dari hasil pembangunan.

7. Sasaran Pengarusutamaan Gender

Selaku sasaran pengarusutamaan gender merupakan organisasi pemerintah dari pusat hingga ke lapangan yang berfungsi dalam membuat kebijakan, program serta aktivitas. Tidak hanya itu organisasi swasta, organisasi profesi, keagamaan, serta lain- lain, dimana mereka sangat dekat serta terjun langsung sangat depan berhadapan dengan warga.

## 8. Prinsip Pengarusutamaan Gender

Pluralistic, ialah dengan menerima keragaman budaya. Bukan pendekatan konflik, ialah mengalami kasus tidak membedakan antar pria serta wanita. Sosialisasi serta advokasi. Memperluas data untuk warga universal serta melaksanakan kegiatan-kegiatan buat memperkokoh kesetaraan serta keadilan gender.

### **Indikator Kesehatan Wanita**

Indikator kesehatan wanita merupakan dimensi yang menggambarkan ataupun menampilkan status kesehatan perempuan dalam populasi tertentu. Ada pula indikator kesehatan wanita bisa ditinjau dari pembelajaran, pemasukan, umur harapan hidup, AKI serta tingkatan kesuburan.

#### 1. Pendidikan

Kemiskinan pengaruhi peluang buat memperoleh pembelajaran. Kesempatan buat sekolah tidak sama buat seluruh tetapi bergantung dari keahlian membiayai. Dalam suasana bayaran umumnya anak pria lebih diutamakan sebab pria dikira selaku pencari nafkah utama dalam keluarga. Dalam perihal ini bukan indikator kemiskinan saja yang mempengaruhi namun pula gender mempengaruhi terhadap pembelajaran. Tingkatan pembelajaran ini pengaruhi tingkatan kesehatan. Orang yang berpendidikan umumnya memiliki penafsiran yang lebih besar terhadap permasalahan kesehatan serta pencegahannya. Minimum dengan memiliki pembelajaran yang mencukupi seorang bisa mencari liang, menjaga diri sendiri serta turut dan dalam mengambil keputusan dalam keluarga serta warga.

#### 2. Penghasilan

Pemasukan wanita bertambah, hingga pola pemenuhan kebutuhan hendak beralih dari pemenuhan kebutuhan pokok saja, mejadi pemenuhan kebutuhan lain, spesialnya kenaikan

kesehatan wanita. Penghasilan berkaitan dengan status sosial ekonomi, dimana kerap kali status ekonomi jadi pemicu terbentuknya permasalahan kesehatan. Misalnya banyak peristiwa anemia defisiensi besi pada perempuan umur subur yang kerap kali diakibatkan minimnya konsumsi sarapan yang bergizi balance. Anemia pada bunda berbadan dua hendak lebih membagikan akibat yang dapat mengancam keselamatan bunda.

3. Kekurangan gizi serta kesehatan yang buruk

Bagi World Health Organization di Negeri tumbuh tercantum Indonesia 450 juta perempuan berkembang tidak sempurna sebab kurang gizi pada masa kanak-kanak, akibat kemiskinan. Bila juga berkecukupan, budaya memastikan kalau suami serta anak pria menemukan jatah yang banyak serta terbaik serta terakhir si bunda memakan sisa yang terdapat. Perempuan semenjak dia hadapi haid hendak memerlukan gizi yang lebih banyak dari laki-laki buat mengubah darah yang keluar. Zat yang sangat diperlukan merupakan zat besi ialah 3 kali lebih besar dari kebutuhan laki-laki. Disamping itu perempuan pula memerlukan zat yodium lebih banyak dari laki-laki, kekurangan zat ini hendak menimbulkan gondok yang membahayakan pertumbuhan bakal anak baik raga ataupun mental.

4. Beban kerja yang berat

Perempuan bekerja jauh lebih lama dari pada laki-laki, bermacam riset sudah dicoba di segala dunia rata-rata perempuan bekerja 3 jam lebih lama. Dampaknya perempuan memiliki sedikit waktu rehat, lebih lanjut terbentuknya kelelahan kronis, stress serta sebagainya. Kesehatan perempuan tidak cuma dipengaruhi oleh waktu.

5. Angka Kematian Ibu

Kehamilan, persalinan serta nifas ialah pemicu kematian, penyakit serta kecacatan pada wanita

umur reproduksi di Indonesia. Rendahnya mutu hidup sebagian besar wanita Indonesia diakibatkan oleh masih terbatasnya pengetahuan, area sosial budaya yang belum kondusif terhadap kehidupan bermasyarakat serta berkeluarga.

Angka kematian bunda merupakan jumlah kematian bunda sebab kehamilan, persalinan, nifas dalam satu tahun dipecah dengan jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama dengan persen ata permil.

Kematian maternal pula kerap dipakai selaku indicator kesejahteraan rakyat ataupun mutu pembangunan Manusia (IPM/ HDI). Perihal ini didasarkan angka kematian meternal sangat erat kaitannya dengan pergantian keadaan sosial ekomoni warga. Sudah banyak usaha yang dicoba pemerintah buat merendahkan angka kematian meternal, semacam Gerakan Sayang Bunda, Buku KIA, Safe Motherhood: Partnership Family Approach, penempatan bidan di desa, Maternal and Neonatal Helath (MNH), Making Pregnancy Safer (MPS) serta program yang lain. Tetapi program serta strategi tersebut belum sanggup memesatkan penyusutan angka kematian ibu.

Jumlah paritas satu serta paritas diatas sudah teruji tingkatkan angka kematian maternal dibandingkan paritas 2-3, tidak hanya itu aspek usia bunda melahirkan pula jadi aspek resiko kematian bunda, dimana umur muda ialah ; 20 tahun serta umur tua  $\geq$  35 tahun pada dikala melahirkan jadi aspek resiko kematian maternal, sebaliknya jarak antara masing-masing kehamilan yang dikira lumayan nyaman merupakan 3- 4 tahun. Aspek kematian maternal ini setelah itu diidentifikasi selaku 4 sangat (sangat muda, sangat tua, sangat rapat jarak kehamilan serta sangat banyak). Tidak hanya aspek kedokteran serta reproduksi, aspek non- medis ikut menaikkan parah resiko kematian maternal ialah keadaan sosial budaya, ekonomi, pembelajaran, peran serta

kedudukan wanita, keadaan geografis serta transportasi, ini setelah itu diidentifikasi selaku 3 terlambat (3T).

#### 6. Umur Harapan Hidup

Umur harapan hidup (*Life Expectancy Rate*) ialah lama hidup manusia di dunia. Umur harapan hidup wanita lebih besar dibanding pria. Harapan hidup penduduk Indonesia hadapi kenaikan jumlah serta proporsi semenjak 1980. Harapan hidup wanita merupakan 54 tahun pada 1980, setelah itu 64, 7 tahun 1990, serta 70 tahun pada 2000. Meningkatnya umur harapan hidup penduduk Indonesia bawa implikasi bertambahnya jumlah lanjut usia. Bersumber pada informasi, perempuan Indonesia yang merambah masa menopause dikala ini terus menjadi bertambah tiap tahunnya. Meningkatnya jumlah itu selaku akibat bertambahnya populasi penduduk umur lanjut serta tingginya umur harapan hidup diiringi membaiknya derajat kesehatan warga.

#### 7. Tingkatan Kesuburan

Begitu banyak pendamping suami istri yang sangat menginginkan kedatangan anak tetapi belum pasti pula dikarunai seseorang anak. Banyak pula dari mereka yang menjajaki sebagian program guna mengharapkan terbentuknya sesuatu kehamilan. Kemandula ataupun ketidak suburan kerap kali cuma dituduhkan ke pihak perempuan, sementara itu pihak laki-laki juga mempunyai aspek penyebabnya.

Masa produktif merupakan sesuatu masa dalam siklus haid wanita diaman ada sel telur yang matang serta siap dibuahi, sehingga apabila wanita tersebut melakukan ikatan intim hingga dimungkinkan terjalin kehamilan. Siklus haid dipengaruhi oleh hormon seks wanita ialah estrogen serta progesteron. Hormon ini menimbulkan pergantian fisiologis pada badan wanita yang bisa dilihat lewat sebagian penanda klinis semacam,

pergantian temperatur basal badan, pergantian sekresi lendir leher rahim (serviks), pergantian pada serviks, panjangnya siklus haid (cara kalender) serta penanda minor kesuburan semacam perih perut serta pergantian buah dada.

Sangat kurus dapat membuat siklus haid perempuan tidak tertib serta dapat melahirkan balita yang pula memiliku berat tubuh rendah. Kebalikannya sangat gendut pula tidak berdampak baik buat kesuburan sebab penyeimbang hormon tersendat serta berisiko hadapi tekanan darah besar serta diabet sepanjang berbadan dua. Perempuan yang minum 4 gelas kopi/hari mempunyai resiko tidak produktif lebih besar. Karna kafein kurangi isi darah dalam hormon prolactin. Rendahnya hormon prolactin berhubungan dengan terus menjadi rendahnya tingkatan kesuburan.

## Daftar Pustaka

- Dewi, Preameswari. 2018. Modul Kesehatan Reproduksi Perlindungan Anak Terpadu Berbasis Masyarakat (PATBM) Jakarta: Kerjasama Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Anak dengan Rutgers WPW Indonesia.
- Ganle et al. 2021. Testing the effect of an integrated-intervention to promote access to sexual and reproductive healthcare and rights among women with disabilities in Ghana: a quasi-experimental study protocol. *Journal Reproductive Health* (2021) 18:206. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01253-1>
- George et al. 2021. Are rhetorical commitments to adolescents reflected in planning documents? An exploratory content analysis of adolescent sexual and reproductive health in Global Financing Facility country plans *Journal Reproductive Health* 2021, 18(Suppl 1):124. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01121-y>
- Hapsari, Anindya. 2019. Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Modul Kesehatan Reproduksi Remaja. Malang : Wineka Media
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/320/2020 tentang Standar Profesi Bidan
- Mikhail et al. 2021. Reproductive health interventions for Inuit youth in the north: a scoping review *Journal Reproductive Health* (2021) 18:65 <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01119-6>
- Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi sumber LN. 2014 No. 169, TLN No. 5559, LL SETNEG : 30 HLM
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Reproduksi Dengan Bantuan Atau Kehamilan Di Luar Cara Alamiah sumber BN.2015/NO. 868, kemenkes.go.id : 13 hlm

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual

Prijatni, et al. 2016. Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI

Tilahun et al. 2021. Assessment of access and utilization of adolescent and youth sexual and reproductive health services in western Ethiopia. *Journal Reproductive Health* (2021) 18:85  
<https://doi.org/10.1186/s12978-021-01136-5>

## **Profil Penulis**



### **Kristy Melly Putri**

Lahir di Nipah Panjang pada tanggal 1 Juli 1990. Riwayat Pendidikan: SMA N 5 lulus tahun 2008, memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan dari Poltekkes Kemenkes Jambi tahun 2011, memperoleh gelar Sarjana Sains Terapan Program Studi Diploma IV Bidan Pendidik dari Universitas Respati Yogyakarta tahun 2013, memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat perminatan Kesehatan Reproduksi dari Universitas Respati Indonesia tahun 2015.

Riwayat Pekerjaan: Dosen tetap di Akbid Jakarta Mitra Sejahtera dari 2013-2021, Dosen tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Adiwangsa Jambi dari 2021 sampai sekarang, telah lulus Sertifikasi Dosen. Penulis juga aktif dalam Tridarma Perguruan Tinggi serta keikutsertaan dalam Organisasi Ikatan Bidan Indonesia di Kota Jambi. Adapun buku yang sudah di tulis diantaranya Asuhan Kebidanan, Pendidikan Ilmu Kebidanan, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Digitalisasi Dalam Perawatan Kesehatan serta Kesehatan Masyarakat dan Kesehatan Lingkungan. Setiap langkah mempunyai arah dan tujuan sehingga setiap orang mempunyai keinginan untuk mencapai sesuatu yang bisa bermanfaat bagi orang lain. Semoga buku ini bermanfaat bagi orang banyak terkhusus para pembaca.

Email Penulis: [kristymellyaputri@rocketmail.com](mailto:kristymellyaputri@rocketmail.com)

## KONSELING DAN PENYULUHAN KESEHATAN REPRODUKSI

**Maya Primayanti, S.Si.T., M.Kes.**  
STIKES Banyuwangi

### **Pengertian Konseling dan Penyuluhan**

Berikut adalah pengertian konseling menurut beberapa sumber:

1. Konseling adalah suatu proses yang dilakukan konselor dalam membantu dan memecahkan permasalahan yang dihadapi klien (Peter Keer, 1992).
2. Konseling menggambarkan komunikasi yang dilaksanakan secara terus menerus antara seorang ahli (konselor) dengan klien (konseli) dimana konselor memberikan waktunya, informasi yang diketahui dan dikuasainya serta keahliannya untuk membantu klien (konseli) membuat keputusan sendiri atas permasalahan yang ada pada dirinya yang dilaksanakan (Depkes, 2002).
3. Konseling merupakan hubungan dua arah klien dan konselor dimana konselor menggali masalah seksualitas dan kesehatan reproduksi (SKR) klien, pengetahuan yang dimiliki serta bantuan yang diperlukan (Engender Health, 2003).
4. (Khusus aborsi aman) konseling merupakan pemberian bantuan secara tatap muka oleh konselor kepada seorang wanita dalam mengambil keputusan terhadap hal-hal yang terkait dengan kesehatan pelayanan aborsi. Idealnya, pelayanan konseling

diberikan oleh konselor yang sama sebelum, saat, dan setelah pelayanan aborsi (WHO, 1995).

Meski ada beberapa pengertian konseling, tetapi semua memiliki kesamaan dalam:

- a. Proses: Konseling biasanya dilakukan beberapa kali pertemuan dimana klien diberi kesempatan atau dipancing agar dapat mengungkapkan apa yang dirasakannya serta pendapatnya lewat interaksi dua arah antara konselor dan klien.
- b. Peran Konselor: Konselor bukan berperan mencari/memberikan solusi, namun konselor berperan memberikan informasi, pengetahuan, dukungan dan semangat kepada klien agar klien mampu membuat keputusannya sendiri, sehingga keputusan akhir adalah keputusan yang dibuat oleh klien.

Berikut pengertian penyuluhan menurut beberapa sumber:

- a. Penyuluhan adalah kegiatan menyampaikan informasi dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam program Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN, 2011).
- b. Penyuluhan adalah pemberian informasi tentang suatu hal yang bersifat informatif, persuasif, dan rekreatif kepada khalayak (contoh: kepada siswa-siswi di sekolah).

### **Perbedaan Konseling dan Penyuluhan**

Konseling berbeda makna dengan penyuluhan (pemberian informasi ata). Perbedaan antara konseling dan penyuluhana bisa dilihat dari ciri-ciri konseling dan ciri-ciri penyuluhan sebagai berikut:

1. Ciri-ciri konseling, antara lain:
  - a. Melibatkan dua orang yang saling berinteraksi
  - b. Dilakukan oleh konselor yang kompeten dan ahli di bidangnya

- c. Komunikasi dilakukan dengan multi dimensi (verbal dan nonverbal)
- d. Konselor dan klien melakukan interaksi secara terus-menerus dalam jangka waktu hingga tercapai tujuan
- e. Ada perubahan perilaku lebih baik dari sebelumnya
- f. Bersifat pribadi (*privacy*) dan rahasia (*confidential*)
- g. Konseling bersifat formal, professional dan terarah antara konselor dan klien
- h. Konselor membantu klien untuk mengembangkan diri dan menentukan keputusan sendiri
- i. Pada kasus-kasus tertentu (contoh: klien dengan HIV-AIDS, klien pasca aborsi), pelaksanaan konseling tidak harus di ruangan formal, bisa dilakukan di tempat alternative (perpustakaan, ruangan lain di klinik atau ruangan terpisah lainnya) asal privasi klien tetap terjaga dan klien merasa nyaman.

## 2. Ciri-ciri penyuluhan

- a. Diisi satu atau beberapa pembicara (penyuluh) sebagai narasumber
- b. Lebih banyak menggunakan komunikasi verbal
- c. Dapat digabungkan dengan berbagai kegiatan
- d. Bersifat umum
- e. Sasarannya masyarakat (bisa umum atau kelompok individu tertentu)
- f. Tidak memaksa sasaran penyuluhan terlibat lebih jauh dalam target penyuluhan, sasaran cukup mengetahui informasi yang telah diberikan
- g. Dapat dilakukan dimana saja (formal, informal, skala besar atau skala kecil)

## **Tujuan Konseling dan Penyuluhan Kesehatan Reproduksi**

Konseling dan penyuluhan dapat dilakukan pada setiap tahapan daur kehidupan wanita mulai dari tahapan remaja, pra-nikah, merencanakan keluarga, kehamilan, masalah dan resiko reproduksi, persalinan, berbagai tahapan dalam penatalaksanaan pengobatan. Tujuan konseling dan penyuluhan kesehatan reproduksi antara lain:

### **1. Peningkatan pengetahuan**

Informasi-informasi kesehatan yang diberikan petugas melalui konseling dan penyuluhan, harapannya dapat meningkatkan pengetahuan klien dari tidak tahu menjadi tahu, dari acuh menjadi peduli, dari enggan menjadi berperan serta aktif dalam meningkatkan kesehatan reproduksi wanita (klien itu sendiri).

### **2. Perubahan perilaku**

Banyak klien tidak menyadari jika selama ini melakukan perilaku yang beresiko. Konseling dan penyuluhan bertujuan membantu klien untuk merubah perilaku beresiko itu ke perilaku sehat dan bertanggungjawab sehingga dapat mengurangi dari keterpaparan terhadap komplikasi dari penyakit-penyakit yang mengganggu kesehatan atau organ reproduksi.

### **3. Meningkatkan rasa percaya diri**

Sebagian besar klien akan menutup diri dari masyarakat dan keluarga saat mengalami permasalahan kesehatan reproduksi. Konseling dapat membantu klien untuk menerima apa yang dialaminya secara ikhlas. Di sisi lain lewat penyuluhan juga bisa menyadarkan klien bahwa permasalahan yang ada ternyata bukan diderita sendirian tetapi banyak wanita lain yang tanpa disadari mengalami hal yang serupa sehingga bisa berbagi pengalaman.

#### 4. Pemecahan masalah

Konseling dapat membantu klien menemukan solusi terbaik yang bisa diambil dari permasalahan yang dihadapinya, serta mencegah permasalahan tersebut menjadi lebih rumit. Contoh: kasus klien dengan kehamilan yang tidak diinginkan, konseling membantu klien memutuskan yang terbaik untuk tubuhnya. Di sisi lain, melalui kegiatan penyuluhan kesehatan reproduksi baik di fasilitas kesehatan, sekolah atau tempat umum lain, akan ada banyak informasi yang didapatkan dan bisa digunakan klien sebagai upaya pencegahan, perawatan, pengobatan, serta rujukan.

#### 5. Efektifitas personal

Akar masalah dari seksualitas dan kesehatan reproduksi (SKR) sangat kompleks, bukan sekedar masalah medis, tetapi banyak masalah sosial yang ada. Konsekuensi masalah SKR biasanya berdampak kepada klien itu sendiri, dan keluarganya (orangtua, pasangan, anak-anaknya) serta masyarakat. Tujuan konseling adalah menginformasikan klien mengenai hak-hak dan pilihannya, serta memberdayakan klien untuk berani membuat keputusannya sendiri. Selain itu, petugas kesehatan juga dapat menjangkau masyarakat lewat kegiatan penyuluhan yang didasarkan pada strategi advokasi, bina suasana serta gerakan pemberdayaan masyarakat mengenai akar masalah, keterbatasan dan konsekuensi berkaitan dengan pengobatan masalah-masalah SKR.

### **Komponen Penyuluhan Kesehatan Reproduksi**

Ada beberapa komponen dalam penyuluhan kesehatan reproduksi, antara lain:

#### 1. Pemberi penyuluhan (penyuluh)

Penyuluh bisa dari tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat, ahli gizi, dll) maupun non kesehatan (toga, toma, kader, pimpinan instansi, dll)

## 2. Penerima penyuluhan

Sasaran penyuluhan bisa individu (perorangan), keluarga (kelompok, yang terdiri dari 2-15 orang), dan masyarakat (massa).

## 3. Isi penyuluhan

Materi penyuluhan disesuaikan dengan sasaran dan permasalahan atau informasi yang dibutuhkan sasaran, melingkupi pokok-pokok materi:

### a. Kesehatan reproduksi dasar

- 1) Kesehatan ibu dan bayinya
- 2) Keluarga berencana (jenis kontrasepsi, perencanaan kehamilan sehat, dll)
- 3) Kesehatan reproduksi remaja (pubertas, dysmenorrhea, flour albus, masturbasi, anemia, dll)
- 4) Pencegahan dan penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS), HIV-AIDS

### b. Kesehatan reproduksi lansia

### c. Hak-hak reproduksi

### d. Kesetaraan dan keadilan gender dalam kesehatan reproduksi

### e. Materi penunjang: Kekerasan terhadap perempuan, paeranan lelaki dalam kesehatan reproduksi, aborsi, prolapsus uteri, infertilitas, dan kanker sistem reproduksi (ca serviks, ca prostat)

Isi penyuluhan harus ada keterpaduan (ada korelasi antara kebutuhan, permasalahan yang dihadapi, serta program-program yang terkait dengan kesehatan reproduksi, bermutu (didasarkan pada evidence based dan informasi ilmiah terbaru yang dapat dipertanggungjawabkan, tepat guna dan tepat sasaran), penyampian materi dan pesan-pesan penting diberikan sesuai tahapan, ada pengulangan dan bervariasi sehingga sasaran tertarik.

#### 4. Metode penyampaian penyuluhan

Penyampaian pesan penyuluhan bisa dilakukan secara langsung (tatap muka) dengan ceramah tanya jawab, FGD, demonstrasi, dll atau secara tidak langsung melalui pesan singkat yang diselipkan pada lagu-lagu atau video hiburan, pemasangan poster, pembagian selebaran atau leaflet

#### 5. Media penyuluhan

Pemilihan media harus sesuai dengan isi pesan. Berdasarkan sifatnya terdapat 3 jenis media komunikasi: audial (telepon, intercom, radio), visual (surat kabar, KIE kit, majalah, buku, bulletin, poster, leaflet), audio visual (televisi, film, video, internet, mobil pelayanan KB)

#### 6. Hasil penyuluhan

Perlu dilakukan monitoring dan evaluasi untuk melihat hasil/ dampak penyuluhan yang dilakukan (apakah meningkatkan pengetahuan klien dari sebelumnya dan ada perubahan perilaku).

### **Pendekatan-pendekatan      Konseling      Kesehatan Reproduksi**

Pendekatan GATHER, SATU TUJU dan REDI merupakan kerangka kerja yang umumnya digunakan dalam memberikan konseling mengenai isu-isu kesehatan reproduksi. Pendekatan GATHER dan SATU TUJU umumnya untuk konseling KB agar klien bisa memilih metode KB yang sesuai dengan kebutuhannya

#### 1. Pendekatan **GATHER**, merupakan singkatan dari:

- a. **Greet**/Salam: berikan salam dengan sikap bersahabat kepada klien segera ketika bertemu. Buatlah klien merasa nyaman dengan mengenalkan diri dan membuka komunikasi mengenai hal-hal kecil.
- b. **Ask**/Tanya: konselor dengan penuh perhatian membantu klien menanyakan apa masalah yang dihadapi klien menggunakan intonasi suara yang lembut.

- c. **Tell**/Tanggapan: menanggapi/ merespon klien
- d. **Help**/Bantu: bantu klien dalam memahami masalahnya serta dorong klien membuat keputusan sendiri
- e. **Explain**/Terangkan: terangkan hal-hal yang ditanyakan/ingin diketahui klien
- f. **Refer**/Rujuk atau **Return**/Kembali: Konselor bisa merujuk apabila tidak bisa memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan klien atau bisa juga membuat jadwal untuk klien datang kembali untuk pertemuan selanjutnya.

Pendekatan GATHER disebut juga **pendekatan perlindungan ganda** karena bisa digunakan untuk konseling isu-isu SKR seperti HIV-ISR. Hal penting yang ditekankan yaitu kondom bisa untuk mencegah kehamilan dan mencegah ISR (Infeksi Saluran Reproduksi).

- a. **G= Greet/ Salam** klien dengan sopan dan hangat. Hargai kedatangan klien dan jelaskan bahwa diskusi bersifat rahasia. Ini penting dilakukan untuk menciptakan rasa aman serta kepercayaan klien dalam mengungkapkan perasaan dan masalahnya, khususnya isu tentang HIV, ISR, IMS dan kehamilan tidak diinginkan.
- b. **A= Ask/Tanyakan** kepada klien hal-hal yang umum yang menyangkut dirinya (identitas), anggota keluarga, dan lain-lain. Tanyakan alasan datang. Tanyakan aktivitas seksualnya, apa yang diketahui mengenai perilaku seks pasangannya, HIV, ISR, KB, kondom, apakah klien terinfeksi HIV dan IMS, dalam kondisi hamil yang tidak diinginkan, mengalami kekerasan atau memiliki penyakit seksual lainnya
- c. **T= Tell/Informasikan** kepada klien tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia, efektivitasnya dalam mencegah HIV-IMS dan kehamilan, pengaruh kontrasepsi pada seksualitas, dampak

HIV-IMS dan pencegahannya (menekankan pada penggunaan kondom),

- d. **H= Help/Bantu** klien dalam memilih metode KB terbaik yang dapat mengurangi resiko terkena HIV-IMS dan kehamilan tidak diinginkan, memperkenalkan kondom, mendiskusikan perilaku IMS beresiko dengan melibatkan pasangannya. Apabila penggunaan kondom pria tidak memungkinkan, bisa dengan penggunaan kondom perempuan. Klien memutuskan sendiri langkah-langkah yang bisa dilakukan untuk menurunkan resiko tersebut berdasarkan penjelasan yang diberikan konselor.
  - e. **E= Explain/Terangkan** cara perlindungan ganda kondom dalam mencegah HIV-IMS. Mengajarkan cara pemasangan kondom menggunakan pantom penis dan upayakan klien untuk melakukannya. Alternative lain bisa dengan mengurangi frekuensi atau tidak melakukan aktivitas seksual sampai benar-benar sembuh dari infeksi.
  - f. **R= Return/Kunjungan ulang.** Jadwalkan kunjungan ulang. Sediakan informasi tambahan untuk konseling lanjutan dan tes sukarela, pemeriksaan HIV-IMS, atau pengobatan ISR (Engender Health, 2002).
2. Pendekatan **SATU TUJU** merupakan singkatan dari :
- a. **SA**/Sapa dan Salam: sapa klien dengan sopan, beri perhatian penuh, jaga privasinya dan bangun keakraban serta kepercayaan diri klien.
  - b. **T**/Tanya: tanyakan data diri klien, riwayat kontrasepsi dulu dan sekarang, pilihan KB
  - c. **U**/Uraikan: uraikan tentang kontrasepsi yang dipilih klien serta menjelaskan jenis-jenis kontrasepsi lainnya meliputi : macamnya, efek samping, efektifitas dalam pencegahan kehamilan, kontraindikasi pemasangan, serta biaya.

- d. **TU/Bantu:** bantu klien dalam pilihan KB yang tepat dengan kondisinya, memastikan pasangan terlibat dan setuju dengan pilihan klien.
- e. **J/Jelaskan:** Jelaskan prosedur penggunaan kontrasepsi pilihan.
- f. **U/Kunjungan Ulang:** kunjungan ulang perlu dijadwalkan untuk pemeriksaan, waktu pemasangan atau pelepasan yang tepat, serta untuk evaluasi keberhasilan tindakan, atau ada tidaknya efek samping kontrasepsi.

### 3. Pendekatan **REDI**

Pendekatan REDI tepat untuk konseling kesehatan reroduksi terpadu, karena:

- a. Menekankan tanggungjawab klien membuat keputusan dan menjalankannya
- b. Memberikan panduan yang mempertimbangkan hubungan seksual klien
- c. Mengembangkan ketrampilan klien menghadapi tantangan yang dihadapi akibat keputusan yang telah diambilnya

Ada 4 tahapan pendekatan REDI, meliputi:

- 1) Tahap 1: Membangun hubungan
  - a) Menyambut klien
  - b) Membuat pendahuluan
  - c) Memperkenalkan topik seksualitas
  - d) Menjanjikan kerahasiaan
- 2) Tahap 2: Eksplorasi
  - a) Cari tahu kebutuhan klien, resiko, kehidupan seksual, kehidupan sosial dan lingkungannya
  - b) Cari tahu pengetahuan dan informasi yang dimiliki klien

- c) Bantu klien menerima/ memutuskan kehamilannya atau menerima/ memutuskan kondisi HIV dan IMSnya
- 3) Tahap 3: Pengambilan keputusan
  - a) Identifikasi pilihan-pilihan yang dibutuhkan klien
  - b) Jabarkan keuntungan dan kekurangan dari tiap pilihan
  - c) Biarkan klien membuat keputusan sendiri
  - d) Identifikasi pilihan klien
- 4) Tahap 4: Menjalankan keputusan
  - a) Buatlah rencana yang jelas
  - b) Identifikasi ketrampilan yang diperlukan klien dalam menjalankan keputusan sesuai rencana
  - c) Untuk ketrampilan praktis, bila diperlukan dengan bantuan petugas
  - d) Buat rencana tindak lanjut

### **Bidan sebagai Konselor**

Untuk menjalankan peran konselor, bidan minimal memiliki persyaratan berikut:

#### **1. Kepribadian**

Bidan harus ramah, menghargai, bersahabat, mendengarkan, tidak menghakimi, menghormati emosi dan perasaan klien, memiliki motivasi kuat untuk membantu sesama, empati, bisa dipercaya (menjaga privasi, kerahasiaan, anonimitas), ada keinginan belajar dan memiliki pemikiran terbuka dan luas.

#### **2. Berpengetahuan tentang:**

- a. Fungsi, proses, serta isu-isu SKR, termasuk proses kehamilan, metode kontrasepsi, IMS, HIV-AIDS dan aborsi (aman dan tidak aman)

- b. Aspek hukum terhadap praktik pelayanan SKR serta nilai dan norma sosial yang mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang
3. Ketrampilan
- a. Komunikasi: bidan harus memiliki ketrampilan komunikasi, membina hubungan baik dengan klien agar klien dapat mengungkapkan perasaan, pikiran, dan pengalamannya secara bebas
  - b. Refleksi: agar informasi yang diperoleh lebih dalam, bidan harus bisa merefleksikan semua yang dirasakan klien (pikiran, perasaan, pengalaman)
  - c. Eksplorasi: bidan harus dapat memahami dan mengerti perasaan dan pemikiran klien (pendengar yang baik) sehingga bisa menggali informasi lebih dalam tentang diri klien dan permasalahannya
  - d. Motivasi: bidan harus memberikan motivasi atau dorongan melalui kata-kata singkat (ya, terus, lalu, bagus, hebat, dll) agar klien bersemangat menyampaikan masalahnya dan mengarahkan pembicaraan mencapai sasaran dan tujuan konseling
  - e. Interpretasi: bidan harus menggunakan teori-teori konseling, teori kesehatan reproduksi, teori KB, dll menyesuaikan dengan permasalahan klien yang bertujuan sebagai referensi atau pandangan atas perilaku klien
  - f. Mengarahkan: bidan harus dapat mengarahkan kliennya agar berpartisipasi aktif secara penuh dalam proses konseling dan mengikuti apa yang disarankan
  - g. Informasi: bidan sebagai konselor harus bisa menyampaikan informasi tepat guna dan benar dengan menggunakan bahasa dan istilah-istilah yang mudah dimengerti klien. Pemberian

informasi yang salah dapat berdampak buruk pada pelayanan konseling.

Sebuah studi yang diselenggarakan oleh *population council* (1998) menunjukkan bahwa pelayanan berkualitas menurut persepsi klien apabila:

- a. Klien diperlakukan dengan layak
- b. Informasi yang disampaikan memenuhi harapan dan dapat menjawab pertanyaan klien
- c. Pelayanan medis yang memadai dan aman.

### **Hambatan-Hambatan yang Terjadi dalam Konseling dan Solusinya**

#### **1. Klien diam**

Jika klien diam di awal pertemuan, konselor bisa memancing perhatiannya dengan berkata "Saya bisa melihat jika anda sulit untuk berbicara. Ini sering dialami semua klien baru. Apakah anda merasa gelisah?" Tatap klien dan gunakan bahasa tubuh yang memperlihatkan simpati. Tunggu respon klien. Jika klien banyak diam selama konseling berlangsung, kemungkinan klien sedang berpikir harus mulai bercerita dari mana. Berikan waktu klien untuk berpikir.

#### **2. Klien menangis**

Beberapa alasan yang melatarbelakangi klien menangis yaitu sebagai bentuk ekspresi kesedihan, ingin mendapatkan simpati, atau ingin meluapkan emosi. Tunggu beberapa saat. Apabila tangisan belum berhenti, katakan tidak apa-apa, menangis wajar terjadi. Biarkan klien bebas mengekspresikan tangisannya. Saat tangisan mereda, konselor dapat menanyakan alasan klien menangis.

#### **3. Klien menanyakan hal pribadi konselor**

Hindari pembicaraan tentang hal pribadi konselor. Kadang-kadang klien bertanya apakah konselor pernah menghadapi masalah yang sama. Sebaiknya konselor menghindari menjawab ya atau tidak.

Konselor bisa mengatakan hal lain seperti “saya tahu kondisi seperti itu, tolong jelaskan kepada saya lebih lanjut”. Jika tetap ingin membantu klien, konselor bisa menggunakan pengalaman orang lain atau pengalaman keluarga sendiri dengan anonimitas.

4. Klien ingin konselor yang mengambil keputusan

Konselor bisa berkata, “Saya dapat menjawab pertanyaan anda dan membantu memberikan beberapa alternative pilihan, tetapi andalah yang lebih tahu apa yang terbaik untuk kehidupan anda”. Apakah anda ingin mendiskusikan hal ini lebih lanjut? Apakah anda butuh informasi banyak? Apakah anda membutuhkan waktu lebih lama untuk berpikir? Apakah anda ingin mendiskusikannya dengan pasangan atau orangtua anda?

5. Konselor tidak menemukan jalan keluar bagi masalah yang dihadapi klien

Meski konselor ahli dalam kesehatan reproduksi, namun tidak selamanya dapat menemukan jalan keluar bagi semua masalah yang dihadapi klien. Ekspresikan rasa simpati dan sarankan kepada klien mencari seseorang (orangtua, pasangan, anggota keluarga lain, konselor lain) yang dapat membantunya.

6. Konselor belum menemukan jawaban dari pertanyaan klien

Konselor perlu jujur dan terbuka kepada klien apabila belum mengetahui jawabannya, namun dapat mencari jalan keluarnya bersama-sama dengan menanyakannya pada teman sejawat atau mencari sumber lain sehingga dapat memberikan jawaban dengan tepat.

7. Konselor membuat kekeliruan

Segera meminta maaf dan memperbaikinya sebagai bentuk penghargaan terhadap klien. Hal ini dapat berdampak positif bagi klien untuk melakukan hal yang sama.

8. Konselor dan klien teman baik

Bisa dilanjutkan dengan tetap menekankan soal kerahasiaan dan privasi. Pilihan lainnya, klien bisa berganti ke konselor lain jika itu yang diinginkannya.

## Daftar Pustaka

- BKKBN. (2011). *Prototype Produksi Media Advokasi dan KIE Program Pembangunan Kependudukan dan KB*. Jakarta : BKKBN
- Engender Health. (2002). *Integration of HIV / STI Prevention, Sexuality, and Dual Protection in Family Planning Counseling : Arranging Manual Working Draft Vol.2 Handout*. New York : Engender Health
- Engender Health. (2003). *Comprehensive the Post Abortion Client : A Training Curriculum*. New York : Engender Health
- Keer, Peter. (1992). *Prevention HIV/AIDS Counseling Module*
- Poltekkes Gorontalo. (2013). *Modul Pembelajaran dan Praktikum Konseling Kesehatan Reproduksi*. <https://adoc.pub/konseling-kesehatan-reproduksi.html>.
- Population Council. (1998). *Improving Reproductive Health: International Sahred Experience*. Jakarta : Population Council.
- Prijatni, Ida dan Rahayu, Sri. (2016). *Modul Ajar Kebidanan : Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta : Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumberdaya Manusia Kesehatan.
- Sari, E.K., Putri, D.K., Astuti.N.K. (2016). *Komunikasi, Konseling dan Penyuluhan*. <http://kesehatanbers.blogspot.com/2016/12/komunikasi-konseling-dan-penyuluhan.html>
- World Health Organization (WHO). (1995). *Information and Counselling fo Patient in Complication and Treatment*. Geneva : WHO.

## **Profil Penulis**



### **Maya Primayanti**

Penulis lahir di Kota Banyuwangi, 11 Agustus 1984. Penulis menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Pemerintah Kabupaten Bojonegoro lulus tahun 2006, D4 Bidan Pendidik di Stikes Ngudi Waluyo Ungaran Semarang lulus tahun 2008, Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Diponegoro Semarang lulus tahun 2015.

Riwayat pekerjaan sebagai tenaga pengajar di Akademi Kebidanan Delima Persada Gresik pada tahun 2008-2012, sebagai bidan di Bidan Praktek Mandiri di Surabaya pada tahun 2013-2017, dan sekarang menjadi Dosen Prodi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan di Stikes Banyuwangi dari tahun 2019 sampai sekarang. Mata Kuliah yang pernah diampu antara lain: Asuhan Prakonsepsi dan KB, Kesehatan Reproduksi, Promosi kesehatan, Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah, Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi, Asuhan Kebidanan Pada Kasus Kompleks, Dokumentasi Kebidanan, Manajemen dan Kepemimpinan dalam Pelayanan Kebidanan, Mutu Pelayanan Kebidanan, Asuhan Komplementer dalam Pelayanan Kebidanan, dsb. Selain aktif sebagai dosen, penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat, serta mengikuti beberapa pelatihan. Semoga Book Chapter ini bisa bermanfaat dan bisa menjadi panduan bagi semua pembaca.

Email Penulis: [mayaprimayanti8@gmail.com](mailto:mayaprimayanti8@gmail.com)



## POLA HIDUP SEHAT PENUNJANG KESEHATAN REPRODUKSI

**Dian Lestari, SST., M.Bmd.**  
Poltekkes Palembang

### **Pendahuluan**

Setiap orang menjalani kehidupannya memiliki pola-pola kebiasaan sehari-hari, pola yang dijalani ini akan berpengaruh terhadap kesehatannya dan resiko-resiko kesakitan dikemudian hari. Misalnya seseorang yang memiliki pola hidup merokok di hari-harinya akan beresiko terhadap kesehatan paru-parunya, atau seseorang yang terbiasa menjalani kegiatan olahraga dalam sehari minimal 30 menit memiliki kesehatan paru rerata kapasitasnya lebih besar 7-10% dari yang tidak olahraga. Pola hidup yang dijalani sebagai kebiasaan yang sehat menunjukkan dampak positif secara jangka panjang. Walau demikian banyak orang yang memiliki keengganan untuk menerapkan pola hidup sehat ini, karena dirasa berat, karena ketidak tahuan, atau karena tidak terbiasa. Demikian juga bila membahas pola hidup sehat yang dikaitkan dengan kesehatan reproduksi terutama kesehatan reproduksi wanita, tentu akan berpengaruh pada kualitas hormon reproduksi, kesehatan organ reproduksi, kesuburan dan kesehatan payudara wanita.

Seorang wanita dengan pola hidup sehat akan terjaga kualitas kesehatannya dan kualitas hidupnya, dan menjadi lebih produktif. Status kesehatan ini tidak hanya

kesehatan fisik, tapi juga mental dan sosial seseorang wanita, yang akan mempengaruhi lingkungan sekitarnya.

### **Pengertian Pola Hidup Sehat**

Menurut WHO, 1999, Pola hidup sehat adalah gaya hidup sehat, cara hidup yang menurunkan risiko sakit parah atau meninggal lebih usia muda, walaupun demikian tidak semua penyakit dapat dicegah. Studi ilmiah telah mengidentifikasi jenis perilaku tertentu yang berkontribusi pada perkembangan penyakit tidak menular dan kematian dini. Pola hidup sehat yang dijalani seorang wanita didalam suatu rumah sedikit banyak akan mempengaruhi pola hidup yang sehat juga untuk seluruh anggota keluarganya, memberi teladan yang positif bagi anak-anaknya, dan menciptakan lingkungan yang lebih baik untuk mereka tumbuh.

### **Konsep Keseimbangan Jasmani dan Rohani Pada Pola Hidup**

Merujuk kembali kedalam konsep sehat menurut WHO, suatu kondisi dimana tercapainya keadaan sempurna terbebas dari penyakit dan kecacatan baik fisik, mental, dan sosial, maka pola hidup yang berimbang dengan memberikan asupan yang baik untuk fisik, memberikan ketenangan, nilai positif pada kondisi kejiwaan (mental), dan menempatkan diri pada lingkungan sosial sehat, yang dapat memberikan dukungan positif, dengan keseimbangan memperhatikan pola ketiga unsur ini maka kesehatan seseorang ini dapat terjaga secara optimal. Gaya hidup yang mencakup aktivitas dan kebiasaan yang mendorong pengembangan kebugaran fisik, mental, dan spiritual, dan juga akan mengurangi risiko penyakit. Kegiatan dan kebiasaan sehat termasuk olahraga teratur; diet seimbang dan bergizi; tidur dan relaksasi yang cukup; tidak merokok dan minum obat-obatan yang tidak penting; dan memoderasi asupan alkohol. Pola hidup sehat membutuhkan keseimbangan dalam pilihan kesehatan yang bertanggung jawab dan cerdas; makan dengan benar, menjaga aktivitas fisik sehari-hari, meningkatkan kesehatan emosional dan kesehatan spiritual, memastikan tidur yang cukup, menghindari

obat-obatan berbahaya, alkohol, tembakau, penyakit, stres, dan menjaga keseimbangan kehidupan kerja yang baik.

### **Pola Hidup Sehat Menunjang Kesehatan Reproduksi**

Pola hidup sehat atau gaya hidup sehat yang disarankan dari beberapa ahli dan penelitian sebagai berikut:

1. Menjaga kebersihan tubuh
2. Makanan bergizi
3. Asupan air yang cukup
4. Olahraga secara rutin
5. Istirahat yang cukup
6. Kelola stress
7. Hindari rokok dan alkohol
8. Melakukan sex yang aman dan bertanggung jawab
9. Rutin periksa kesehatan
10. Dukung menyusui

### **Kebersihan Tubuh**

Menjaga kebersihan tubuh diawali dengan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), selanjutnya menjadi awal tubuh sehat, dan kuat terjaga dari penularan penyakit disebabkan virus, bakteri, kuman ataupun mikroorganisme.

PHBS harus dibangun menjadi kebiasaan di rumah, menjadi budaya dimasyarakat luas. Keterlibatan anggota keluarga dalam menanamkan polah perilaku ini sangat lah penting, berperilaku hidup bersih dan sehat harus dilakukan dimanapun kita berada.

Gambaran PHBS menurut Depkes RI, 2007 dengan cara berikut ini:

Mandi: Mandi minimal 2x sehari pada pagi dan sore, memakai sabun, tujuannya menjaga kebersihan kulit, menghilangkan bau badan, mencegah penyakit kulit/gatal-gatal, menghilangkan kuman dan virus

Mencuci rambut: Baiknya mencuci rambut minimal 2x seminggu memakai shampoo untuk menjaga kebersihan kulit kepala, dan memberikan kesegaran.

Menjaga kebersihan hidung: membersihkan hidung saat mandi, menjaga kebersihan hidung. Pastikan kebersihan tangan yang digunakan untuk membersihkan hidung.

Menjaga kebersihan telinga: Membersihkan telinga bagian luar, dan daun telinga dilakukan saat mandi. Hindari mengorek telinga dengan benda tajam, dan tidak aman. Saat ini berbagai inovasi pengorek telinga, bahkan ada yang dilengkapi dengan lampu senter, akan tetapi masih tidak dianjurkan untuk melakukan pengorekan kotoran telinga yang keras karena akan beresiko kotoran semakin terdorong, perlukaan pada telinga bagian dalam, peradangan bahkan berisiko infeksi telinga. Prosedur khusus mungkin diperlukan untuk membersihkan kotoran telinga yang keras seperti memberikan obat tetes telinga selama 2-3 hari membuatnya lunak, dan mengalirkan air hangat ketelinga prosedur irigasi sehingga kotoran akan keluar dengan sendirinya, apabila tidak berhasil segera ke dokter untuk meminta bantuan.

Selain menjaga kebersihan telinga, kesehatan telinga perlu dijaga saat menggunakan head set/ ear set. Dianjurkan volume headset tidak lebih dari 85 desibel, atau tidak lebih dari 60 % volume, dan tidak lebih dari 60 menit dalam sehari

Menjaga Kebersihan Mulut dan Gigi: Mulut dan gigi merupakan salah satu pintu masuk kuman kedalam tubuh, untuk itu kebersihan mulut dan gigi perlu dijaga, dengan cara menggosok gigi minimal 2x sehari dengan menggunakan pasta gigi. Waktu yang dianjurkan untuk menggosok gigi setelah makan dan sebelum tidur malam. Tujuannya menjaga kebersihan mulut dan gigi, mencegah kerusakan pada gusi dan gigi, mencegah bau mulut.

Menjaga Kesehatan Mata: Di era digital sekarang, penggunaan gadget perlu diperhatikan demi kesehatan mata, tidak hanya paparan mata terhadap buku saja. Kesehatan mata dijaga dengan memperhatikan intensitas

cahaya saat membaca, dan jarak baca minimal 30 cm dari layar gadget atau buku.

**Kebersihan Tangan, Jari dan Kuku:** Tangan merupakan media penyebaran penyakit, maka kebersihan tangan perlu dijaga secara rutin, cucilah tangan dengan menggunakan sabun secara rutin, pada waktu: sebelum makan, setelah BAK/BAB, setelah bermain, sebelum ibu menyentuh bayi (untuk menyusui), sebelum menyiapkan makanan, sebelum menyentuh area wajah, hidung, mulut, kelopak mata, atau kapanpun setelah diyakini memegang benda yang kotor.

Selain mencuci tangan, kebersihan tangan dan kuku juga perlu diperhatikan, minimal 1x seminggu di potong dan atau dibersihkan di bagian subungual (bagian bawah kuku).

**Menggunakan Alas Kaki:** Penggunaan alas kaki saat berada di luar, menyentuh tanah dan pasir menghindari dari kotoran sumber penyakit cacingan, dan menghindari dari luka akibat benda tajam.

**Kebersihan Pakaian:** Kebersihan pakaian perlu dijaga dengan membedakan pakaian yang digunakan di dalam rumah dan diluar rumah. Dikarenakan pakaian yang digunakan didalam rumah akan menyentuh area tempat tidur yang akan ditempati, tempat tidur ini akan bersentuhan dengan area wajah, dan hidung, maka perlu menjaga pakaian dalam rumah tidak terpapar dengan debu atau kotoran di luar rumah.

Selain dengan PHBS, kebersihan tubuh perlu diperhatikan termasuk kebersihan kesehatan organ reproduksi dengan cara:

**Menjaga Kebersihan Genetalia:** Menggunakan celana dalam yang mudah menyerap keringat, dan mengganti celana dalam minimal 2x sehari atau ketika lembab, atau menggunakan pembalut yang menyerap cairan vagina. Untuk wanita Ketika buang air kecil membersih alat kemain dari depan ke belakang.

## **Makanan Bergizi**

Pemenuhan kebutuhan gizi makro dan mikro jelas mempengaruhi kesehatan individu, dan juga kesehatan reproduksinya, lebih lanjut bagi seorang ibu yang sehat akan mempengaruhi kesehatan janin, kecerdasan bayi, anak pada 1000 hari pertama kehidupannya, dan jelas ini mempengaruhi kesehatan, kecerdasan generasi selanjutnya. Karena kekurangan gizi pada masa ini, berisiko penyakit kronis (kegemukan, hipertensi, stroke, penyakit jantung, pembuluh darah, dan diabetes) usia dewasa.

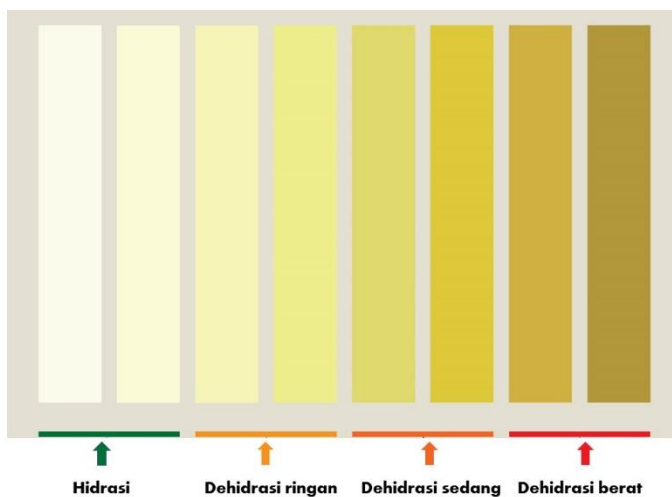
Pola makan seseorang pada jangka panjang akan menentukan status gizi seseorang. Gizi yang tidak baik berhubungan dengan kesehatan yang buruk, resiko penyakit infeksi, dan penyakit tidak menular seperti penyakit kardiovaskular (jantung, pembuluh darah, hipertensi dan stroke), diabetes, dan kanker. Di Indonesia angka kejadian penyakit tidak menular ini menempati posisi setengah dari penyebab kematian.

Gizi yang tepat memenuhi prinsip gizi seimbang, yaitu konsumsi makan sehari-hari berdasarkan prinsip keanekaragaman pangan yang berisi zat gizi dalam jumlah dan jenis yang selaras dengan kebutuhan per orang berdasarkan kelompok umur, jenis kelamin, dan bagi wanita disesuaikan dengan kebutuhan status peran reproduksinya. Pemenuhan kebutuhan gizi seimbang ini terus menerus harus memperhatikan 4 pilar (prinsip), yaitu: keanekaragaman pangan, aktivitas fisik, perilaku hidup bersih dan pemantauan berat badan dipertahankan pada berat normal (ideal) guna mencegah permasalahan akibat status gizi. Gizi seimbang senantiasa memperhatikan keaneka ragam makanan pokok, lauk pauk berprotein tinggi, banyak buah dan sayur, membatasi panganan manis, asin, dan berlemak, membiasakan sarapan pagi, minum air putih yang cukup, selalu baca label pada kemasan pangan. Selain itu pemilihan bahan makanan yang alami juga penting diperhatikan, hindari konsumsi makanan yang mengandung zat kimia, pengawet, pemanis buatan, dan penguat rasa. Pembahasan lebih lanjut mengenai gizi

seimbang bagi kesehatan dan kesehatan reproduksi dijelaskan lebih lanjut di bab 7 dalam buku ini.

### **Asupan Air yang Cukup**

Dua per tiga bagian dari tubuh kita terdiri dari cairan, sekitar 60-70%. Dimana cairan ini mengalami siklus dimulai dari diabsorbsi, didistribusikan dan diekresikan (dikeluarkan) untuk itu kita perlu menjaga siklus ini agar seimbang. Kebutuhan air sekitar 50 ml per kg BB, atau rata-rata orang dewasa membutuhkan 2 liter per hari atau 8 gelas per hari. Dengan terpenuhinya kebutuhan ini bisa menjaga metabolisme tubuh berjalan normal, terjadilah homeostasis (keseimbangan) dalam organ anatomi dan fisiologi tubuh. Keseimbangan ini menghindari terjadinya imbalance yang mengarah ke proses terjadinya patologi, kelainan-kelainan, menjadi suatu penyakit. stimulasi proses ketidaknormalan berdampak. Syarat air minum adalah tidak berasa, tidak berbau, tidak berwarna, tidak mengandung mikroorganisme, dan tidak mengandung logam berat. Hindari minum air yang mengandung soda dan alkohol. Tubuh dapat dipantau kecukupan cairan dengan memperhatikan warna urine, sebagai berikut ini:



## **Olahraga Secara Rutin**

Olahraga bermanfaat bagi otot, tulang, syaraf, jantung dan paru-paru, yang berujung menghasilkan imun tubuh, sehingga terhindar dari resiko penyakit. Kegiatan fisik yang memacu pelepasan hormon endorphen membuat pikiran tenang dan bahagia.

Frekuensi olahraga disesuaikan dengan kemampuan dan kebutuhan individu. Kegiatan olahraga dikaitkan dengan aktivitas fisik yang rutin dilakukan minimal 30 menit per hari. Pilihan jenis olahraga pun disesuaikan dengan kemampuan dan minat masing-masing. Dimulai dengan minat, akan timbul kesenangan terhadap olahraga tersebut, dengan kesenangan kecintaan akan timbul kebutuhan untuk berolahraga setiap hari. Pilihan olahraga sederhana seperti jalan kaki merupakan olahraga aerobik minimal 150 menit dalam satu minggu, atau aerobik berat seperti lari minimal 75 menit dalam satu minggu. Jadi apapun pilihan jenis olahraganya yang penting bisa rutin dilakukan, akan menimbulkan kebaikan bagi tubuh individu ini.

## **Istirahat yang Cukup**

Istirahat yang cukup dibutuhkan oleh tubuh manusia, guna untuk menjaga fisiologis dari organ-organ manusia, bermanfaat pada keseimbangan pikiran dan kemampuan mengendalikan stress. Waktu lamanya kebutuhan istirahat untuk manusia akan berbeda sesuai dengan usianya. Pada kelompok anak-anak waktu tidur lebih lama dibandingkan dewasa. Untuk kelompok manual waktu tidur lebih sedikit dari manusia dewasa. Umumnya rata-rata kebutuhan istirahat / tidur pada orang dewasa 6-8 jam setiap harinya. Selain dari segi kuantitas/ jumlah waktu tidur, perlu juga diperhatikan kualitas tidurnya. Kualitas tidur yang baik ketika bangun dirasakan tidak ada gangguan ketika tidur, memberikan perasaan tenang di pagi hari, dan perasaan energik (segar).

## **Kelola Stress**

Pengelolaan stress yang baik dengan sikap dan pikiran positif sangat membantu tubuh menghasilkan energi yang

cukup dan mood stabil. Lingkungan yang positif yang memberikan support energi positif mempermudah penerapan gaya hidup sehat dan kesehatan mental dapat terjaga dengan baik. Aktivitas sehari-hari, beban kerja, beban sosial, kompetisi dalam pekerjaan, kompetisi dalam dunia social seperti medsos memicu timbulnya stress. Gejala fisik Ketika seseorang terkena stress seperti tekanan darah tinggi, dada terasa sakit, sulit tidur, sakit kepala dan atau sakit perut. Untuk mengatasi stressor-stressor ini ada berbagai cara, seperti melakukan kegiatan kerohanian, melakukan rileksasi pikiran seperti self hypnosis, yoga, atau berekreasi ke tempat hiburan, tempat pariwisata atau tempat yang disukai.

### **Hindari Rokok dan Alkohol**

Alkohol dan rokok memicu segala macam penyakit, seperti sirosis, kanker paru, jantung, dan lain lain. Perokok aktif ataupun pasif akan berdampak buruk bagi seorang wanita, begitu juga ke janinnya saat hamil.

### **Melakukan Sex Aman dan Bertanggung Jawab**

Konsep kesehatan reproduksi memuat asumsi bahwa setiap individu dapat memperoleh kehidupan seks yang bertanggung jawab, memuaskan, aman dan juga dapat mempunyai kapasitas bereproduksi. Setiap pasangan dan individu berhak menentukan jumlah, jarak antar kelahiran anak dan kapan mendapatkan anak. Sex yang aman setia pada satu pasangan, dan bertanggung jawab jelas mempengaruhi kesehatan reproduksi, menekan resiko penyakit menular seksual dan HIV-AIDS.

### **Rutin Periksa Kesehatan**

Pemeriksaan kesehatan rutin bertujuan untuk memantau berat badan setiap bulan. Dengan berat badan normal tubuh terjaga dari resiko penyakit tidak menular. Kategori kenormalan berat badan (BB) dengan menghitung Indeks Masa Tubuh (IMT) dengan rumus sebagai berikut:

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m)} \times \text{Tinggi Badan (m)}}$$

Klasifikasi IMT untuk Indonesia menurut Kementerian Kesehatan RI, tahun 2003:

| Klasifikasi       | IMT (kg/m <sup>2</sup> ) |
|-------------------|--------------------------|
| Kurus             | < 18,5                   |
| Normal            | 18,5 – 24,9              |
| Berat Badan Lebih | 25 – < 27                |
| Obesitas          | ≥ 27                     |

Selain itu pemeriksaan rutin kesehatan bagi wanita yang perlu diperiksa adalah pemeriksaan Haemoglobin. Berikut ini kategori untuk kategori hasil pemeriksaan hemoglobin:

| Kategori Usia        | Normal | Anemia    |          |       |
|----------------------|--------|-----------|----------|-------|
|                      |        | Ringan    | Sedang   | Berat |
| WUS tidak hamil      | 12     | 11,0-11,9 | 8,0-10,9 | <8,0  |
| Ibu Hamil            | 11     | 10,0-10,9 | 7,0-9,9  | <7,0  |
| Laki-laki ≥ 15 tahun | 13     | 11,0-12,9 | 8,0-10,9 | <8,0  |

Masih banyak lagi jenis pemeriksaan rutin yang perlu dilakukan, seperti, tekanan darah, kolesterol, gula darah, asam urat, dan lain-lain

### **Dukung Menyusui**

Pola kebiasaan yang juga perlu diperhatikan bagi ibu yang memiliki bayi sampai dengan usia dua tahun sangat dianjurkan untuk menyusui, memberikan ASI saja tanpa makanan tambahan pada usia anak sampai dengan 6 bulan, dan melanjutkan menyusui sampai usia anak 2 tahun. Dan tak kalah pentingnya untuk keberhasilan menyusui diawal bayi baru lahir sangat dianjurkan melakukan Inisiasi Menyusui Dini (IMD).

Banyak sekali manfaat menyusui bagi ibu itu sendiri ataupun untuk bayinya. Berikut ini manfaat khusus menyusui untuk kesehatan reproduksi, kesehatan payudara, dan kesehatan secara umum bagi ibu:

Menurunkan resiko perdarahan ibu postpartum, hal ini dikarenakan ketika menyusui terjadi pelepasan hormon oksitosin yang berefek kontraksi pada otot polos di rahim.

Berat badan cepat turun, ini terjadi disebabkan saat menyusui dibutuhkan kalori yang besar. Semakin intens

frekuensi menyusui kemungkinan semakin besar penurunan berat badan.

Kontrasepsi alami, karena saat menyusui hormon prolaktin yang tinggi menyebabkan umpan balik di hipotalamus terbentuk dopamine yang banyak. Dopamin menghambat pelepasan GnRH, sehingga LH dan FSH serum akan menurun. Prolaktin yang tinggi juga dapat menekan jumlah reseptor LH, sehingga menghambat sintesis progesteron dalam folikel De Graff, sehingga ovulasi tidak terjadi inilah yang disebut manfaat ASI eksklusif sebagai kontrasepsi alami.

Menurunkan resiko penyakit metabolik, karena selama menyusui sensitivitas membaik, respons insulin baik sehingga kadar gula dalam darah rendah, sehingga menurunkan resiko diabetes melitus tipe 2.

Berkurangnya resiko kanker, ketika menyusui kadar estrogen turun, dimana paparan terus menerus tubuh oleh estrogen meningkatkan resiko kanker payudara dan kanker ovarium. Penurunan resiko kanker payudara ini sebanyak 4,3%, dan kanker ovarium hingga 28%.

### **Manfaat Penerapan Pola Hidup Sehat:**

1. Berat badan yang terkontrol
2. Energi tubuh bisa maksimal untuk aktivitas kegiatan sehari-hari
3. Immunitas yang baik
4. Emosi menjadi stabil

## Daftar Pustaka

- Bagus, M. P. N., D.P., I. D. A. I., & Dinata, I. M. K. (2020). Hubungan antara Rutinitas Olahraga dengan Fungsi Paru pada Perokok Usia Dewasa Muda di Denpasar. *Jurnal Medika Udayana*, 9(7), 45–49. <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eum/article/view/62957>
- Billon E. Wayne. (2018). *Daily Devotions For Healthy Lifestyle*. Blomington, Indiana: WestBow Press
- Christine M. Dieterich, dkk. (2012). Breastfeeding and Health Outcomes for the Mother-Infant Dyad. *Pediatr Clin North Am*. 2013 Feb; 60(1): 31–48.
- DepKes RI. (2014). 10 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Rumah Tangga. *Departemen Kesehatan RI*, 1–48.
- 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), 39–48. <https://jurnal.ugm.ac.id/jurnalpemuda/article/download/32037/19361>
- Kemeks. (2011). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. In *Peraturan Menteri Kesehatan No. 2269 TAHUN 2011 tentang Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)*. <https://promkes.kemkes.go.id/phbs>
- Kemenkes RI. (2015). Pedoman Penatalaksanaan Pemberian Tablet Tambah Darah. *Kemenkes RI*, 46. [https://promkes.kemkes.go.id/download/fpck/files51888Buku Tablet Tambah darah 100415.pdf](https://promkes.kemkes.go.id/download/fpck/files51888Buku%20Tablet%20Tambah%20darah%20100415.pdf)
- Kemensos RI. (2020). Perilaku hidup bersih dan sehat (phbs) penguatan kapabilitas anak dan keluarga. In *Penguatan Kapabilitas Anak dan Keluarga*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Antropometri Anak, (2020).

- RI, K. K. (2019). *Pedoman Pekan Menyusui Sedunia Tahun 2020: Dukong Menyusui untuk Bumi yang Lebih Sehat*. 1, 105–112.
- Shogo, I., Qiu, L., Feng, Q., Dupre, M. E., & Gu, D. (2021). Healthy Diet. In *Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*.
- Torabi R. Mohammad, Fintley L. Kathy, Olcott O. Courtney. (2013). *Healthy Lifestyle. Top Ten Preventable Causes of Premature Death With Real Stories of Change*. Blomington, Indiana: Author House. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2\\_126-1](https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_126-1)
- Wiknjosastro, Hanifa. (2009) *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; Jakarta, Indonesia: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- World Health Organization. (1999). Healthy Living. In *Who* (p. 24). [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108180/EUR\\_ICP\\_LVNG\\_01\\_07\\_02.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108180/EUR_ICP_LVNG_01_07_02.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization. (2020, November 26). *Physical activity*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- World Health Organization, 2011. Haemoglobin Concentrations for the diagnosis of Anaemia and Assessment of Severity. Geneva: WHO.

## **Profil Penulis**



### **Dian Lestari**

Ilmu kebidanan telah ditekuni sejak 2002 ketika menempuh Pendidikan D3 kebidanan Poltekkes Palembang, dilanjutkan dengan Pendidikan D4 kebidanan Universitas Padjajaran, dan S2 Biomedik Universitas Sriwijaya, saat ini penulis sedang menempuh Pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Padjajaran.

Penulis memiliki kepakaran dibidang kebidanan, biologi molekuler, kesehatan reproduksi. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen di Poltekkes Palembang, penulis pun aktif sebagai peneliti dan pengabdian masyarakat dibidang kepakaran tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan PPSDM Kementerian Kesehatan. Selain peneliti, penulis juga aktif di dunia praktik kebidanan, massase ibu dan bayi, serta hypnosis dalam kebidanan.

Email Penulis: [dianlestari@poltekkespalembang.ac.id](mailto:dianlestari@poltekkespalembang.ac.id)

## EPIDEMIOLOGI KESEHATAN REPRODUKSI

**Agustina Maratus Sholichah, SST., M.Kes.**  
Universitas Merdeka Surabaya

### **Pengertian**

“Epidemiologi” berasal dari kata Yunani *epi*= atas, *demos*= rakyat, populasi manusia, dan *logos* = ilmu (sains), bicara. Secara etimologis, epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari faktor-faktor yang berhubungan dengan peristiwa yang banyak terjadi pada masyarakat. Sudut pandang epidemiologi menggambarkan bahwa Epidemiologi adalah sebuah cara berfikir tentang kesehatan sebagai human ekologi, selain itu epidemiologi sangat mempertimbangkan tentang konteks, keberagaman, dinamika dan inferensi. Bukan hanya sekedar kumpulan metode tetapi bagaimana menggunakan metode tersebut. Metode Epidemiologi merupakan cara pendekatan ilmiah dalam mencari hubungan sebab akibat terjadinya peristiwa pada suatu kelompok penduduk tertentu. Makna penduduk adalah sekelompok objek tertentu, baik bersifat organisme hidup seperti manusia, binatang dan tumbuhan, maupun yang bersifat benda/material seperti hasil produk industri serta benda lainnya. Sehingga penggunaan metode epidemiologi sangat erat hubungannya dengan berbagai disiplin ilmu diluar kesehatan, baik disiplin ilmu eksakta maupun ilmu sosial.

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-

laki dan perempuan (UU RI No. 36 Tahun 2009 Pasal 71 Ayat 1). Epidemiologi kesehatan reproduksi membahas tentang distribusi, frekuensi dan determinan status atau kejadian tentang kesehatan individu atau masyarakat terkait sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya dengan tujuan untuk meningkatkan kesehatan fisik, mental dan sosial yang sempurna. Distribusi dalam kesehatan reproduksi adalah memahami kejadian yang berkaitan dengan masalah kesehatan reproduksi, epidemiologi menggambarkan kejadian menurut karakter orang, tempat dan waktu. Misalnya, cakupan ANC di kota (90%) lebih tinggi daripada di desa (80%). Karakter waktu meliputi detik, menit, jam, hari, bulan, tahun dsb. Misalnya setiap tahunnya komplikasi persalinan menyebabkan 200.000 kematian di dunia atau setiap jam terdapat 5 kematian ibu akibat persalinan di Indonesia. Frekuensi dalam kesehatan reproduksi adalah upaya mengidentifikasi kejadian atau mengukur besarnya masalah. Misalnya, KN1 mencapai 87% dan KN2 mencapai 70%. Untuk mendapatkan data frekuensi masalah kesehatan dapat dilakukan antara lain dengan *case finding*, penelitian/survei kesehatan. Adapun untuk mengetahui besarnya frekuensi masalah kesehatan dapat dilakukan dengan pengukuran morbiditas/kesakitan dan mortalitas/kematian. Determinan dalam kesehatan reproduksi adalah mencari faktor yang mempengaruhi suatu kejadian atau faktor yang memberikan resiko, misalnya penyebab terjadinya penyakit hemoragi post partum adalah anemia pada ibu. Epidemiologi kesehatan reproduksi berperan penting untuk menghasilkan informasi, data, menunjukkan faktor resiko dalam rangka pemecahan masalah kesehatan reproduksi mulai dari tatanan pelayanan kesehatan paling dasar hingga lanjutan.

### **Ruang Lingkup Epidemiologi Kesehatan Reproduksi**

Ruang lingkup epidemiologi kesehatan reproduksi mencakup keseluruhan subyek dan obyek berupa masalah kesehatan selama siklus hidup manusia sejak lahir sampai mati (*life cycle approach*) sehingga dapat mengukur dan menganalisa frekuensi dan penyebaran

masalah kesehatan reproduksi. Tujuannya untuk memperoleh sasaran yang pasti dan komponen pelayanan yang jelas serta dapat dilaksanakan secara terpadu dan berkualitas dengan memperhatikan hak reproduksi perorangan dan bertumpu pada program pelayanan yang tersedia. Ruang lingkup tersebut meliputi:

1. Prevalensi kasus kesehatan ibu
2. Cakupan asuhan antenatal
3. Prevalensi kasus kesehatan bayi
4. Cakupan kunjungan neonatus
5. Angka mortalitas perinatal
6. Angka mortalitas neonatal
7. Kesehatan reproduksi remaja
8. Cakupan program keluarga berencana
9. Pencegahan dan penanggulangan penyakit menular seksual
10. Pencegahan dan penanganan infertilitas
11. Penanggulangan kasus kesehatan reproduksi pada usia lanjut
12. Penanggulangan masalah kesakitan dan kematian ibu yang disebabkan oleh berbagai kondisi, malnutrisi atau anemia, kemandulan, pelecehan seksual dan lain-lain

### **Manfaat Epidemiologi dalam Kesehatan Reproduksi**

Epidemiologi memiliki manfaat yang sangat penting dalam kesehatan reproduksi. Adapun manfaat tersebut adalah sebagai berikut:

1. Mengetahui banyak hal tentang kasus pada kesehatan reproduksi
2. Menggambarkan masalah kesehatan reproduksi secara komprehensif dan dinamis
3. Dapat menyajikan indikator kesehatan reproduksi berupa angka

4. Sebagai alat untuk menanyakan siapa yang terkena, dimana dan bagaimana
5. Mengkaji pola kejadian yang mempengaruhi faktor resiko pada masalah kesehatan reproduksi
6. Sebagai metode atau pendekatan dalam penyelesaian masalah kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi
7. Diagnosis komunitas untuk menentukan penyebab mortalitas dan morbiditas

Mengkaji risiko yang ada pada setiap individu karena mereka dapat mempengaruhi kelompok maupun populasi.

### **Penggunaan Metode Epidemiologi dalam Kesehatan Reproduksi**

1. Identifikasi faktor resiko pada kasus kesehatan reproduksi dan hal berkaitan lainnya.
2. Mengidentifikasi individu atau populasi dengan resiko yang paling besar pada kasus kesehatan reproduksi serta hal-hal lain yang bersangkutan.
3. Menyediakan informasi mengenai kelompok rentan
4. Monitoring terhadap kesehatan masyarakat
5. Evaluasi terhadap efisiensi dan efektivitas pencegahan dan program pengobatan.
6. Penyediaan informasi penting untuk meningkatkan program kesehatan reproduksi.

### **Ukuran dalam Epidemiologi**

1. Proporsi

Proporsi adalah bagian dari suatu peristiwa atau ukuran yang membandingkan suatu peristiwa sebagai numerator (pembilang) dan peristiwa lainnya sebagai

$$= \frac{\text{Proporsi ibu yang mengalami efek samping KB IUD}}{\text{Jumlah ibu yang mengalami efek samping KB IUD}} \\ \text{Jumlah akseptor KB IUD}$$

denominator (penyebut) yang mengandung peristiwa numerator (pembilang + penyebut). Proporsi digunakan untuk melihat komposisi suatu variabel dalam populasi.

## 2. Rasio

Rasio adalah nilai relatif yang dihasilkan dari perbandingan dua nilai kuantitatif yang pembilangnya tidak merupakan bagian dari penyebut. Rasio digunakan untuk melihat hubungan paparan dengan penyakit.

Contoh:

Kasus penderita HIV total 100 orang dan 75 diantaranya adalah wanita usia subur. Maka rasio WUS terhadap total kasus adalah  $75/100 = 0,75$

## 3. Insiden

Insiden adalah penjelasan tentang frekuensi kasus baru penyakit pada sekelompok orang pada titik waktu tertentu. Angka ini menunjukkan munculnya wabah penyakit dan hanya menggambarkan frekuensi penyakit. Perubahan angka insiden seiring dengan perubahan keseimbangan dalam faktor etiologi.

$$\text{Insiden} = \frac{\text{Jumlah kasus baru suatu penyakit dalam waktu tertentu}}{\text{Jumlah } \textit{population at risk} \text{ yang akan mengalami risiko}}$$

Angka insiden dapat digunakan untuk:

- Mengukur angka kejadian penyakit, perubahan angka insiden menunjukkan adanya perubahan faktor-faktor penyebab penyakit antara lain karena fluktuasi alamiah atau program pencegahan, bila fluktuasi alamiah dapat diabaikan, maka penurunan insiden menunjukkan keberhasilan program pencegahan
- Mengukur besarnya risiko yang ditimbulkan oleh determinan tertentu

- c. Mengadakan perbandingan antara berbagai populasi dengan paparan yang berbeda
- d. Penelitian epidemiologi untuk mencari hubungan sebab akibat.

Secara umum, angka insidensi ini dapat dibagi dibedakan menjadi tiga macam, yaitu:

a. *Incidence Rate* (Angka Insiden)

Incidence rate adalah jumlah penderita baru suatu penyakit yang ditemukan pada suatu jangka waktu tertentu (umumnya 1 tahun) dibandingkan dengan jumlah penduduk yang mungkin terkena penyakit baru tersebut pada pertengahan tahun jangka waktu yang bersangkutan dalam persen atau permil.

Angka incidence rate ini dapat dimanfaatkan untuk:

- 1) Mengetahui masalah kesehatan yang dihadapi
- 2) Risiko untuk terkena masalah kesehatan yang dihadapi
- 3) Mengetahui beban tugas yang harus diselenggarakan oleh suatu fasilitas pelayanan kesehatan.

$$\text{Incidence Rate} = \frac{\text{Jumlah penderita}}{\text{Jumlah penduduk yg mungkin terkena}} \times K$$

$$K = 100 \% \text{ atau } 1000$$

b. *Attack Rate* (Angka Serangan)

Attack rate adalah jumlah penderita baru suatu penyakit yang ditemukan pada satu saat terjadi wabah atau kejadian luar biasa dibandingkan dengan jumlah penduduk yang mungkin terkena penyakit tersebut pada saat yang sama dalam persen atau permil.

Nilai *attack rate* dapat dimanfaatkan dalam memperkirakan derajat serangan atau penularan suatu penyakit. Makin tinggi nilai attack rate,

maka penyakit tersebut semakin memiliki derajat serangan dan atau penularan yang tinggi pula.

$$\text{Attack Rate} = \frac{\text{Jumlah Penderita baru saat itu}}{\text{Jumlah penduduk yg mungkin terkena Penyakit tersebut pada saat itu}} \times K$$

K = 100 % atau 1000

c. *Secondary Attack Rate*

Secondary attack rate adalah jumlah penderita baru suatu penyakit yang terjangkit pada serangan kedua dibandingkan dengan jumlah penduduk dikurangi yang telah pernah terkena pada serangan pertama dalam persen atau permil pada saat terjadi KLB/wabah. Secondary attack rate biasanya dihitung untuk suatu penyakit menular serta untuk populasi penduduk yang kecil, misalnya satu keluarga.

$$\text{Secondary Attack Rate} = \frac{\text{Jumlah Penderita baru pada serangan kedua}}{\text{Jumlah Penduduk yg terkena serangan kedua}} \times K$$

K = 100 % atau 1000

4. Prevalensi

Prevalensi adalah gambaran tentang frekuensi penderita lama dan baru yang ditemukan pada jangka waktu tertentu dibagi dengan jumlah penduduk pada pertengahan jangka waktu yang bersangkutan dalam persen/permil. Terdapat dua ukuran yaitu *point prevalence* (prevalensi sesaat) dan *period prevalence* (prevalensi periode).

Prevalensi didapat dari suatu survei yang memperlihatkan beban penyakit dalam suatu populasi. Sehingga dapat digunakan untuk mengukur kebutuhan pengobatan, tempat tidur rumah sakit dan perencanaan SDM tenaga kesehatan serta fasilitas kesehatan yang dibutuhkan.

$$\text{Prevalensi} = \frac{\text{Jumlah kasus dalam suatu populasi dalam waktu tertentu}}{\text{Jumlah orang dalam populasi yang ditentukan pada titik waktu yang sama}}$$

Angka prevalensi dapat digunakan untuk:

- Menyatakan banyaknya kasus yang dapat didiagnosa
- Menggambarkan tingkat keberhasilan program pemberantasan penyakit
- Penyusunan perencanaan pelayanan kesehatan dalam rangka penyediaan fasilitas dan sarana prasarana kesehatan

Insiden dan prevalensi mempunyai hubungan yang erat dimana prevalensi merupakan fungsi dari laju insiden dan durasi dari fase klinik sampai fase akhir penyakit. Perubahan prevalensi pada satu titik waktu ke titik waktu lainnya adalah refleksi perubahan laju insiden, durasi penyakit atau keduanya. itulah sebabnya penggunaan suatu terapi akan meningkatkan prevalensi.

Dengan memanfaatkan pengetahuan seperti itu, maka jika diketahui angka insiden dan prevalen suatu penyakit, dapat dihitung lama berlangsungnya penyakit tersebut (*duration*). Rumus yang dipergunakan adalah:

$$P = I \times d$$

Keterangan = P : Prevalensi

I : Insidensi

d : duration

Rumus hubungan prevalensi dan insidensi seperti tersebut di atas hanya berlaku jika dipenuhi syarat pokok, yaitu:

- a. Nilai insidensi dalam waktu yang cukup lama bersifat konstan dalam arti tidak menunjukkan perubahan yang terlalu menyolok.
- b. Lama berlangsungnya suatu penyakit bersifat stabil dalam arti tidak menunjukkan perubahan yang terlalu mencolok.

## 5. Ukuran Kematian

- a. Angka Kematian Kasar (*Crude Death Rate/CDR*)

Adalah jumlah semua kematian yang ditemukan pada satu jangka waktu dibandingkan dengan jumlah penduduk pada pertengahan waktu yang bersangkutan. Angka ini tidak memasukkan variasi umur, jenis kelamin atau faktor lain sebagai pertimbangan.

$$CDR = \frac{\text{Jumlah Kematian}}{\text{Jumlah Penduduk pertengahan}} \times K$$

K = 1000 atau 100%

Angka kematian kasar banyak digunakan sebagai salah satu indeks kesehatan karena perhitungannya yang mudah dibandingkan dengan angka kematian yang lain. Akan tetapi jika digunakan untuk membandingkan derajat kesehatan suatu daerah harus memperhatikan kasus kematian berdasarkan umur dan jenis kelamin. Suatu daerah yang memiliki angka kematian tinggi belum tentu mempunyai derajat kesehatan yang lebih rendah.

- b. Angka kematian bayi (*Infant Mortality Rate/IMR*)

Adalah angka kematian bayi (dibawah 1 tahun) dalam jangka waktu tertentu dibandingkan dengan jumlah keseluruhan kelahiran hidup. Angka kematian bayi merupakan indikator

penting untuk mengetahui derajat kesehatan di suatu masyarakat, karena bayi baru lahir sangat sensitif terhadap keadaan lingkungan tempat orang tua si bayi tinggal. Angka kematian bayi merupakan tolok ukur yang sensitif dari semua upaya intervensi yang dilakukan oleh pemerintah khususnya di bidang kesehatan.

$$\text{IMR} = \frac{\text{Jumlah kematian bayi (< 1 tahun) dalam jangka waktu tertentu}}{\text{Jumlah kelahiran hidup}} \times K$$

K = 1000 atau 100%

c. Angka kematian neonatal (*Neonatal Mortality Rate/NMR*)

Adalah angka kematian neonatal (usia 0-28 hari) dalam jangka waktu tertentu dibandingkan dengan jumlah keseluruhan kelahiran hidup pada tahun yang sama. Angka ini untuk mengetahui kualitas perawatan postnatal, kesuksesan program imunisasi, kualitas pertolongan persalinan dan penyakit infeksi pada neonatal.

$$\text{NMR} = \frac{\text{Jumlah kematian neonatal dalam jangka waktu tertentu}}{\text{Jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama}} \times K$$

K = 1000 atau 100%

d. Angka kematian perinatal (*Perinatal Mortality Rate/PMR*)

Adalah angka kematian perinatal (usia 1 minggu) dalam jangka waktu tertentu dibandingkan dengan jumlah keseluruhan kelahiran hidup pada tahun yang sama. Angka ini dipengaruhi oleh banyaknya kasus BBLR (Bayi berat lahir rendah), riwayat pertolongan persalinan, status gizi ibu dan bayi dan penyakit infeksi.

Periode yang paling besar risiko kematiannya bagi umat manusia adalah periode perinatal dan periode setelah usia 60 tahun. Di dalam kedokteran klinis, evaluasi terhadap kematian anak dalam beberapa hari atau beberapa jam bahkan beberapa menit setelah lahir merupakan hal yang penting agar kematian dan kesakitan yang seharusnya tidak perlu terjadi dalam periode tersebut bisa dicegah.

$$PMR = \frac{\text{Jumlah kematian perinatal dalam jangka waktu tertentu}}{\text{Jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama}} \times K$$

K = 1000 atau 100%

- e. Angka Kematian Ibu (*Maternal Mortality Rate/MMR*)

Adalah jumlah seluruh kematian ibu karena kehamilan, persalinan dan nifas dalam satu tahun dibandingkan dengan jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama.

$$MMR = \frac{\text{Jml kematian ibu (hamil, bersalin, nifas) dalam jangka waktu tertentu}}{\text{Jml kelahiran hidup pada tahun yang sama}} \times K$$

K = 1000 atau 100%

- f. Angka Kematian Balita (*Under Five Mortality Rate/UFMR*)

Adalah jumlah kematian balita yang dicatat selama 1 tahun per 1000 penduduk balita pada tahun yang sama.

$$UFMR = \frac{\text{Jumlah Kematian balita dalam 1 thn}}{\text{Jumlah penduduk balita dalam 1 thn}} \times K$$

K = 1000 atau 100%

- g. Angka Kematian Janin/Angka Lahir Mati (*Fetal Death Rate/FDR*)

Angka Kematian Janin adalah Proporsi jumlah kematian janin yang dikaitkan dengan jumlah kelahiran pada periode waktu tertentu, biasanya 1 tahun. Kematian janin adalah kematian yang terjadi akibat keluar atau dikeluarkannya janin dari rahim, terlepas dari durasi kehamilannya. Jika bayi tidak bernafas atau tidak menunjukkan tanda-tanda kehidupan saat lahir, bayi dinyatakan meninggal.

$$FDR = \frac{\text{Jumlah kematian Janin dlm Periode tertentu (1 thn)}}{\text{total kematian janin + janin lahir hidup pd periode yg sama}} \times K$$

K = 1000 atau 100%

- h. Angka kasus fatal (*Case Fatality Rate/CFR*)

Adalah jumlah seluruh kematian karena penyakit tertentu dibandingkan dengan jumlah seluruh penderita pada waktu yang sama. Angka ini berguna mengetahui kemampuan suatu penyakit untuk menyebabkan kematian penderitanya.

$$CFR = \frac{\text{Jumlah seluruh kematian karena penyakit tertentu}}{\text{Jumlah seluruh penderita penyakit}} \times K$$

K = 1000 atau 100%

- i. Angka kematian menurut penyebabnya (*Cause Specific Death-Rates/CSDR*)

Adalah angka kematian pada kondisi tertentu, misalnya kasus abortus dapat dihitung angka kematiannya berdasarkan umur, usia kehamilan, ras, dan lain-lain.

$$CSDR = \frac{\text{Jumlah kematian karena penyakit tertentu selama 1 tahun}}{\text{Jumlah populasi kasus pada tahun yang sama}} \times K$$

K = 1000 atau 100%

j. *Age Spesific Mortality Rate* ( ASMR / ASDR )

ASMR/ASDR digunakan untuk mengetahui dan menggambarkan derajat kesehatan masyarakat dengan melihat kematian tertinggi berdasarkan golongan umur, untuk membandingkan taraf kesehatan masyarakat di berbagai wilayah dan untuk menghitung rata-rata umur harapan hidup.

$$ASMR = \frac{\text{Jml. Kematian yg dicatat dalam 1 tahun pd penduduk gol. Umur tertentu}}{\text{Jml. Penduduk pertengahan tahun pada gol. Umur tersebut(x)}} \times K$$

K = 1000 atau 100%

## **Daftar Pustaka**

- Bailey L, Vardulaki K, Langham J and Chandramohan D. (2005). *Introduction to Epidemiology. Chapter 2 and 3*. Open University Press.
- Budiarto, Eko. (2004). *Metodologi Penelitian Kedokteran*. Jakarta: EGC.
- Hennekens CH & Buring JE. (1987). *Epidemiology in Medicine, Chapter 4*. Little, Brown and Company.
- Isna, Hikmawati.(2010) *Buku Ajar Epidemiologi*. Nuha Medika.
- Merril R. (2014). *Epidemiologi Reproduksi*. Jakarta: EGC.
- Nelwan, Jeini Ester. (2019). *Epidemiologi Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Deepublish.
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Rajab, Wahyudin. (2009). *Buku Ajar Epidemiologi untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: EGC
- Sastroasmoro, Sudigdo. Ismael, Sofyan. (2014). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Thomas C. Timmreck, PhD. (2005). *Epidemiologi Suatu Pengantar*. Jakarta: EGC.

## **Profil Penulis**

### **Agustina Maratus Sholichah**



Penulis yang lahir di Sukoharjo pada 12 Agustus 1991 ini memiliki ketertarikan terhadap kebidanan sejak tahun 2009 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Universitas Negeri Sebelas Maret Surakarta dengan memilih Jurusan DIII Kebidanan kemudian dilanjutkan ke D-IV Bidan Pendidik dan berhasil lulus pada tahun 2013. Penulis memulai karir sebagai bidan di Kota Surakarta sejak tahun 2014 hingga 2015, kemudian melanjutkan pendidikan ke S-2 Ilmu Kesehatan Reproduksi Universitas Airlangga Surabaya dan berhasil lulus pada tahun 2020.

Saat ini penulis aktif sebagai dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Merdeka Surabaya. Penulis juga aktif sebagai anggota di organisasi profesi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Cabang Kota Surabaya. Beberapa penelitian telah dihasilkan oleh peneliti di bidang kebidanan dan kesehatan reproduksi. Selain itu penulis juga telah memiliki karya buku tentang kesehatan reproduksi.

Email Penulis: [agustina.maratus@gmail.com](mailto:agustina.maratus@gmail.com)



## FERTILITAS DAN FEKUNDITAS

**Rima Nur Khasanah, S.Keb., Bd., M.Kes.**  
Stikes Banyuwangi

### **Pendahuluan**

Fertilitas adalah kemampuan untuk hamil dan menghasilkan keturunan. Dalam istilah demografi fertilitas adalah kemampuan seorang wanita untuk melahirkan, yang dicerminkan dalam jumlah bayi yang dilahirkan. Dalam arti lain fertilitas berasal dari istilah *fertile* yang berarti subur, dalam hal ini fertilitas laki-laki diartikan menjadi kemampuan untuk bisa menghamili perempuan. Sperma yang baik (normal) sinkron dengan syarat ketentuan dan parameter spermatozoa normal. Dan pada wanita dapat hamil dengan sel telur yang memenuhi berbagai persyaratan serta dapat dibuahi. Fertilitas juga diartikan kemampuan hamil pada pasangan sebelum 1 tahun usia pernikahan. Sedangkan infertilitas adalah ketidakmampuan hamil pada pasangan yang rutin melakukan hubungan suami istri 2-3 kali setiap minggu dan tanpa menggunakan alat kontrasepsi apapun. Fertilitas menjadi salah satu yang dianggap paling menentukan dalam penurunan tingkat pertumbuhan penduduk dalam faktor demografi. Sekitar 10% dari pasangan suami-istri mengalami infertilitas. Menurut WHO faktor penyebab infertilitas berasal dari suami, istri, atau keduanya. Faktor lain dari kedua belah pihak sebesar 10-15%. faktor penyebab yang berasal dari suami sebesar 35% biasanya pada pemeriksaan anamnesis ditemukan adanya cedera testis, menjalani pengobatan kemoterapi, infeksi genitourinaria dan lain sebagainya, sedangkan pada pemeriksaan fisik

didapatkan hipospadia, varikokel, kriptokrisme, dan kealiansan penis lain. dan faktor penyebab dari istri sebesar 50%. Faktor penyebab infertilitas pada perempuan terbagi menjadi tiga faktor yaitu 20% faktor ovarium, 20% faktor tuba dan peritoneum, serta 10% faktor serviks.

Fekunditas adalah kemampuan untuk hamil selama satu siklus bulanan. Fekunditas secara umum berarti kemampuan seorang wanita atau pasangan suami istri untuk bereproduksi (hamil) dan mendapatkan anak. Laju reproduksi aktual suatu organisme atau populasi yang diukur berdasarkan jumlah gamet, biji, ataupun propagula aseksual fekunditas dalam istilah biologi. Fekunditas artinya ukuran kinerja reproduksi individu atau populasi. Fekunditas dapat dilihat sebagai salah satu dari dua landasan biologi populasi, yang lainnya adalah kemampuan individu bertahan hidup dengan cara bereproduksi. Saat Mortalitas menyatakan proporsi populasi yang mati dalam periode waktu tertentu dan fekunditas mengkuantifikasi individu baru yang ditambahkan ke populasi, suatu populasi tetap stabil ketika jumlah individu yang meninggal setara dengan jumlah individu baru yang ditambahkan, dan akan menurun ketika mortalitas melebihi penggantian (kelahiran dan imigrasi). Dalam ekologi, fekunditas dapat digambarkan secara sederhana sebagai output reproduktif potensial fisiologis individu selama masa hidupnya, dan biasanya diterapkan pada output wanita, teori alokasi jenis kelamin pilihan pasangan fekunditas dan fertilitas dalam model dinamis populasi pertimbangan genetik ada alasan yang melekat mengapa fekunditas harus dibatasi untuk perempuan. Fekunditas adalah sifat genetik dan perkembangan yang berkembang dalam kerangka selektif tertentu, Istilah fertilitas berbeda dari fekunditas dalam hal itu menggambarkan kinerja reproduksi aktual (atau saat ini) dari seorang wanita, dan ini adalah generalisasi dari istilah maternitas, dan kelahiran yang mengacu pada jumlah rata-rata keturunan yang dihasilkan oleh seorang wanita individu pada usia tertentu per satuan waktu.

Kelahiran menjadi salah satu kendala dalam pengendalian penduduk di Indonesia dan masih sulit mencapai *replacement level*. Banyak faktor yang berpengaruh terhadap fertilitas. Beberapa hasil penelitian menemukan bahwa kematian anak dan penggunaan kontrasepsi sebagai determinan dari fertilitas di Indonesia, faktor lain seperti preferensi fertilitas menjadi pemicu meningkatnya tingkat pertumbuhan penduduk. Fertilitas di Indonesia lebih tinggi dibandingkan dengan negara lain di Asia Tenggara. Namun, Tingkat kesuburan manusia menurun di seluruh dunia, di beberapa negara Barat angka tersebut jauh dibawah titik dimana populasi dapat dipertahankan pada tingkat saat ini. Secara umum diasumsikan bahwa kecenderungan ke arah tingkat kesuburan yang lebih rendah adalah karena perubahan sosial dan ekonomi, seperti kontrasepsi yang lebih baik, karir kerja perempuan, pendidikan, dan lain-lain. Kemungkinan bahwa faktor biologis sekarang dapat berkontribusi pada penurunan tingkat kesuburan jarang dipertimbangkan. Penurunan tingkat kesuburan di banyak negara industri sekarang begitu dramatis, sehingga banyak mendapat perhatian ilmiah. Meskipun faktor sosial dan perilaku tidak diragukan lagi memainkan peran utama untuk tren ini. Ada bukti untuk menduga bahwa mengubah gaya hidup dan meningkatnya paparan lingkungan, misalnya hingga terjadi gangguan endokrin, terjadinya masalah kesehatan reproduksi pria, termasuk kanker testis, testis yang tidak turun dan kualitas air mani yang buruk. Faktor biologis ini juga dapat berkontribusi pada tingkat kesuburan yang sangat rendah. Sehingga, tingkat infertilitas manusia saat ini sangat tinggi dan subfertilitas pria mungkin meningkat begitu juga pada perempuan bisa dikarenakan pola kehidupan manusia saat ini dan juga faktor makanan dan serta lingkungan.

### **Fertilitas dan Fekunditas**

Diartikan sebagai hasil reproduksi seorang wanita atau kelompok wanita yang nyata adalah istilah fertilitas dalam demografi. Dengan arti lain fertilitas adalah banyaknya bayi yang lahir hidup. kelahiran hidup (*live birth*) adalah

Istilah lain dari fertilitas, yaitu terlahirnya bayi dari rahim seorang wanita dengan adanya tanda-tanda kehidupan seperti bernafas, jantung berdenyut, menangis atau berteriak, dan lain sebagainya. Pengertian secara biologis seorang perempuan yang subur (fecund) karena dia mengatur fertilitas dan fekunditasnya dengan cara menggunakan alat kontrasepsi maka mereka tidak selalu melahirkan anak dalam jumlah banyak. Untuk mengukur kemampuan biologis seorang perempuan melahirkan sangat sulit. Para pakar demografi hanya memakai pengukuran terhadap kelahiran hidup.

Pengukuran mortalitas lebih mudah jika dibandingkan dengan pengukuran fertilitas yang lebih kompleks, karena seseorang perempuan hanya mati satu kali, tetapi wanita dapat melahirkan lebih dari seseorang bayi. Disamping itu seseorang yg telah meninggal, berarti mulai saat itu mereka tidak memiliki resiko kematian lagi. Sebaliknya seorang perempuan yang telah melahirkan seorang anak bukan berarti perempuan tersebut tidak melahirkan lagi atau resiko perempuan tersebut untuk melahirkan menurun. Jika diperhatikan rumitnya pengukuran terhadap fertilitas, kemungkinan pengukuran terhadap fertilitas dilakukan dengan dua macam cara pertama, pengukuran fertilitas tahunan *yearly performance* dan kedua, pengukuran fertilitas kumulatif *reproductive history*. *Yearly performance current fertility* mencerminkan fertilitas dari suatu kelompok penduduk/berbagai kelompok penduduk untuk jangka waktu satu tahun. *Yearly performance* terdiri dari:

1. Angka Kelahiran Kasar atau *Crude Birth Ratio* (CBR)
2. Angka Kelahiran Umum atau *General Fertility Rate* (GFR)
3. Angka Kelahiran menurut *Kelompok Umur* atau *Age Specific Fertility Rate* (ASFR)
4. Angka Kelahiran Total atau *Total Fertility Rate* (TFR)

Yang termasuk *reproductive history (cummulative fertility)*, di antaranya:

1. *Children Ever Born (CEB)* atau jumlah anak yang pernah dilahirkan.
2. *Child Woman Ratio (CWR)*.

(Sukim et al, 2013)

Bisa dibedakan sebagai dua pola fertilitas, yang pertama yaitu pada grup individu yg dirasa tidak memperoleh keuntungan ekonomi, karena membatasi kelahiran serta yang kedua adalah grup individu yang merasa menerima keuntungan ekonomi sebab mengatur serta membatasi kelahiran. Perubahan dari pola pertama ke yang pola kedua, mampu disebabkan sebab adanya perubahan sosial ekonomi. Faktor demografi dan faktor non demografi adalah faktor yang menghipnotis tinggi rendahnya fertilitas. yg termasuk dalam faktor demografi merupakan paritas dan proporsi perkawinan, struktur perkawinan, struktur umur, umur kawin pertama, paritas dan proporsi perkawinan. Sedangkan faktor non demografi antaranya adalah, keadaan ekonomi penduduk, tingkat pendidikan, pemugaran status wanita, urbanisasi dan industrialisasi. Hal-hal pada atas dapat berpengaruh terhadap fertilitas, fertilitas merupakan galat satu dinamika kependudukan selain mortalitas, migrasi serta perkawinan yang memengaruhi pertumbuhan penduduk di suatu daerah. Istilah fekunditas digunakan untuk menggambarkan peristiwa keberhasilan individu untuk mencapai reproduksi yang sempurna, dan dapat mengasumsikan frekuensi reproduksi tergantung pada ovulasi dan kendala lingkungan mereka saat ini. Ada banyak varian strategi sejarah kehidupan untuk dijelaskan secara ringkas frekuensi berkembang biak dan jumlah keturunan. fekunditas meningkat seiring bertambahnya usia setelah kematangan reproduksi dan kemudian dapat menurun pada usia yang lebih tua. Dengan demikian, spesifisitas usia reproduksi merupakan elemen penting untuk memahami evolusi strategi sejarah kehidupan. Tingkat reproduksi dapat meningkat dengan bertambahnya usia ketika seorang individu relatif lebih

banyak waktu dan pikiran untuk reproduksi dengan bertambahnya usia. Sehingga meningkatkan fekunditas menurut umur. Ini memperkenalkan konsep primiparitas yang secara umum didefinisikan sebagai usia reproduksi pertama. Penurunan fekunditas seiring bertambahnya usia sering disebut sebagai penuaan reproduktif. Hal ini adalah seiring bertambahnya usia individu, tingkat perolehan sumber dayanya memburuk karena penuaan fisiologis.

### **Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Fertilitas dan Fekunditas**

#### **1. Status Bekerja**

Status pekerjaan berpengaruh terhadap fertilitas fekunditas, hal ini menyatakan Jika seorang tersebut bekerja maka usia pernikahan pertamanya cenderung di umur yg lebih matang. Anonym (2014) dalam policy brieft BKKN mengatakan, hasil penelitiannya yaitu responden dengan status bekerja usia pernikahan pertamanya pada umur yg lebih matang, Bila dibandingkan menggunakan individu yang tak bekerja. Para individu yang bekerja akan lebih memilih buat penekanan di pekerjaan dengan tujuan menerima peghasilan lebih tinggi, promosi jabatan ataupun meningkatkan kesejahteraan keluarganya sebelum menikah. Pasangan yang bekerja mempunyai opportunity cost waktu yang lebih tinggi dibandingkan dengan pasangan yang tidak bekerja. Oleh karena itu, rumah tangga dengan pasangan bekerja akan mengatur fertilitas dan fekunditasnya dibandingkan mereka yang tidak bekerja. Status pekerjaan seorang yg semakin baik maka akan semakin tinggi tingkat kesejahteraannya sehingga orang tadi tidak mengalami kekhawatiran menggunakan taraf fertilitas serta fekunditas yang tinggi. Status bekerja pada istri memiliki dampak terhadap fertilitas dikarenakan perempuan yg bekerja umumnya memiliki tingkat fertilitas serta fekunditas yang lebih rendah berasal perempuan yang tak bekerja.

## 2. Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu yang memiliki imbas paling besar, pendidikan merupakan akar dari seluruh problem yang terdapat dalam diri seorang, sebab asal pendidikan seorang akan mendapat pengetahuan yang nantinya akan membentuk sikapnya pada hal merogoh keputusan buat melakukan suatu pernikahan. taraf pendidikan yg semakin rendah maka semakin rendah jua usia pernikahan pertamanya, serta begitupun yang terjadi sebaliknya. Pendidikan yang rendah bisa biasa ditimbulkan karena keadaan ekonomi yg kekurangan atau menengah ke bawah.

Keadaan ekonomi keluarga tersebut yang dapat mendorong seseorang untuk menikah diusia muda agar dapat meringankan beban keluarga. Hal ini menggambarkan bahwa terdapat kecenderungan semakin tinggi tingkat pendidikan, maka semakin mereka enggan untuk mengambil keputusan menikah di usia muda. Tingkat pendidikan yang berbeda dapat mempengaruhi suatu perilaku individu yang berbeda pula dalam mengambil suatu keputusan. Keadaan ekonomi keluarga tersebut yg dapat mendorong seorang untuk menikah diusia belia agar dapat meringankan beban keluarga. Hal ini menggambarkan bahwa terdapat kecenderungan semakin tinggi taraf pendidikan, maka semakin mereka enggan buat mengambil keputusan menikah pada usia belia. tingkat pendidikan yg tidak sama dapat mempengaruhi suatu perilaku individu yg tidak selaras pula dalam mengambil suatu keputusan. Hal tersebut menunjukkan fertilitas dapat diturunkan dengan peningkatan tingkat pendidikan. Pendidikan yang tinggi menyebabkan pasangan untuk mengatur fertilitas dan fekunditas dengan cara mempunyai anak dalam jumlah yang kecil di bandingkan dengan mempunyai anak yang banyak tetapi tidak terus. Semakin tinggi tingkat pendidikan perempuan maka cenderung untuk merencanakan dan mengatur fertilitas dan fekunditas dengan cara mengatur

jumlah anak. Perempuan yang telah mendapatkan pendidikan yang lebih baik menunjukkan bahwa, cenderung untuk merencanakan dan mengatur fertilitas dan fekunditas dengan memperbaiki kualitas anak dan memperkecil jumlah anak, hal ini akan mempermudah dalam proses perawatannya, membimbing agar dapat memberikan pendidikan yang lebih baik. Pendidikan diprediksi secara langsung berhubungan dengan fertilitas dan fekunditas karena dengan pendidikan yang tinggi akan memiliki SDM yang baik, sehingga akan mengatur jarak anak dan jumlah anak. Di sisi lain, suami yang berpendidikan tinggi ataupun pendidikan rendah tidak ada disparitas yg signifikan dalam menentukan jumlah anak yg diinginkan, sebab sebagian besar suami menyerahkan keputusan kepada istri, jadi yang lebih banyak didominasi pada menentukan dan memutuskan jumlah anak yang mereka inginkan ialah istri atau wanita. karena disini suami mungkin memiliki kewajiban yang primer yaitu mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan keluarga sedangkan seorang istri yg mengatur sesuatunya dalam keluarganya.

### 3. Daerah Tempat Tinggal

Dikota dan desa akan beda pola mengatur dan merencanakan fertilitas dan fekunditas hal ini dikarenakan pasangan suami istri yang tinggal dikota biasanya akan memiliki jumlah anak yang lebih sedikit dibanding pasangan suami istri yang tinggal didaerah desa. Hal ini dapat karena biaya membesarkan anak lebih murah di perdesaan. Selain itu, terdapat perbedaan antara desa dan kota mengenai informasi kontrasepsi.

### 4. Sosial Ekonomi

Faktor yang paling dominan dalam mempengaruhi suatu keputusan pasangan suami istri untuk merencanakan jumlah anak adalah pendapatan keluarga. bila terjadi kenaikan pendapatan, maka aspirasi orang tua juga akan berubah, mereka

menginginkan anak menggunakan kualitas yg baik. Social ekonomi juga berpengaruh signifikan terhadap usia pernikahan pertama. Hal ini menyatakan bahwa meningkatnya taraf pendapatan seorang maka semakin rendah hasrat seorang buat melakukan pernikahan diusia muda, hal ini dikarenakan seseorang dengan pendapatan tinggi lebih memilih untuk memperbaiki kualitas hidupnya. Hal ini berpengaruh signifikan terhadap fertilitas dan fekunditas. Pengaruh dari sosial ekonomi dalam rumah tangga terhadap fertilitas dan fekunditas sangat erat berkaitan karena pada keluarga dengan sosial ekonomi lebih rendah akan cenderung kurang mengatur dan merencanakan fertilitas dan fekunditas hal ini disebabkan karena pada keluarga dengan ekonomi yang rendah mereka akan lalai dengan program pemerintah yang telah dicanangkan dan mungkin mereka juga masih awam untuk menggunakan alat kontrasepsi. Hal ini dikarenakan keluarga dengan ekonomi rendah akan menghabiskan waktu mereka dengan mencari uang.

### **Faktor Penyebab Infertilitas Pria**

#### **1. Faktor umum**

##### **a. Umur**

Umur sangat mempengaruhi kesuburan karena pada usia tertentu tingkat kesuburan seorang pria akan secara perlahan-lahan mulai menurun. Saat memasuki usia pubertas kesuburan pria awal ditandai dengan perkembangan organ reproduksi laki-laki, padarata-rata pada usia 12 tahun. Perkembangan organ reproduksi laki-laki mencapai keadaan stabil umur 20 tahun. Tingkat kesuburan akan bertambah sinkron dengan pertambahan umur biasanya pada usia 25 tahun akan mencapai puncaknya. Kesuburan laki-laki mulai menurun secara perlahan-lahan sesudah usia 25 tahun, yg mana keadaan ini ditimbulkan karena perubahan bentuk dan faal organ reproduksi

b. Frekuensi senggama

Peristiwa terjadinya pertemuan antara spermatozoa dan ovum di tuba falopi atau disebut juga dengan istilah fertilisasi (pembuahan), bila terjadi koitus pada saat ovulasi. Dalam keadaan normal sel spermatozoa masih bisa bertahan hidup selama 1 sampai 3 hari dalam organ reproduksi perempuan, sebagai akibatnya fertilisasi masih mungkin terjadi jika ovulasi terjadi sekitar 1 sampai 3 hari setelah koitus berlangsung. Sedangkan ovum atau sel telur pada wanita umurnya hanya 1x24 jam, sehingga bila koitus dilakukan pada waktu tersebut kemungkinan besar bisa terjadi pembuahan. Hal ini berarti jika tidak bertepatan dengan masa subur istri yang hanya terjadi satu kali dalam sebulan walaupun suami istri melakukan hubungan seksual maka tidak akan terjadi pembuahan atau tidak akan terjadi kehamilan pada istri.

c. Lama berusaha

Lamanya yang diperlukan untuk menghasilkan kehamilan menunjukkan bahwa dalam satu bulan pertama 32.7% pasangan akan hamil, tiga bulan pertama 57% pasangan akan hamil, enam bulan pertama 72.1% pasangan akan hamil, dalam 12 bulan pertama sebanyak 85.4% akan hamil, dalam 24 bulan pertama 93.4% akan hamil. Dan waktu rata-rata yang dibutuhkan pasangan untuk menghasilkan kehamilan adalah 2.3 sampai 2.8 bulan. Jadi lama pasangan suami istri berusaha secara teratur merupakan suatu faktor penentu untuk dapat terjadi kehamilan.

2. Faktor khusus

Faktor Pre Testikular

Keadaan yang mempengaruhi proses spermatogenesis diluar testis.

a. Infertilitas pria disebabkan karena adanya kelainan endokrin antara lain:

- 1) kelainan paras hipotalamus hipofisis, seperti menyebabkan gangguan spermatogenesis karena tidak adanya sekresi gonadotropin.
  - 2) kelainan tiroid, yang dapat menyebabkan metabolisme androgen terganggu.
  - 3) kelainan kelenjar adrenal, gangguan spermatogenesis juga dapat disebabkan karena Congenital adrenal hyperplasi.
- b. Kelainan kromosom, pada penderita sindroma klinefelter terjadi penambahan kromosom X, sehingga testis tidak dapat berfungsi dengan baik sehingga tidak terjadi spermatogenesis.
- c. Varikokel, pada pleksus pampiriformis terjadi dilatasi serta kelokan-kelokan dan pemanjangan yang dapat mengakibatkan terganggunya proses spermatogenesis dikarenakan terjadinya gangguan vaskularisasi testis.
3. Faktor Post Testikular
- a. Tidak adanya duktus deferens, tidak bersambung duktus deferens dengan epididimis, sumbatan dan lain-lain yang mengakibatkan terjadinya Kelainan epididimis dan funikulus spermatikus
  - b. Sumbatan menyebabkan Kelainan duktus ejakulatorius
  - c. Peradangan, yang mengenai kedua organ tumor prostat dan prostatektomi. Menyebabkan Kelainan prostat dan vesikula seminalis
  - d. Kelainan yang terjadi pada penis dan uretra. Biasanya berupa malformasi penis, aplasia, anomali orifisium uretra, anomali preputium (fimosis), dan lain-lain.
4. Faktor Testikular
- Atrofi testis primer gangguan pertumbuhan dan perkembangan, torsio, tumor, kriptorkidism, trauma. Hampir 9% infertilitas pria ditimbulkan karena kriptorkidism (testis tidak turun pada skrotum).

## 5. Reaksi Imunologis

Pada hal ini analisis sperma umumnya tidak membuktikan kelainan, kecuali terlihat adanya aglutinasi spermatozoa yang dapat ditentukan menggunakan tes imunologis

## 6. Faktor Lingkungan

- a. Suhu memegang peranan krusial pada spermatogenesis. Spermatozoa hanya dapat diproduksi jika suhu testis  $29 - 30^{\circ}\text{C}$ , dan sedikitnya  $1,5 - 2^{\circ}\text{C}$  dibawah suhu dalam tubuh, kenaikan suhu tubuh beberapa derajat akan menghambat proses terjadinya spermatogenesis, kebalikannya suhu rendah akan menaikkan spermatogenesis di manusia
- b. Dataran tinggi dan atmosfer dataran tinggi (high altitude) juga mengganggu proses pembuatan spermatozoa.
- c. Spermatogonia serta spermatosit sangat peka terhadap sinar Rontgen, akan tetapi spermatid serta sel sertoli tidak.
- d. Banyaknya pengaruh bahan kimia dan obat-obatan eksklusif dapat merusak proses spermatogenesis misal metronidazol, simetidin dan lain-lain.

## Analisis Sperma

Untuk mengetahui apakah seseorang pria fertil atau infertil perlu dilakukan pemeriksaan penilaian fungsi organ reproduksi pria yaitu analisis sperma. Peranan analisis semen penting sekali. Sperma yang diperiksa harus dari seluruh ejakulat. Karena itu mengambilnya dari tubuh harus dengan masturbasi atau *coitus interruptus* (berhubungan suami istri dan waktu ejakulasi dihentikan dan mani ditampung semua ditempat yang telah disediakan). Ada juga cara dengan bersetubuh menggunakan kondom khusus, bebas dari spermatisida. Yang digunakan untuk analisis. Faktor penting abstinensi, dan yang terbaik ialah sekitar 3-4 hari. Paling baik jika semen diperiksa selambatnya satu jam setelah ejakulasi. Jika sampel akan dipakai lagi lebih dari 4 jam

setelah ejakulasi, agar disimpan dalam lemari es khusus, dan saat dilakukan pemeriksaan kembali harus ditaruh dulu dalam suhu kamar. Yang dianalisa pada analisis sperma yaitu Kualitas, kuantitas pada spermatozoa dan fungsi sakretoris kalenjar asesoris seks.

### **Faktor Penyebab Infertilitas Wanita**

#### **1. Kelainan Uterus**

Hal yang dapat menyebabkan infertilitas dan memerlukan terapi diantaranya adalah kelainan uterus dan serviks, kerusakan serviks seperti emputasi, erosi serviks dan cervicitis, retroversi, korpus, endometrium, endometriosis, myoma uteri submukosum, endometriosis tuberkulosa, kelainan kongenital missal uterus didelfis, perlekatan uterus dan polip, ketidak ramahan getah serviks. Penyebab sulitnya sperma untuk masuk kedalam uterus dan melakukan pembuahan dengan sel telur adalah kelainan bentuk atau posisi rahim yang abnormal. Biasanya di menyebabkan kelainan uterus adalah tumor yang sehingga dapat mendorong uterus ke sebelah yang berlawanan, perlekatan yang kuat yang menarik uterus kesebelah yang sama. Seperti telah di kemukakan para ahli bahwa retroverssifleki dianggap keadaan tidak normal yang membutuhkan terapi.

#### **2. Endometriosis**

Kelainan jaringan endometrium yang tumbuh di luar rahim istilahnya adalah Endometriosis. Jaringan abnormal tersebut umumnya ada ligamen yang menahan uterus, ovarium, tuba falopi, rongga panggul, usus dan kawasan lain. pada penderita endometriosis akan terganggu serta berkurangnya kesuburan karena terjadi perlekatan pada pelvis. hal ini menghambat pengeluaran oosit, mengurangi pergerakan sperma, mengakibatkan kontraksi miometrium, dan menghambat fertilisasi serta transportasi embrio. Mirip dengan jaringan endometrium normal pada umumnya, jaringan ini juga mengalami siklus yg menjadi respon perubahan hormonal sesuai daur menstruasi perempuan.

Penyebab infertilitas di perempuan menggunakan endometriosis antara lain, adhesi tuba, pengurangan jaringan ovarium yg fungsional (cadangan ovarium) oleh endometriosis atau operasi, gangguan interaksi gamet, rendahnya kualitas oosit, gangguan fertilisasi, kualitas embrio yang lebih rendah menggunakan berkurangnya kemampuan buat implantasi, gangguan implantasi. Dampak negatif Endometriosis terhadap fertilitas (kesuburan) merupakan salah satu penyakit yang dapat mengakibatkan infertilitas.

Endometriosis dapat terjadi sebab faktor genetik, wanita yang memiliki siklus menstruasi yang pendek ( $< 27$  hari), usia menarche yang lebih awal dari normal, menstruasi yang terlalu lama ( $> 7$  hari), peningkatan jumlah estrogen pada darah yang terpapar toksin dari lingkungan, pengolahan kayu dan produk kertas, pembakaran sampah medis serta sampah perkotaan. Oleh sebab itu bagi petugas kesehatan agar dapat memperhatikan pembuangan sampah medis dan menganjurkan pada setiap perempuan agar melakukan cek kesehatan pranikah dan bagi yg mempunyai faktor genetik pada hal ini supaya lebih dapat memeriksakan diri sejak dini.

### 3. Merokok

Merokok bisa menurunkan tingkat kesuburan seorang perempuan maupun laki-laki karena pada rokok ada kandungan nikotin yg bisa menurunkan jumlah serta kualitas sperma, memperlama waktu konsepsi serta dapat menyebabkan terjadinya abortus spontan sehingga norma merokok bisa menyebabkan infertilitas di pria maupun perempuan. oleh sebab itu usahakan petugas kesehatan mengadakan penyuluhan tentang bahaya merokok, memasang spanduk - spanduk larangan merokok dan membina setiap pasangan suami-istri yg ingin mempunyai keturunan agar menerapkan gaya hidup sehat.

## Daftar Pustaka

- Hochschilds, Z.F., G.D. Adamson, J.D. Mouzon, O. Ishihara, R. Mansour. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary on ART terminology. 2009. Volume 92. Nomor 5. Halaman 1520-1524.
- Roupa, Z., M. Polikandrioti, P. Sotiropoulou, E. Faros, A. Koulouri, G. Wozniak. dan M. Gourni. Causes of infertility in women at reproductive age. 2009. Volume 3.Issue 2. Halaman : 80-87.
- Macaluso, M., W.S. Tracie, A. Chandra, R. Johnson, C.L. Satterwhite, A. Pulver, S.M. Berman, R.Y. Wang, S.L. Farr. dan L.A. Pollack. A public health focus on infertility prevention, detection, and management. 2008. Volume 5. Halaman 1-10.
- IanDanny. Infertilitas Pasutri.(online). 2009. <http://muslimah.or.id/kesehatan-muslimah/infertilitas-pasutri-1.html>. Diakses tanggal 24 Juli 2013.
- Prawirohardjo, S. Infertilitas. Dalam : Mohammad, A., A. Baziad, P. Prabowo (Editor). Ilmu Kandungan (halaman 424-434). PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. 2011, Jakarta, Indonesia.
- Beckmann, C.R.B., F.W. Ling, B.M. Barzansky, W.N.P Herbert, D.W. Laube, R.P. Smith. Obstetrics and Gynecology sixth edition. Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer collaboration with American College of Obstetricians and gynecologists. Philadelphia. London. 2010, Halaman 337.
- Hammerli, K., H. Znoj, T. Berger. What are the issues confronting infertile woman? A qualitative and quantitative approach. 2010. Volume 15. Nomor 4. Halaman 766-782.

- Gibbs R.S., B.Y. Karlan, A.F. Haney, I.E. Nygaard.  
Danforth's Obstetrics and Gynecology, 10<sup>th</sup> edition.  
Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. London.  
2008. Chapter 40.
- Klein, J., dan M. V. Sauer. Assesing fertility in women of  
advanced reproductive age. American Journal  
Obstetrics and Gynecology (AJOG). 2001. Halaman  
758- 770.
- Katz, V.L., G.M.Lentz, A.L. Rogerio, M.G. David. Katz :  
Comprehensive Gynecology, 5<sup>th</sup> ed. Mosby, an affiliate  
of Elsevier Inc. Philadephia. USA. 2007. Part V.  
Chapter 41.
- Sultanate of Oman Ministry of Health. Infertility Standart  
Operating Procedures. 2001. hal. 1-65.
- Brigham and Women's Hospital. Infertility : A Guide to  
Evaluation, Treatment, and Counseling, Boston,  
Massachusetts. 2003. hal. 1-12.
- Adamson, P.C., K. Krupp, A.H. Freeman, J.D. Klausner,  
A.L. Reingold, P. Madhivanan. Prevalence & Correlates  
of primary infertility among young women in Mysore,  
India. Indian J Med Researce. 2011. 134 (4) : 440-446.
- American Society for Reproductive Medicine. Diagnostic  
evaluation of the infertile female : “ a committee  
opinion”. Birmingham, Alabama. 2012. Halaman 302  
– 307.

## **Profil Penulis**



### **Rima Nur Khasanah**

Penulis lahir di Banyuwangi, 01 Januari 1993. Penulis menyelesaikan pendidikan sarjana di Universitas Airlangga Surabaya tahun 2016, Magister Kesehatan Reproduksi di Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2019. sebagai Dosen di Akbid Estu Utomo Boyolali pada tahun

2002-2016, sebagai Dosen Kebidanan di Stikes Banyuwangi dari tahun 2019 sampai sekarang. Mata kuliah yang pernah diampu antara lain: Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Remaja Pranikah, Asuhan Kebidanan Pranikah Prakonsepsi, Asuhan Kebidanan Kesehatan Reproduksi, dsb. Selain aktif sebagai dosen, penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat, serta mengikuti beberapa pelatihan.

Penulis dapat dihubungi melalui email: [rimateyma@gmail.com](mailto:rimateyma@gmail.com)



## MENOPAUSE DAN *SAFE MOTHERHOOD*

**Yuliana Suryati, S.Kep., Ns., M.Biomed.**

Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng

### **Pendahuluan**

Menopause merupakan berhentinya siklus bulanan atau penghentian permanen menstruasi yang disebabkan oleh hilangnya fungsi folikel ovarium (WHO). Menopause ditandai dengan penurunan aktivitas ovarium dan penurunan kesuburan. Merupakan tahap klimakterik yang ditandai dengan munculnya berbagai gejala dan periode menstruasi yang tidak teratur. Perubahan hormonal dan biokimia yang terjadi selama periode ini menyebabkan berbagai gejala pada tubuh wanita. Peralihan dari masa subur seorang wanita ke masa ketika ovarium mulai penurunan fungsi secara bertahap terjadi sehingga usia pasti mulainya menopause pada wanita agak sulit untuk ditentukan. Periode ini biasanya dimulai pada dekade keempat kehidupan dan setiap perempuan berbeda-beda. Kehamilan pascamenopause telah meningkat dalam beberapa tahun terakhir dan dapat meningkatkan angka kematian ibu. Kemajuan teknologi reproduksi yang semakin berkembang sehingga menyebabkan tidak lagi sulit bagi wanita untuk hamil bahkan setelah mencapai usia paruh baya. Karena banyak wanita lebih memilih untuk memiliki anak di kemudian hari, sangat penting untuk memahami bagaimana berbagai faktor dapat mempengaruhi kesuburan dan peluang mereka untuk hamil. Selain itu, kehamilan di usia yang lebih tua membawa lebih banyak

risiko, seperti keguguran, kehamilan ektopik, komplikasi persalinan, dan kelahiran mati. Kematian terjadi pada ibu terjadi akibat adanya komplikasi kehamilan dan setelah persalinan misalnya perdarahan, infeksi, hipertensi kehamilan, komplikasi saat persalinan, usia, dan aborsi yang tidak aman.

### **Menopause**

Menopause merupakan periode menstruasi seorang wanita berhenti untuk selamanya dan menandakan tidak lagi bisa hamil. Menopause merupakan istilah yang banyak digunakan untuk menggambarkan waktu ketika kadar hormon mulai berubah. Ketika siklus menstruasi telah absen selama satu tahun, menopause selesai. Ketika terjadi menopause, menstruasi berhenti secara permanen selama 12 bulan akibat defisiensi estrogen dan tidak berhubungan dengan patologi. Usia rata-rata menopause adalah 51 tahun. Kebanyakan wanita mengalami gejala vasomotor, tetapi menopause mempengaruhi banyak area tubuh lainnya seperti urogenital, psikogenik, dan kardiovaskular.

### **Penyebab Menopause**

Seiring bertambahnya usia wanita, folikel ovarium mereka berkurang jumlahnya. Terjadi penurunan sel granulosa ovarium yang merupakan penghasil utama estradiol dan inhibin. Dengan kurangnya penghambatan dari estrogen dan inhibin pada gonadotropin, produksi hormon perangsang folikel (FSH) dan hormon luteinizing (LH) meningkat. Kadar FSH biasanya lebih tinggi dari kadar LH karena LH dibersihkan dari darah lebih cepat. Penurunan kadar estrogen mengganggu aksis hipotalamus-hipofisis-ovarium. Akibatnya terjadi kegagalan perkembangan endometrium yang menyebabkan siklus menstruasi tidak teratur, hingga berhenti sama sekali. Menopause dapat terjadi karena prosedur pembedahan seperti histerektomi dengan ooforektomi bilateral. Menopause dapat disebabkan oleh pengobatan untuk kondisi tertentu, seperti endometriosis dan kanker payudara dengan antiestrogen, dan kanker lainnya karena obat kemoterapi.

## **Waktu Terjadi Menaopause**

Menopause terjadi pada usia rata-rata 51 tahun. Namun, bisa terjadi pada usia berapa pun, dari usia 30-an hingga pertengahan 50-an atau lebih awal. Perokok dan wanita yang kekurangan berat badan mengalami menopause dini. Wanita yang kelebihan berat badan umumnya mengalami menopause lambat. Dalam kebanyakan kasus, seorang wanita mencapai menopause sekitar waktu yang sama dengan ibunya. Menopause juga dapat terjadi lebih awal yang disebabkan oleh kegagalan ovarium sebelum usia 40 tahun dan biasanya dikaitkan dengan masalah suplai darah ovarium yang disebabkan oleh merokok, radiasi, kemoterapi, atau pembedahan. Insufisiensi ovarium primer adalah nama lain untuk kegagalan ovarium prematur.

## **Jenis Menopause**

### **1. Menopause Dini**

Menopause ini muncul dibawah usia 40 tahun. Wanita yang menstruasi berhenti di lebih dari 30 tahun atau awal 40 tahun, dapat diaktegorikan menopause dini.

### **2. Menopause Normal**

Kondisi ini alami dan biasanya terjadi pada umur mendekati usia 50 tahun.

### **3. Menopause Terlambat**

Perempuan yang masih mengalami menstruasi pada usia lebih dari 52 tahun

## **Gejala Menopause**

1. *Hot flashes* dan berkeringat: Gejala menopause yang sering terjadi yaitu muka memerah dan berkeringat dan dapat muncul beberapa kali sepanjang hari. Ini dapat menyebabkan gangguan tidur. Biasanya berlangsung dua tahun atau kurang bagi kebanyakan orang. Sebagian kecil wanita mengalami *hot flashes* selama lebih dari dua tahun. Hal ini terkait dengan penurunan kadar estrogen. *Hot flashes* setiap orang berbeda dalam frekuensi dan tingkat keparahannya.

Setelah kira-kira 4 hingga 5 tahun, *hot flashes* biasanya hilang dengan sendirinya. Denyut jantung yang lebih cepat dapat terjadi disebabkan oleh *hot flashes*. Saat tubuh mencoba untuk mendinginkan, ini menghasilkan keringat yang cepat. Keringat di malam hari juga bisa terjadi dan bangun dengan tubuh yang basah.

2. Perubahan pada selaput vagina: Selaput ini biasanya tumbuh lebih tipis dan lebih kering setelah menopause. Efek samping lain yaitu vaginitis, sistitis, dan infeksi saluran kemih.
3. Relaksasi otot panggul: menyebabkan inkontinensia urin sehingga meningkatkan resiko rahim, kandung kemih, uretra, atau rektum menonjol ke dalam saluran vagina.
4. Efek kardiovaskular: pusing yang muncul tiba-tiba, mati rasa, ditusuk-tusuk, kesemutan, jantung berdebar-debar.
5. Perkembangan rambut: Perubahan hormonal dapat menyebabkan peningkatan rambut wajah yang mengakibatkan penipisan rambut di kulit kepala.

Kesehatan mental: Kelelahan, perubahan suasana hati, sulit tidur, dan kecemasan bahkan depresi adalah semua gejala psikologis dan emosional yang mungkin terkait dengan kurangnya estrogen, stres penuaan, dan kurang tidur. Beberapa wanita kehilangan keinginan untuk berhubungan seks. Saat menopause, lapisan vagina juga berubah, biasanya menipis dan menjadi lebih kering.

### **Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Menopause**

Usia saat pertama kali menstruasi, penggunaan kontrasepsi oral, jumlah kehamilan yang dialami, Indeks Massa Tubuh (IMT), merokok, minum minuman beralkohol, aktivitas fisik, kadar timbal dalam darah, dan faktor-faktor lain semuanya mempengaruhi usia awal menopause. Faktor genetik diduga berperan dalam menentukan usia menopause pada sekitar 50% wanita. Wanita yang ibunya mengalami menopause di usia muda memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalaminya sendiri.

Banyak penelitian menunjukkan bahwa wanita yang merokok memasuki masa menopause pada usia yang lebih muda dibandingkan bukan perokok. Wanita yang merokok 14 batang atau lebih per hari memasuki masa menopause 2,8 tahun lebih awal dibandingkan wanita yang tidak merokok. Wanita yang tidak mengonsumsi minuman beralkohol ditemukan memasuki masa menopause pada usia yang lebih muda dibandingkan wanita yang melakukannya. Sementara aktivitas fisik berat dikaitkan dengan menopause dini, aktivitas fisik ringan menunda timbulnya menopause lebih lama. Asupan lemak tak jenuh ganda yang tinggi mempercepat timbulnya menopause, sedangkan asupan total kalori, buah-buahan, dan protein yang tinggi memperlambatnya. Indeks massa tubuh yang tinggi telah dikaitkan dengan timbulnya menopause di kemudian hari. Wanita yang memiliki hipertensi dan memiliki sedikit paparan sinar matahari sepanjang hidup mereka ditemukan memasuki menopause lebih awal.

### **Perawatan untuk Menopause**

Terapi yang membantu mengelola gejala menopause meliputi:

1. Perawatan penggantian hormon (HT): Selama perimenopause dan menopause, hormon wanita estrogen dan progesteron diambil. Bentuk HT yang paling umum adalah tablet. Namun, estrogen dapat diberikan dengan patch kulit dan lotion vagina.
2. Pengobatan estrogen (ET) adalah penggunaan estrogen tunggal. Orang yang telah menjalani histerektomi sering diberikan ET. Estrogen tersedia dalam bentuk tablet, patch, dan krim vagina.
3. Terapi non hormonal: perawatan ini menggabungkan banyak obat untuk meringankan beberapa gejala menopause.
4. Estrogen alternative: Estrogen sintetis adalah pengganti estrogen misalnya ospemifene yang berfungsi meringankan gejala atrofi vagina tanpa meningkatkan risiko kanker endometrium.

5. Terapi alternatif: hormon bioidentik adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan homeopati dan pengobatan herbal yang dapat meringankan gejala menopause. Namun, masalah tentang potensi, keamanan, kemurnian, dan efektivitas masih perlu diteliti lebih lanjut.

### ***Safe Motherhood***

Safe motherhood meliputi serangkaian prakarsa, praktik, protokol, dan pedoman pemberian layanan yang dirancang untuk memastikan bahwa perempuan menerima perawatan ginekologi, keluarga berencana, prenatal, persalinan dan nifas yang berkualitas tinggi, untuk mencapai kesehatan yang optimal bagi ibu, janin, dan bayi selama masa kehamilan. kehamilan, persalinan dan nifas.

### **Mortalitas dan Morbiditas Ibu**

Kematian ibu yang dimaksud yaitu kematian seorang wanita saat hamil atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, terlepas dari durasi atau lokasi kehamilan, dari setiap penyebab yang terkait atau diperburuk oleh kehamilan atau penanganannya, tetapi bukan karena kecelakaan atau penyebab insidental. Angka kematian ibu digambarkan melalui beberapa indikator seperti rasio kematian ibu, angka kematian ibu, risiko seumur hidup, proporsional kematian ibu. Rasio kematian ibu (jumlah kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup) yang menunjukkan kemungkinan kematian ibu pada wanita hamil dan baru saja hamil. Angka kematian ibu menunjukkan jumlah ibu meninggal per tahun per 100.000 wanita usia 15-49 tahun yang menggambarkan risiko kematian di antara wanita hamil dan yang baru hamil serta proporsi semua wanita yang hamil pada tahun tertentu. ini dapat ditekan dengan mengurangi risiko obstetrik dan/atau mengurangi jumlah kehamilan. Indikator lain yaitu risiko seumur hidup yang menggambarkan kemungkinan kematian ibu yang dihadapi oleh rata-rata wanita selama masa reproduksinya, mencerminkan risiko kematian ibu akibat risiko hamil selama masa reproduksinya. Proporsional

kematian ibu menggambarkan jumlah kematian ibu sebagai persentase dari semua kematian di antara wanita usia reproduksi. Ini menunjukkan kematian ibu merupakan faktor penting penyebab kematian pada wanita usia reproduksi.

Morbiditas sering digambarkan sebagai penyebab mortalitas ibu. Morbiditas ibu memiliki beberapa dimensi seperti penyebab, tingkat keparahan, durasi, waktu onset, akumulasi, dan gejala. Masing-masing dimensi memiliki penyebab, konsekuensi, dan implikasi pengobatannya sendiri. Catatan atau buku riwayat pemeriksaan dapat dijadikan sumber informasi kesehatan ibu seperti, buku KIA, buku atau catatan lain yang memuat informasi tentang kehamilan, kelahiran, dan masalah kesehatan saat kehamilan.

### **Faktor yang Berpengaruh terhadap Morbiditas dan Mortalitas Ibu**

#### **1. Penyebab Langsung:**

- a. Pendarahan berlebihan: sebagian besar perdarahan selama hamil atau melahirkan (antepartum, postpartum, aborsi, dan kehamilan ektopik), dan masalah medis yang sudah ada sebelumnya atau yang sudah ada secara tidak langsung yang diperburuk oleh kehamilan, seperti anemia atau malaria
- b. Infeksi: biasanya setelah melahirkan meliputi infeksi rahim, saluran kemih, dan infeksi janin. Penyebab lain bisa karena tempat dan praktik rujukan yang tidak memperhatikan kebersihan.
- c. Tekanan darah tinggi selama kehamilan termasuk pre-eklampsia dan eklampsia.
- d. Komplikasi: komplikasi dapat timbul selama kehamilan karena berbagai penyebab misalnya kehamilan usia dini, usia ibu lanjut, paritas, dll.
- e. Aborsi yang tidak aman: kematian ibu aborsi yang tidak aman tinggi di negara-negara di mana aborsi

tidak dilegalkan. Faktor-faktor ini berkontribusi pada hampir 75% dari semua kematian ibu.

2. Penyebab tidak langsung:

- a. Adanya penundaan: penundaan yang mengarah kepada terlambat dalam mengambil keputusan untuk mencari perawatan (seeking care), terlambat datang di fasilitas kesehatan (mencapai perawatan) dan terlambat dalam mendapatkan pengobatan yang memadai (menerima perawatan). Keterlambatan ini berkontribusi pada peningkatan komplikasi pada kehamilan. Hal ini dipengaruhi oleh status pendidikan, status keuangan, aksesibilitas perawatan dan layanan kesehatan, dll.
- b. Aksesibilitas: layanan dan fasilitas kesehatan masih belum tersedia di setiap daerah yang menyebabkan tingginya resiko kematian karena aksesibilitas yang sulit dijangkau.
- c. Malnutrisi: tingginya tingkat malnutrisi pada anak perempuan memiliki konsekuensi serius bagi kehamilan mereka di masa depan. Malnutrisi dapat menyebabkan stunting yang membuat ukuran panggul menjadi kecil sehingga menyebabkan semakin besar risiko persalinan macet.
- d. Anemia: Anemia berat dapat menyebabkan gagal jantung, syok, dan infeksi, yang sering mengakibatkan kematian. Meskipun anemia yang tidak terlalu parah mungkin tidak menyebabkan kematian secara langsung, namun hal itu dapat menyebabkan kematian akibat penyebab lain, misalnya wanita anemia mungkin tidak dapat mentolerir kehilangan darah pada tingkat yang sama seperti wanita sehat; juga, setelah operasi, luka mereka mungkin gagal untuk sembuh dengan baik. Pada wanita hamil dengan anemia sel sabit, kematian dapat terjadi akibat efek emboli, atau infeksi bakteri selama empat minggu

terakhir kehamilan, persalinan, dan minggu pertama setelah melahirkan.

- e. Kemiskinan: kemiskinan merupakan faktor penting lain yang berkontribusi terhadap kematian ibu. Mencari layanan kesehatan seringkali bukan prioritas bagi masyarakat apalagi dengan kondisi ekonomi yang tidak memadai.
- f. Praktek budaya: praktek-praktek tradisional sering mencegah individu dari mencari perawatan kesehatan. Praktik budaya juga menentukan perawatan yang diberikan kepada ibu hamil, praktik makanan, dll. Beberapa masyarakat di pedesaan masih menyukai praktik dukun atau pengobatan tradusional yang tidak terjamin keselamatan dan kebersihan saat melakukan pemeriksaan dan pertolongan persalinan. Aborsi yang tidak aman juga merupakan contoh praktik budaya.
- g. Undang-undang dan kebijakan sistem kesehatan yang mempengaruhi ketersediaan, aksesibilitas, akseptabilitas, dan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi
- h. Kondisi sosial-hukum yang mendasari, seperti kegagalan untuk menegakkan usia minimum untuk menikah.

### **Implementasi *Safe Motherhood***

Penerapan *safe motherhood* dibuat berdasarkan penilaian atas hak asasi manusia yang dapat membantu meningkatkan keamanan dan kenyamanan peran ibu. Hak tersebut ditentukan oleh penyebab langsung dan mendasar dari kematian dan penyakit yang diderita ibu. Beberapa hak asasi manusia dapat diterapkan secara kumulatif dan interaktif untuk memajukan kepentingan tertentu. Hak-hak yang dapat digunakan untuk mempromosikan *safe motherhood* dan menggambarkan bagaimana hak tersebut telah atau dapat diterapkan seperti hak untuk hidup, keberlangsungan hidup, dan

keamanan individu, hak atas kehamilan dan kesehatan, hak untuk tidak melakukan diskriminasi dan menghormati perbedaan, hak atas informasi dan pendidikan. Konsep kesehatan mulai menjelaskan isi dan makna hak atas hidup dan kelangsungan hidup, kebebasan dan keamanan pribadi, dan kebebasan dari perlakuan yang tidak manusiawi dan merendahkan martabat. Perempuan memiliki hak terhadap perlindungan kehamilan secara umum, perlindungan kehamilan selama bekerja pada khususnya, hak untuk menikah dan memulai sebuah keluarga, dan, hak-hak yang berkaitan dengan pilihan bebas atas kehamilan dan kehidupan pribadi dan keluarga dan semua ini dilindungi oleh undang-undang dan diatur dalam protokol yang jelas.

Peningkatan *safe motherhood* dapat dilakukan melalui cara yang aman yaitu pendidikan dan pelatihan untuk memperkuat peran ibu, negosiasi untuk layanan kesehatan ibu yang lebih baik dan untuk kondisi pendukung lainnya untuk peningkatan kesehatan ibu, implementasi akuntabilitas *safe motherhood* di tingkat nasional, regional dan internasional. Pendidikan dan pelatihan administrator layanan kesehatan mempersiapkan mereka untuk mengadvokasi tentang *safe motherhood* kepada masyarakat khususnya para wanita tentang prinsip-prinsip yang harus dipatuhi. Pekerja di organisasi non-pemerintah dan organisasi masyarakat lokal memainkan peran penting dalam memantau kinerja lembaga pemerintah dalam menghormati, melindungi, dan mempromosikan hak asasi manusia terkait dengan ibu yang aman. Pendidikan dan pelatihan memperkuat upaya profesional kesehatan dan pemerintah untuk menciptakan kelangsungan hidup perempuan yang sehat dan aman dalam menjadi ibu, serta kesejahteraan keluarga. Pelayanan kesehatan mendidik pasien, pelajar, dan masyarakat tidak hanya tentang praktik kesehatan yang baik, tetapi juga tentang nilai-nilai yang mempromosikan kesehatan, misalnya hak perempuan untuk memilih kehamilan secara bebas, menjadi ibu yang aman, dan kesehatan yang baik untuk anak-anak mereka, diri sendiri, dan keluarga. Penyedia

layanan kesehatan harus memiliki pemahaman yang lebih baik tentang *safe motherhood* agar mereka dapat mendidik dan melatih rekan kerja, pasien, dan masyarakat tentang hak-hak yang paling penting untuk kesehatan secara umum dan ibu yang aman pada khususnya. Negosiasi dengan lembaga pemerintah terkait undang-undang, praktik, kebijakan, dan anggaran yang mendukung penerapan *safe motherhood*. Pemerintah memiliki tanggung jawab untuk membentuk dan menerapkan undang-undang yang mempengaruhi kepentingan kesehatan perempuan, dan memiliki akuntabilitas umum untuk mencapai peningkatan dalam perawatan kesehatan ibu. Negosiasi dapat dimulai pada pemerintah tingkat lokal, seperti peningkatan fasilitas kesehatan untuk menyediakan layanan tambahan yang diperlukan untuk mencegah kematian ibu.

### **Pilar Safe Motherhood**

*Safe motherhood* mengacu pada konsep atau inisiatif yang memastikan perempuan menerima perawatan berkualitas tinggi untuk mencapai kesehatan terbaik bagi ibu dan anak. *Safe motherhood* dirancang agar wanita menerima perawatan ginekologi, keluarga berencana, prenatal, persalinan, dan postpartum berkualitas tinggi untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak serta menghilangkan potensi risiko dan mencapai hasil kehamilan yang diinginkan. Program *Safe motherhood* bertujuan untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir dan meningkatkan kesehatan ibu dan bayi baru lahir melalui kegiatan preventif dan promosi, serta dengan mengatasi faktor-faktor yang dapat dihindari yang menyebabkan kematian selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas. Komponen utama dari *Safe motherhood* adalah kehamilan yang aman, persalinan yang aman, dan kelahiran bayi yang aman. Prinsip-prinsip keibuan yang aman membantu untuk mencapai komponen-komponen ini. Enam (6) pilar *Safe motherhood* untuk mencapai kesejahteraan ibu dan anak, sebagai berikut:

## 1. Perencanaan Keluarga

KB merupakan komponen penting dari *safe motherhood* untuk memastikan bahwa individu dan pasangan memiliki informasi dan layanan yang memadai tentang KB juga diperlukan untuk merencanakan waktu, jumlah anak, jarak antar kehamilan, penundaan kehamilan, dll. Hal ini dimaksud agar tidak ada kehamilan yang tidak diinginkan seperti terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering hamil atau memiliki terlalu banyak anak. Semua pasangan dan individu harus memiliki akses ke layanan konseling dan keluarga berencana. Oleh karena itu, pelayanan KB harus memberikan informasi dan konseling yang komprehensif, serta metode kontrasepsi yang beragam, termasuk kontrasepsi darurat. Layanan ini harus menjadi bagian dari program layanan yang komprehensif kesehatan seksual dan reproduksi. Program keluarga berencana dapat membantu mengurangi risiko kematian ibu dengan mencegah kehamilan, menunda usia kehamilan, dan jarak kehamilan.

## 2. Perawatan Antenatal (ANC)

Pemeriksaan ANC diperlukan untuk mendeteksi komplikasi sejak dini dan mengobatinya sesegera mungkin. Juga penting untuk memberikan ibu hamil suplemen vitamin, tablet zat besi dan vaksinasi sehingga mereka dapat memiliki kehamilan yang sehat dan kuat. meninjau layanan perawatan antenatal (ANC), standarisasi prosedur dan protokol untuk manajemen perawatan antenatal yang efektif, seperti identifikasi dan perawatan khusus untuk kehamilan berisiko, standarisasi SOP pemberian suplementasi gizi rutin, manajemen anemia pada kehamilan (prosedur berbasis komunitas untuk distribusi suplementasi zat besi/folat), dokumentasi yang tepat dan benar pada kartu kesehatan ibu, prosedur pemeriksaan di ANC, pemberian bimbingan tentang pendidikan kesehatan di klinik ANC, mendiskusikan perencanaan kelahiran yang sesuai dengan kondisi ibu, pengobatan dan tindak lanjut dari

pasangan untuk skrining sifilis dalam kehamilan (RPR). Mencegah timbulnya komplikasi obstetrik, dan memastikan bahwa komplikasi dapat dideteksi sedini mungkin dan dapat diatasi secara tepat.

### 3. Perawatan Ibu dan Bayi Baru Lahir

Perawatan ini mengacu pada semua tingkat perawatan kesehatan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir untuk mengurangi angka kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir. Penolong persalinan harus memiliki pengetahuan, keterampilan, dan peralatan untuk melakukan persalinan yang bersih dan aman. Selain itu, perawatan darurat untuk kehamilan berisiko tinggi dan komplikasi tersedia untuk semua wanita dan bayi baru lahir yang membutuhkannya. Perawatan Obstetri dan Bayi Baru Lahir Esensial dibedakan menjadi dua tingkatan:

- a. Perawatan Obstetri dan Bayi Baru Lahir Darurat Dasar (BEmONC) yang mencakup fungsi utama yaitu intervensi yang tepat untuk mengobati/mengelola penyebab utama kematian ibu dan bayi baru lahir, penatalaksanaan komplikasi kehamilan dengan persalinan pervaginam yang dibantu (menggunakan ekstraktor vakum atau forsep, pemberian antibiotik, pemberian obat penenang dan antikonvulsan untuk eklampsia, Pemberian Uterotonik parenteral (pemicu kontraksi rahim) seperti oksitosin, ergometrin, misoprostol, atau prostaglandin dll, pengangkatan plasenta secara manual, pembersihan sisa produk konsepsi yang tertahan (menggunakan aspirator vakum manual atau dilatasi & kuretase (D&C)), resusitasi bayi baru lahir (menggunakan kantong dan masker yang mengembang sendiri (Ambu bag) dan udara ruangan), pemberian antibiotik parenteral pada bayi baru lahir.
- b. Perawatan Obstetri dan Bayi Baru Lahir Darurat Komprehensif (CEmONC): mencakup semua

layanan layanan obstetri esensial dasar bersama dengan layanan tambahan seperti operasi caesar, transfusi darah, anestesi, insersi vena umbilikalis dan intubasi bayi baru lahir, pelayanan CEmONC pada dasarnya diberikan di rumah sakit rujukan oleh dokter, klinisi atau bidan terlatih.

#### 4. Perawatan Pascapersalinan (PNC)

Penyampaian informasi terkait perawatan pascapersalinan diberikan kepada ibu dan bayi termasuk konseling ibu tentang penanganan anak, ASI eksklusif, serta memberikan kesadaran tentang KB, dan mengelola tanda dan gejala bahaya yang terlihat pada ibu dan anak. Periode pascakelahiran sangat penting dalam kehidupan ibu dan bayi yang baru lahir, terjadi perubahan signifikan yang memengaruhi kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Perawatan yang tidak memadai selama periode ini dapat menyebabkan penyakit serius dan bahkan kematian. Jika dibandingkan dengan tingkat sebelum dan selama persalinan, tingkat penyediaan perawatan terampil lebih rendah setelah melahirkan. Selama ini, sebagian besar kematian ibu dan bayi terjadi. Diperlukan pedoman khusus untuk mengatur program kesehatan ibu dan anak, fasilitas kesehatan, dan lembaga pendidikan yang mengatur dan memelihara layanan perawatan ibu dan bayi baru lahir. Informasi dalam pedoman dimasukkan dalam SOP pelayanan profesional kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kinerja tenaga kesehatan dalam perawatan pascakelahiran.

#### 5. Perawatan Pasca Aborsi

Aborsi merupakan penghentian kehamilan baik secara spontan yaitu keguguran maupun secara induksi (elektif) yang disengaja dengan pembedahan, medis atau cara lain. Hal ini diperlukan untuk mencegah komplikasi aborsiserta membantu mengidentifikasi atau mendeteksi jika ada komplikasi aborsi yang mengancam jiwa. Hal penting dari

layanan perawatan pasca aborsi adalah memberikan pemahaman tentang metode keluarga berencana seperti konseling dan pemilihan jenis metode KB yang sesuai. Penting menjelaskan pemeriksaan klinis utama, pengobatan dan perawatan yang harus diberikan kepada seorang wanita yang telah mengalami aborsi. Pedoman dan SOP khusus perlu digunakan untuk pengelolaan perawatan pasca-aborsi. Perlu mendiskusikan hal yang terkait dengan hubungan seksual, bagi sebagian wanita mungkin tidak ingin melakukan hubungan seksual untuk beberapa waktu setelahnya, bahkan berlanjut setelah sehat secara fisik.

#### 6. Pengendalian PMS/HIV/AIDS

Di kalangan ibu hamil, PMS tidak hanya mengancam nyawa ibu, tetapi juga anak yang dikandungnya karena penularan dari ibu ke anak. Skrining HIV dilakukan untuk mencegah, deteksi dini serta mengelola penularan HIV dan AIDS pada bayi. Menilai risiko infeksi di masa depan, memberikan konseling dan tes IMS, HIV dan AIDS secara sukarela, memperluas layanan untuk mengatasi penularan dari ibu ke anak.

## Daftar Pustaka

- Arnot, M., Emmott, E. H., & Mace, R. (2021). The relationship between social support , stressful events , and menopause symptoms, 1–17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245444>
- Botha, J., & Chorwe-sungani, G. (2021). Exploring community support on safe motherhood : A case of Lilongwe District , Malawi, (August). <https://doi.org/10.4102/phcfm.v13i1.2907>
- Ceylan, B., & Özerdoğan, N. (2014). Factors affecting age of onset of menopause and determination of quality of life in menopause, 47(2), 43–49. <https://doi.org/10.4274/tjod.79836>
- Cook, R. J., Dickens, B. M., Ph, D., Ll, D., & Law, P. (2001). *Advancing Safe Motherhood through Human Rights*.
- Dhagavkar, P. S., Dalal, A., Nilgar, A., & Angolkar, M. (2021). Safe motherhood practices - Knowledge and behaviour among pregnant women in Belagavi , Karnataka . A descriptive study. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 12(July), 100846. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2021.100846>
- Fitaw, Y., Feleke, A., Degu, G., Yifru, S., Admasu, M., Bewketu, H., ... Hailemariam, G. (2005). *Safe Motherhood*.
- Gordon, J. L., Nowakowski, S., & Gurvich, C. (2022). Editorial: The Psychology of Menopause, 2(January), 3389–3391. <https://doi.org/10.3390/brainsci809>
- Ilankoon, I. M. P. S., Samarasinghe, K., & Elgán, C. (2021). Menopause is a natural stage of aging: a qualitative study. *BMC Women's Health*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01164-6>
- Institute, N. of health. (2020). Menopause : Overview (pp. 1–5). Germany: Institute for Quality and Efficiency in Health Care.
- Kementrian Kesehatan. (2014). *buku ajar Kesehatan Ibu dan Anak*. Jakarta: Pusat Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Kesehatan.

- Koblinsky, M., Stanton, M. E., M, R. K., Conroy, C., Kureshy, N., Me, S., & Suzanne, J. (2000). *ISSUES IN PROGRAMMING FOR SAFE MOTHERHOOD*.
- Lalo, R., Kamberi, F., & Peto, E. (2020). Menopausal Symptoms and Women's Quality of Life Outcomes: Literature Review, (January 2018).
- Mahmoodi, Z., Arabi, M., Kabir, K., & Yazdkhasti, M. (2021). Heliyon Educational needs on safe motherhood from the perspective of suburban women: A qualitative study. *Heliyon*, 7(November 2020), e06582. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06582>
- Maine, D. (2016). *Safe Motherhood Programs : Options and Issues*.
- Maine, D., & Rosenfield, A. (2014). The Safe Motherhood Initiative: Why Has It Stalled?, (May). <https://doi.org/10.2105/AJPH.89.4.480>
- Min, J., Jo, H., Chung, Y., Song, J. Y., Kim, M. J., & Kim, M. (2021). Vitamin D and the Immune System in Menopause: A Review, 109–114. <https://doi.org/https://doi.org/10.6118/jmm.21011>
- Pajalić, Z., & Raboteg-šarić, Z. (2020). Determinants of menopause-related symptoms in women during the transition to menopause and the postmenopausal period – A systematic literature review, *10*(1), 1–33. <https://doi.org/https://doi.org/10.17532/jhsci.2020.885>
- Tarigan, I., & Sanusi, S. R. (2018). Dominant Factors Affecting In Quality Of Life Menopause Women, *9*(PHICo 2017), 48–52.

## **Profil Penulis**



### **Yuliana Suryati**

Penulis lahir di Manggarai-NTT tahun 1990. Penulis merupakan dosen aktif di Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan. Penulis menyelesaikan Ilmu Kesehatan UNIKA Santu Paulus Ruteng. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Ners di STIKES Wira Husada Yogyakarta tahun 2013, dan menyelesaikan Magister Ilmu Biomedik tahun 2018 di Universitas Indonesia .

Penulis memulai karir sebagai seorang tenaga pengajar pada tahun 2015 dan saat ini sebagai dosen tetap di Progran Studi Keperawatan Universitas Katolik Indonesia Santu Paulus Ruteng. Untuk meningkatkan karir sebagai dosen profesional, penulis aktif melaksanakan Tridharma Perguruan Tinggi. Melaksanakan pengajaran dan melakukan berbagai penelitian dan pengabdian kepada masyarakat sesuai bidang kepakaran yang didanai baik oleh internal Perguruan Tinggi maupun oleh Kemenristek DIKTI dan telah dipublikasikan baik di jurnal nasional maupun internasional. Penulis juga menjadi pembicara pada beberapa seminar ilmiah.

Email Penulis: [syulty12@gmail.com](mailto:syulty12@gmail.com)

## MANFAAT DAN PENTINGNYA MENJAGA KESEHATAN REPRODUKSI

**Indah Dewi Ridawati, S.Kep., Ns., M.Kep.**  
Poltekkes Kemenkes Palembang

### **Pendahuluan**

Angka kematian ibu dan bayi merupakan indikator prestasi kesehatan suatu negara. Semakin rendah angka kematian ibu dan bayi suatu negara maka semakin baik kesehatan suatu negara. Begitu juga sebaliknya semakin tinggi angka kematian ibu dan bayi suatu negara maka semakin buruk kondisi kesehatan penduduk suatu negara (Priyatni, Ida dan Sri Rahayu, 2016). Yang dimaksud dengan angka kematian ibu menurut WHO (World Health Organization) Tahun 2015 adalah jumlah perempuan yang meninggal pada saat mengandung atau pada masa nifas dengan penyebab apapun dengan pengecualian kecelakaan maupun kebetulan. Angka kematian ibu ini dihitung dalam 100.000 kelahiran. Angka kematian bayi sendiri dijelaskan sebagai jumlah bayi yang meninggal dalam 1000 kelahiran hidup. Bayi yang dimaksud disini adalah bayi berumur kurang dari 28 hari baik kematian dini (0-6 hari) maupun kematian lambat (7-28 hari) (Rachmadiani, dkk. 2018.). Organ reproduksi yang tidak dijaga kesehatannya selain berdampak berat menjadi kejadian kematian ibu dan bayi juga dapat menimbulkan penyakit serius. Saat ini penyakit organ reproduksi mematikan yang paling banyak diderita adalah kanker payudara dan kanker serviks.

Sekitar 40 dari 100.000 wanita di dunia mengalami kanker payudara (Iarc, 2012). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2013) menyatakan kanker payudara tidak hanya diderita oleh perempuan, laki-laki pun banyak yang mengalami kanker payudara (Marfianti, Erlina., 2021). Penelitian oleh Bray, dkk (2018) menyebutkan sebanyak 569.847 kasus baru kanker serviks ditemukan di dunia dan kematian akibat kanker serviks sekitar 311.365 orang (Wuriningsih, Apriliani Yulianti, dkk., 2019). Sebesar 50-80 juta pasangan di dunia mengalami infertilitas yang mana jumlah infertilitas ini semakin naik 2 juta setiap tahunnya. Penjagaan terhadap kesehatan reproduksi dapat menghindarkan diri dari infertilitas atau orang awam menyebutnya sebagai kemandulan. Kondisi infertilitas sangat tidak diharapkan oleh pasangan terutama yang baru menikah walaupun sebagian kecil pasangan menikah ada juga yang tidak prioritas memiliki anak. Kelangsungan hidup manusia ditentukan oleh kemampuan memunculkan generasi-generasi baru melalui kehamilan dan melahirkan. Harga diri manusia ikut meningkat dengan memiliki anak (Dillasamola, Dwisari., 2020).

## **Konsep Kesehatan Reproduksi**

### **1. Pengertian**

Definisi dari kesehatan reproduksi tidak hanya satu saja. Beragam definisi kesehatan reproduksi ditemui dari berbagai sudut pandang. Berikut ini definisi kesehatan reproduksi dari menurut WHO dan Depkes RI yaitu:

- a. Kesehatan reproduksi merupakan kondisi fisik, mental, dan sosial sistem, fungsi dan proses reproduksi yang sejahtera dan bersifat utuh tanpa penyakit maupun kecacatan (WHO).
- b. Depkes RI (Departemen Kesehatan Republik Indonesia) menyatakan kesehatan reproduksi tidak hanya menyangkut sejahtera tetapi juga kenyamanan dalam kehidupan seksual baik sebelum maupun sesudah pernikahan

## 2. Tujuan

Alasan mengapa reproduksi perlu dijaga karena ada beberapa tujuan yang perlu dicapai dalam kesehatan reproduksi antara lain:

- a. Perempuan mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang menyeluruh baik mengenai kehidupan seksual maupun hak tentang reproduksi. Perempuan yang mandiri terhadap pengaturan fungsi dan proses dapat membuat kualitas hidup perempuan meningkat
- b. Wanita semakin mandiri dalam memilih peran dan fungsi reproduksi.
- c. Peningkatan terhadap hak dan tanggung jawab sosial wanita kapan mau hamil dan menjarangkan kehamilan.
- d. Pria semakin bertanggung jawab secara sosial terhadap perilaku seksual dan fertilitas dengan harapan pasangan pria beserta anak ikut sehat dan sejahtera.

## 3. Sasaran

Ada dua sasaran dalam kesehatan reproduksi yaitu sasaran utama dan perantara. Sasaran utama adalah pasien yang berisiko. Sasaran perantara adalah penolong sasaran utama yang sebagian besar adalah petugas kesehatan (dokter, perawat, bidan, dukun, dan kader kesehatan). Sasaran perantara yang lain adalah tokoh agama, tokoh masyarakat dan LSM (Lembaga Swadaya Masyarakat).

## 4. Komponen dalam Kesehatan Reproduksi

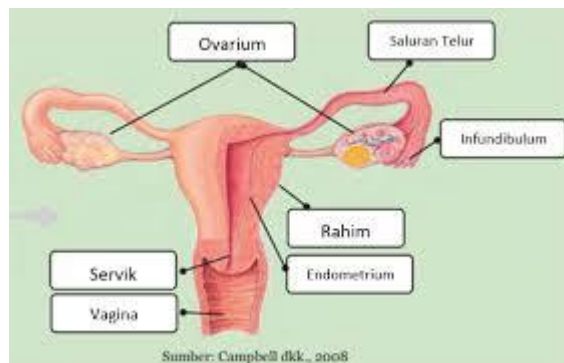
- a. Kesejahteraan ibu dan anak
- b. Keluarga Berencana
- c. Pencegahan dan penanganan infeksi saluran reproduksi (ISR), penyakit menular seksual (IMS) dan HIV/AIDS

- d. Kesehatan reproduksi remaja
  - e. Usia Lanjut
5. Masalah Kesehatan Reproduksi
- a. Reproduksi
  - b. Gender dan seksualitas
  - c. Kekerasan dan perkosaan pada perempuan
  - d. Penyakit menular seksual
  - e. Pelacuran
  - f. Penyalahgunaan teknologi

(Priyatni, Ida dan Sri Rahayu, 2016)

### **Anatomi dan Fisiologi Organ Reproduksi**

Organ reproduksi pada manusia baik laki-laki maupun perempuan memiliki organ interna maupun eksterna. Organ interna adalah organ yang berada di dalam tubuh dan tidak tampak dari luar. Organ eksterna bisa dilihat dari luar. Masing-masing organ maupun sistem organ memiliki fungsi yang khas dan saling membutuhkan satu sama lainnya. Jika salah satu organ reproduksi ada yang mengalami kerusakan maka akan berpengaruh pada proses reproduksi.

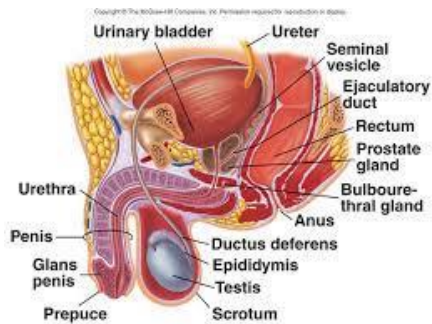


Gambar 15.1. Organ Reproduksi Wanita bagian bawah



Gambar 15.2. Organ Reproduksi Wanita Bagian Atas

Sumber: [hellosehat.com](http://hellosehat.com)



Gambar 15.3. Organ Reproduksi Pria

Sumber: [psychologymania.com](http://psychologymania.com)

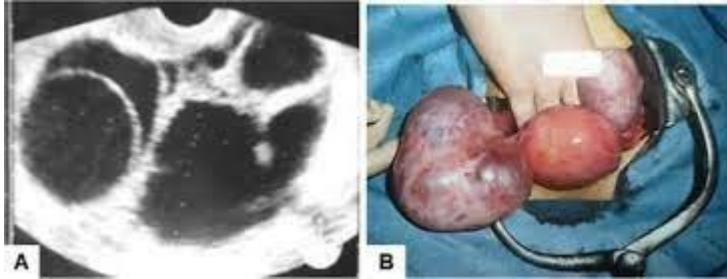
1. Penyakit yang Paling Banyak Timbul Akibat Tidak Menjaga Kesehatan Reproduksi
  - a. Mioma Uteri



Gambar 4. Mioma Uteri

Sumber: healthkompas.com

b. Kista Ovarium



Gambar 5. Kista Ovarium

Sumber: alomedika.com

c. Keputihan Patologis



Gambar 4. Keputihan patologis

Sumber: dictio.id

2. Tindakan yang dilakukan untuk Menjaga Kesehatan Reproduksi

a. Pada Perempuan

- 1) Cucilah tangan menggunakan enam langkah dari WHO. Gunakan sabun dan air mengalir sebelum membersihkan organ reproduksi. Gunakan handuk bersih/tisu untuk mengeringkan tangan. Tepuk-tepuk handuk bersih atau tisu pada tangan yang basah.

- 2) Arah basuh air dari depan (kemaluan) ke belakang (Anus) ketika cebok. Cuci tangan menggunakan sabun setelah buang air besar.
- 3) Sebisa mungkin tidak menggunakan pembersih vagina
- 4) Minimal dua kali dalam sehari celana dalam diganti. Infeksi dapat timbul dari celana yang kotor.
- 5) Bahan katun merupakan bahan yang cocok untuk celana dalam karena lebih menyerap
- 6) Jangan menggunakan pakaian atas maupun bawah yang ketat karena dapat menekan syaraf dan pembuluh darah organ reproduksi dan berdampak pada pembengkakan, nyeri maupun iritasi
- 7) Gantilah pembalut yang sudah basah dengan pembalut yang baru
- 8) Gunakan air mengalir untuk membasuh organ kewanitaannya walaupun di toilet umum
- 9) Hindari pantyliner yang mengandung parfum. Parfum pada pantyliner dapat mengiritasi kulit.

b. Pada Laki-laki

- 1) Cucilah tangan sebelum dan sesudah menyentuh organ reproduksi laki-laki.
- 2) Wajib membersihkan penis ketika mandi
- 3) Terdapat rambut di sekitar penis yang harus dicukur agar tidak terkena kuman.
- 4) Gunakan celana yang longgar yang tidak menekan terlalu kuat organ reproduksi.

## Daftar Pustaka

- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2013). *Riset Kesehatan Dasar 2013*
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R., Torre, L., & Jemal, A. (2018). *Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68(6), 394–424.
- Dillasamola, Dwisari. (2020). *Infertilitas: Kumpulan Jurnal Penelitian Infertilitas*. LPPM-Universitas Andalas: Padang
- Iarc., I. A. for R. on C. W. H. O. (2012). *Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Globocan*.
- Marfinti, Erlina. (2021). *Peningkatan Pengetahuan Payudara dan Ketrampilan Periksa Payudara Sendiri (SADARI) untuk Deteksi Dini Kanker Payudara di Semutan Jatimulyo Dlingo*. JAMALI-Jurnal Abdimas Madani Lestari Vol.3, No.1, Hal: 25-31
- Prijatni, Ida dan Sri Rahayu. (2016). *Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan: Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Kemenkes RI
- Rachmadiani, Ainindya Pasca Shodikin, Muhammad Ali Komariah, Cici. (2018). *Faktor-faktor Risiko Kematian Bayi Usia 0-28 Hari di RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember*.  
<http://repository.unej.ac.id/handle/123456789/86309>, diakses tanggal 12 Mei 2022
- WHO. 2015. *World Health Statistics 2015: World Health Organization*
- Wuriningsih, Apriliani Yulianti., Hernandia Distinarista, Anna Jumatul Laely. *Cervical Cancer Self Management Education (CSME) meningkatkan kualitas hidup pasien dengan kanker serviks*. NURSCOPE: Jurnal Keperawatan dan Pemikiran Ilmiah Vol.5, No.6, Hal: 45-51

## **Profil Penulis**



### **Indah Dewi Ridawati**

Lahir di Srikaton 27 Januari 1988, penulis menyelesaikan pendidikan Taman Kanak-Kanak sampai dengan Sekolah Menengah Pertama di Kabupaten Musi Rawas, Sekolah Menengah Atas dijalani di Kota Lubuklinggau. Pada tahun 2010 penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan di Universitas Sriwijaya Palembang, selanjutnya pada tahun 2012 penulis menyelesaikan pendidikan Ners di Universitas Sriwijaya. Penulis meneruskan kuliah S2 Keperawatan Minat Keperawatan Maternitas di Universitas Gadjah Mada dan lulus pada Tahun 2016. Selama kuliah S2 Penulis menjadi dosen di Universitas Sahid Surakarta dan STIKES Surya Global Yogyakarta. Sejak Desember 2016 penulis bekerja sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Palembang sampai dengan sekarang. Selain sebagai dosen berbagai pengalaman yang telah diikuti yaitu pelatihan, seminar ilmiah yang berkaitan dengan kesehatan ibu anak dan workshop nasional. Penulis juga aktif sebagai peneliti di bidang Kesehatan Ibu dan Anak, kegiatan pengabdian kepada masyarakat, penulis buku kesehatan, karya ilmiah dan hak kekayaan intelektual.

Email Penulis: [indahdewi@poltekkespalembang.ac.id](mailto:indahdewi@poltekkespalembang.ac.id)



## DIMENSI SOSIAL PEREMPUAN DAN PERMASALAHANNYA

**Dr. Rosnani, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat.**  
PoltekkesKemenkes Palembang

### **Pengertian**

Kondisi kesehatan perempuan tahun 2017, sebanyak 295 perempuan meninggal dengan penyebab maternal. Tahun 2018 perempuan meninggal akibat kanker serviks. Lebih dari 85% dari kematian terjadi dinegara rendah dan menengah. Tahun 2021, sebanyak 810 perempuan meninggal setiap hari dengan penyebab yang dapat dicegah terkait dengan kehamilan dan persalinan (Kemenkes, 2020). Definisi kesehatan perempuan menurut National Academy on Women's Health Medical Education's adalah : kesehatan perempuan yang memfasilitasi pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit perempuan termasuk skrining, diagnosis dan pengelolaan kondisi (unik, lebih sering, lebih serius terjadi pada perempuan memiliki manifestasi, faktor risiko atau intervensi yang berbeda). Kesehatan perempuan dan anak perempuan menjadi perhatian khusus : Diskriminasi dari faktor sosial budaya (peningkatan kerentanan terhadap HIV/AIDS(Pract, 2015).

### **Kesehatan Perempuan**

(Presiden RI, 2014)

1. Mengakui pentingnya studi tentang perbedaan gender
2. Mengakui pendekatan tim multidisiplin

3. Mencakup keragaman kebutuhan kesehatan perempuan selama siklus hidup dan
4. Bagaimana kebutuhan ini mencerminkan perbedaan ras, kelas, etnis, budaya, preferensi seksual, dan tingkat pendidikan dan akses ke perawatan medis
5. Termasuk pemberdayaan perempuan : seperti semua pasien, untuk menjadi peserta yang diinformasikan dalam perawatan kesehatan mereka sendiri.

### **Faktor Sosiokultural Pada Kesehatan Perempuan**

1. Hubungan kekuasaan yang tidak setara antara laki-laki dan perempuan;
2. Norma-norma sosial yang menurunkan pendidikan dan kesempatan kerja yang dibayar;
3. Fokus eksklusif pada peran reproduksi perempuan;
4. Pengalaman potensial atau aktual dari kekerasan fisik, seksual dan emosional.
5. Kemiskinan cenderung menghasilkan beban yang lebih tinggi pada kesehatan perempuan dan anak perempuan karena: praktik pemberian makan (malnutrisi) dan penggunaan bahan bakar memasak yang tidak aman.

Status nilai dan peran perempuan:

1. Aspek otonomi perempuan: aspek ini mendiskripsikan sejauh mana wanita dapat mengontrol ekonomi atas dirinya dibanding dengan pria.
2. Aspek kekuasaan sosial : aspek ini menggambarkan seberapa pengaruhnya perempuan terhadap orang lain di rumah tangganya.

### **Status Nilai dan Peran Perempuan**

Seks: perbedaan badani atau biologis perempuan dan laki-laki (jenis kelamin)

Seksualitas terdiri dari empat dimensi yaitu:

1. Dimensi biologis: organ reproduksi dan alat kelamin, menjaga kesehatan dan memfungsikan secara optimal organ reproduksi dan dorongan seksual.
2. Dimensi psikologis: menjalankan fungsi sebagai makhluk seksual, identitas peran atau jenis, serta dinamika aspek-aspek psikologis (kognisi, emosi, motivasi, perilaku)
3. Seksualitas dari dimensi sosial: seksualitas dilihat pada bagaimana seksualitas muncul dalam hubungan antar manusia, bagaimana pengaruh lingkungan dalam membentuk pandangan tentang seksualitas yang akhirnya membentuk perilaku seksual.
4. Seksualitas dari Dimensi kultural: menunjukkan perilaku seks menjadi bagian dari budaya yang ada di masyarakat

Peran sosial laki-laki dan perempuan ditentukan perbedaan fungsi, peran dan tanggung jawab sebagai hasil konstruksi sosial yang dapat berubah atau diubah sesuai perubahan zaman peran dan kedudukan seseorang yang dikonstruksikan oleh masyarakat dan budayanya (Wilkinson et al., 2003).

Tiga peran gender:

1. Peran produktif adalah peran yang dilakukan oleh seseorang, menyangkut pekerjaan yang menghasilkan barang dan jasa, baik untuk dikonsumsi maupun untuk diperdagangkan (Peran Publik)
2. Peran reproduktif adalah peran yang dijalankan oleh seseorang untuk kegiatann yang berkaitan dengan pemeliharaan SDM dan pekerjaan urusan RT. (Peran Domestic)
3. Peran sosial adalah peran yang dilaksanakan oleh seseorang untuk berpartisipasi di dalam kegiatan sosial kemasyarakatan, seperti gotong-royong dalam menyelesaikan beragam pekerjaan yang menyangkut kepentingan bersama.

Gender berhubungan dengan persepsi dan pemikiran serta tindakan yang diharapkan sebagai perempuan dan laki-laki yang dibentuk masyarakat.

Peran kodrati perempuan: menstruasi, hamil, melahirkan, menyusui dengan ASI, Menopause. Peran kodrati laki-laki: Membuahi sel telur wanita

Peran Gender yaitu mencari nafkah, memasak, mengasuh anak, mencuci pakaian dan alat-alat rumah tangga, tolong-menolong dan gotong-royong menyelesaikan pekerjaan bersama (Manembu, 2015).

#### 1. Permasalahan Kesehatan Perempuan dalam Dimensi Sosial

Permasalahan kesehatan yang terjadi pada perempuan diantaranya (Fajarningtyas, 2012):

- a. Kekerasan yaitu setiap tindakan: melanggar, menghambat, meniadakan kenikmatan, pengabaian hak asasi perempuan atas dasar gender. Tindakan yang mengakibatkan kerugian dan penderitaan terhadap perempuan: 1) secara fisik psikis maupun seksual; 2) ancaman, paksaan atau perampasan kemerdekaan secara sewenang-wenang baik dalam kehidupan individu berkeluarga bermasyarakat dan negara.
- b. Permasalahan perempuan di tempat bekerja yaitu setiap tindakan : melanggar, menghambat, meniadakan kenikmatan, pengabaian hak asasi perempuan atas dasar gender, mengakibatkan kerugian dan penderitaan terhadap perempuan secara fisik psikis maupun seksual : ancaman, paksaan atau perampasan kemerdekaan secara sewenang-wenang baik dalam kehidupan individu berkeluarga bermasyarakat dan negara.
- c. Pelecehan seksual yaitu perilaku yang berkonotasi Seksual yang dilakukan secara sepihak dan tidak diharapkan oleh orang yang menjadi sasaran hingga menimbulkan reaksi negative (rasa malu, marah, tersinggung) pada diri orang yang menjadi korban pelecehan (ICPD, 2019).

- d. Single parent yaitu orang yang melakukan tugas sebagai orang tua (ayah dan ibu) seorang diri, karena kehilangan / terpisah dengan pasangannya. Masalah single parent karena perceraian : emosional, hukum (hak asuh), hubungan baik dengan mantan suami/istri, menghadapi anak dan masalah dengan lingkungan.
- e. Home less 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.
- f. Perempuan di pusat rehabilitasi yaitu suatu proses atau tindakan memulihkan serta menyehatkan seseorang secara utuh dan menyeluruh dengan program-program tertentu. Perlengkapan fisik dalam proses rehabilitasi : menyediakan sarana untuk peningkatan minat dan keterampilan, menyediakan sarana rekreasi dan mengadakan program kegiatan dalam masyarakat.
- g. PSK yaitu pekerja yang bertugas melayani aktivitas seksual dengan tujuan untuk mendapatkan upah atau imbalan dari yang telah memakai jasa mereka tersebut. Masalah yang terjadi dengan PSK adalah sampah bagi masyarakat (sebagai penyebar penyakit seperti HIV/AIDS). Berdasarkan agama: pekerjaan yang dilarang dan haram dan bercitra buruk.
- h. Pernikahan usia muda: (antara 13-18 tahun) yang masih belum cukup matang baik fisik maupun psikologis, karena berbagai faktor antara lain faktor ekonomi, sosial, budaya, penafsiran agama yang salah, pendidikan, dan akibat pergaulan bebas. Individu yang menikah pada usia muda akan cenderung bergantung pada orangtua secara

finansial maupun emosional. Perkawinan usia tua : lebih dari 35 tahun (BPS, 2020).

Incest yaitu hubungan seksual yang terjadi antara dua orang yang mempunyai ikatan pertalian darah. Seperti : ayah dengan anak perempuannya, ibu dengan anak laki-laknya dan antar sesama saudara kandung atau saudara tiri.

### **Dampak Fisik yang Terjadi pada Perempuan yang Mengalami Masalah Kesehatan**

(Kiswanti & Azinar, 2017)

1. Kehamilan Tidak diinginkan
2. PMS
3. Disfungsi Seksual
4. Infertilitas
5. Infeksi Saluran Kemih
6. Cedera Genital
7. Infalammatory Desease
8. Aborsi tidak aman (Lisnawati et al., 2019)
9. Nyeri Pelvis

### **Dampak Psikososial**

(Komnas Perempuan, 2019)

1. Depresi
2. PTSD (Post Traumatic Stress Disorder)
3. Fobia Sosial
4. Kecemasan
5. Penggunaan Obat-obat berlebih
6. Perilaku Bunuh Diri
7. Sakit Kepala Kronis
8. Kelelahan
9. Gangguan Tidur
10. Stigma Masyarakat

## Daftar Pustaka

- BPS. (2020). *Pencegahan Perkawinan Anak*.
- Fajarningtiyas, N. (2012). *THE INFLUENCE OF SOCIAL STATUS OF WOMEN ON BIRTH INTERVAL IN INDONESIA*.
- Kemenkes. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia 2019*.
- Kiswanti, A., & Azinar, M. (2017). SMS Reminder untuk Peningkatan Perilaku Pencegahan HIV / AIDS dan IMS. *Jurnal of Health Education*, 2(1), 1–10.
- Lisnawati, L., Milla, M. N., & Pelupessy, D. C. (2019). Urgensi Perubahan Kebijakan Aborsi di Indonesia. In *DEVIANCE: JURNAL KRIMINOLOGI* (Vol. 3).
- Manembu, A. E. (2015). *PERANAN PEREMPUAN DALAM PEMBANGUNAN MASYARAKAT DESA*.
- Komnas Perempuan. (2019). *Pengabaian hak reproduksi dan seksual* (Vol. 1).
- Pract, M. (2015). *Because Tomorrow Needs Her* (Vol. 1).
- Presiden RI. (2014). PP RI No. 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi. In 2014 (pp. 1–55).
- ICPD. (2019). *SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH AND RIGHTS: AN ESSENTIAL ELEMENT OF UNIVERSAL HEALTH COVERAGE Background document for the Nairobi summit on ICPD25-Accelerating the promise*.
- Wilkinson, R., Marmot, M., & Academic Search Complete. (2003). *Social Determinants of Health: the Solid Facts*. World Health Organization

## **Profil Penulis**



### **Rosnani**

Penulis menyelesaikan pendidikan D III Keperawatan di Akper Depkes Bengkulu. Kemudian melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan di PSIK UNPAD pada tahun 1999. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan Maternitas di FIK – UI tahun 2006. Pendidikan Spesialis Keperawatan Maternitas diselesaikan di FIK- UI tahun 2007. Pendidikan program doctoral Keperawatan di selesaikan di FIK – UI tahun 2020. Saat ini penulis bertugas sebagai dosen Prodi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Palembang.

Email Penulis: [rosnani@poltekkespalembang.ac.id](mailto:rosnani@poltekkespalembang.ac.id)

## PERTUMBUHAN, PERKEMBANGAN PEREMPUAN DAN DAUR KEHIDUPANNYA

**Nuristy Brilliant Ainindyahsari Winarna, S.Tr.Keb., M.Keb.**  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banyuwangi

### **Pendahuluan**

Setiap manusia mengalami proses siklus kehidupan selama hidupnya dengan menyangkut selama sepanjang hidupnya dimulai dari kehamilan, kelahiran, kanak-kanak, remaja, dewasa sampai dengan menopause. Secara umum istilah pertumbuhan dan perkembangan terdapat perbedaan dan persamaan. Persamaannya kedua berkaitan dengan perubahan pada setiap individu. Proses ini berlangsung dengan tidak bisa dibedakan ataupun berdiri sendiri pada penggunaannya. Tahapan-tahapan didalamnya mencakup secara moral dan spiritual yang lebih mudah menguraikannya dalam bentuk struktur yang jelas. Pertumbuhan selama siklus hidup seperti kecil menjadi besar, pendek menjadi tinggi, dan lain lain yang sifatnya bersifat pada perubahan fisik (Widyastuti, 2009). Perkembangan dapat diartikan sebagai hal yang tidak bisa kembali ke bentuk semula juga merupakan dampak dari perubahan kedewasaan hingga kesiapan seseorang yang memiliki potensi pada suatu aktivitas, sehingga seseorang telah memiliki suatu pengalaman. Aspek kemampuan perkembangan yang dimiliki sesuai dengan setiap fase yang berkelanjutan. Proses ini terjadi semenjak seseorang di masa kehamilan hingga melahirkan bayi, kemudian

seseorang perlahan menjadi anak-anak, usia muda, dewasa hingga ia telah tiada (Mayasari *et al.*, 2021).

### **Pertumbuhan**

Peningkatan kuantitas dan ukuran sel diseluruh bagian tubuh merupakan definisi dari pertumbuhan dengan adanya kenaikan ukuran dan struktur. Hal ini juga berkaitan sesuatu hal yang tidak bisa kembali ke bentuk semula seperti pada perubahan secara kuantitas, jumlah, ukuran atau dimensi tingkat sel organ maupun individu yang bisa diukur dengan berat, ukuran panjang, umur tulang, dan keseimbangan metabolik. Konsep pertumbuhan yang terpenting adalah adanya proses perubahan fisik ditandai dengan makin sempurnanya jaringan otot, sistem saraf maupun fungsi organ tubuh, yang menyebabkan beberapa bagian tersebut dapat melakukan perannya dalam setiap aktivitas selama fase perkembangan. Faktor yang dapat mempengaruhi dari pertumbuhan yakni dua faktor meliputi secara internal mencakup gen, sel, atom, kromosom atau gizi. Faktor selanjutnya yaitu secara eksternal diantaranya lingkup sekitar, yang mengacu pada olahraga dan pola hidup. Hal tersebut saling berintegrasi selama proses pertumbuhan berlangsung. Jika hanya satu faktor yang dominan maka perkembangan menjadi tidak optimal. Apabila kedua faktor tersebut dapat berjalan beriringan dan maksimal, maka pertumbuhan seseorang juga berakhir maksimal. Tahap perubahan dapat diteliti perubahannya dengan pengaplikasian alat ukur seperti timbangan berat badan, dan alat ukur tinggi badan.

### **Perkembangan**

Perkembangan yang didefinisikan dengan bertambahnya ketrampilan terhadap fungsi juga struktur lebih sempurna guna memiliki potensi untuk melakukan suatu kegiatan, sehingga seseorang memiliki kebiasaan dalam siklus hidup yang terus berlanjut. Perkembangan terhadap proses pematangan sel-sel tubuh, jaringan tubuh, bagian organ tubuh dan sistem organ bertujuan untuk memenuhi perannya. Seiring beberapa sistem dan organ tubuh berkembang, kemampuan akan menjadi

semakin meningkat dalam waktu mendatang sehingga seseorang akan memiliki pengalaman dengan membandingkan satu fase sampai pada fase berikutnya untuk melihat perbandingannya (Yunita *et al.*, 2019). Faktor yang mempengaruhi perkembangan juga ada pada 2 faktor, yakni faktor internal dan faktor eksternal. Terdapat umur dan potensi kemampuan seseorang yang menjadi dalam penjelasan dari faktor internal. Perkembangan diri seseorang ketika ia lahir di dunia untuk mengoptimalkan fungsi organ yang pada awalnya akan membutuhkan bantuan orang tua atau sekitar hingga akhir hayatnya. Fase perkembangan yang terdiri dari sifat multidimensi, yakni integrasi antara fikiran, sosioemosi, kognitif, fungsi biologis sampai intelegensi sosial.

Berbeda dengan pertumbuhan, perkembangan seseorang dalam prosesnya dapat mengarah ke sikap yang negatif juga positif sejalan dengan masalah masalah yang telah dihadapi sebelumnya. Misalnya di lingkungan sekolah, keluarga, teman sebaya, dan lain-lain. Perkembangan dapat diidentifikasi dari adanya perilaku yang mengalami perubahan. Terdapat beberapa cara untuk menganalisis perubahan perilaku yakni dengan:

1. Metode pengamatan (observasi), seseorang yang dilihat dari manifestasi pemikiran atau bentuk psikologisnya (Sobur, 2009). Metode terdapat beberapa jenis, yakni:
  - a. Introspeksi, yakni bagaimana pengaplikasian dari tingkah laku seseorang. Hal ini seringkali terjadi pada seorang remaja.
  - b. Ekstrospeksi, yaitu melakukan analisis pada tingkah laku seorang lainnya. Misalnya pada pengekspresian sesuatu hal maupun perilaku.
2. Metode eksperimen dan tes, terfokus pada alat indera, karena gejalanya bersifat rohani dan tidak berwujud atau bahkan abstrak.
3. Metode klinis, metode yang menggabungkan pada observasi dengan eksperimen. Penggunaannya ada

pada seseorang yang ingin mengetahui cara berfikir dan psikologinya.

4. Metode pengumpulan, dengan adanya dukungan data menjadi beberapa macam, yakni:
  - a. Angket, metode dengan menyiapkan susunan pertanyaan dan nantinya dijawab oleh seseorang. Hal ini untuk mendapatkan hasil beberapa aspek untuk mendukung adanya data data.
  - b. Biografi, berfungsi untuk mengetahui background seseorang, pengalaman dan hal hal yang bersifat privasi.
  - c. Buku harian, dimana sebuah buku tersebut menjadi tempat segala curahan hati maupun keluh kesah lebih pribadi secara tertulis.

### **Faktor yang Berperan terhadap Tumbuh Kembang**

Beberapa hal seperti faktor yang sangat berperan dalam pertumbuhan dan perkembangan tersusun secara internal dan eksternal. Uraian mengenai hal tersebut diantaranya:

#### **1. Faktor Internal:**

- a. Etnik dan suku
- b. Keluarga
- c. Usia
- d. Genetik

#### **2. Faktor Eksternal:**

Prenatal: Gizi, Mekanis, toksin, endokrin, radiasi, infeksi, psikologi

Postnatal: Gizi, penyakit, lingkungan fisik, endokrin, sosioekonomi, stimulasi, pola asuhan

Intranatal: masa gestasi, proses persalinan, trauma, masalah.

## **Periode Perkembangan**

Pada dasarnya seseorang yang telah berproses untuk melalui siklus daur hidupnya menjadi lebih memaksimalkan perkembangan pada kematangan (Santrock, 2012). Seseorang yang sedang berada di fase berkembang, ia memiliki kebutuhan dan pola hidup dengan sering berinteraksi dengan sekitarnya. Dibawah ini akan membahas beberapa periode perkembangan yang ada pada seseorang, diantaranya adalah:

### **1. Periode Pranatal: konsepsi sampai kelahiran**

Masa pranatal merupakan periode perkembangan manusia yang dinilai memakan waktu begitu cepat. Menurut (Desmita, 2009) dalam teori perkembangan periode pranatal dibagi menjadi 3 tahap, yaitu:

#### **a. Tahap germinal**

Tahap germinal, periode ini dimulai pada 2 minggu pertama yang merupakan awal dari manusia terbentuk. Perkembangan yang terjadi pada fase germinal meliputi pembentukan zigot, yaitu sel yang terbentuk sebagai hasil bersatunya 2 (dua) sel kelamin (sel telur dan sel sperma) yang telah masak. Kedua, pemecahan sel, yaitu sel membelah secara mitosis dan meiosis. Ketiga, melekatnya zigot ke dinding rahim/kandungannya (implantation).

#### **b. Tahap embrio**

Zigot yang telah siap akan membelah atau memisah menjadi sel sel terkecil dan biasa disebut blastokis. Blastokis dibedakan menjadi 3 lapisan (Desmita, 2009) perkembangan lapisan atas (ectoderm) seperti sistem syaraf, telinga, mata, hidung, dan bagian kulit (rambut dan kuku). Kedua adalah lapisan tengah (mesoderm) yang akan berkembang menjadi sistem peredaran, tulang, otot, sistem pembuangan kotoran, dan sistem reproduksi. Ketiga lapisan bawah (endoderm) akan berkembang menjadi

berkembang menjadi sistem pernafasan dan pencernaan.

c. Tahap janin/fetal

Pertumbuhan dan perkembangan fetal yang berlangsung semenjak 2-7 bulan setelah pembuahan. Tiga bulan selanjutnya ukuran akan bertambah 3 inci, berat 1 ons, pergerakan tubuh janin aktif, jenis kelamin yang dapat diketahui. Akhir bulan ke 4 panjang 5,5 inci, berat 4 ons. Bulan ke 5 akhir akan bertambah panjang 10 -12 inci, berat 0,5 – 1 pon. Pembentukan struktur kulit, keaktifan janin meningkat. Bulan ke 6 panjang bertambah panjang 14 inci, berat naik 0,5 – 1 pon lagi. Terbentuknya kelopak juga mata, reflek genggam, sistem pernafasan yang belum maksimal. Bulan ke 7 bertambah panjang 14 – 17 inci berat 2,5 – 3 pon. Bulan ke 8 dan ke 9: bayi Amerika berat 7 – 7,5 pon dan panjang 20 inci. Berkembangnya struktur jaringan lemak dan fungsi organ seperti jantung, ginjal.

2. Masa bayi (lahir – 18/24 bulan)

Masa bayi (*infancy*) ditandai adanya dorongan dalam hal percaya maupun tidak terhadap orang lain. Seorang bayi sepenuhnya akan memilih untuk mempercayai orang tuanya daripada orang asing yang belum dikenalnya termasuk pada benda suara tempat dan sikap. Proses respon tersebut ditandai bayi akan menangis sebagai bentuk ketidakpercayaannya. Tahap ini berlangsung terjadi ketika anak berumur sekitar 0-1 atau 2 tahun. Erikson menjelaskan membentuk pola dalam menciptakan kepercayaan harus mengembangkan kepercayaan tanpa keraguan. Hal ini akan tercipta dengan baik jika didukung orang tuanya untuk memberikan perlakuan pada kegiatan kegiatan bayi dengan aman nyaman dan tenang. Oleh karenanya, peranan ibu dalam kegiatan ini menjadi sangat penting untuk menentukan perkembangan dari kepribadiannya semenjak anak di usia yang sangat kecil.

3. Masa kanak-kanak awal (akhir masa bayi – 5/6 thn)

Masa anak-anak telah menjadi masa era baru seperti adanya beberapa perkembangan signifikan sejak tahun 1800an. Menurut Montessori (Hurlock, 2004) anak usia 3-6 tahun adalah seorang anak sedang berada pada fase sensitif yang perlu diberikan arahan agar perkembangannya tidak terhambat. Erikson (Fiest, 2010) memandang periode usia 4-6 tahun sebagai fase *sense of initiative*. Pada fase ini anak mulai dibiasakan untuk mengembangkan sesuatu hal yang menjadi kesenangannya sehingga menjadikan anak tersebut dapat mengajukan pertanyaan dari apa yang ia lihat dan rasakan. Selama hal ini sedang berproses, akan ada hambatan yang bisa membuat anak menunda melakukan suatu kegiatan dan dapat menurunkan daya kreatifnya sehingga anak perlu adanya dorongan dari lingkungan untuk tetap membuatnya melakukan hal hal produktif di bidang yang ia sukai. Selanjutnya balita di umur 18 bulan hingga 3-4 tahun mengalami kemandirian sekaligus dapat memperkecil perasaan malu juga ragu ragu. Hasil ini akan terlihat dari bagaimana suatu tindakan atau sikap dari orang tua yang menjalin interaksi pada anak dengan baik. Jika dalam pola pengasuhan orang tua pada anaknya salah, maka dalam perkembangannya anak akan merasa malu juga ragu-ragu. Bayi di usia ini akan mempelajari untuk mengontrol tubuhnya untuk melakukan tindakan atau sikap terhadap kejadian yang pernah terjadi sebelumnya maupun pada hal yang baru. Hasil dari bayi yang dapat mengontrol tubuhnya dengan baik akan berimbas pada pengontrolan dirinya terhadap orang lain. Misalnya, saat anak belajar untuk menyentuh beberapa benda, memeluk orang lain atau benda, dan menggenggam tangan orang lain (Santrock, 2007).

4. Masa kanak-kanak tengah dan akhir (6-11 thn)

Pada masa ini erikson menyebutnya sebagai masa sekolah yang seringkali dinilai adanya kecenderungan memiliki rasa rendah diri. Disamping itu, anak akan

menjadi sangat responsif dalam mempelajari hal hal baru di sekitarnya yang mendorong anak memiliki rasa ingin tahu dan berbuat sesuatu. Namun terdapat beberapa keterbatasan pada kemampuan dan pengetahuannya membuat anak mengalami hal kesukaran hambatan hingga anak merasa gagal. Proses ini menyebabkan anak merasa rendah diri. Salah satu perilaku yang diharapkan ada dalam fase ini yaitu anak dapat mengembangkan kemampuan bekerja keras dan menjauhkan dari perasaan rendah diri. Pada tingkatan ini perkembangan anak menunjukkan sebuah fantasi yang dipaksa untuk dapat direalisasikan dengan merasakan bagaimana keberhasilan terjadi atau suatu tindakan nyata. Cara tersebut akan menghasilkan sikap atau tindakan yang lebih baik dan menyederhanakan perasaan tidak mampu apabila sesuatu yang dilakukan belum maksimal sehingga merasakan rendah diri. Orang tua dan guru saat ini memiliki peran yang penting untuk mendampingi anak dengan memberi perhatian khusus sesuai dengan kebutuhan anak di usianya. Erikson menjelaskan di usia ini anak dapat mengalami keahlian sempit yang tercermin pada sikap berlebih. Anak yang mengalami sifat ini disebut dengan masalah inferioritas yang dimaksudkan jika seseorang tidak berhasil di usaha pertama maka ia tidak mencobanya kembali. Hal ini berkaitan dengan menyeimbangkan kedua karakteristik yang ada, jika memberikan hasil yang positif dan dikembangkan pada diri seseorang nantinya sehingga meningkat menjadi suatu kompetensi.

5. Masa remaja (10-12 atau 18-22 thn)

Masa remaja yang dimulai saat berusia 18 atau 20 tahun akan ditandai dengan adanya kecenderungan pencarian identitas diri. Sebuah kemampuan dan kecakapan saat remaja akan mendukung seseorang untuk membentuk dan memperlihatkan identitas dirinya (Yusuf, 2000). Sikap yang berlebihan dan terkesan berlebihan terkesan dipandang sebelah mata oleh lingkungannya. Hal ini juga menjadi perhatian

dari lingkungan sekitarnya dimana adanya dorongan merupakan pembentukan identitas yang kuat seperti rasa setia kawan dan toleransi dengan teman sebayanya. Menghindari peran ganda adalah pencapaian identitas yang harus dilakukan pada masa remaja sebagai bagian dari tugas remaja. Menurut Erikson, saat seseorang menginjak masa remaja ia akan mencapai tingkatan identitas ego dengan artian seseorang mengenali identitas pribadinya atau mengenali siapa dirinya dan bagaimana ia akan siap menghadapi situasi di masyarakat. Selain keluarga, lingkungan yang dihadapi oleh seorang remaja adalah sekolah dan lingkungan sekitarnya untuk menapaki kehidupan yang layak dengan segenap identitas peranan sosial secara egois yaitu “aku”, sehingga di masa ini mereka telah siap mengembangkan suatu sikap mencocokkan antara diri dan orang lain. Tidak hanya itu, masa ini seseorang akan merasakan mereka telah menjadi bagian dari kehidupan orang lain. Hal ini merupakan identitas ego yang merupakan kulminasi dari nilai-nilai ego sebelumnya dari ego sintetis. Apabila salah satu tahapan sebelumnya berjalan kurang maksimal, anak akan mengalami kebingungan akan identitas dirinya yang biasa disebut *identity confusion* sehingga mereka akan sulit memahami atau mengenali siapa dirinya di tengah tengah interaksi sosial di masyarakat.

#### 6. Masa dewasa muda (remaja akhir – 30 an thn)

Tahapan berikutnya setelah semua terlahui yakni masa dewasa awal yang berusia sekitar 20-30 tahun. Adanya kecenderungan intimacy isolation merupakan kriteria yang sering ditemukan pada masa ini. Tahapan ini mereka akan merasakan ikatan kelompok yang sudah mulai longgar berbeda dengan tahapan sebelumnya yang sangat kuat dengan sebayanya (Soemanto, 1990). Dorongan untuk membentuk hubungan intim dengan orang-orang tertentu membuat seseorang mulai selektif dalam membangun sebuah hubungan sehingga seseorang akan mengurangi intensitas keakraban dengan lainnya.

Pencapaian yang sering terjadi pada masa ini yakni seseorang yang ingin berusaha menghindari dari kebiasaan menyendiri. Selain itu, hubungan yang spesial juga akan tercipta seperti menjalin hubungan kisah ikatan cinta guna memperlihatkan kedekatan seseorang dengan pasangannya. Erikson juga menyebutkan pada tahap ini seseorang akan merasa cuek, merasa bebas sehingga mereka akan melakukan suatu tindakan sesuka hati dan menghiraukan hal lainnya. Mengisolasi atau menutup diri juga akan dialami seseorang pada masa ini dari cinta, persahabatan, dan masyarakat sebagai bentuk kedamaian diri dalam menghindari rasa benci juga dendam dimana hal tersebut menjadi efek samping dari seseorang yang merasakan kesepian.

#### 7. Masa dewasa tengah (40 - 60 thn)

Persoalan hidup yang nantinya akan dialami secara signifikan-generativitas vs stagnasi dalam masa dewasa tengah mencakup beberapa rencana orang dewasa dengan harapan mereka dapat dikerjakan guna menghasilkan warisan dirinya pada generasi selanjutnya. Erikson menyebut hal ini menjadi fase ketujuh dalam teori masa hidupnya. Sebaliknya, stagnasi atau penyerapan diri seseorang yang dialami dengan adanya perasaan bahwa mereka tidak bisa melakukan banyak tindakan bagi generasi selanjutnya. Generativitas biologis seseorang mengembangkannya dengan cara yang berbeda, jika secara biologis orang dewasa akan mengalami kehamilan hingga melahirkan anak. Pemberian bimbingan atau menyiapkan pola asuh seperti peranan orang tua pada anaknya merupakan kesiapan seseorang yang melalui generativitas parental untuk menciptakan hubungan atau pola asuhan yang baik. Melalui generativitas kultural, seseorang pada masa dewasa awal akan menciptakan menskrontuksi atau memelihara kebudayaan diri juga lingkungannya.

8. Masa dewasa akhir (60/70-an – kematian)

Erikson menjelaskan dalam teorinya yakni adanya tahap akhir atau tahap usia senja yang dialami oleh orang-orang yang menginjak usia sekitar 60-65 keatas. Kecenderungan mengalami ego integrity-despair menjadikan seseorang di masa dewasa akhir memiliki integritas pribadi. Hal tersebut dimaksudkan dengan semua yang telah dikaji dan dialaminya adalah milik pribadinya. Pada masa dewasa akhir seseorang biasanya masih memiliki beberapa keinginan atau tujuan yang akan dicapainya namun kadang terkendala oleh usianya yang mendekati akhir. Seseorang ketika belum bisa mencapai sesuatu yang diinginkannya akan merasa putus asa meskipun dalam beberapa kondisi juga situasi mereka ingin terus berprestasi namun sekali lagi akan terpatahkan jika mengingat usia yang berada ditahap akhir.

**Ciri – Ciri Tumbuh Kembang**

1. Penentuan bagaimana tahapan berikutnya bergantung dari pertumbuhan dan perkembangan seseorang
2. Perbedaan dari kecepatan seseorang dalam tumbuh kembangnya
3. Saling terhubung pertumbuhan dengan perkembangan
4. Pola yang tetap pada suatu perkembangan
5. Menimbulkan perubahan
6. Tahapan dalam tumbuh kembang yakni:
  - a. Pertumbuhan
    - 1) Ukuran yang berubah
    - 2) Proporsi yang berbeda
    - 3) Hilangnya karakter lama
    - 4) Adanya kriteria baru

b. Perkembangan

- 1) Terdapat perubahan
- 2) Penentu dalam perkembangan berikutnya
- 3) Pola tetap
- 4) Urutan yang bertahap
- 5) Perbedaan dalam kecepatan
- 6) Saling berkaitan dengan pertumbuhan

**Pertumbuhan dan Perkembangan yang Memiliki Perbedaan Juga Persamaan**

Persamaan dari tumbuh kembang yakni terlihat dari objek yang sama yaitu manusia. Keduanya memiliki dampak perubahan pada manusia serta dapat mempengaruhi di setiap jenjang kehidupan seseorang kedepannya. Pengaruh yang seringkali terlihat yakni faktor internal dan faktor eksternal. Secara eksplisit terdapat perbedaan antara yang satu dengan lainnya pada faktor internal juga eksternal. Dibawah ini merupakan pemaparan dari perbedaan pertumbuhan juga perkembangan:

| No | Perbedaan  | Pertumbuhan                                                | Perkembangan                                       |
|----|------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 1  | Sifat      | Kuantitatif                                                | Kualitatif                                         |
| 2  | Objek      | Fisik                                                      | Fungsional fisik dan psikologis                    |
| 3  | Waktu      | Sampai usia tertentu, umumnya 20-22 tahun                  | Sampai akhir hayat                                 |
| 4  | Kenampakan | Konkret                                                    | Abstrak                                            |
| 5  | Perubahan  | Bersifat irreversible (tidak dapat kembali ke bentuk awal) | Bersifat reversible (dapat kembali ke bentuk awal) |
| 6  | Indikator  | Perubahan pada fisik                                       | Terlihat dari sifat dan kemampuan                  |

Apabila dilihat dari tabel di atas, perbedan menjadi dominan dari pertumbuhan dikarenakan persamaan yang hanya sedikit. Namun, hal ini tidak menjadikannya suatu masalah karena pertumbuhan dan perkembangan saling

berintegrasi atau berhubungan, saling melengkapi serta berjalan bersama sama.

### **Faktor yang Dapat Mempengaruhi Siklus Kesehatan Wanita**

#### **1. Faktor genetik**

Merupakan hal mendasar yang menjadi faktor keturunan normal

Contoh : ciri fisik, jenis kelamin, suku

#### **2. Faktor lingkungan**

Merupakan bagaimana keadaan dan kondisi disekitar seseorang

Perawatan, kebersihan lingkungan, pendidikan, socrsal budaya, agama, adat dan ekonomi

#### **3. Faktor tingkah laku**

Merupakan hal penentu dalam perkembangan seseorang yang akan terus dibawa dalam kehidupan selanjutnya.

## **Daftar Pustaka**

- Desmita. (2009). *Psikologi Perkembangan*. PT. Remaja Rosdakarya.
- Fiest, G. . J. (2010). *Teori Kepribadian: Theories of Personality*. Penerbit Salemba Humanika.
- Hurlock, E. B. (2004). *Perkembangan Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*. Erlangga.
- Mayasari, A. T., Febriyanti, H., & Primadevi, I. (2021). *Kesehatan Reproduksi Wanita di Sepanjang Daur Kehidupan*. Syiah Kuala University Press.
- Santrock, J. W. (2007). *Pekembangan Anak*. Erlangga.
- Santrock, J. W. (2012). *Life Span Development-Perkembangan Masa Hidup, terj. Benedictine Widyasinta*. Erlangga.
- Sobur, A. (2009). *Psikologi Umum*. CV Pustaka Setia.
- Soemanto, W. (1990). *Psikologi Pendidikan (Landasan Kerja Pemimpin Pendidikan)*. PT Rineka Cipta.
- Widyastuti, Y. (2009). *Kesehatan Reproduksi*. Fitramaya.
- Yunita, N., Mulyani, E., & Handayani, D. O. (2019). *Psikologi Daur Hidup Wanita*. Literasi Nusantara.
- Yusuf, S. (2000). *Psikologi Perkembangan Anak dan Remaja*. PT. Remaja Rosdakarya.

## **Profil Penulis**



### **Nuristy Brilliant Ainindyahsari Winarna**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 2014 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke perguruan tinggi Akademi kebidanan dengan memilih Jurusan Kebidanan dan berhasil lulus pada tahun 2016. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi lanjutan dan berhasil menyelesaikan studi D4 di prodi Bidan Pendidik lulus pada tahun 2018. Tahun berikutnya, penulis menyelesaikan studi S2 atau magister kebidanan di prodi Ilmu Kebidanan Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta yang diselesaikan pada tahun 2021.

Penulis memiliki kepakaran dibidang ilmu kebidanan khususnya pada remaja, 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. Selain peneliti, penulis juga mulai aktif untuk menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: [nuristybrilliant02@gmail.com](mailto:nuristybrilliant02@gmail.com)



## PERANAN GIZI DALAM KESEHATAN REPRODUKSI

**Yunita Nazarena, S.Gz., M.Si.**  
Poltekkes Kemenkes Palembang

### **Pendahuluan**

Indonesia memiliki lima program pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif yaitu kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanggulangan penyakit menular seksual serta kesehatan reproduksi lansia (Johnson dan Everitt, 2000). Edukasi kesehatan reproduksi bagi setiap orang khususnya remaja perlu disampaikan untuk mencegah terjadinya penyakit menular, kematian ibu dan bayi, kehamilan remaja, kanker serviks, dan lain-lain (Aditya, 2020). Kesehatan reproduksi dapat dimulai dengan menjaga kebersihan dan perilaku sehat. Perilaku sehat dapat dilakukan dengan mengonsumsi makanan dengan gizi seimbang, olahraga secara rutin, tidak merokok dan istirahat yang cukup.

### **Kesehatan Reproduksi**

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat secara utuh baik fisik, mental dan sosial dan bukan sekedar bebas dari penyakit yang berhubungan dengan sistem reproduksi pada pria dan wanita. Kesehatan reproduksi dimulai saat sebelum hamil, hamil, melahirkan dan sesudah melahirkan, pengaturan kehamilan, penggunaan alat kontrasepsi, kesehatan seksual dan kesehatan sistem reproduksi (UU No.36 Th 2009). Kesehatan reproduksi

dalam ruang lingkup kehidupan meliputi menjaga kesehatan ibu dan bayi baru lahir, mencegah dan menanggulangi infeksi saluran reproduksi termasuk HIV/AIDS, komplikasi aborsi, ketidaksuburan, kanker pada usia lanjut serta menjaga kesehatan reproduksi remaja (Harahap, 2003).

## **Gizi**

Gizi adalah komponen yang bermanfaat bagi pertumbuhan dan kesehatan manusia terdiri dari karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral, serat dan air yang terdapat di dalam pangan (UU No.18 Th 2012). Secara luas, ilmu gizi mempelajari hal-hal yang mempengaruhi seseorang dalam memilih dan menyediakan makanan, senyawa kimiawi yang terdapat dalam makanan, dampak makanan terhadap kesehatan, risiko penyakit dan fungsi zat gizi dalam tubuh (Kusfriyadi, 2017).

## **Gizi dan Kesehatan Reproduksi**

Makanan yang sehat dan bergizi dibutuhkan oleh setiap orang untuk dapat melakukan aktifitas sehari-hari dengan optimal. Pola makan yang sehat harus memperhatikan variasi, keseimbangan dan kecukupan serta tidak berlebihan terhadap makanan tertentu. Pengetahuan tentang makanan yang padat zat gizi dan makanan yang padat kalori/energi juga diperlukan. Pengetahuan tentang makanan yang padat zat gizi dikenal juga dengan istilah *nutrient dense food* sedangkan makanan yang padat kalori/energi dikenal dengan istilah *energy dense food*. Makanan yang padat zat gizi adalah makanan dengan densitas zat gizi tinggi sedangkan makanan yang padat kalori/energi adalah makanan dengan densitas kalori/energi yang tinggi dan biasanya tinggi kandungan karbohidrat sederhana. Menurut Pope *et al*, 2016 menyatakan bahwa kepadatan/densitas zat gizi diartikan sebagai jumlah zat gizi yang disuplai makanan dihubungkan dengan jumlah kalori yang dikandungnya. Sebagai contoh buncis mengandung lebih banyak protein, serat, vitamin dan mineral dibandingkan jumlah kalornya. Sedangkan kepadatan/densitas energi

adalah jumlah energi/kalori yang dihasilkan berdasarkan berat makanan. Secara umum, kepadatan energi /kalori ditujukan sebagai jumlah kalori dalam gram (Kkal/g). Setiap makanan yang dikonsumsi mengandung berbagai macam zat gizi. Zat gizi di dalam bahan makanan memiliki fungsi tertentu seperti sebagai sumber energi, sebagai zat pembangun dan regenerasi sel sehingga dapat membantu pertumbuhan dan perkembangan tubuh, sebagai zat pengatur berbagai reaksi kimiawi di dalam tubuh dan sistem daya tahan tubuh. Pola makan sehat adalah mengonsumsi bahan makanan sehari-hari dengan gizi seimbang sesuai dengan kebutuhan individu. Untuk mencegah masalah gizi dapat dilakukan dengan mengonsumsi makanan yang beraneka ragam, menjalankan hidup bersih, melakukan olahraga dan memantau berat badan secara berkala untuk mempertahankan berat badan normal (Permenkes RI No.41 Th 2014).

Dengan mengonsumsi makanan bergizi seimbang, maka kesehatan tubuh akan terjaga termasuk kesehatan sistem reproduksi dan dengan terpenuhinya makanan bergizi seimbang bagi seseorang dapat meningkatkan kesuburan pada sistem reproduksi.

### **Peranan Gizi dalam Kesehatan Reproduksi**

Secara umum, fungsi makanan meliputi 3 domain yaitu sumber zat gizi, cita rasa dan fisiologis aktif (suatu kondisi ketika mengonsumsi pangan fungsional dapat memberikan keuntungan perubahan faal tubuh yang bermanfaat bagi kesehatan) (Judiono, 2017) . Gizi dibutuhkan oleh tubuh untuk menjalankan proses metabolisme dan berbagai keseimbangan cairan di dalam tubuh termasuk menjaga kesehatan organ seksual. Gizi seimbang didapatkan dengan mengonsumsi berbagai macam bahan makanan sesuai dengan kebutuhan individu. Komposisi zat gizi dengan proporsi makan sehat berimbang yaitu karbohidrat 60%, protein 15% dan lemak 25 % dari kebutuhan (Irianto, 2007). Adapun zat gizi yang dibutuhkan untuk kesehatan reproduksi antara lain :

## 1. Karbohidrat

Karbohidrat/hidrat arang/sakarida adalah zat gizi berupa senyawa organik yang terdiri dari atom karbon, hidrogen dan oksigen yang digunakan sebagai bahan pembentuk energi (Adi, 2017).

Karbohidrat merupakan sumber energi utama bagi tubuh. Dalam 1 gram karbohidrat bahan makanan dapat menghasilkan 4 Kalori (Almatsier, 2003).

Sumber utama karbohidrat adalah sereal (beras, gandum, jagung, barley, oat, rye, sorgum), umbi-umbian (kentang, singkong, ubi, talas), tebu dan bit (Mann dan Cummings, 2014).

Pada umumnya, jenis karbohidrat yang dikonsumsi di negara berkembang adalah biji-bijian (serealia), umbi, buah, dan sayur mayur sedangkan di negara maju jenis karbohidrat yang dikonsumsi adalah makanan yang manis (Adi, 2017).

Sumber energi dari karbohidrat diperoleh melalui glikolisis (karbohidrat dicerna menjadi glukosa). Dengan bantuan insulin, glukosa akan terserap oleh sel-sel tubuh sehingga tubuh memperoleh energi (Irianto, 2007).

Karbohidrat merupakan zat makanan yang paling cepat menyuplai energi sebagai bahan bakar tubuh terutama dalam kondisi lapar oleh karena itu karbohidrat menjadi pilihan utama. Hal ini dilakukan karena karbohidrat relatif murah, mudah diperoleh, dan mudah disimpan (Adi, 2017).

Asupan minimum karbohidrat untuk menghindari ketosis adalah 50 g/hari

Glukosa merupakan sumber energi yang penting untuk otak, sel darah merah dan medula renal. Kebutuhan glukosa setiap harinya sekitar 180 g/hari. Glukosa dapat diproduksi dalam tubuh sendiri dari sumber bukan karbohidrat melalui proses glukoneogenesis sebanyak 130 g/hari sisanya 50 g/hari didapatkan dari makanan.. Jika asupan ini

tidak tersedia, maka organ tubuh akan beradaptasi menggunakan senyawa keton hasil oksidasi asam lemak sebagai sumber energi. Ketosis bukan keadaan yang diinginkan karena fungsi kognitif dapat terganggu dan dapat membahayakan janin pada wanita hamil (Mann dan Cummings, 2014).

## 2. Protein

Protein terdiri dari beberapa asam amino yang bergabung dalam ikatan peptida. Protein terdiri dari karbon, hidrogen, oksigen dan nitrogen. Ada 20 jenis asam amino yang membentuk protein. Dari 20 jenis asam amino terdapat 9 jenis asam amino yang dapat disintesis di dalam tubuh sehingga disebut kelompok asam amino non esensial, 9 jenis asam amino yang harus didapatkan dari makanan sehari-hari sehingga disebut kelompok asam amino esensial dan 2 jenis asam amino non esensial mungkin menjadi esensial pada kondisi tertentu sehingga disebut kelompok asam amino esensial bersyarat (Damayanti, 2017).

Tabel 18.1

Pengelompokkan asam amino

| Esensial    | Non Esensial   | Esensial Bersyarat |
|-------------|----------------|--------------------|
| Isoleusin   | Alanin         | Sistein<br>Tirosin |
| Leusin      | Arginin        |                    |
| Lisin       | Asam aspartate |                    |
| Metionin    | Asparagin      |                    |
| Fenilalanin | Asam Glutamat  |                    |
| Treonin     | Glutamin       |                    |
| Triptofan   | Glisin         |                    |
| Valin       | Prolin         |                    |
| Histidin    | Serin          |                    |

Beberapa jenis protein mengandung semua asam amino esensial dalam jumlah terbatas dan cukup untuk perbaikan jaringan tubuh tetapi tidak cukup untuk pertumbuhan. Asam amino yang terdapat dalam jumlah terbatas untuk pertumbuhan dinamakan asam amino pembatas atau *limiting amino acid*. Metionin merupakan asam amino pembatas

kacang-kacangan, lisin pada beras dan triptofan pada jagung. Dua jenis protein yang terbatas dalam asam amino berbeda bila dimakan secara bersamaan di dalam tubuh akan menjadi protein yang komplit (Almatsier, 2003).

Fungsi protein secara umum antara lain untuk pertumbuhan, pembentukan komponen struktural (matriks intrasel, otot, tulang, kuku, kulit, keratin, aktin dan kolagen), pengangkut dan penyimpan zat gizi, enzim, hormon dan penyampai pesan, pembentukan antibodi, mengatur keseimbangan air dan asam basa, serta sumber energi (Damayanti, 2017). Wanita yang sehat dan tidak hamil akan rutin mengalami haid setiap bulannya. Proses menstruasi terkait dengan perkembangan folikel dan keseimbangan hormon. Perubahan hormon di otak dan ovarium sangat berperan dalam terjadinya siklus haid. Jika terdapat faktor yang mengganggu keseimbangan hormon maka akan mengganggu siklus haid yang dialami wanita tersebut. Hormon-hormon yang berperan pada siklus haid adalah sebagai berikut (Mochtar, 1998 dalam Rahayu *et al*, 2017):

- a. FSH (*follicle stimulating hormone*), dihasilkan hipofisis anterior, berfungsi untuk menstimulasi folikel di indung telur untuk mematangkan sel telur yang diproduksi.
- b. LH (*luteinizing hormone*), dihasilkan hipofisis anterior. Dengan adanya LH, sel telur yang sudah dimatangkan oleh FSH akan dilepaskan ke rahim sehingga bisa dibuahi.
- c. Estrogen, adalah hormon seks wanita yang dihasilkan ovarium, berfungsi untuk menebalkan dinding rahim dalam siklus menstruasi.
- d. Progesteron, adalah hormon seks wanita yang berfungsi untuk menyeimbangkan efek hormon estrogen di tubuh dan dikenal juga sebagai hormon penenang.

Bahan makanan hewani merupakan sumber protein yang baik dalam jumlah dan mutu seperti telur, susu, daging, unggas dan ikan. Sumber protein nabati adalah kacang-kacangan dan hasil olahannya seperti kedelai, kacang tanah, tempe dan tahu (Almatsier, 2003).

Angka Kecukupan Gizi (AKG) adalah kebutuhan rata-rata zat gizi tertentu yang harus dipenuhi setiap hari bagi hampir semua orang dengan karakteristik tertentu yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat aktivitas fisik, dan kondisi fisiologis, untuk hidup sehat. AKG sumber zat gizi protein, lemak dan karbohidrat berdasarkan usia dapat dilihat pada Tabel berikut :

Tabel 18.2

AKG Protein, Lemak, Karbohidrat Menurut Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2019

| Kelompok Umur<br>(thn) | Protein<br>(g) | Lemak<br>(g) | Karbohidrat<br>(g) |
|------------------------|----------------|--------------|--------------------|
| Laki-laki              |                |              |                    |
| 13 -15                 | 70             | 80           | 350                |
| 16-18                  | 75             | 85           | 400                |
| 19-29                  | 65             | 75           | 430                |
| 30-49                  | 65             | 70           | 415                |
| 50-64                  | 65             | 60           | 340                |
| 65-80                  | 64             | 50           | 275                |
| Perempuan              |                |              |                    |
| 13 -15                 | 65             | 70           | 300                |
| 16-18                  | 65             | 70           | 300                |
| 19-29                  | 60             | 65           | 360                |
| 30-49                  | 60             | 60           | 340                |
| 50-64                  | 60             | 50           | 280                |
| 65-80                  | 58             | 45           | 230                |

### 3. Lemak

Lemak adalah zat organik hidrofobik yang sulit larut dalam air tetapi larut dalam pelarut non polar seperti eter, alcohol, kloroform dan benzene. Lemak adalah suatu ester asam lemak dengan gliserol (Poedjiadi dan Supriyanti, 2006).

Lemak dapat digolongkan menjadi (Doloksaribu, 2017):

a. Lemak dalam tubuh

Lemak dalam tubuh adalah lipoprotein (mengandung trigliserida, fosfolipid dan kolesterol) yang bergabung dengan protein. Jenis yang terdapat di dalam tubuh adalah High Density Lipoprotein (HDL), Low Density Lipoprotein (LDL), Very Low Density Lipoprotein (VLDL) dan Glikolipid (merupakan senyawa lipid yaitu gliserol dan asam lemak yang bergabung dengan karbohidrat, fosfat atau nitrogen).

b. Lemak dalam Pangan

Lemak dalam pangan adalah lemak yang terdapat di dalam bahan pangan dan dapat digunakan oleh tubuh manusia. Lemak ini mencakup trigliserida, asam lemak jenuh, asam lemak tidak jenuh dan gliserol.

WHO (2003) menganjurkan mengonsumsi lemak tidak lebih dari 30% dan lemak jenuh kurang dari 200 mg/dL dapat mengakibatkan rendahnya kematian karena penyakit jantung koroner.

Sumber utama lemak adalah minyak tumbuh-tumbuhan (minyak kelapa, kelapa sawit, kacang tanah, kacang kedelai, jagung, dan sebagainya), mentega, margarin, keju, krim dan kuning telur (Doloksaribu, 2017)

Lemak juga dapat digolongkan menjadi (Mann dan Skeaff, 2014):

a. Lemak non esensial

Lemak non esensial adalah lemak yang dapat disintesis oleh tubuh. Yang termasuk asam lemak non esensial adalah asam lemak jenuh dan asam lemak tidak jenuh tunggal. Lipogenesis dapat terjadi jika mengonsumsi makan kaya karbohidrat dan asupan kalori yang cukup. Hormon insulin akan menstimulasi biosintesis

asam-asam lemak. Lipogenesis akan berkurang jika pembatasan asupan kalori dan diet kaya akan lemak.

b. Lemak esensial

Asam lemak esensial adalah lemak yang tidak dapat disintesis oleh tubuh sehingga harus didapatkan dari bahan makanan. Yang termasuk asam lemak esensial adalah famili asam lemak omega 6 (asam linoleat) dan asam lemak omega 3 ( $\alpha$  asam linolenat). Asam linoleat dan  $\alpha$  asam linolenat dapat mengalami elongasi dan desaturase dalam jumlah terbatas menjadi PUFA (Poly Unsaturated Fatty Acid). Asam linoleat diubah menjadi asam arakidonat dan  $\alpha$  asam linolenat diubah menjadi Eikosapentaenoat (EPA) dan Dokosaheksaenoat (DHA).

Penurunan kejadian gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas pada anak-anak, meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan terjadi pada ibu hamil yang mengonsumsi suplemen DHA (Delgado *et al*, 2015).

4. Vitamin

Vitamin adalah zat gizi mikro yang tidak dapat diproduksi oleh tubuh sehingga harus didapatkan dari makanan (WHO, 2016). Vitamin tidak dapat menghasilkan energi tetapi berperan penting dalam membantu proses pertumbuhan, perkembangan dan pemeliharaan jaringan tubuh (Byrd-Breadbenner, *et al*, 2007).

Menurut Comb (2012) ada 14 Jenis vitamin yang telah diakui sebagai vitamin esensial bagi Kesehatan manusia yaitu 4 jenis yang larut dalam lemak (Vitamin A, D, E, dan K) dan 10 jenis vitamin larut dalam air (vitamin C, B1, B2, B6, B12, asam folat, niasin, asam pantotenat, biotin dan kolin).

Berikut fungsi vitamin, gangguan yang ditimbulkan akibat defisiensi dan sumber bahan makanan yang terdapat dalam vitamin (Ahmad, 2017).

Tabel 18.3

Fungsi Vitamin, Gangguan yang Ditimbulkan Akibat Defisiensi dan Sumber Bahan Makanan

| Vitamin   | Fungsi secara biokimia dan fisiologis                                                                                                          | Gangguan Yang ditimbulkan akibat defisiensi                                                                     | Sumber Bahan Makanan                                                                         |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vitamin A | Sintesis rhodopsin dan pigmen reseptor cahaya, metabolisme yang terkait pertumbuhan, diferensiasi sel, perkembangan tulang dan fungsi imunitas | Adaptasi gelap yang buruk, buta senja, xerosis, keratomalasia, Bitot's spots, gangguan pertumbuhan dan imunitas | Hati sapi, produk susu, wortel, bayam, ubi, broccoli, butternut squash                       |
| Vitamin D | Regulator metabolisme mineral tulang, homeostasis kalsium darah, diferensiasi sel, proliferasi dan pertumbuhan                                 | Anak : riketsia<br>Dewasa : Osteomalasia                                                                        | Disintesis di dalam kulit yang terpapar sinar ultraviolet, susu yang difortifikasi vitamin D |
| Vitamin E | Antioksidan                                                                                                                                    | Myopathy, Anemia, neuropathy                                                                                    | Minyak biji sayuran                                                                          |
| Vitamin K | Mengaktifkan factor pembekuan darah melalui residu $\gamma$ -karboksilasi asam glutamate, karboksilasi protein                                 | Gangguan pembekuan darah                                                                                        | Dapat disintesis di usus oleh bakteri, sayuran berdaun hijau, kacang kedelai dan hati sapi.  |

|                                   |                                                                                                            |                                                                                                                                                            |                                                                                    |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Vitamin B1<br>(Thiamin)           | Dekarboksilas<br>i oksidatif $\alpha$ -<br>keto asam dan<br>gula 2-keto                                    | Beri-beri, otot<br>lemah,<br>anoreksia,<br>takikardia,<br>pembesaran<br>hati, edema                                                                        | Janur, biji<br>bunga<br>matahari,<br>kacang-<br>kacangan                           |
| Vitamin B2<br>(Riboflavin)        | Reaksi<br>transfer<br>electron<br>(hidrogen)                                                               | Ariboflavinosis<br>, cheilosis,<br>glositis,<br>hipereremia,<br>edema<br>faringeal dan<br>mukosa<br>membrane<br>mulut, angular<br>stomatitis,<br>fotorobia | Hati sapi,<br>daging,<br>telur,<br>yoghurt,<br>keju<br>ricotta,<br>susu non<br>fat |
| Vitamin B3<br>(Niasin)            | Reaksi<br>transfer<br>electron<br>(hidrogen)                                                               | Pelagra, diare,<br>dermatitis,<br>gangguan<br>mental atau<br>demensia                                                                                      | Ikan tuna,<br>hati sapi,<br>daging sapi<br>muda,<br>ayam, selai<br>kacang          |
| Vitamin B6<br>(Piridoksin)        | Reaksi<br>transaminasi<br>dan<br>dekarboksilasi                                                            | Dermatitis,<br>glositis, emosi<br>tidak stabil<br>(convulsions)                                                                                            | Steak,<br>kacang-<br>kacangan,<br>kentang,<br>ikan<br>salmon,<br>pisang,<br>gandum |
| Vitamin<br>B12<br>(Kobalamin<br>) | Metilasi<br>hoosistein<br>menjadi<br>metionin,<br>konversi<br>metilmalonil-<br>koA menjadi<br>suksinil-koA | Anemia<br>megaloblastic,<br>degenerasi<br>saraf perifer                                                                                                    | Daging,<br>ikan,<br>kerang-<br>kerangan,<br>ungags,<br>susu                        |
| Asam<br>Pantotenat                | Reaksi<br>Transfer asil                                                                                    | Defisiensi<br>sangat jarang<br>terjadi, mati<br>rasa dan<br>perasaan nyeri<br>di tangan dan<br>kaki, muntah,<br>kelelahan.                                 | Terdapat<br>dalam<br>berbagai<br>makanan                                           |

|                           |                                                                                                 |                                                                                                                                                                                    |                                                                                 |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Biotin                    | Transfer CO <sub>2</sub> /Reaksi karboksilasi                                                   | Defisiensi sangat jarang terjadi, anorexia, mual, glossitis, depresi, kulit bersisik dan kering                                                                                    | Disintesis oleh mikroflora pada saluran pencernaan, hati, kacang kedelai, telur |
| Folat                     | Reaksi transfer 1-karbon                                                                        | Anemia megaloblastic, diare, kelelahan, depresi, confusion                                                                                                                         | Jamur, bayam, asparagus, lonak, hati sapi, produk gandum yang difortifikasi     |
| Vitamin C (asam askorbat) | Antioksidan, hidroksilasi enzim yang terlibat dalam sintesis kolagen, karnitin dan norepinefrin | Sariawan, hiperkeratosis, folikel rambut, gangguan psikologis, penyembuhan luka yang lama, perdarahan gusi, pecah pembuluh kapiler secara spontan (pembuluh kapiler tidak elastis) | Jambu biji, jeruk, papaya, paprika, anggur, stroberi                            |

## 5. Mineral

Mineral adalah unsur kimia yang diperlukan tubuh dalam bentuk elektrolit anion (bermuatan negatif) dan kation (bermuatan positif). Secara umum fungsi mineral bagi tubuh adalah (Darawati, 2017):

- Mempertahankan keseimbangan asam basa dalam tubuh
- Komponen senyawa tubuh yang esensial

- c. Sebagai katalis reaksi-reaksi biologis
- d. Memelihara keseimbangan air dalam tubuh
- e. Transmisi impuls saraf
- f. Mengatur kontraktilitas otot
- g. Pertumbuh jaringan tubuh

Mineral digolongkan ke dalam mineral makro dan mineral mikro. Mineral makro adalah mineral yang dibutuhkan tubuh dalam jumlah lebih dari 100 mg sehari sedangkan mineral mikro dibutuhkan kurang dari 100 mg sehari. Yang termasuk mineral makro adalah kalsium (Ca), fosfor (P), sulfur (S), kalium (K), natrium (Na), klor (Cl), magnesium (Mg) sedangkan yang termasuk mineral mikro adalah besi (Fe), zink (Zn), tembaga (Cu), mangan (Mn), fluor (F), selenium (Se), silikon (Si), kromium (Cr), vanadium (V), yodium (I), timbal (Pb), cadmium (Cd), arsen (As), molybdenum (Mo), kobalt (Co), bromium (Br), dan stronsium (Sr) (Almatsier, 2003). WHO (1996) mengelompokkan mineral mikro berdasarkan sifat esensialnya (I, Zn, Se, Cu, Mo, Cr), mineral mikro yang kemungkinan esensial (Mn, Si, Ni, B dan V) dan mineral mikro yang berpotensi beracun tetapi kemungkinan mempunyai fungsi esensial (F, Cd, As, Pb, Al, dan Li) (Darawati, 2017). Peranan mineral dalam kesehatan reproduksi salah satunya adalah zink merupakan bagian dari *Follicle Hormone* (FH), *Follicle Stimulating Hormone* (FSH), *Luteinizing Hormone* (LH) yang berperan dalam pertumbuhan dan kematangan seksual remaja terutama laki-laki. Sumber zink dari bahan makanan antara lain daging merah, hati, unggas, kacang-kacangan dan produk laut terutama tiram (Susetyowati, 2017).

## **Daftar Pustaka**

- Adi, C.A. (2017). Karbohidrat dalam Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi. Jakarta, EGC. 25-36
- Aditya, R. (2020). Definisi Kesehatan Reproduksi Sesuai Undang-Undang. Definisi Kesehatan Reproduksi Sesuai Undang-Undang (suara.com)
- Ahmad (2017) Vitamin dalam Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi. Jakarta, EGC, 59-83
- Almatsier, S (2003). Prinsip Dasar Ilmu Gizi. Jakarta : Gramedia.
- Byrd-Breadbenner, Beshgetoor, D.Moe, G Berning (2007). Wardlaw's Persfective In Nutrition, 8 th Ed.The McGraw-Hill Companies
- Comb, JF (2012). The vitamin : fourth edition.USA : Elsevier
- Darawati (2017). Mineral dalam Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi. Jakarta, EGC,84-98
- Doloksaribu (2017). Lemak dalam Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi. Jakarta, EGC, 51-58
- Harahap, J. (2003). Kesehatan Reproduksi. Bagian Kedokteran Komunitas Dan Kedokteran Pencegahan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
- Hardinsyah (2017), Sejarah dan Masa Depan Ilmu Gizi dalam Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi. Jakarta, EGC, 2-11.
- Irianto PD (2007), Panduan Gizi Lengkap Keluarga dan Olahragawan. Yogyakarta, Andi Offset
- Johnson, MH. dan Everitt, BJ. 2000. Essential Reproduction. Fifth Edition. USA: Blackwell Science.
- Judiono (2017), Pangan Fungsional dan Kesehatan Masyarakat dalam dalam Imu Gizi Teori dan Aplikasi. Jakarta, EGC. 257-271
- Kusfriyadi (2017), Gizi dan Makanan dalam Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi. Jakarta, EGC , 12-24.

- Mann dan Cummings (2014) Karbohidrat dalam Buku Ajar Ilmu Gizi. Jakarta, EGC. 21-45
- Mann dan Skeaff (2014) Lemak dalam Buku Ajar Ilmu Gizi. Jakarta, EGC, 47-65
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2014 Tentang Pedoman Gizi Seimbang
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2019 Tentang Angka Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan Untuk Masyarakat Indonesia
- Pope Jamie, Steven Nizielki, Alison Mc Cook, 2016. Nutrition for A Changing World. New York, W.H Freeman and Company.
- Poedjiadi dan Supriyanti (2006). Dasar-Dasar Biokimia. Jakarta : Universitas Indonesia
- Rahayu, Noor, Yulidasari, Rahman, Putri (2017). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia. Surabaya : Airlangga University
- Susetyowati (2017) Gizi Remaja dalam Ilmu Gizi Teori dan Aplikasi. Jakarta, EGC, 160-169
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan
- Undang- Undang RI Nomor 18 Tahun 2012 Tentang Pangan.
- WHO (2003). Diet and Chronic Diseases. Geneva : WHO
- WHO (2016). Micronutrient defeciencies.<http://www.who.int/nutrition/topics/vad/en/>

## Profil Penulis



### Yunita Nazarena

Penulis adalah Dosen Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Palembang. Pendidikan yang ditempuh Penulis : Akademi Gizi Depkes Palembang Tahun 1999, S1 Gizi & Kesehatan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta Tahun 2008, S2 Teknologi Pangan Universitas Sriwijaya Palembang Tahun 2017. Penulis pengampuh beberapa Mata Kuliah antara lain Fungsional Food, Pengembangan Formula Makanan, Pengembangan Feeding Formula, Ilmu Pangan, Pengawasan Mutu Pangan, serta . Ilmu dan Teknologi Pangan. Beberapa judul publikasi penulis antara lain *Calcium Intake And Body Mass Index (BMI) On Bone Density*, Pengaruh Perendaman Kedelai Terhadap Mutu Sari Kedelai, Edukasi dan Pelatihan Kader Posyandu dalam Pencegahan Anemia di Wilayah Kerja Puskesmas Puntikayu, Pemberian Makanan Tambahan Fitbar Bingu (Ubi ungu) Terhadap Status Gizi Balita Wasting Di Puskesmas Sako Tahun 2021, Pengaruh Pemberian Puding Pacinamum Terhadap Penurunan Kadar Glukosa Darah Penderita Diabetes Mellitus Tipe 2 Di Puskesmas Sukarami Palembang serta Analisis Ketahanan Pangan Dan Karakteristik Rumah Tangga Dengan Kejadian Stunting. Pengalaman penulis sebagai narasumber antara lain Lintas Palembang Sore “Kiprah Indonesia” Bersama RRI Pro 2 dengan topik Cegah Obesitas dan Stunting Pada Balita dengan Menu Seimbang, Kegiatan Rutin Dharma Wanita Keuangan Negara Palembang dengan topik Gizi Seimbang untuk Hidup Sehat, Cerdas, aktif dan Produktif, Seminar Kesehatan Bersama PT Pusri Palembang dengan topik Pola Makan Gizi Seimbang Dalam Menunjang Produktivitas Kerja dan Keluarga Sehat. Penulis juga menulis buku online berjudul Panduan Sederhana Pencegahan Resiko Stunting pada Remaja Putri

Email Penulis: [yunitanazarena@yahoo.co.id](mailto:yunitanazarena@yahoo.co.id)

## GIZI SEIMBANG UNTUK KESEHATAN REPRODUKSI PADA WANITA USIA SUBUR

**Elita Endah Mawarni, A.Md.Gizi., M.Pd.**  
STIKES Banyuwangi

### **Pendahuluan**

Modal dasar pembangunan bangsa dalam membentuk manusia yang sehat, cerdas dan produktif, salah satunya ditentukan oleh Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas. Dalam hal ini, gizi dan kesehatan mempunyai andil yang sangat besar. Dalam UU Kesehatan RI No. 23 Tahun 1992 menyebutkan bahwa pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat setiap orang untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Gizi merupakan dasar pertumbuhan fisik dan perkembangan kecerdasan, sehingga pada masa mendatang, gizi merupakan komponen kritis kualitas SDM Indonesia.

Sumber daya manusia adalah semua manusia baik pria maupun wanita dari berbagai golongan usia mulai dari usia bayi, balita, remaja, dewasa dan lansia. Termasuk dalam sumber daya manusia disini adalah wanita usia subur. Wanita usia subur adalah wanita dengan rentang usia 20-45 tahun. Usia tersebut sebagai usia subur (produktif) bagi wanita. Pada usia tersebut fungsi dan kinerja organ reproduksi wanita mengalami berada pada masa puncaknya. Oleh karena itu kesehatan reproduksi wanita usia subur perlu diperhatikan termasuk faktor-

faktor yang mempengaruhinya, salah satunya adalah masalah gizi.

### **Gizi seimbang**

Pola makan merupakan perilaku paling penting yang dapat mempengaruhi keadaan gizi. Hal ini disebabkan karena kuantitas dan kualitas makanan dan minuman yang dikonsumsi akan mempengaruhi asupan gizi sehingga akan mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat. Keadaan gizi yang baik dapat meningkatkan kesehatan individu dan masyarakat. Agar tubuh tetap sehat dan terhindar dari berbagai penyakit kronis atau penyakit tidak menular terkait gizi, maka pola makan masyarakat perlu ditingkatkan ke arah konsumsi gizi seimbang. Gizi Seimbang adalah susunan makanan sehari-hari yang mengandung zat-zat gizi dalam jenis dan jumlah yang sesuai dengan kebutuhan tubuh, dengan memerhatikan prinsip 1) keanekaragaman atau variasi makanan, 2) kebersihan, 3) aktivitas fisik dan 4) berat badan normal. Prinsip Gizi Seimbang terdiri dari 4 (empat) Pilar yang pada dasarnya merupakan rangkaian upaya untuk menyeimbangkan antara zat gizi yang keluar dan zat gizi yang masuk dengan memantau berat badan secara teratur, yaitu :

#### **1. Mengkonsumsi aneka ragam pangan**

Keaneka ragaman pangan yang dimaksud disini adalah aneka ragam kelompok pangan yang terdiri dari makanan pokok, lauk pauk, sayuran dan buah-buahan dan air serta beraneka ragam dalam setiap kelompok pangan. Adapun yang menjadi alasan kenapa harus mengkonsumsi makanan yang beraneka ragam karena, tidak ada satu jenis makanan pun yang memuat semua gizi atau nutrisi yang dibutuhkan oleh tubuh untuk tetap sehat. Kecuali ASI. Karena itulah, maka pola makannya harus terdiri dari beragam jenis makanan bergizi yang berbeda, supaya mendapatkan berbagai gizi yang dibutuhkan tubuh. Selain beraneka ragam, dalam mengkonsumsi makanan juga perlu memperhatikan jumlah dan proporsinya. Agar memenuhi kriteria gizi seimbang,

proporsi makanan bergizi harus seimbang, jumlahnya cukup, tidak berlebihan, dan dikonsumsi secara teratur. Pola makan yang baik sebaiknya juga harus memperhitungkan proporsi setiap kelompok pangan sesuai dengan kebutuhan yang seharusnya termasuk konsumsi air minum juga harus diperhatikan karena air minum juga termasuk dalam komponen gizi seimbang yang berfungsi dalam mendukung proses metabolisme dan dalam pencegahan dehidrasi. Konsumsi pangan bergantung pada kualitas dan kuantitas pangan, dan kualitas pangan bergantung pada masing-masing zat gizi yang memenuhi kebutuhan tubuh manusia. Komposisi makanan mempengaruhi persyaratan kualitas dan kuantitas tubuh, sehingga tubuh akan mendapatkan kesehatan yang terbaik (N., 2012).

## 2. Membiasakan perilaku hidup bersih

Berbicara tentang hidup sehat, dan bersih tidak lepas dari memahami tentang modernisasi, konsep sehat, derajat kesehatan masyarakat dan paradigma sehat. Konsep sehat sesungguhnya tidak terlalu mutlak dan universal karena ada faktor-faktor lain di luar kenyataan yang mempengaruhi terutama faktor sosial budaya (M, 2007, hal. 27). Bukan hanya makanan yang harus bernutrisi, namun kebersihannya juga harus diperhatikan. Kontaminasi bakteri pada tubuh dan makanan bisa dihindari atau setidaknya dikurangi peluangnya dengan meningkatkan kebersihan diri. Beberapa kebiasaan hidup bersih antara lain cuci tangan dengan sabun sebelum kontak dengan makanan atau ASI, tutup makanan dengan tudung saji untuk meminimalkan vektor penyakit infeksi, menutup mulut dan hidung bila bersin/batuk, serta memakai alas kaki agar terhindar dari infeksi kecacingan. Perilaku sehat harus terus dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan supaya tercipta generasi penerus bangsa yang berkualitas. Mengembangkan Perilaku Hidup Bersih Sehat hendaknya benar-benar dipahami dan ditekuni oleh setiap individu. Dengan

mewujudkan lingkungan yang bersih dan nyaman akan mengurangi dampak negatif pada lingkungan, serta mengurangi proses terjadinya wabah penyakit menular.

### 3. Melakukan aktivitas fisik

Dalam mewujudkan pilar gizi seimbang, aktivitas fisik juga diperlukan agar asupan dan pengeluaran kalori bisa seimbang. Aktivitas fisik memperlancar sistem metabolisme dalam tubuh sehingga berperan dalam menyeimbangkan zat gizi yang masuk dan keluar dari tubuh. Ketidakseimbangan asupan gizi dan aktivitas fisik bisa menimbulkan masalah gizi, kekurangan atau kelebihan. Aktivitas fisik meliputi segala macam kegiatan tubuh termasuk berjalan dan berolahraga. Aktivitas fisik yang teratur dapat membantu menjaga keterampilan berpikir dan belajar, mengurangi risiko depresi dan kecemasan, serta membantu tidur lebih baik. Oleh karena itu, kita dianjurkan bergerak aktif untuk dapat hidup sehat dan produktif.

### 4. Memantau Berat Badan (BB) secara teratur untuk mempertahankan berat badan normal

Pemantauan berat badan menjadi bagian dari pola hidup dengan gizi seimbang untuk mempertahankan berat badan normal. Caranya dengan menggunakan indikator Indeks Massa Tubuh (BMI). Berat badan termasuk normal jika nilai BMI berkisar 18,5 – 25,0. Salah satu hal yang penting diperhatikan oleh remaja adalah BB dan aktivitas fisik. Aktivitas fisik yang dilakukan sesuai dengan panduan dapat membantu menurunkan berat badan dan harus dilakukan secara konsisten dan bertahap agar hasil yang diperoleh juga konsisten (Gifari, Nuzrina, Ronitawati, Sitoayu, & Kuswari, 2020).

## **Kesehatan Reproduksi**

Kesehatan reproduksi merupakan masalah vital dalam pembangunan kesehatan. Kesehatan reproduksi tidak dapat diselesaikan dengan jalan melakukan tindakan kuratif (pengobatan), tetapi merupakan masalah

masyarakat yang masih dapat diperbaiki. Kesehatan reproduksi adalah keadaan yang menunjukkan kondisi kesehatan fisik, mental dan sosial seseorang. Kondisi kesehatan itu juga mempengaruhi fungsi dan proses reproduksinya termasuk di dalamnya tidak memiliki penyakit atau kelainan yang mempengaruhi kegiatan reproduksi tersebut. Untuk menjaga kesehatan reproduksi, manusia membutuhkan zat gizi yang cukup. Asupan zat gizi harus diperhatikan agar mencapai kematangan seksual. Menjaga kesehatan bisa dilakukan dengan cara menerapkan pola hidup sehat, misalkan dengan cara mengkonsumsi makanan yang baik dan sehat dan mengandung gizi seimbang, tidak mengkonsumsi makanan *junk food*, tidak merokok dan tidak mengkonsumsi minuman beralkohol, serta membiasakan untuk berolah raga secara rutin. Gizi seimbang akan menentukan kesehatan organ reproduksi. Kesehatan reproduksi juga tidak terlepas dari fertilitas. Fertilitas adalah dapat bekerjanya secara optimal organ reproduksi baik pada pria maupun wanita. Banyak faktor yang dapat mempengaruhi fertilitas seseorang salah satunya adalah asupan gizi. Akibat dari gaya hidup yang tidak sehat dan asupan gizi yang tidak memadai, maka akan timbul masalah yang secara tidak langsung bisa mengakibatkan terganggunya sistem reproduksi. Permasalahan kesehatan reproduksi yang sering dialami oleh wanita usia subur :

1. Dysmenorrhea (nyeri haid)

Dismenorea adalah nyeri saat haid, biasanya dengan rasa kram dan terpusat di abdomen bawah (Prawirohardjo, 2011). Dismenorea dapat dibagi menjadi dua kelompok yaitu dismenorea primer dan dismenorea sekunder. Dismenorea primer adalah nyeri haid tanpa ditemukan keadaan patologi pada panggul atau alat kandungan dan organ lainnya, sedangkan dismenorea sekunder adalah nyeri haid yang berhubungan dengan berbagai keadaan patologi di organ genitalia.

## 2. Anemia

Anemia atau kekurangan sel darah merah yaitu suatu kondisi dimana jumlah sel darah merah atau hemoglobin (protein yang membawa oksigen) dalam sel darah merah berada di bawah normal. Sel darah merah itu sendiri mengandung hemoglobin yang berperan untuk mengangkut oksigen dari paru – paru dan mengantarkan ke seluruh bagian tubuh (Hasdianah, 2016).

## 3. Ibu hamil dengan Kurang Energi Kronik

Kekurangan Energi Kronis (KEK) adalah kekurangan energi yang memiliki dampak buruk terhadap kesehatan ibu dan pertumbuhan perkembangan janin. Ibu hamil dikategorikan KEK jika Lingkar Lengan Atas (LILA) < 23,5 cm (Muliarini, 2015).

## 4. *Menarche* dini

*Menarche* merupakan menstruasi pertama yang biasa terjadi dalam rentang usia 10-16 tahun atau pada masa awal remaja ditengah masa pubertas sebelum memasuki masa reproduksi (Proverawati, 2009).

*Menarche* dini merupakan salah satu masalah kesehatan reproduksi yang disebabkan karena ketidak seimbangan asupan gizi. Asupan gizi yang baik dapat mempercepat proses pembentukan hormon-hormon yang mempengaruhi proses haid, sehingga dengan asupan gizi yang baik dapat menyebabkan *menarche* dini.

Zat gizi yang dibutuhkan oleh semua orang pada dasarnya terdiri dari zat gizi makro dan mikro. Fungsi dan peran zat gizi ini juga berhubungan dengan kesehatan reproduksi, di antaranya: (Dewantari, 2013)

### a. Karbohidrat

Karbohidrat merupakan sumber energi bagi tubuh, dengan cara mengubah glukosa menjadi tenaga. Saat berada pada fase *luteal*, terjadi peningkatan asupan makanan/energi. Sementara

itu pada masa tersebut, remaja sering mengkonsumsi *fast food* yang minim zat gizi. Sehingga secara tidak langsung akan menyebabkan tubuh kekurangan zat gizi makro maupun mikro. Kondisi ini akan mempengaruhi fungsi organ tubuh dan fungsi reproduksi seperti gangguan haid.

b. Protein

Merupakan makronutrient yang dikenal sebagai zat pembangun, yang terdiri dari asam amino sebagai unit pembangun protein. Salah satu jenis asam amino adalah Arginin yang berfungsi memperkuat daya tahan hidup sperma dan mencegah *infertilitas*. Bahan makanan sumber Arginin seperti ikan, daging, kacang-kacangan dan kedelai.

Kedelai banyak mengandung isoflavon, yang dapat membantu merangsang produksi hormon estrogen selama haid, sehingga dapat mengurangi peradangan serta kram perut saat menstruasi.

Kebutuhan protein meningkat pada ibu hamil, bersalin dan nifas, karena pada masa tersebut diperlukan untuk memulihkan kondisi tubuhnya dan menyembuhkan trauma/luka pasca melahirkan.

c. Lemak

Lemak merupakan zat gizi sebagai sumber energi, selain karbohidrat. Lemak mempunyai beberapa komponen yaitu lemak jenuh (*saturated fat*) dan lemak tak jenuh (*unsaturated fat*). Peranan penting pada lemak adalah sebagai penghasil asam lemak esensial yang diperlukan untuk pertumbuhan dan sebagai pengikat vitamin larut lemak (vitamin A, D, E dan K). Asam lemak omega 3 mempunyai peranan penting dalam mengurangi dysmenorrhea. Sumber asam lemak omega 3 tertinggi terdapat pada jenis ikan seperti ikan tuna dan salmon.

Pada wanita lemak disimpan dalam bentuk jaringan adiposa untuk persiapan menyusui. Lemak sebaiknya dikonsumsi oleh kaum wanita kurang lebih 20% dari total berat badan, agar siklus haid bisa teratur.

d. Vitamin

Vitamin merupakan mikronutrient yang terdiri dari zat-zat organik yang dibutuhkan oleh tubuh dalam jumlah kecil dan tidak dapat dibentuk oleh tubuh, sehingga harus dipenuhi dari konsumsi makanan. Kelebihan prostaglandin terjadi apabila tubuh kekurangan vitamin dan mineral, hal ini bisa memicu timbulnya *dismenore*. Untuk meminimalkan masalah kesehatan reproduksi, maka disarankan mengonsumsi makanan sumber vitamin seperti berikut :

- 1) Vitamin A, C, dan E. Vitamin ini merupakan antioksidan yang berfungsi menangkal radikal bebas terhadap dinding sperma dan ovum. Buah-buahan yang kaya vitamin C bermanfaat dalam meningkatkan jumlah sperma dan mobilitasnya. Bahan makanan seperti wortel, mangga kaya beta karoten dapat membantu dalam maturasi sperma. Vitamin E berfungsi untuk mendukung produksi sperma dan hormon-hormon seks serta mencegah kerusakan DNA sperma yang dapat menyebabkan infertilitas karena vitamin E merupakan antioksidan. Sumber vitamin E bisa didapat dari tumbuhan (kecambah, gandum, dan biji labu kuning)
- 2) Asam folat, berperan dalam pembentukan DNA dan RNA. Konsumsi asam folat sebelum terjadi kehamilan dikaitkan dengan penurunan resiko terjadinya kelainan kongenital. Fungsi Asam folat yaitu membentuk hemoglobin yang diperlukan oleh ibu hamil dan menyusui. Akibat jika kekurangan zat ini akan memperparah

kondisi anemia dan beresiko terjadinya perdarahan pada saat persalinan, partus lama, dan infeksi. Sumber asam folat yaitu : sayuran hijau dan golongan kol, strowberi, biji-biji an, daging dan susu.

- 3) Vitamin B6 dan B12 juga merupakan zat gizi mikro yang berperan dalam fertilisasi. Vitamin B6 dapat meningkatkan kesuburan pada wanita, sedangkan vitamin B12 berfungsi menambah dan meningkatkan kualitas sperma. Defisiensi vitamin B12 dapat menyebabkan anemia. Sumber vitamin B6 terdapat pada ikan, ayam, telur, pisang, wortel, brokoli dan sumber vitamin B12 terdapat pada hati, daging merah, ikan, telur, susu.

e. Mineral

Magnesium, jika kekurangan zat ini, wanita menghasilkan otot terlalu aktif sehingga menyebabkan nyeri haid. Sumber utama magnesium adalah sayuran hijau, kacang-kacangan dan biji-bijian (Wirakusumah, 2007).

f. Zat besi

Zat besi berperan penting dalam pembentukan hemoglobin, yang dapat berfungsi mencegah anemia. Selain itu zat besi berperan dalam proses ovulasi pada wanita Sebuah studi menunjukkan bahwa 40% wanita yang mengalami masalah ovulasi, menjadi subur setelah menambah konsumsi zat besi. Ikan tuna, salmon, sayuran hijau, daging, hati dan kacang-kacangan adalah sumber makanan yang mengandung zat besi yang tinggi. Zat besi juga dapat membantu produksi sel darah merah yang berperan mengganti kehilangan darah selama menstruasi.

g. Zinc

Merupakan mironutrient yang dibutuhkan untuk pematangan seksual, menjaga fungsi organ

seksual, produksi sperma, proteksi sperma akibat radikal bebas dan melincahkan sperma. Sedangkan fungsi Zinc bagi wanita adalah mengurangi intensitas nyeri disminore, juga berfungsi untuk mencegah BBLR dan prematuritas.

#### h. Kalsium

Kalsium juga berfungsi mengurangi intensitas nyeri haid dan meningkatkan pH tubuh yang mendukung terjadinya proses konsepsi. Komponen dalam Kalsium yaitu aktin dan Myosin, keduanya berperan dalam interaksi protein saat otot berkontraksi. Jika asupan Kalsium kurang, maka otot bisa berelaksasi, sehingga bisa menyebabkan tubuh menjadi kaku dan menimbulkan kejang.

Menjaga kesehatan terutama dalam hal ini adalah kesehatan reproduksi bisa dilakukan dengan cara menerapkan pola hidup sehat, misalkan dengan cara mengkonsumsi makanan yang baik dan sehat dan mengandung gizi seimbang, meningkatkan kebersihan diri, melakukan pemantauan berat badan untuk mempertahankan berat badan normal serta membiasakan untuk berolah raga secara rutin. Konsumsi makanan yang sehat, beragam dan seimbang sangat diperlukan terutama untuk kesehatan reproduksi yang kedepannya bisa mewujudkan tujuan yang diharapkan yaitu menghasilkan generasi yang sehat dan berkualitas sebagai sumber daya manusia bagi bangsa. Gizi seimbang akan menentukan kesehatan organ reproduksi.

## Daftar Pustaka

- Dewantari, N. M. (2013). 'PERANAN GIZI DALAM KESEHATAN REPRODUKSI Ni Made Dewantari 1. *Jurnal Skala Husada*.
- Gifari, N., Nuzrina, R., Ronitawati, P., Sitoayu, L., & Kuswari, M. (2020). Edukasi Gizi Seimbang dan Aktivitas Fisik dalam Upaya Pencegahan Obesitas Remaja. *JMM (Jurnal Masyarakat Mandiri)*, 55–62.
- Hasdianah, & S. (2016). *Patologi & Patofisiologi Penyakit (2nd ed.)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- M, A. (2007). Makalah Cinta Alam Indonesia. *Jatim: Manshurin*.
- Muliarini, P. (2015). *Pola Makan dan Gaya Hidup Sehat Selama Kehamilan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- N., J. (2012). *Perilaku Gizi Seimbang pada Remaja*. Makasar: Skripsi. Universitas Hasanuddin. (online). ([https://www.slideshare.net/siiaqyuu\\_NYAadi/b35-perilaku-gizi-seimbangpada-remaja](https://www.slideshare.net/siiaqyuu_NYAadi/b35-perilaku-gizi-seimbangpada-remaja) diakses pada 28 April 2022).
- Prawirohardjo. (2011). *Ilmu kandungan Edisi 3*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Proverawati, A. &. (2009). *Menarche: Menstruasi Pertama Penuh Makna*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Wirakusumah. (2007). *Jus Buah dan Sayuran*. Jakarta: Swadaya.

## **Profil Penulis**



### **Elita Endah Mawarni**

Penulis tertarik mempelajari ilmu gizi dimulai pada tahun 1995 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke sekolah Kesehatan di Akademi Gizi Yogyakarta dengan memilih Jurusan Gizi dan berhasil lulus pada tahun 1998. Beberapa tahun kemudian penulis melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di prodi KIP Biologi di Universitas 17 Agustus Banyuwangi, dan berhasil lulus pada tahun 2004. Pada tahun 2014, penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Teknologi Pembelajaran Program Pasca Sarjana Universitas Negeri Malang.

Penulis memiliki bidang keilmuan gizi. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi dengan salah satu kegiatannya yaitu penelitian dibidang keilmuannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis artikel dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara tercinta ini. Harapannya dengan dedikasi dan kerja keras menulis buku ini, bisa mendapatkan penghargaan sebagai salah satu Pemenang Buku Terbaik.

Email Penulis: [litaendah36@gmail.com](mailto:litaendah36@gmail.com)

## PROMOSI KESEHATAN UNTUK KESEHATAN REPRODUKSI

**Dr. Firdausi Ramadhani, S.Psi., M.Kes.**  
Universitas Gorontalo

### **Pendahuluan**

Kesehatan reproduksi menurut WHO adalah kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang utuh bukan hanya bebas dari penyakit atau kecatatan, dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya (Kusmiran, 2011). Berkaitan dengan itu, WHO (2007) menyebutkan kesehatan reproduksi menyangkut proses, fungsi, dan sistem reproduksi pada seluruh tahap kehidupan. Dengan demikian, kesehatan reproduksi merupakan unsur yang penting dalam kesehatan umum, baik perempuan maupun laki-laki. Kesehatan reproduksi juga dapat memengaruhi kesehatan bayi, anak-anak, remaja, dan orang yang berusia di luar masa reproduksi (*menopause*). Pemahaman tentang pengaruh kesehatan reproduksi terhadap kesehatan ini belum dipahami secara luas. Hal ini disebabkan oleh kurangnya informasi yang benar mengenai kesehatan reproduksi. Kekurangan informasi ini tidak saja terjadi pada kaum remaja, tetapi juga pada kalangan dewasa dan orang tua. Biasanya orang awam mengartikan kesehatan reproduksi hanya sebatas hal-hal yang berhubungan dengan organ reproduksi. Padahal, kesehatan reproduksi seperti diuraikan di atas meliputi banyak aspek kehidupan. Ketidaktahuan masyarakat mengenai masalah kesehatan reproduksi melahirkan masalah-masalah baru yang diakibatkan perilaku yang

tidak aman, misalnya saja munculnya penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS. Masalah kesehatan reproduksi remaja bukan hanya berdampak pada fisik, namun juga pada kesehatan mental dan emosi, ekonomi serta sosial. Dampak tersebut bukan hanya akan berpengaruh pada remaja itu sendiri, namun juga akan berpengaruh pada keluarganya.

Jumlah kasus penyakit menular seksual tiap tahunnya mengalami peningkatan yang signifikan. Kejadian IMS di Indonesia cenderung meningkat secara keseluruhan. “*Gonore, Sifilis*” tercatat pada tahun 2011 sebanyak 11.280. Dari jumlah tersebut kasus *ghonorrhea* sebanyak 5.131 (45,4%) kasus, *sifilis* sebanyak 4725 (41,8%) kasus. Pada tahun 2012 meningkat sebanyak 13.043 kasus yang terdistribusi sebanyak 6003 (46,0%) kasus *gonorrhea*, 5216 (40,0%) kasus *sifilis* (Ropii, 2022). Dibutuhkan intervensi agar dapat menurunkan angka kejadian penyakit yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Tingginya angka kejadian dapat disebabkan karena rendahnya pengetahuan dan persepsi masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, sehingga non-fisik harus lebih diutamakan dengan memberikan intervensi promosi kesehatan. Diperlukan promosi kesehatan reproduksi wanita di masyarakat. Bukan saja komponen pada tahap pencegahan sekunder dan tersier, tetapi lebih utama lagi pada pencegahan primer.

Promosi kesehatan adalah proses meningkatkan kemampuan seseorang untuk mengontrol dan memperbaiki kesehatan mereka. Termasuk di dalamnya upaya memperbaiki, memajukan, mendorong, dan menempatkan kesehatan lebih tinggi pada kebutuhan perorangan ataupun masyarakat pada umumnya. Promosi kesehatan bertujuan untuk melakukan pemberdayaan sehingga masyarakat memperhatikan pola hidup mereka yang mempengaruhi kesehatan. Promosi kesehatan bertujuan agar masyarakat dapat berperilaku hidup sehat. Adapun yang dapat dilakukan adalah dengan cara peningkatan upaya penyuluhan tentang kesehatan pada masyarakat, sehingga masyarakat dapat menerapkan perilaku sehat, baik pada diri sendiri, keluarga maupun di

masyarakat. Peningkatan pemberian promosi kesehatan dapat berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap upaya pencegahan penyakit atau masalah kesehatan.

### **Promosi Kesehatan**

Promosi kesehatan merupakan upaya dalam meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran pada masyarakat agar mereka dapat secara mandiri menolond dirinya sendiri sesuai dengan kondisi yang ada. Menurut Indrayani (2020), promosi kesehatan adalah investasi utama yang memberikan dampak pada determinan kesehatan, serta memberikan kesehatan terbesar pada masyarakat. Promosi kesehatan memberikan hasil positif yang berbeda dibandingkan upaya lain dalam meningkatkan kesetaraan bagi kesehatan masyarakat. Promosi kesehatan perlu disosialisasikan dan seharusnya menjadi tanggung jawab lintas sektor. Dikutip oleh Notoatmodjo (2010) pendapat Lawrence Green (1984) yang mendefinisikan bahwa Promosi Kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. Promosi kesehatan merupakan revitalisasi dari pendidikan kesehatan pada masa yang lalu, di mana dalam konsep promosi kesehatan tidak hanya merupakan proses penyadaran masyarakat dalam hal pemberian dan peningkatan pengetahuan dalam bidang kesehatan saja, tetapi juga sebagai upaya yang mampu menjembatani perubahan perilaku, baik didalam masyarakat maupun dalam organisasi dan lingkungannya. Perubahan lingkungan yang diharapkan dalam kegiatan promosi kesehatan meliputi lingkungan fisik-nonfisik, sosial-budaya, ekonomi, dan politik. Promosi kesehatan adalah perpaduan dari berbagai macam dukungan baik pendidikan, organisasi, kebijakan, dan peraturan perundang-undangan untuk perubahan lingkungan (Mubarak dkk., 2007). Promosi kesehatan bertujuan agar masyarakat dapat berperilaku hidup sehat. Adapun yang dapat dilakukan adalah dengan cara peningkatan upaya

penyuluhan tentang kesehatan pada masyarakat, sehingga masyarakat dapat menerapkan perilaku sehat, baik pada diri sendiri, keluarga maupun di masyarakat. Peningkatan pemberian promosi kesehatan dapat berpengaruh terhadap peningkatan pengetahuan dan sikap masyarakat terhadap upaya pencegahan penyakit atau masalah kesehatan.

Tujuan promosi kesehatan adalah untuk meningkatkan kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat agar mampu hidup sehat. Selain itu juga untuk mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber masyarakat serta terwujudnya lingkungan yang kondusif untuk mendorong terbentuknya kemampuan agar berperilaku sehat (Notoadmodjo, 2014). Sedangkan Kemenkes (2011) mengemukakan bahwa Promosi kesehatan merupakan suatu proses yang bertujuan memungkinkan individu meningkatkan kontrol terhadap kesehatan dan meningkatkan kesehatannya berbasis filosofi yang jelas mengenai pemberdayaan diri sendiri. Proses pemberdayaan tersebut dilakukan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat serta sesuai dengan sosial budaya setempat. Demi mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik dari fisik, mental maupun sosial, masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasi dan kebutuhannya, serta mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya. Halajur (2019) membagi tujuan promosi kesehatan dalam tujuan umum dan tujuan khusus. Adapun tujuan umumnya adalah tercapainya perilaku sehat pada masyarakat sebagai akibat dari adanya penyuluhan kesehatan, sedangkan tujuannya khususnya adalah merumuskan perilaku manusia yang terdiri dari peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat sebagai akibat adanya promosi kesehatan.

### **Kesehatan Reproduksi**

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan kesehatan yang sempurna baik secara fisik, mental, dan sosial. Bukan semata-mata terbebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi, serta prosesnya, serta tidak memiliki penyakit atau kelainan yang mempengaruhi

kegiatan reproduksi (Kemenkes RI, 2015). Menurut Priyanti dan Syalfina (2017) secara garis besar faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi dapat dikelompokkan menjadi empat golongan, antara lain :

1. Faktor sosial-ekonomi dan demografi, yang terdiri dari kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah, dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, serta lokasi tempat tinggal yang terpencil.
2. Faktor budaya dan lingkungan. Misalnya praktek tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, kepercayaan banyak anak banyak rejeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lain, dan banyak lagi yang berkaitan dengan budaya.
3. Faktor psikologis, misalnya dampak keretakan orang tua pada remaja, depresi karena ketidakseimbangan hormonal, rasa tidak berharga wanita pada pria yang membeli kebebasannya secara materi, dan lainnya.
4. Faktor biologis, seperti cacat sejak lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual, dan sebagainya.

Menurut Harahap (2003) Ruang lingkup kesehatan reproduksi dalam lingkup kehidupan meliputi :

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

Minkjosastro (1999) menjelaskan bahwa berdasarkan hasil Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan, disepakati hal-hal reproduksi yang bertujuan untuk mewujudkan kesehatan bagi individu secara utuh, baik kesehatan rohani dan jasmani, meliputi antara lain :

- a. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi,
- b. Hak mendapat pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi,
- c. Hak kebebasan berfikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi,
- d. Hak dilindungi dan kematian karena kehamilan,
- e. Hak untuk menentukan jumlah dan jarak kehamilan,
- f. Hak atas kebebasan dan keamanan yang berkaitan dengan kehidupan reproduksinya,
- g. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan dari pelecehan, perkosaan, kekerasan, penyiksaan seksual,
- h. Hak mendapatkan manfaat kemajuan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi,
- i. Hak atas pelayanan dan kehidupan reproduksinya,
- j. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga,
- k. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam berkeluarga dan kehidupan kesehatan reproduksi,
- l. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

Masalah kesehatan reproduksi remaja bukan hanya berdampak pada fisik, namun juga pada kesehatan mental dan emosi, ekonomi serta sosial. Dampak tersebut bukan hanya akan berpengaruh pada remaja itu sendiri, namun juga akan berpengaruh pada keluarganya. Permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja dapat dikelompokkan pada beberapa hal, antara lain:

- a. Kehamilan tidak diinginkan, yang menjurus pada aborsi tidak aman dan berpotensi mengalami komplikasi.
- b. Kehamilan dan persalinan usia muda akibat perkawinan usia dini. Hal ini akan menambah risiko kesakitan dan kematian ibu.
- c. Masalah Penyakit Menular Seksual (PMS), termasuk infeksi HIV/AIDS.
- d. Tindak kekerasan seksual, seperti pemerkosaan, pelecehan seksual dan transaksi seks komersil.

Masalah kesehatan reproduksi pada orang dewasa, dalam hal ini perempuan biasanya berkaitan dengan fungsi seksual dan reproduksi. Perempuan mempunyai sistem reproduksi yang sensitive terhadap kerusakan yang dapat terjadi disfungsi atau penyakit. Pola penyakit perempuan berbeda dengan laki-laki karena adanya perbedaan bentuk genetik, hormonal ataupun perilaku gaya hidup. Sedangkan masalah masalah kesehatan yang berpengaruh terhadap organ reproduksi pada usia lanjut berkaitan dengan gangguan pada masa menopause, osteoporosis, kanker prostat dan penyakit kardiovaskular serta penyakit degeneratif.

### **Promosi Kesehatan Untuk Kesehatan Reproduksi**

Setiap tahun masalah kesehatan reproduksi wanita cenderung meningkat. Kesehatan reproduksi merupakan unsur yang penting dalam kesehatan umum. Pemahaman tentang pengaruh kesehatan reproduksi terhadap kesehatan ini belum dipahami secara luas. Kekurangan informasi ini tidak saja terjadi pada kaum remaja, tetapi

juga pada kalangan dewasa dan orang tua. Orang awam akan mengartikan kesehatan reproduksi hanya sebatas hal-hal yang berhubungan dengan organ reproduksi. Ketidaktahuan masyarakat mengenai masalah kesehatan reproduksi melahirkan masalah baru yang diakibatkan perilaku yang tidak aman, misalnya saja munculnya penyakit menular seksual (PMS) dan HIV/AIDS. Masalah kesehatan reproduksi yang kompleks memerlukan keterlibatan berbagai komponen. Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi pada wanita dan remaja putri masih sangat rendah, terutama di daerah pedesaan. Hal ini karena membicarakan tentang organ reproduksi masih dianggap tabu. Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi merupakan hal yang penting terutama pada remaja. Tingkat pengetahuan kesehatan reproduksi merupakan salah satu faktor yang dapat memengaruhi perilaku seksual remaja pranikah.

Fenomena sekarang menunjukkan bahwa perilaku seksual pranikah remaja semakin meningkat. Hal ini dikarenakan kurangnya pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi. Permasalahan remaja tersebut memberi dampak seperti kehamilan, pernikahan usia muda, dan tingkat aborsi yang tinggi sehingga dampaknya buruk terhadap kesehatan reproduksi remaja (Nasution, 2012). Kesehatan reproduksi menjadi program kesehatan yang saat ini mendapat perhatian khusus baik itu secara global ataupun nasional. 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. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), kejadian IMS (Infeksi Menular Seksual) yang meningkat cukup pesat tiap tahunnya menjadi permasalahan utama kesehatan reproduksi. Tingginya kasus kekerasan seksual pada anak dan perempuan, serta kasus-kasus penyimpangan seksual juga semakin mengkhawatirkan. Tingginya AKI dan AKB salah satunya diakibatkan oleh banyaknya kasus pernikahan dini. Belum matangnya organ reproduksi pada remaja perempuan dapat berisiko

terhadap berbagai penyakit seperti kanker serviks, kanker payudara, mioma dan kanker rahim (Sangaji, 2017). Jumlah kasus penyakit menular seksual tiap tahunnya mengalami peningkatan yang signifikan. Kejadian IMS di Indonesia cenderung meningkat secara keseluruhan. “*Gonore, Sifilis*” tercatat pada tahun 2011 sebanyak 11.280. Dari jumlah tersebut kasus *ghonorrhea* sebanyak 5.131 (45,4%) kasus, *sifilis* sebanyak 4725 (41,8%) kasus. Pada tahun 2012 meningkat sebanyak 13.043 kasus yang terdistribusi sebanyak 6003 (46,0%) kasus *gonorrhea*, 5216 (40,0%) kasus *sifilis* (Ropii, 2022). Dibutuhkan intervensi agar dapat menurunkan angka kejadian penyakit yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Tingginya angka kejadian dapat disebabkan karena rendahnya pengetahuan dan persepsi masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, sehingga non-fisik harus lebih diutamakan dengan memberikan intervensi promosi kesehatan. Diperlukan keseriusan dalam promosi dan prevensi kesehatan reproduksi wanita di masyarakat. Bukan saja komponen pada tahap pencegahan sekunder dan tersier, tetapi lebih utama lagi pada pencegahan primer.

Promosi kesehatan adalah proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol dan memperbaiki kesehatan mereka. Termasuk di dalamnya upaya memperbaiki, memajukan, mendorong, dan menempatkan kesehatan lebih tinggi pada kebutuhan perorangan ataupun masyarakat pada umumnya. Selanjutnya, aspek promosi kesehatan ini bertujuan untuk melakukan pemberdayaan sehingga orang mempunyai kepedulian terhadap pola perilaku maupun pola hidup mereka yang mempengaruhi kesehatan. Upaya promosi tentang kesehatan reproduksi bukan hanya ditujukan pada kalangan orang dewasa, tetapi juga pada remaja. Upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi perlu diarahkan pada remaja. Masa remaja merupakan peralihan dari anak menjadi dewasa. Adanya perubahan, baik dari bentuknya maupun fungsinya, serta berkembangnya tanda seksual sekunder. Hal ini menyebabkan remaja secara fisik mampu melakukan fungsi proses reproduksi, namun secara mental belum dapat mempertanggungjawabkan

akibat dari proses reproduksi tersebut. Sehingga perlu adanya penyampaian informasi, penyuluhan, konseling serta pelayanan klinis untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi pada remaja. Pengetahuan remaja di Indonesia tentang kesehatan reproduksi masih rendah. Remaja perlu mendapatkan pemahaman tentang cara melindungi diri terhadap risiko kesehatan reproduksi yang berkaitan dengan pencegahan IMS, HIV dan AIDS.

Pengetahuan masyarakat tentang kesehatan reproduksi merupakan hal yang penting dan perlu dilakukan secara berkesinambungan. Pemberian penjelasan berupa konseling, pengetahuan, ceramah, atau seminar, bahkan tatacara menjaga kebersihan yang dilakukan dengan *live demo* ataupun melalui alat bantu visual seperti video akan sangat membantu masyarakat luas terutama remaja dan ibu untuk mengenal dan mengerti tentang kesehatan reproduksi (Majdawati, 2019). Ropii (2022) menyatakan terdapat pengaruh promosi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan. Sejalan dengan penelitian Anggaraeni (2015) yang menyatakan ada pengaruh pendidikan kesehatan reproduksi terhadap pengetahuan dan sikap. Promosi kesehatan tidak dilakukan hanya dengan penyuluhan namun juga diperlukan adanya media. Pemilihan media pendidikan kesehatan ditentukan oleh banyaknya sasaran, keadaan geografis, karakteristik partisipan, dan sumber daya pendukung. Misalnya di daerah terpencil yang hanya dapat dicapai dengan pesawat terbang khusus dan pendidikan kesehatan yang diinginkan adalah yang mencapai sebanyak mungkin sasaran, maka media yang dipilih adalah *flyer* atau media elektronik jika sumber dayanya memungkinkan (Munir, 2013). Dengan promosi kesehatan diharapkan pengetahuan dan sikap dapat meningkat, karena apabila informasi yang diterima sedikit akan mempengaruhi pengetahuan dan sikap, dan akan timbul masalah-masalah kesehatan reproduksi di kalangan masyarakat. Diharapkan dengan metode pendidikan kesehatan baik dengan penyuluhan langsung atau media pembelajaran lainnya ini dapat dengan mudah menyerap materi yang disajikan (Ropii, 2022).

Berbagai macam metode yang dapat digunakan dalam rangka melakukan promosi kesehatan reproduksi. Pendekatan menggunakan agen konselor sebaya lebih memudahkan promosi yang dilakukan. Hal ini disebabkan konselor sebaya lebih mudah membangun kedekatan dengan sasaran sehingga mereka nyaman, percaya, dan lebih terbuka untuk menyampaikan permasalahan seputar kesehatan reproduksi dan seksualitasnya (Pebrianti, 2020). Sedangkan di Australia, Hongkong dan Florida promosi kesehatan reproduksi telah menggunakan saluran dan media *facebook*, pesan teks melalui telepon selular (SMS), dan email (Byron *et al.*, 2013; Lim *et al.*, 2012 ; Yeo and Chu, 2017; Buhi *et al.*, 2013). Menurut Setyabudi (2017), Promosi kesehatan reproduksi menggunakan media tersebut di nilai lebih strategis. Selain itu penggunaan media baru ini merupakan cara yang murah dan mampu mencakup lingkup yang lebih luas. Promosi kesehatan reproduksi tidak hanya meliputi saluran, agen sosialisasi, dan media yang menarik tetapi juga didukung koordinasi lintas sektor (Asbi, 2012). Promosi kesehatan dapat berfokus pada individu, kelompok, atau seluruh populasi dan menekankan pada komponen pendidikan dan motivasional yang meliputi perubahan individu dan kelompok serta teknik-teknik memengaruhi masyarakat. Kegiatan promosi memerlukan kerja sama, keterpaduan, dan kemitraan dengan banyak pihak (individu, masyarakat, pemerintah, institusi lembaga terkait, lembaga swadaya masyarakat, pengambil kebijakan, dan lain-lain). Di tingkat individu dan masyarakat, promosi kesehatan dilakukan untuk meningkatkan kesadaran, kepedulian, dan kemauan menerapkan pola hidup sehat. Di tingkat pemerintah, promosi kesehatan dilakukan untuk mendapatkan dukungan kebijakan dan juga bantuan operasional material. Pada institusi/lembaga swadaya masyarakat, promosi kesehatan dilakukan sebagai upaya pemberdayaan fungsi lembaga masyarakat yang nantinya bisa menjadi pendukung bagi peningkatan status kesehatan masyarakat.

## Daftar Pustaka

- Anggraeni, V.D. (2015). Laporan Umum Praktik Kerja Lapangan PT. Indo Acidatama Tbk, Kemiri, Kebakkramat, Karanganyar. Yogyakarta: Jurusan Kesehatan Lingkungan Politeknik Kesehatan.
- Asbi, E.A. (2012), Konstruksi Perilaku Sehat Melalui Majalah Healthy Life, Universitas Indonesia.
- Byron, P., Albury, K. and Evers, C. (2013), "*It Would be Weird to have That on Facebook* ": *Young People's Use of Social Media and The Risk of Sharing Sexual Health Information*", *Reproductive Health Matters*, *Reproductive Health Matters*, Vol. 21 No. 41, pp. 35–44
- Fitriani S. (2011). Promosi Kesehatan. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Halajur, U. (2019) Promosi Kesehatan Di Tempat Kerja.
- Harahap, J. (2003). Kesehatan Reproduksi. Bagian Kedokteran Komunitas Dan Kedokteran Pencegahan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara
- Imron A. Pendidikan kesehatan remaja. Jakarta Dep kes RI 2012
- Kemenkes RI, (2011). Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan (Panduan bagi Petugas Kesehatan di Puskesmas). Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan Kemenkes RI.
- Kemenkes RI (2015) Kesehatan Reproduksi Dan Seksual Bagi Calon Pengantin Kementerian Kesehatan RI Jakarta
- Kusmiran, E (2011). Kesehatan reproduksi remaja dan wanita. Jakarta: Salemba Medika
- Larasati, Evi Dwi., Susanti, Henny Dwi., Prasetyo, Yoyok Bkti. (2015) Efektivitas Penggunaan Media Promosi Kesehatan Video Yoga Dalam Meningkatkan Motivasi Kesehatan Wanita Usia Subur Tentang Kesehatan Reproduksinya. *Jurnal Keperawatan*. Juli 88 - 101

- Lim, M.S.C., Hocking, J.S., Aitken, C.K., Fairley, C.K., Jordan, L., Lewis, J.A. and Hellard, M.E. (2012), *“Impact of Text and Email Messaging on The Sexual Health of Young People: A Randomised Controlled Trial”*, *Epidemiol Community Health*, Vol. 66, pp. 69–74.
- Majdawati, Ana., Brahmana, Ivanna Beru., dan Inayati. (2019). Pengkaderan Kelompok Peduli Kesehatan Reproduksi Wanita Sebagai Upaya Deteksi Dini Penyakit Reproduksi. Seminar Nasional Abdimas Sinergi Dan Strategi Akademisi, Business Dan Government (Abg) Dalam Mewujudkan Pemberdayaan Masyarakat Yang Berkemajuan Di Era Industri 4.0
- Minkjosastro, GH. (1999). Hak Wanita untuk Reproduksi dan Abortus. *MOGI*, vol. 23, hlm., 130-134.
- Mubarak, W.I., Chayatin, N., Rozikin, K. & Supradi. 2007. Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar Dalam Pendidikan. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Munir, M. 2013. Survei BKKBN\_Tiap Tahun Remaja Seks Pranikah Meningkat. BKKBN
- Nasution SL. (2012). Pengaruh Pengetahuan Tentang Kesehatan Reproduksi Remaja Terhadap Perilaku Seksual Pranikah Remaja Di Indonesia. *Widyariset*. 15(1).
- Nilasari E. (2014) Hubungan antara lingkar pinggang dan Rasio Lingkar Pinggang Panggul dengan Tekanan Darah pada Wanita Dewasa. *Jurnal Unimus*.
- Notoadmodjo S. (2014). Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan. Rineka Cipta. Jakarta
- Pebrianti, R. (2020). Promosi Kesehatan Reproduksi: Strategi Konvensional Hingga Materi Kesehatan Reproduksi Bias Gender? *Jurnal Keluarga Berencana* Vol.5 No.01 (2020) 27-37

- Ropii, Ahmad (2022). Pengaruh Manajemen Promosi Kesehatan Dalam Meningkatkan Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Kader Posyandu Di Desa Cipancur, Kecamatan Kalimanggis, Kabupaten Kuningan. Jurnal JOUBAHS 2 (1).
- Sari Priyanti, Agustin Dwi Syalfina. (2017) Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana. CV Kekata Group, Surakarta
- Setyabudi, R.G. (2017), Analisis Strategi Promosi Kesehatan Dalam Rangka Meningkatkan Kesadaran Hidup Sehat Oleh Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. RM. Soedjarwadi Provinsi Jawa Tengah, Universitas Islam Indonesia.
- Triana Indrayani, S. ST., M. Kes, Prof. Dr. dr. Muhammad Syafar. 2020. "Promosi Kesehatan Untuk Bidan." In . Cv. Aa. Rizky.
- Yeo, T.E.D. and Chu, T.H. (2017), "*Sharing ' Sex Secrets ' on Facebook : A Content Analysis of Youth Peer Communication and Advice Exchange on Social Media about Sexual Health and Intimate Relations*", Journal of Health Communication, Routledge, Vol. 22 No. 9, pp. 753–762

## Profil Penulis



### **Firdausi Ramadhani**

Penulis lahir di Surabaya. Merupakan dosen tetap pada Program Studi Gizi Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Gorontalo. Menempuh pendidikan awal di Fakultas Psikologi.

Penulis kemudian melanjutkan di Program Magister Pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makasar pada peminatan *Primay Health Care*. Selanjutnya Penulis menempuh pendidikan Program Doktor di Universitas Airlangga Surabaya dengan konsentrasi Perilaku Kesehatan. Penulis memiliki kepakaran dalam bidang perilaku kesehatan. Pada bidang pengajaran, Penulis mengampuh beberapa matakuliah antara lain Psikologi Kesehatan, Promosi Kesehatan, Dasar Komunikasi Kesehatan dan Komunikasi Kesehatan serta Praktek Konseling Gizi. Telah menerbitkan beberapa *Book Chapter* serta banyak melakukan penelitian dibidang perilaku kesehatandan sudah dipublish di beberapa jurnal nasional terakreditasi serta jurnal internasional. Beberapa kali melakukan kegiatan pengabdian pada masyarakat berkaitan dengan perilaku kesehatan. Penulis juga terlibat dalam pembuatan beberapa kebijakan pemerintah daerah yang berkaitan dengan kesehatan.

Email Penulis: [firdausiramadhani410@gmail.com](mailto:firdausiramadhani410@gmail.com)



## KONSEP DASAR, TREN, DAN ISU KELUARGA BERENCANA

**Mytha Febriany Pondaang, SST., M.Keb.**  
Akademi Kebidanan Griya Husada Surabaya

### **Konsep Dasar Keluarga Berencana**

#### **1. Pengertian**

Menurut Mansjoer, 2009 kata kontrasepsi berasal dari dua suku kata yakni kontra yang bermakna mencegah dan konsepsi yang bermakna bertemunya sel telur dengan sperma yang menyebabkan terjadinya kehamilan, sehingga kontrasepsi diartikan dengan upaya pencegahan terjadinya kehamilan baik sementara maupun menetap, baik dengan alat maupun tanpa alat (alami). Menurut WHO dalam Hanafi, 2004, kontrasepsi merupakan tindakan yang dilakukan oleh individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan dan kelahiran yang tidak diinginkan maupun mendapatkan kehamilan dan kelahiran yang direncanakan.

#### **2. Tujuan**

Perencanaan keluarga berencana secara umum bertujuan untuk:

- a. Mewujudkan pelayanan KB dan kesehatan reproduksi yang berkualitas
- b. Menurunkan angka kematian ibu dan bayi
- c. Menanggulangi masalah kesehatan yang terkait dengan kesehatan reproduksi wanita

- d. Menunda kehamilan terutama bagi pasangan usia subur dengan istri yang berusia kurang dari 20 tahun
3. Kontrasepsi yang di rekomendasikan
  - a. Memiliki efektivitas yang tinggi
  - b. Memiliki reversibilitas yang tinggi, yaitu ketika pasangan usia subur menghentikan program perencanaan kehamilan maka masa kesuburan dapat kembali hamper 100%.
  - c. Dapat menjarangkan kehamilan
4. Kontrasepsi yang diperlukan
  - a. Memiliki efektivitas yang cukup tinggi
  - b. Reversibilitas cukup tinggi karena kemungkinan peserta masing mengharapkan memiliki anak lagi
  - c. Tidak menghambat air susu ibu (ASI)
  - d. Dapat digunakan sesuai dengan kebutuhan atau keinginan peserta
  - e. Pemakaian yang aman dan terpercaya
5. Macam – macam KB

|                  |                                                                                                                                 |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Metode Sederhana | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Tanpa alat (KB alamiah)</li> <li>•Dengan alat</li> </ul>                                |
| Metode Modern    | <ul style="list-style-type: none"> <li>•Kontrasepsi Hormonal</li> <li>•kontrasepsi AKDR</li> <li>•Kontrasepsi Mantap</li> </ul> |

**Keterangan:**

- a. Metode sederhana terdiri dari kontrasepsi tanpa alat atau yang sering disebut dengan KB alamiah, seperti metode kalender, metode amenorrhoe laktasi, metode suhu basal, metode lendir serviks, dan koitus interruptus; dan kontrasepsi dengan alat seperti kondom pria, kondom wanita, dan sperrmisida.

- b. Metode modern terdiri dari kontrasepsi hormonal seperti pil, injeksi, implant; kontrasepsi AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) yaitu IUD (*intra uterie device*); dan kontrasepsi mantap yakni pada wanita disebut tubektomi, sedangkan pada pria disebut vasektomi.

#### 6. Penyelenggaraan Pelayanan KB

Penyelenggaraan pelayanan keluarga berencana (KB) terdiri dari :

- a. Penggerakan : dilakukan secara berkelanjutan dan berkesinambungan.
- b. Pelaksana : oleh tenaga kesehatan sebagai pemberi informasi yang lebih detail dan penapisan kondisi kesehatan klien; oleh tenaga non nakes sebagai pemberi informasi dan motivasi di tingkat lini lapangan.
- c. Pemberian / pemasangan : harus didahului dengan pemberian konseling dan *informed consent*, tempat konseling bisa di fasilitas pelayanan kesehatan atau fasilitas lain, konseling yang diberikan harus mencakup pemberian KIE lengkap terkait metode kontrasepsi, keputusan penggunaan kontrasepsi ada di tangan klien.
- d. Penanganan efek samping, komplikasi dan kegagalan : dilakukan oleh tenaga kesehatan, berupa konseling, pelayanan dan/atau rujukan.

#### **Tren dan Isu Keluarga Berencana**

Kepala badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Dr. (HC) dr. Hasto Wardoyo, Sp. OG (K) mengatakan bahwa di Indonesia masalah mengenai kependudukan dan keluarga berencana (KB) sudah menjadi sangat rumit dan telah menjadi isu nasional yang harus dicari solusinya. Terdapat beberapa isu kependudukan dan KB sebagai berikut :

##### 1. Pernikahan dini atau menikah usia muda

Di Indonesia, satu dari sembilan anak perempuan berusia 20 – 24 tahun telah menikah sebelum usianya

menginjak 18 tahun. Hingga saat ini ada sekitar 1,2 juta kasus perkawinan anak yang menempatkan Indonesia pada urutan ke-8 di dunia dari segi dan sudut pandang angka perkawinan anak secara global.

Hal tersebut merupakan akibat dari pendidikan yang rendah, adat istiadat daerah setempat, perekonomian yang memaksa anak di jual untuk dinikahkan, dsb. Setelah menikah tak sedikit dari antara mereka yang karena usia masih muda sehingga pengalaman dan pengetahuan mereka masih kurang sekali dalam hal mengatur jarak aman kelahiran agar anak dapat lahir sehat dan tidak *stunting* (gagal tumbuh).

## 2. Kualitas Sumber Daya Manusia (SDM)

Berdasarkan data Badan Pusat Statistik (BPS), 2014 negara kita Indonesia memiliki jumlah penduduk sangat besar yakni 252,164 juta jiwa, hal tersebut membuat Indonesia berada di urutan ke-4 dunia dengan jumlah penduduknya (*statistical yearbook of Indonesia*, 2015). Masih banyak SDM di Indonesia sekitar 30 persen memiliki kualitas di bawah standar, dilihat dari laporan pembangunan manusia tahun 2015, Indonesia berada pada peringkat ke – 110 dari 188 negara dengan besaran IPM sebesar 0,68 atau sama dengan besaran tahun 2014. Sehingga mereka tidak memiliki kesiapan saat menikah dan berakibat pada risiko kesehatan baik bagi ibu maupun bayi yang dilahirkan. Hal tersebut dapat menurunkan kemampuan pasangan muda atau pasangan usia subur untuk dapat menghasilkan generasi baru yang berkualitas.

## 3. Melahirkan usia muda

Setiap tahun, tidak sedikit bayi yang dilahirkan dari wanita yang masih berusia dibawah umur yakni 15 tahun hingga kurang dari 19 tahun sekitar lima ratus ribu orang. Ibu yang melahirkan dengan usia sangat muda berpotensi sekali untuk melahirkan bayi sebelum waktunya atau yang disebut premature maupun berpotensi untuk melahirkan bayi dengan ukuran di bawah standar seperti kerdil maupun

*stunting*. Seorang perempuan ketika belum masuk fase wanita usia subur sebaiknya tidak menikah terlebih dahulu, dikarenakan organ reproduksi belum siap atau belum matang, sehingga dapat menyebabkan kehamilan tidak sehat, perdarahan serta kanker serviks.

4. Kurangnya perencanaan keluarga

Remaja usia dini saat ini perlu diberikan pemahaman tentang pentingnya lima tahapan kehidupan yaitu :



Lima tahapan tersebut merupakan persiapan remaja untuk menghadapi masa depan berkeluarga. Terdapat delapan fungsi dalam keluarga yang tercakup dalam prinsip asah (mengasah kemampuan sosialisasi, menerapkan nilai agama dan juga kepekaan lingkungan), asih (fungsi cinta kasih dan reproduksi), dan asuh (fungsi ekonomi dan perlindungan) sehingga terwujudnya keluarga yang berkualitas, tenteram, mandiri dan bahagia.

5. Ledakan kelahiran pasca pandemik

Laju pertumbuhan penduduk Indonesia saat ini 1,25 persen, hal tersebut berarti dalam satu tahun penduduk Indonesia bertambah sebesar 3,2 juta orang. Untuk dapat menghentikannya salah satunya dengan cara mempopulerkan atau mempromosikan

kembali program Bangga Kencana. Program tersebut salah satunya yakni dengan membangun kembali Kampung KB. Sejak kemunculan masa pandemi Covid – 19, diketahui 17,5 persen angka kehamilan yang tidak diketahui atau tidak dikehendaki, hal tersebut mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan kondisi sebelum pandemi.

6. Keluarga Berencana Pasca Persalinan (KBPP)

Merupakan peluang yang strategis untuk mencapai peningkatan pemakaian alat kontrasepsi sehingga menurunkan jumlah kehamilan yang tak direncanakan (*unintended pregnancy*) hingga menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB).

Keuntungan memilih KBPP adalah :

- a. Akseptor langsung mendapatkan pelayanan keluarga berencana (KB) tanpa harus kembali ke fasilitas kesehatan
- b. Lebih cepat untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan
- c. Lebih hemat waktu dan uang sehingga keluarga memiliki lebih banyak waktu berkumpul

Alur berpikir pelayanan pada KBPP adalah menurunkan angka kematian ibu (AKI), angka kematian bayi (AKB) dan *total fertility rate* (TFR) dengan:

- a. Mengurangi terjadinya *missed opportunity* hingga penurunan *unmet need* KB
- b. Menjaga jarak kehamilan yang berdampak positif pada peningkatan cakupan peserta KB aktif

7. Pada tahun 2012 *United Nations Population Fund* (UNFPA) menunjukkan bahwa terdapat tantangan yang besar yang di hadapi pemerintah kota/ kabupaten terkait pelaksanaan program keluarga berencana. Tantangan tersebut meliputi :

- a. Tidak tersedianya petugas lapangan keluarga berencana atau yang disingkat PLKB/PKB, petugas tersebut bertanggung jawab mengelola program keluarga berencana maksimal 2 desa
  - b. Kapasitas pengelola program yang kurang → merupakan tantangan utama
  - c. Terbatasnya pendanaan bagi program keluarga berencana
8. *Total Fertility Rate (TFR) Indonesia*
- Perkiraan angka TFR dibuat berdasarkan tren tingkat fertilitas di masa lampau dan kebijakan pemerintah yang berkaitan dengan tingkat fertilitas.
9. *Contraceptive Prevalence Rate (CPR)*
- Survey Penduduk Antar Sensus (SUPAS), 2015 maupun *Performance Monitoring and Accountability (PMA)* didapatkan kecenderungan CPR menurun jika dibandingkan dengan hasil SDKI, 2012.
- Pola pemakaian alat kontrasepsi masih di dominasi oleh Suntik KB dan Pil KB. Angka prevalensi pemakaian kontrasepsi semua metode kontrasepsi yng ada menurut SUPAS, 2015 sebesar 57,9 persen, berdasarkan hasil PMA 2015 menunjukkan bahwa secara umum Indonesia telah mencapai kemajuan yang cukup berarti dalam meningkatkan akses dan penggunaan kontrasepsi modern demikian juga halnya dengan penggunaan kontrasepsi modern jangka panjang. Oleh sebab itu, perlu adanya upaya berkelanjutan untuk terus meningkatkan akses terhadap kontrasepsi modern (Pusat penelitian dan pengembangan KB-KS, 2015).
10. *Unmet Needs Indonesia*
- Pada tahun 2009 di Indonesia angka *unmet need* mencapai 11 persen yaitu 4 persen untuk penjarangan kehamilan dan 7 persen untuk pembatasan kehamilan. Angka tersebut meningkat dibandingkan dengan hasil sebelumnya yakni 8,6 persen. Tahun 2011, negara – negara di Asia Pasifik

mengemukakan suatu isu yang pada akhirnya dijadikan fokus dalam menghadapi tantangan – tantangan program KB, yakni isu bagaimana meningkatkan kualitas, cakupan informasi dan pelayanan serta penguatan keterlibatan masyarakat dalam meningkatkan kesadaran akan kebutuhan program keluarga berencana (KB). BKKBN berusaha untuk menurunkan angka kejadian *unmet need* yang merupakan salah satu penyebab 75 persen kematian ibu di Indonesia dan juga di dunia.

## Daftar Pustaka

- Isa, M. (2009). Determinan Unmet Need Terhadap Program Keluarga Berencana di Indonesia. Universitas Indonesia.
- Priyanti, S., & Syalfina, A. D. (2017). Buku ajar kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. *E-Book Penerbit STIKes Majapahit*.
- Rokayah, Y., Inayanti, E., & Rusyanti, S. (2021). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi & Keluarga Berencana (KB)*. Penerbit NEM.
- Indriana, I., Sambiran, S., & Kumayas, N. (2018). Implementasi Program Keluarga Berencana Di Kecamatan Kotamobagu Selatan Kota Kotamobagu. *JURNAL EKSEKUTIF*, 1(1).
- Silvia, D., Ratnasari, F., & Winarni, L. M. (2022). Literature Review: Pemberian Konseling Keluarga Berencana terhadap Pengambilan Keputusan Akseptor Memilih Keluarga Berencana Pasca Persalinan. *COMSERVA Indonesian Jurnal of Community Services and Development*, 1(12), 1205-1213.
- Sitorus, F. M., & Siahaan, J. M. (2018). Pelayanan keluarga berencana pasca persalinan dalam upaya mendukung percepatan penurunan angka kematian ibu. *Midwifery Journal: Jurnal Kebidanan UM. Mataram*, 3(2), 114-119.
- Brahmana, I. B. (2021). Pengenalan dan Pemahaman KB Pasca Persalinan sebagai Upaya Peningkatan Cakupan Keluarga Berencana. *JPMB: Jurnal Pemberdayaan Masyarakat Berkarakter*, 4(2), 179-186.
- Vouking, M. Z., Evina, C. D., & Tadenfok, C. N. (2014). Male involvement in family planning decision making in sub-Saharan Africa-what the evidence suggests. *The Pan African Medical Journal*, 19.
- Keenan, K. F., Van Teijlingen, E., & Pitchforth, E. (2005). The analysis of qualitative research data in family planning and reproductive health care. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 31(1), 40-43.

## **Profil Penulis**



### **Mytha Febriany Pondaang**

Penulis lahir di Surabaya pada tahun 1988. Ketertarikan penulis terhadap dunia Kesehatan khususnya Kebidanan dimulai pada tahun 2006 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk berkuliah Diploma III Kebidanan di AKADEMI KEBIDANAN GRIYA HUSADA SURABAYA lulus pada tahun 2009, dan menempuh pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di STIKES INSAN UNGGUL SURABAYA lulus pada tahun 2014. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan Magister Kebidanan di UNIVERSITAS PADJADJARAN BANDUNG lulus pada tahun 2019. Riwayat pekerjaan Penulis sebelum di dunia Pendidikan adalah dunia Pelayanan (Klinik Bersalin Ibu dan Anak) pada tahun 2009, kemudian beralih ke dunia Pendidikan Kesehatan pada tahun 2011 di Akademi Kebidanan Griya Husada Surabaya hingga saat ini. Penulis juga merupakan anggota organisasi profesi kebidanan yaitu Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis menjalankan tridharma Perguruan Tinggi yakni sebagai pengajar, peneliti dan melakukan kegiatan pengabdian kepada masyarakat. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara Indonesia.

Email Penulis: [mythapondaang@gmail.com](mailto:mythapondaang@gmail.com)

## FALSAFAH DAN PARADIGMA KELUARGA BERENCANA

**Wita Asmalinda, SST., M.Kes.**  
POLTEKKES KEMENKES PALEMBANG

### **Pendahuluan**

Keluarga Berencana (KB) bertujuan untuk mewujudkan penduduk tumbuh seimbang melalui pelebagaan keluarga kecil bahagia sejahtera. Yang diharapkan mampu memfasilitaskan keluarga bahagia dan sejahtera dengan slogan dua anak lebih baik. Melalui Keluarga Berencana (KB), pemerintah dengan dukungan penuh dari masyarakat mampu memberikan jaminan kualitas pelayanan keluarga berencana serta kesehatan reproduksi, yang pada akhirnya mampu mencapai amanah keluarga kecil yang berkualitas. Peran serta dan kepedulian penduduk harus terus diaktivasi melalui keluarga berencana dalam wujud pendewasaan usia pernikahan, pengaturan jarak kehamilan, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga yang pada akhirnya cita-cita keluarga kecil bahagia dan sejahtera segera terealisasi. Data statistik kependudukan nasional memaparkan bahwa Indonesia memiliki akumulasi kependudukan sebesar 237.641.326 jiwa dengan perbandingan 1.000 untuk laki-laki dan 986 untuk perempuan. Tingginya laju pertumbuhan penduduk tersebut telah menyumbang total penduduk dunia secara masif dengan prosentase 1,49%, diprediksikan dalam 20-50 tahun mendatang akan terjadi “ledakan penduduk” mencapai dua kali lipat yakni sekitar 450-480 juta jiwa pada tahun 2050. Program keluarga berencana menjadi

pilihan yang harus diambil oleh pemerintah sebagai bentuk keseriusan negara untuk menekan laju pertumbuhan penduduk.

### **Visi, Misi dan Tujuan Keluarga Berencana**

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) memiliki visi yaitu “Seluruh Keluarga Ikut Keluarga Berencana”. Dengan visi ini mampu menjadi inspirasi, fasilitator, dan penggerak program keluarga berencana nasional. Sejalan dengan filosofi BKKBN, berkaca pada kondisi kependudukan yang dialami oleh Indonesia saat ini, sangat penting untuk melakukan perubahan fokus (reorientasi) dan reposisi program keluarga berencana secara menyeluruh dan terpadu dengan tetap mengerakkan peran serta penuh dari masyarakat. Paradigma reorientasi program keluarga berencana memberikan jaminan pelayanan keluarga berencana yang berkualitas dengan menghargai dan melindungi hak-hak azasi manusia yang bersifat universal. Konsisten dalam peningkatan kualitas pelayanan dan kesertaan serta mampu memberikan jaminan keadilan gender dengan upaya mendorong pemberdayaan perempuan dan akselerasi partisipasi aktif pria dalam menggunakan alat kontrasepsi, menjadi prinsip pokok yang harus tetap dipertahankan agar program keluarga berencana dapat berhasil. Reorientasi program keluarga berencana ini seiring dengan perubahan visi program keluarga nasional menjadi “Keluarga berkualitas tahun 2015”. Visi pembudayaan Norma keluarga kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS) tidak lagi menjadi fokus. Yang dimaksud dengan keluarga berkualitas adalah keluarga yang sejahtera, sehat, maju, mandiri, berwawasan ke depan, bertanggungjawab, memiliki jumlah anak yang ideal, harmonis dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Misi program keluarga berencana adalah:

1. Memberdayakan dan penggerakan masyarakat untuk membangun keluarga kecil yang berkualitas.

2. Meningkatkan kesejahteraan, kemandirian, ketahanan keluarga dengan cara mengalang kemitraan
3. Meningkatkan kualitas pelayanan keluarga berencana.
4. Menjamin perlindungan hak-hak reproduksi dengan konsisten meningkatkan upaya promosi
5. Meningkatkan SDM berkualitas sejak pembuahan dalam kandungan sampai dengan lanjut usia dan
6. Membuat kebijakan yang dikembangkan dalam pelayanan keluarga berencana berwawasan gender.

Menjadi sangat penting menghormati hak-hak reproduksi yang merupakan bagian krusial dalam visi dan misi keluarga berencana agar segera tercapai keluarga berkualitas. Terwujudnya kesetaraan dan keadilan gender dengan peningkatan pemberdayaan perempuan untuk mempersiapkan sumber daya manusia berkualitas pada setiap siklus kehidupan perempuan yang diawali dari remaja, proses prakonsepsi, pembuahan hingga usia lanjut.

Tujuan BKKBN sebagai wujud komitmen dalam pencapaian Visi dan Misi Pembangunan (RPJMN 2015-2019) adalah mencapai penduduk tumbuh seimbang melalui upaya penurunan laju pertumbuhan penduduk (LPP) dan perwujudan keluarga berkualitas dan dalam jangka panjang mencapai angka reproduksi neto (NRR) sama dengan 1, atau angka kelahiran total (TFR) sama dengan 2,1 tahun 2015

| SASARAN                                                                                                                                                                                        | 2014 | TARGET 2019 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------|
|  Menurunnya angka kelahiran ( <i>Total Fertility Rate/ TFR</i> ) per perempuan usia reproduktif 15 – 49 tahun | 2,6  | 2,3         |
|  Meningkatnya pemakaian kontrasepsi ( <i>Contraceptive Prevalence Rate/CPR</i> ) semua cara                   | 62%  | 66%         |
|  Menurunnya kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi ( <i>Unmet Need</i> dengan perhitungan baru)                | 11,4 | 8,5         |
|  Meningkatnya penggunaan metode kontrasepsi jangka panjang (MKJP)                                             | 18,3 | 23,5        |

Gambar 22.1 Rpjmn 2015-2019 (Sumber: Buku Akses Informasi Dan Layanan Kontrasepsi, 2016)

Tujuan pembangunan berkelanjutan *Sustainable development Goals* (SDGs 2030) yang dicanangkan oleh PBB untuk melanjutkan tujuan pembangunan millennium atau *Milenium evelopment Goals* (MDGs). Pembangunan kependudukan dan keluarga berencana tercantum dalam 17 tujuan *SDGs* yaitu:

1. Meningkatkan kemampuan perempuan memasuki dunia kerja dan keluarga berinvestasi lebih banyak sumber daya dimasing-masing anak;
2. Meningkatkan kesejahteraan keluarga
3. Mencegah angka kematian BBL
4. Mencegah kematian ibu
5. Menjamin anak perempuan mendapat pendidikan yang berkualitas
6. Berkontribusi pada penggunaan energi yang berdampak pada perubahan iklim
7. Dengan kebijakan yang mendukung, KB dapat mengaktifkan bonus demografi

### **Arah Kebijakan dan Strategi**

Peningkatan akses pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi yang berkualitas dan merata serta adanya dukungan advokasi komunikasi informasi dan edukasi program keluarga berencana dan penguatan

perandan fungsi keluarga menjadi fokus dalam pembangunan kependudukan dan keluarga berencana tahun 2015-2019. Strategi program penguatan dan jaminan antara lain :

1. Kebijakan peningkatan kualitas dan pemerataan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan antar sektor maupun antara daerah dengan pusat serta dalam pelaksanaan SJSN bidang Kesehatan;
2. Ketersediaan sarana dan prasarana pelayanan serta kecukupan alat kontrasepsi di fasilitas kesehatan keluarga berencana dan jejaringnya;
3. Pendayagunaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama dan lanjutan untuk memberikan pelayanan keluarga berencana serta peningkatan intensitas pelayanan keluarga berencana statis dan pelayanan keluarga berencana bergerak khusus daerah yang sulit terjangkau;
4. Peningkatan pelayanan keluarga berencana metode jangka panjang (pasca salin, pasca abortus dan penanganan efek samping kontrasepsi);
5. Peningkatan partisipasi pria dalam ber-KB dan pengembangan metode alat kontrasepsi pria’
6. Peningkatan jumlah dan penguatan kapasitas tenaga lapangan keluarga berencana dan tenaga kesehatan pelayanan KB serta penguatan lembaga di tingkat masyarakat untuk mendukung pergerakan dan penyuluhan keluarga berencana;
7. Peningkatan efektivitas advokasi, komunikasi, informasi, dan edukasi keluarga berencana;
8. Penguatan peran dan fungsi keluarga.

Program keluarga berencana memfasilitasi perempuan untuk mampu mengembangkan potensi dirinya dengan tidak melupakan peran pentingnya sebagai seorang ibu. Tugas mendidik dan membesarkan anaknya dapat dijalankan dengan lebih harmonis dan dinamis. Perempuan mempunyai kesempatan untuk berpartisipasi dalam kegiatan sosial, pendidikan dan kegiatan

keagamaan. Dengan bekal yang cukup, orang tua mampu mempersiapkan dan membekali anak secara dini baik fisik maupun mentalnya, agar mampu mandiri di hari depannya. Anak difasilitasi untuk memperoleh pendidikan yang tinggi dan akhlak mulia yang diperoleh dari kedua orang tuanya. Idealnya tujuan tersebut dapat diwujudkan pada keluarga kecil, yang secara finansial lebih terjamin, dan secara psikologis akan ada ketenangan serta mawaddah wa rahmah antara suami istri.

### **Filosofi dan Paradigma Keluarga Berencana**

Filosofi program Keluarga Berencana (KB) di Indonesia adalah dengan memfasilitaskan program KB sebagai milik masyarakat. Peran aktif elemen masyarakat seperti: tokoh masyarakat, pemangku adat, LSM dan anggota masyarakat dalam Gerakan keluarga cukup besar. Diperkirakan lebih dari 70% akseptor keluarga berencana adalah KB mandiri. Lebih dari sejuta kader keluarga berencana adalah anggota masyarakat yang tergabung dalam kelompok yang ada di masyarakat seperti; posyandu, LSM. Keterlibatan pemerintah, swasta, tokoh masyarakat, Lembaga swadaya masyarakat, tokoh agama dan tokoh masyarakat serta anggota masyarakat, menjadi pilar keberhasilan program keluarga berencana. Filosofi ini termaktum dalam UU Nomor 52 tahun 2009 dan UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, RPJPM 2005-2025, Rencana Pembangunan Jangka Menengah (2015-2019) sebagai dasar kebijakan program dan pelayanan keluarga berencana di Indonesia, dengan fokus pada upaya pemenuhan hak dan kewajiban dari pemerintah dan masyarakat sebagaimana telah diatur dalam UU Nomor 39 Tahun 1999 tentang hak azasi manusia. Yaitu hak untuk mendapatkan informasi dalam pelayanan termasuk di dalamnya hak berkeluarga, yang dituangkan pada UU Nomor 52 Tahun 2009 dan UU Nomor 36 Tahun 2009 bahwa tidak boleh ada pemaksaan dalam program keluarga berencana, setiap klien berhak mendapatkan komunikasi informasi dan edukasi dan konseling yang lengkap sebelum memutuskan mendapatkan pelayanan keluarga berencana. Paradigma keluarga berencana di Indonesia telah mengalami perubahan reorientasi bahwa

keluarga berencana adalah suatu program yang bertujuan untuk memfasilitasi peserta keluarga berencana untuk mencapai tujuan reproduksi. Prinsip dasar paradigma baru program keluarga berencana adalah untuk peningkatan pemberdayaan perempuan dan peningkatan partisipasi pria dalam keluarga berencana dengan output program mewujudkan keluarga berkualitas dan. Karenanya perlu dukungan dari semua pihak untuk tercapainya tujuan KB tersebut.

Akselerasi paradigma reproduksi sehat hendaknya harus segera dilakukan. Ada empat upaya yang dapat ditempuh yaitu:

1. Mendorong pria untuk lebih bertanggung jawab terhadap perilaku seksualnya;
2. Meningkatkan akses pelayanan dan informasi tentang kesehatan reproduksi pria;
3. Memfasilitasi pria berkomunikasi dengan partnernya untuk membicarakan Bersama pilihan kontrasepsi yang akan digunakan;
4. Mensosialisasi program kesehatan reproduksi pada pasangan suami isteri.

Reorientasi paradigma baru dalam pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan adalah pendekatan kesehatan reproduksi dan jaminan pemenuhan hak-hak reproduksi. Dengan paradigma baru ini memberikan keluasan perempuan untuk menentukan sendiri metode kontrasepsi yang diinginkan dengan tetap berpegang teguh pada azas kemanfaatan dan keberlangsungan keluarga berencana.

### **Fungsi KB dalam Pengendalian Jumlah Penduduk**

Pembangunan berwawasan kependudukan harus menjadikan penduduk sebagai titik sentral. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) sebagai Kementerian yang mempunyai tanggung jawab untuk mewujudkan amanah Agenda Pembangunan Nasional (Nawa Cita) yaitu pada Cita ke-5 yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia melalui pembangunan

bidang pengendalian penduduk dan keluarga berencana. Yang diwujudkan dalam program kependudukan, keluarga berencana dan pembangunan keluarga (KKBPK). Dengan titik prioritas adalah pengendalian kuantitas penduduk dan peningkatan kualitas penduduk untuk mewujudkan keluarga berkualitas. Komitmen tersebut dituangkan pada penyusunan rencana kerja pemerintah (RKP) tahun 2017, yaitu peningkatan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi, pelayanan keluarga berencana berkualitas, advokasi dan komunikasi informasi dan edukasi KKBPK, pembinaan remaja, pembangunan keluarga, regulasi (kelembagaan serta data dan informasi), dengan 5 kegiatan prioritas yang merupakan bentuk tanggung jawab BKKBN yang tercantum dalam Strategi Pembangunan Nasional 2015-2019, yaitu berperan serta dalam upaya mensukseskan dimensi pembangunan kesehatan serta mental/ karakter.

**Prioritas Program Kesehatan KB Dan Kesehatan Keluarga (KKBPK) Adalah:**

1. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan keluarga berencana melalui peningkatan pemakaian kontrasepsi modern, penurunan angka *unmet need*, menurunkan angka *drop out* KB, peningkatan metode kontrasepsi jangka Panjang (MKJP) dan meningkatkan standarisasi pelayanan kontrasepsi oleh fasilitas pelayanan keluarga berencana
2. Penguatan advokasi dan KIE tentang KKBPK
3. Peningkatan pemahaman serta kesadaran remaja tentang kesehatan reproduksinya untuk kesiapan kehidupan berumah tangga.
4. Peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga melalui pembinaan kelestarian.
5. Penguatan Landasan hukum untuk optimalisasi pelaksanaan pembangunan kependudukan dan keluarga berencana (KKB).
5. Penguatan data dan informasi kependudukan, keluarga berencana dan keluarga sejahtera.

## KB di Era Desentralisasi

Gambaran Beberapa Indikator Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana di Negara-Negara ASEAN

| Negara            | TFR (2010-2015) | MMR (2013) | ASFR 15-19 (2010-2015) | CPR (All Methods, 2012) | % Unmet Need KB (2010-2013)* |
|-------------------|-----------------|------------|------------------------|-------------------------|------------------------------|
| Brunei Darussalam | 2.0             | 27         | 23.0                   | N/A                     | N/A                          |
| Cambodia          | 2.9             | 170        | 44.3                   | 79*                     | 8                            |
| Indonesia         | 2.3             | 305**      | 48.3                   | 61.9                    | 13                           |
| Lao PDR           | 3.0             | 220        | 65.0                   | 49.8                    | 27                           |
| Malaysia          | 2.0             | 29         | 5.7                    | N/A                     | N/A                          |
| Myanmar           | 2.0             | 200        | 12.1                   | N/A                     | N/A                          |
| Philippines       | 3.1             | 120        | 46.8                   | 49*                     | 22                           |
| Singapore         | 1.3             | 6          | 6.0                    | N/A                     | N/A                          |
| Thailand          | 1.4             | 26         | 41.0                   | 79.3                    | 3                            |
| Timor Leste       | 5.9             | 270        | 52.2                   | 22*                     | 32                           |
| Vietnam           | 1.8             | 49         | 29.0                   | 78*                     | 4                            |

Sumber: UNESCAP, 2016: Statistical Year Book 2015, Facts and Trends at the Outset of the 2030 Development Agenda

Pada tabel di atas menunjukkan pencapaian indikator kesehatan reproduksi dan keluarga berencana di Indonesia. Dapat dibandingkan situasi kependudukan, Kesehatan ibu dan keluarga berencana di Indonesia dan negara-negara tetangga ASEAN. Bercermin pada hasil tersebut pemerintah mengambil kebijakan untuk mencanangkan revitalisasi program KB nasional. Pada revitalisasi tersebut peran serta masyarakat madani tetap menjadi prioritas. Karena tanpa dukungan dan peran serta masyarakat madani, maka target yang sudah disusun sulit dicapai.

Undang-undang No. 32 Tahun 2004 memberikan wewenang kepada pemerintah kabupaten/ kota untuk menentukan sendiri prioritas pembangunan sesuai dengan kebutuhan dan aspirasi daerah. Konsekuensi tersebut berdampak pada pengurangan jumlah petugas lapangan KB (PLKB), yang berdampak pada melemahnya mekanisme di lapangan. Akibatnya ada kecenderungan stagnan pada pelayanan keluarga berencana. Berbagai upaya dilakukan untuk meningkatkan dukungan dari pemegang kebijakan dari lintas sektor di tingkat level pemerintahan mulai dari tingkat provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, kelurahan/desa. Program KB menjadi isu bersama, menuju tingkat kesejahteraan dan Kesehatan masyarakat ke arah yang lebih baik.

Dukungan peran serta lintas sektorat ditingkat desa selama era desentralisasi seperti kepala desa, badan pertimbangan desa, perangkat desa, tokoh agama, tokoh masyarakat, PKK, karang taruna, petugas Kesehatan/bidan dinilai mampu mempercepat pencapaian program KB.

### **Hak Reproduksi**

Paradigma internasional yang bergerak di bidang kesehatan reproduksi, menyatakan bahwa menjadi akseptor keluarga berencana adalah suatu hak azasi bagi perempuan dan bukan sebuah paksaan. Di era sentralisasi perempuan cenderung menjadi objek dari program keluarga berencana. Hukum internasional *Convention on the Elimination of All From Of Discrimination Against (CEDAW)* dan Undang-Undang No.7 tahun 1984 menyatakan bahwa perempuan mempunyai hak untuk perlindungan kesehatan, keselamatan kerja termasuk fungsi reproduksi dan negara berupaya semaksimal mungkin untuk menghapuskan diskriminasi terhadap perempuan termasuk dalam peraturan tentang program Keluarga Berencana .

Pada *Conference on Population and Development (ICPD)* tahun 1994 di Kairo, *The international Conference on Population and Development (ICPD)* menyatakan bahwa penggunaan alat kontrasepsi merupakan bagian dari hak-hak reproduksi bersifat yang universal. Memfasilitasi pemenuhan hak reproduksi sebagai pewujudan perlindungan bagi setiap individu, yang pada akhirnya dapat memperoleh hak-hak lainnya tanpa adanya diskriminasi. Idealnya perlakuan hak reproduksi harus sama antara perempuan dan laki-laki dewasa tanpa diskriminasi. Azas yang tidak memberikan perlakuan yang berbeda. Dalam hal ini yang berhubungan dengan warga negara atas dasar perbedaan gender, agama, golongan, suku, ras serta adanya jaminan perlindungan dan memuliakan hak azasi manusia pada umunya serta hak sebagai warna negara pada khususnya adalah bentuk azas non diskriminasi.

Pertimbangan tanggung jawab dari segi agama, norma budaya, etika, serta segi kesehatan harus menjadi dasar dalam penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi. Pada penerapan di lapangan masih ditemukan ketimpangan di masyarakat mengenai status perempuan dan pria, yang dampaknya terlihat pada tidak terpenuhinya hak reproduksi perempuan. Karena kodratnya perempuan adalah pihak yang mengandung anaknya, maka perempuanlah yang menjadi sentral target sasaran pengguna alat kontrasepsi, bukan pria. Jumlah akseptor keluarga berencana masih didominasi oleh perempuan. Dalam proses kehamilan, persalinan hingga nifas, alat reproduksi perempuan secara fisiologi mengalami perubahan yang signifikan. Butuh waktu yang lama melalui proses tersebut, ditambah proses menyusui dan membesarkan anak yang menjadi tanggung jawab perempuan. Seyogyanya secara bijak suami/ pria mengambil tanggung jawab untuk menjadi akseptor keluarga berencana, mendukung hak reproduksi perempuannya, karena tidak jarang alat kontrasepsi yang dipilih perempuan memiliki efek samping yang pastinya mempengaruhi keberlangsungan alat reproduksi dan psikologinya. Selama ini partisipasi yang diperankan oleh kaum pria dalam program keluarga berencana relatif rendah jika dibandingkan perempuan. Idealnya suami dan istri memiliki komitmen bersama dalam pemenuhan hak-hak reproduksinya. Budaya yang berkembang di masyarakat terutama praktek patriakal, seakan memaksa perempuan memilih keputusan yang sulit dalam komitmen untuk membatasi jumlah kelahiran anaknya. Menurut perkiraan, sekitar 30 juta perempuan Indonesia usia reproduksi menggunakan metode kontrasepsi dan merupakan hampir 90% dari keseluruhan pengguna kontrasepsi.

Untuk mewujudkan pelayanan keluarga berencana yang berorientasi pada perempuan, maka harus mampu memfasilitasi kriteria-kriteria sebagai berikut:

1. Konseling keluarga berencana yang memberikan kebebasan kepada calon akseptor untuk mengambil

keputusan alat kontrasepsi yang paling sesuai dengan kebutuhan reproduksinya;

2. Memberikan jaminan akses kelengkapan informasi untuk jenis-jenis alat kontrasepsi yang tersedia, efektifitas, cara kerja dan efek samping yang akan dirasakan setelah menggunakan alat kontrasepsi tersebut dan secara mandiri mampu mengatasi keluhan-keluhan akibat efek samping pasca pemakaian.
3. Penjaminan keamanan bagi klien yang membutuhkan pelayanan keluarga berencana, dengan menyediakan tenaga kesehatan yang berkompeten dan tersertifikasi, yang mampu melakukan penapisan calon akseptor dengan kontraindikasi absolut mampu relatif.
4. Pelayanan keluarga berencana yang diberikan harus mampu memberikan kepuasan kepada akseptor dengan menjaga privasi dan keberlangsungan penggunaan alat kontrasepsi (Nurhayati. 2013)

### **Partisipasi Pria dalam Ber-KB**

Hasil survey SDKI tahun 2017, jumlah akseptor keluarga berencana pria adalah sebesar 2,5%. Angka tersebut masih dibawah target jumlah peserta keluarga berencana pria yang diamanahkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) pada tahun 2004–2009, yaitu sebesar 4,5%. Masih rendahnya tingkat partisipasi pria dalam ber-KB, belum beragamnya ketersediaan alat kontrasepsi bagi pria serta masih kentalnya budaya patriarki yang dianut sebagian besar masyarakat Indonesia. Falsafah yang berkembang dimasyarakat bahwa sebagai kepala keluarga memberikan keluasaan bagi pria/ suami untuk memberikan tanggung jawab menggunakan alat kontrasepsi kepada istrinya. Kurangnya promosi, dan sosialisasi alat kontrasepsi pria di masyarakat yang dilakukan oleh petugas keluarga berencana serta rendahnya dukungan pemuka agama, tokoh masyarakat dan pihak pengambil kebijakan baik dari tingkat desa/ kelurahan maupun pemerintah ditingkat yang lebih tinggi

dinilai turun melengkapi rendahnya pencapaian partisipasi pria dalam keluarga berencana (Raidanti, 2021). Seiring dengan visi BKKBN bahwa semua ikut ber-KB, harus disikapi dengan bijak, bahwa tingkat keberhasilan program keluarga berencana membutuhkan aselerasi keterlibatan dan peran aktif yang berkesinambungan dari pasangan suami istri. Suami mesti berbagi peran dalam keberlangsungan keluarganya, istri mengambil peran sebagai pihak yang menyiapkan alat reproduksinya untuk menerima kehamilannya, mengandung anak selama 9 bulan, melahirkan dan memberikan ASI hingga 2 tahun. Sudah selayaknya tanggung jawab sebagai akseptor keluarga berencana diambil alih oleh pihak suami, sehingga mampu memaksimalkan secara bersama-sama tanggung jawab mengasuh dan memberikan pendidikan terbaik untuk anak-anaknya. Pada akhirnya akan memunculkan generasi unggul baik iptek dan iptak. Sehingga paradigma keluarga berkualitas dapat segera terwujud. Partisipasi suami menjadi salah satu pilar dalam kesuksesan program kesehatan reproduksi. Tanggung jawab bersama antara pria dan perempuan menjadi menjadi salah satu kunci keberhasilan program keluarga berencana. Pemilihan metode dan alat kontrasepsi serta siapa yang mengambil tanggung jawab sebagai akseptor keluarga berencana dengan tetap menjunjung hak reproduksi masing-masing pasangan menjadi jaminan keberlangsungan sebagai akseptor keluarga berencana (Mutiara, 2010).

Bentuk partisipasi pria dalam keluarga berencana antara lain:

1. Peningkatan kesetaraan dan peran serta pria dalam keluarga berencana;
2. Mengembangkan pelayanan keluarga berencana dengan mendekatkan pelayanan,
3. Peningkatan kualitas kegiatan promosi dan konseling keluarga berencana;
4. Peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku remaja mengenal kesetaraan dan keadilan gender.

## Daftar Pustaka

- Afidah NN. (2019). Kampung KB Sebagai Upaya Merubah Paradigma Banyak Anak Banyak Rejeki". *Proc Univ Pamulang*. 1(2), 94.  
<https://jurnal.umj.ac.id/index.php/SAMASTA/article/view/7226/4454>
- Anjani AD. (2017). Pengaruh Pemberian Informasi Terhadap Pengetahuan Ibu Multiparitas Tentang Implan. *J Kebidanan*. 3(1), 39-42.  
<http://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/kebidanan/article/viewFile/602/536>
- Azza, A. (2012). Paradigma Baru Kesehatan Reproduksi: Partisipasi Laki-laki dalam Pandangan Ulama. <http://digilib.unmuhjembar.ac.id/files/disk1/3/umj-1x-awatifulaz-107-1-awatiful-i.pdf>
- Bawing P, Wilopo SA, Padmawati RS. Analisis pelaksanaan kebijakan program keluarga
- Carlock S. R, Ward JL. (2010). *When Family Businesses Are Best. The Parallel Planning Process for Family Harmony and Business*.
- Eddy WS., Hasma, E., Nababan, FTADS., S. (2016). Akses terhadap Informasi dan Layanan Kontrasepsi dalam Rancangan KUHP. Yayasan Cipta Cara Padu. UNFPA. IFPPD.
- Fauzi A. (2017). Keluarga Berencana Perspektif Islam Dalam Bingkai Keindonesiaan. *Keilmuan dan Teknol*. 3(1), 92-108.
- Irfan, A. (2017). Aspek Kelembagaan dan Komitmen Politik Program Keluarga Berencana Era Desentralisasi di kabupaten Tegal. *Jurnal Sosfilkom*. 11(1), 15-21.
- Hardianto A. (2014). Studi Deskriptif Tentang Perubahan Paradigma Sosialisasi Program Keluarga Berencana Berkelanjutan Di Kabupaten Bojonegoro. *Kebijak dan Manaj Publik*. 2(1):1-7.
- Harmadi, SHBH. (2011). Program Keluarga Berencana di Era Otonomi Daerah. *Jurnal Warta Demografi*, 42(4), 8-18.

- Hidayat MN. (2018). Strategi Implementasi Program Keluarga Berencana dalam Menekan Angka Fertilitas (Studi Akseptor KB Desa Bandung, Diwek, Jombang). *J Pendidik Geogr.* 9251(2), 107-112.
- Imronah. (2009). Implementasi program keluarga berencana di era otonomi daerah. *Gema Eksos; J Ekon dan Ilmu Sos.* 4(2), 937-950.
- Kepala Badan Dan Kependudukan Berencana Keluarga. Peraturan Kepala Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 199 Tahun 2016 Tentang Rencana Strategis Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional Tahun 2015-2019. *Kepala Badan Dan Kependud Berencana Kel.* Published online 2019.
- Louisa, M., Rengga, A, dan Subowo, A. (2014). Evaluasi Program Keluarga berencana dan Kesehatan Reproduksi tentang Kasis Peran Serta Pria di Kecamatan Semarang Barat. <https://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jppmr/article/view/5097/4903>
- Masruroh L, Anjarwati. (2004). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keikutsertaan Ibu Menjadi Akseptor KB Suntik Depo Medroxy Progesterone Asetat (DMPA) di BPS UMM Hani Bantul Yogyakarta. Published online 2017.
- Millah S, Mulyana T, Idris U. (2004). Tinjauan filsafat keluarga berencana (kb). Published online. 1-5.
- Munandar B. (2017). Peran Informasi Keluarga Berencana Pada Persepsi Dalam Praktik Keluarga Berencana. *J Swarnabhumi.* 2(1):50-51.
- Mustopa A, Wildah SK, Wijaya G, Gata W, Agustiani S. (2020). Pengaruh Media Terhadap Pengambilan Keputusan Dalam Menjalankan Program Keluarga Berencana Dengan Algoritma Decision Tree. *Paradig - J Komput dan Inform.* 22(2), 145-152. doi:10.31294/p.v22i2.8141

- Nurhayati NA, Widanti A. (2013). Ketentuan Tentang Keluarga Berencana Dan Asas Nondiskriminasi Dikaitkan Dengan Hak Reproduksi Perempuan. *J Ilmu Keperawatan*. 1(1), 25-33.
- Nwanna GI. (2004). Natural Disasters and other emergencies, what you should know: a family planning & survival guide. Published online.302.
- Panu, M. (2009). Contextualizing Family Planning. Truth, Subject, and the other in the U.S. Government
- Poston DL, Lee CF, Chang CF, McKibben SL, Walther CS. (2005). Fertility, family planning and population policy in China. *Fertil Fam Plan Popul Policy China*. Published online. 1-196. doi:10.4324/9780203356449. Palgrave Macmillan. New York
- Purwaningsih SS. (2016). Desentralisasi Program Keluarga Berencana: Tantangan dan persoalan Kasus Provinsi Kalimantan Barat. *J Kependud Indones*. 7(2):109-125.  
<http://ejurnal.kependudukan.lipi.go.id/index.php/jki/article/download/28/22>.
- Raidanti, D., Wahidin, Rahayu, S. (2021). Akseptor Pria dalam keluarga berencana. Cetakan pertama. Yayasan Barcode; Makasar. Indonesia
- Rerung, R. R., Fauzan, M., & Hermawan, H. (2020). Website Quality Measurement of Higher Education Services Institution Region IV Using Webqual 4.0 Method. *International Journal of Advances in Data and Information Systems*, 1(2), 89-102.
- Risnah dan Irwan, M. (2011). E-Book. Falsafah dan teori keperawatan dalam Integrasi keilmuan. Perpustakaan Fakultas kedokteran dan Ilmu Kesehatan UINAM
- Rizal M. (2016). Implementasi Kebijakan Program Keluarga Berencana (KB) di Kabupaten Kampar (Studi Kasus Partisipasi KB Pria Di Kecamatan Kampar Kiri Hilir). *Jom Fisip*. 3(2), 1-11.

- Stewart, D. & Simmons, M. (2010). *The Business Playground: Where Creativity and Commerce Collide*. Berkeley, AS: New Riders Press.
- UU RI No 52 tahun (2009) tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan
- UU RI No 36 tahun (2009) tentang kesehatan UU RI No.7/1984 Tentang Pengesahan Konvensi Mengenai Penghapusan Segala Bentuk Diskriminasi Terhadap Wanita(Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women)
- UU RI No 39 tahun (1999) tentang Hak Asasi Manusia
- UNFPA. (2016). Buku Akses Terhadap Informasi dan Layanan Kontrasepsi dalam Rancangan KUHP. Published online.
- Wahyuni, NPS., Suryani, N dan K Murdani. (2013). Hubungan Pengetahuan dan Sikap Akseptor Pria tentang Vasektomi serta Dukungan Keluarga dengan Partisipasi Pria dalam Vasektomi di Kecamatan DI, Kabupaten T. J urnal Magister Kedokteran Keluarga J urnal Magister Kedokteran Keluarga. *J Magister Kedokt Kel.* 1(1), 80-91.
- Weinreb A. (2013). *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design.* 67(1). doi:10.1080/00324728.2013.807018
- Yuniawati, E. (2012). Peran Suami dalam pengambilan keputusan Pemilihan Metode Kontrasepsi di Poliklinik kebidanaan RSUD Panembahan Senopati Bantul.Skripsi pada Prodi Ilmu Keperawatan STIK Jendral Achmad Yani. Yogyakarta.
- Yulizawati, Iryani, D, El Sinta, L dan Insani, AA. (2019). *Asuhan Keluarga Berencana*. Indomedia Pustaka
- Zulala NN, et al. (2018). Modul Pelayanan Keluarga Berencana. Published online. 1-766.

## **Profil Penulis**



### **Wita Asmalinda**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan mendorong penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Depkes Palembang dilanjutkan PPB Depkes Palembang dan lulus pada tahun 1992. Selama 3 Tahun mengabdikan sebagai Bidan Desa dilanjutkan bekerja di Puskesmas lebih kurang 23 tahun di Ruang KIA-KB. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke jenjang D3 dan D4 Pendidik dan berhasil menyelesaikan studi pada tahun 2011. Penulis menyelesaikan studi S2 di Fakultas kedokteran Prodi Biomedik BKU Fisiologi Kedokteran Universitas Sriwijaya Palembang pada tahun 2014. Pada Tahun 2017 penulis pindah kerja ke Poltekkes Palembang sebagai dosen di Jurusan kebidanan. Penulis memiliki kepakaran dibidang Fisiologi. Untuk meningkatkan karir dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dan pengabdian masyarakat dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh dana DIPA Kemeterian Kesehatan/ Alhamdulillah selama 5 tahun sebagai dosen, penulis telah mempublikasikan 15 hasil penelitian yang semuanya di Jurnal Nasional terindeks Kemendikbuddikti dan 1 terindeks Scopus. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku diantaranya Book Chapter Nifas Sebuah Periode Transisi (2022), Bahan Ajar Patofisiologi (2022). Penulis juga aktif di organisasi profesi bidan, saat ini penulis diamanahkan sebagai ketua PR IBI Poltekkes Palembang.

Email Penulis: [wita@poltekkespalembang.ac.id](mailto:wita@poltekkespalembang.ac.id)

## PROGRAM DAN PELAYANAN KELUARGA BERENCANA

**Lutvia Dwi Rofika, SST., M.Kes.**  
STIKES BANYUWANGI

### **Analisa Situasi Program Keluarga Berencana**

Pada tahun 2000 Indonesia menjadi salah satu negara yang mengikuti deklarasi milleneum (*Milleneum Development Goals* atau MDGs) yang di adakan oleh Perserikatan Bangsa Bangsa (PBB), dengan target utaanya yaitu tercapainya kesejahteraan rakyat dan pembangunan masyarakat pada tahun 2015. Indonesia menjadi salah satu negara yang gagal dalam mencapai target MDGs pada 2015, dimana dalam tujuan MDGs target Angka kematian Ibu adalah 102 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2015, sedangkan pada tahun 2015 bedasarkan hasil SDKI tahun 2012 AKI di Indonesia masih pada angka 305 per 100.000 kelahiran hidup. Untuk mencapai target AKI 102 per 100.000 kelahiran hidup Indonesia melanjutkan kan program MDGsyang di kenal dengan SDGs. Salah satu strategi yang ditempuh pemerintah indonesia untuk mencapai tersebut adalah dengan melaksanakan penguatan program KB untuk mencegah kehamilan tidak diinginkan dan kehamilan berisiko dengan harapan dapat mempercepat penurunan AKI. Program keluarga berencana merupakan suatu program yang membatasi jumlah anak yang lahir dari suatu keluarga dengan tujuan agar kehidupan yang ada dalam keluarga tersebut berkualitas, bahagia dan sejahtera. Berbicara tentang program KB maka akan selalu terkait dengan pelayanan Keluarga berencana. Dimana Pelayanan KB diartikan

dengan salah satu bentuk upaya kesehatan promotif dan preventif perorangan.

Program Keluarga Berencana (KB) dimulai sejak tahun 1968 dengan ditandai berdirinya Lembaga Keluarga Berencana Nasional atau LKBN yang kemudian pada tahun 1970 diubah menjadi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional atau BKKBN dengan tujuan dapat mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera. Tujuan tersebut juga sejalan dengan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009, Bab I Pasal 1 Ayat 8 Ketentuan Umum tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga dan sampai saat ini program keluarga berencana telah menunjukkan keberhasilan yang tinggi dalam hal pemakaian kontrasepsi, menurunkan angka kelahiran, dan mencegah kematian maternal. Pada tahun 2019, sasaran dan capaian nasional pembangunan bidang Kependudukan dan Keluarga Berencana dengan lima indikator utama adalah sebagai berikut: *Pertama*, *Total Fertility Rate* (TFR) target 2,24 tercapai 2,45 atau 93,1% *Kedua*, *Contraceptive Prevalence Rate* (CPR) target 61,3 tercapai 54,97 atau 89,7% *Ketiga*, Tingkat Putus Pakai Kontrasepsi (*Drop Out*) target 24,6 tercapai 29,0 atau 84,48% *Keempat*, Penggunaan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) target 23,5 tercapai 24,6 atau 104,7% *Kelima*, *Unmet Need* atau kebutuhan KB yang tidak terpenuhi target 9,91 tercapai 12,1 atau 81,9%. Dari data tersebut nampaknya program KB yang di canangkan pemerintah belum mencapai hasil yang menggembirakan. Hal ini dikarenakan hanya 1 dari 5 indikator yang capaiannya lebih dari 100%, selebihnya masih membutuhkan kerja keras untuk mencapai target. Sementara di tahun 2020, BKKBN telah menargetkan TFR sebesar 2,26, CPR 61,78 dan *Unmet Need* 8,60. Selebihnya, *Age Spesific Fertility Rate* (ASFR 15-19) 25, Indeks Pembangunan Keluarga 53,50 dan Median Usia Kawin Pertama Perempuan (MUKP) 21,9.

Berdasarkan sensus penduduk tahun 2020 laju pertumbuhan penduduk di Indonesia pada angka 1,49 persen, walaupun masih dalam kategori sedang jika

dibiarkan akan menjadi ledakan penduduk yang tidak dapat dikendalikan. Laju pertumbuhan penduduk yang cepat tanpa diimbangi dengan adanya pertumbuhan ekonomi yang memadai akan menyebabkan masalah kependudukan diberbagai bidang terutama pada strategi pembangunan berkelanjutan yang pada akhirnya akan mengancam ketahanan nasional seperti angka pengangguran yang semakin tinggi, menurunnya mutu modal manusia. Sehingga pemerintah berupaya mencanangkan dan mengembangkan berbagai kebijakan dan strategi untuk mengatasi kemungkinan permasalahan kependudukan. Salah satu strategi dan kebijakan yang pemerintah laksanakan hingga saat ini untuk mengatasi laju pertumbuhan penduduk yang semakin tinggi adalah dengan mengeluarkan kebijakan tentang program dan pelayanan keluarga berencana skala nasional dengan program-program yang terus berkembang mulai dari bangsa kencana, genre dan lainnya. Hal ini menjadi perhatian karena, program dan pelayanan KB merupakan investasi penting dalam meningkatkan kualitas SDM Indonesia, guna mendukung komitmen pemerintah SDM Unggul Indonesia Maju.

### **Hambatan dan Tantangan Proram serta Pelayanan KB**

Dalam pelaksanaannya program dan pelayanan KB menghadapi berbagai tantangan dan hambatan, dimana tantangan dan hambatan tersebut meliputi:

1. Mitos dan Kepercayaan tentang KB, Fertilitas dan Resiko KB terhadap Kesehatan

Mitos dan kepercayaan tentang KB yang berkembang dimasyarakat masih banyak yang tidak benar. program KB dianggap menjadi penyebab kemandulan seseorang dan menyalahi ketentuan Tuhan. Hal ini pastinya akan berpengaruh terhadap permintaan KB di masyarakat. Hal lain yang menjadi hambatan adalah beberapa tenaga kesehatan juga kurang meyakini manfaat dari penggunaan kontrasepsi terhadap kesehatan ibu dan anak sehingga pemerintah perlu berupaya lebih keras untuk meningkatkan berbagai koordinasi untuk

menyampaikan informasi dan pesan terkait manfaat dari mengikuti program KB dan berpartisipasi dalam pelayanan kontrasepsi.

2. Integrasi pelayanan KB dengan pelayanan Kesehatan reproduksi

Perlu adanya kerjasama dengan berbagai pihak baik lintas sektor ataupun lintas program karena program KB merupakan pondasi utama kesehatan reproduksi terutama untuk keberlangsungan sebuah keluarga yang berkualitas.

3. Kompetensi tenaga Kesehatan

Kompetensi tenaga kesehatan merupakan tantangan terbesar pemerintah dalam upaya meningkatkan permintaan KB. Dengan adanya tenaga kesehatan yang kompeten maka pelayanan kontrasepsi yang diberikan akan bermutu dan berkualitas sehingga masyarakat merasa aman dan nyaman dan menggunakan kontrasepsi. Pelatihan tenaga kesehatan perlu selalu dilaksanakan walaupun Saat ini, Efektivitas pelatihan tenaga kesehatan dalam pelayanan KB terhambat dengan pemberlakuan protokol Kesehatan dalam era Pandemi COVID-19.

4. Dukungan Pemangku kepentingan

Dukungan pemangku kepentingan daerah sangat berpengaruh terhadap keberhasilan program KB sehingga pemerintah juga perlu memperhatikan kontribusi pemangku kepentingan dalam keberhasilan program KB baik itu dilaksanakan secara langsung ataupun tidak langsung.

5. Konseling layanan pilihan kontrasepsi

Konseling layanan kontrasepsi bertujuan untuk mempermudah pengguna atau pemakai kontrasepsi dalam memilih kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi tubuh masing-masing pengguna. Sayangnya metode konseling yang ada saat ini belum sepenuhnya dilaksanakan sesuai dengan standar yang ada

sehingga banyak informasi atau edukasi yang tidak tersampaikan dengan baik an benar.

#### 6. Jangkauan pelayanan KB

keterjangkauan pelayanan KB dan Kontrasepsi terutama di luar Daerah Jawa – Bali masih mempunyai banyak tantangan dan hambatan. Diduga faktor sosial, budaya, dan ekonomi mempunyai pengaruh terhadap keterjangkauan pelayanan KB. Berdasarkan data yang ada menunjukkan stagnasi penggunaan kontrasepsi dan pemenuhan kebutuhan KB dalam dua dekade terakhir di Indonesi. Data lain juga menunjukkan tingkat penggunaan kontrasepsi dan kebutuhan KB yang tidak terpenuhi (unmet need) di tingkat kabupaten/kota sangat bervariasi hal ini mengartikan bahwasanya masih terdapat disparitas diberbagai wilayah dalam pelaksanaan program KB sehingga menyebabkan masih terdapat kelompok masyarakat yang tidak mendapatkan hak mereka dalam ber-KB. Oleh karena itu, dibutuhkan tingkat komitmen yang bervariasi antar kabupaten/kota terutama yang berkaitan dengan ketersediaan kontrasepsi dan pelayanan KB serta kemudahan aksesibilitasnya.

### **Kebijakan dan Strategi Program Keluarga Berencana**

#### 1. Dasar Hukum

Kebijakan KB mengacu pada dasar hukum yang tertuang pada Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 78 yang menyatakan program pelayanan KB mengatur kehamilan pasangan usia subur untuk membangun generasi penerus yang sehat dan cerdas. Oleh karena itu pemerintah mempunyai tanggung jawab penuh terhadap penyediaan pelayanan dan alat serta obat kontrasepsi yang aman dan bermutu sesuai standart kode etik profesi dan sepenuhnya dapat dijangkau oleh masyarakat secara bertahap atau secara berkelanjutan. Selait itu, penyelenggaraan pelayanan KB dijelaskan melalui Permenkes Nomor 97 tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum

Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Masa Sesudah Melahirkan, Peyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual. Dan terkait pembiayaan dijelaskan melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional Lebih lanjut Dasar Hukum kebijakan KB, mengacu juga kepada Undang-Undang RI Nomor 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga pasal 20 menyebutkan pemerintah menetapkan kebijakan KB melalui penyelenggaraan program KB untuk mewujudkan keluarga berkualitas. Berdasarkan berbagai kebijakan tersebut, program keluarga berencana dapat di susus untuk tujuan :

- a. Mengatur kehamilan yang diinginkan
- b. Menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak
- c. Meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan konseling, pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi
- d. Meningkatkan partisipasi dan kesertaan pria dalam praktek keluarga berencana; dan
- e. Mempromosikan penyusuan bayi sebagai upaya untuk menjarangkan jarak kehamilan

### **Tujuan Program KB**

Salah satu indikator kesehatan suatu bangsa dapat dilihat dari jumlah Penurunan angka kematian ibu, adanya peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak, serta keluarga. Menurut WHO, program KB merupakan salah satu intervensi untuk menurunkan angka kematian maternal (ibu). Berdasarkan penelitian, angka CPR Global masih tinggi yaitu sebesar 64,2% pada tahun 2012. Dengan adanya program KB yang dilaksanakan secara maksimal diasumsikan dapat menurunkan jumlah AKI sebesar 44%. Analisa lain juga menunjukkan apabila seluruh kebutuhan kontrasepsi modern terpenuhi 100%,

maka dapat menurunkan jumlah kehamilan tak direncanakan sebesar 70%, jumlah aborsi tidak aman sebesar 74%, jumlah kematian ibu sebesar 24% dan jumlah kematian bayi sebesar 18%. Program KB dikembangkan untuk meningkatkan kesehatan ibu, anak, dan keluarga melalui dua tujuan antara lain:

1. Menurunkan kelahiran menuju keseimbangan antara penduduk, pembangunan, dan lingkungan.
2. Menurunkan kehamilan risiko tinggi dengan cara mencegah kehamilan tidak diinginkan dan menghindari kehamilan '4 terlalu' (Terlalu muda, Terlalu tua, Terlalu dekat, dan Terlalu banyak) serta kehamilan dengan masalah kesehatan.

Kematian maternal memang tidak hanya terjadi pada saat kehamilan akan tetapi dengan adanya program KB dengan memperhatikan tujuan KB maka diharapkan dapat menurunkan kehamilan resiko tinggi yang akan berimplikasi pada resiko kematian maternal. Program tidak berarti melarang seorang wanita untuk hamil akan tetapi lebih pada mengatur jarak kehamilan, jumlah anak yang diinginkan dan menyesuaikan kesiapan fisik mental dan sosial keluarga atau pasangan. Kehamilan yang tidak diinginkan beresiko pada kehamilan tidak sehat dan aman dan resiko bayi lahir dalam kondisi yang tidak sehat serta mengakibatkan munculnya pengalaman kehamilan yang negatif sehingga meningkatkan konsekuensi kesakitan dan kematian maternal. Kehamilan terlalu muda (usia ibu 15-19 tahun), terlalu tua (usia 35-49 tahun), terlalu dekat (jarak dengan kelahiran sebelumnya kurang dari 2 tahun, dan terlalu banyak (paritas 3 atau lebih) berisiko tinggi bagi ibu dan anak mengalami kesakitan dan kematian. Begitu juga dengan kehamilan pada ibu yang mempunyai permasalahan Kesehatan yang akan sangat berisiko terjadinya komplikasi pada saat hamil, bersalin dan nifas.

### **Indikator dan Target Program KB**

Indikator dan target program KB yang terdapat di RPJMN tahun 2020-2024 untuk mencapai tujuan tersebut diantaranya dapat dilihat pada tabel berikut.

| PROGRAM PRIORITAS<br>(PP)/ KEGIATAN<br>PRIORITAS (KP)/<br>PROYEK PRIORITAS<br>(PROP)   | INDIKATOR                                                                                                                     | TARGET |       |       |       |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|
|                                                                                        |                                                                                                                               | 2020   | 2021  | 2022  | 2023  | 2024  |
| PP: Peningkatan Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan                                     | Angka prevalensi kontrasepsi modern/<br><i>modern Contraceptive Prevalence Rate (mCPR)</i>                                    | 61,78  | 62,61 | 62,54 | 62,92 | 63,41 |
|                                                                                        | Persentase kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi ( <i>unmet need</i> )                                                        | 8,60   | 8,30  | 8,00  | 7,70  | 7,40  |
|                                                                                        | Angka kelahiran remaja umur 15-19 tahun/ <i>Age Specific Fertility Rate (ASFR 15-19)</i> (kelahiran hidup per 1000 perempuan) | 25,0   | 24,0  | 21,0  | 20,0  | 18,0  |
| KP: Peningkatan kesehatan Ibu, anak, keluarga berencana (KB), dan kesehatan reproduksi | Persentase peserta KB aktif Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) (persen)                                                 | 25,11  | 25,93 | 26,75 | 27,57 | 28,39 |
| ProP: Peningkatan pelayanan KB pasca-persalinan                                        | Persentase pelayanan KB pasca-persalinan                                                                                      | 29     | 32    | 35    | 38    | 40    |
| ProP: Peningkatan KB dan Kesehatan Reproduksi                                          | Persentase tingkat putus pakai pemakaian kontrasepsi ( <i>Drop Out/DO</i> )                                                   | 25,79  | 24,50 | 23,10 | 21,59 | 20,00 |
| Pelayanan kesehatan usia reproduksi                                                    | Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan usia reproduksi                                               | 120    | 200   | 320   | 470   | 514   |
| Pembinaan fasilitas kesehatan dalam pelayanan KB                                       | Persentase fasilitas kesehatan (faskes) yang siap melayani KB MKJP                                                            | 38,32  | 46,12 | 53,92 | 61,72 | 69,52 |
| Peningkatan kualitas pelayanan KB                                                      | Indeks Informasi Metode KB ( <i>method information index/MII</i> )                                                            | 77,50  | 79,50 | 81,50 | 83,50 | 85,50 |

## Kebijakan dan Strategi Program KB

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

1. advokasi, komunikasi, informasi, edukasi (KIE) Program Kependudukan, KB dan Pembangunan Keluarga (KKBPK/Bangga Kencana) dan konseling KB dan Kespro;
2. peningkatan kompetensi Penyuluh Keluarga Berencana (PKB) dan Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB), tenaga lini lapangan, dan tenaga kesehatan dalam pelayanan KB;
3. penguatan fasilitas pelayanan kesehatan, jaringan dan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan serta upaya kesehatan bersumber daya masyarakat; dan peningkatan KB pasca persalinan.

Jajaran Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) bertanggung jawab terhadap strategi peningkatan permintaan ber-KB yang dapat dilakukan melalui kegiatan advokasi, komunikasi, informasi dan edukasi kepada kelompok masyarakat pasangan usia subur. Sedangkan jajaran kementerian kesehatan bertanggung jawab terhadap strategi pemenuhan kebutuhan kontrasepsi melalui pelayanan program KB dan kontrasepsi yang berkualitas. BKKBN dan Kementerian kesehatan perlu bekerja sama dan berkoordinasi dalam menyelenggarakan dan menjalankan program KB.

Pelayanan kontrasepsi yang aman dan bermutu perlu memenuhi kriteria berikut:

- a. Perlu diberikan oleh tenaga kesehatan terampil yang memiliki standar kompetensi;
- b. Memberikan layanan konseling informasi tentang manfaat kontrasepsi, kemungkinan gejala samping dan cara mengatasi, dan pilihan kontrasepsi sesuai dengan kebutuhan kesehatan ibu;
- c. Menyediakan kafetaria pilihan kontrasepsi, dan mampu melakukan fasilitasi rujukan efektif ke tingkat layanan yang lebih tinggi sesuai kebutuhan kesehatan ibu.

### **Prinsip Pelaksanaan Pelayanan Keluarga Berencana**

Prinsip pelaksanaan keluarga berencana mengacu pada standart pelayanan dan kepuasan klien dalam mendapatkan haknya untuk ber-KB. Sehingga dalam pelaksanaannya perlu adanya upaya integrasi antara pelayanan kesehatan dasar dan rujukan Pelayanan KB dan kesehatan reproduksi. Adapun prinsip pelaksanaan pelayanan keluarga berencana meliputi:

#### **1. Advokasi**

Tokoh agama, tokoh masyarakat dan mitra KB merupakan pemangku kepentingan yang mempunyai peranan penting dalam kesuksesan pelaksanaan

program KB baik berupa dukungan ataupun pencapaian dari tujuan program KB. Hal ini sesuai dengan tujuan dan pengertian dari advokasi di manapemangku kepentingan merupakan sasaran terpenting dalam melakukan koordinasi, penyampaian informasi, dan pengiriman pesan kepada kelompok sasaran pelayanan KB dalam hal ini adalah masyarakat yang masuk dalam kategori pasangan usia subur. Dengan adanya campur tangan pemangku kepentingan diharapkan masyarakat dapat menyadari pentingnya program KB dan keikutsertaan partisipasi masyarakat di dalamnya. Selain itu sebagai upaya perpanjangan tangan dari koordinasi antara daerah, pusat, BKKBN, Kemenkes, SKPD, dan Dinas Kesehatan. Advokasi yang efektif membutuhkan materi pesan KB yang sesuai dan meyakinkan, dan tenaga terampil yang memahami tentang tujuan dan kebijakan KB.

## 2. Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE)

Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) merupakan kegiatan terencana dan terkoordinasi melalui penyampaian pesan dan informasi pentingnya ber-KB untuk kesehatan kepada sasaran masyarakat terutama pasangan usia subur. Pelaksanaan kegiatan KIE dilakukan di daerah dan lapangan oleh PLKB/PKB bekerjasama dengan SKPD KB dan dinas kesehatan serta mitra terkait, termasuk Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM). PLKB/PKB berperan penting dalam melakukan kegiatan KIE di desa. Kegiatan KIE membutuhkan materi pesan yang sesuai dan meyakinkan, alat peraga, peralatan komunikasi dan informasi, dan tenaga terampil yang memahami tujuan, kebijakan, dan masalah KB.

## 3. Logistik dan Distribusi Alat Kontrasepsi

Saat ini, variasi program jenis alokon telah diatur dalam Peraturan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional nomor 9 tahun 2019 tentang Pemenuhan Kebutuhan Alat dan Obat Kontrasepsi bagi pasangan usia subur dalam pelayanan keluarga

berencana. Ketersediaan alat kontrasepsi yang aman dan bermutu di setiap fasilitas layanan kesehatan harus selalu utamakan dan dianggap penting karena hal ini akan menjadi rujukan utama klien dalam menentukan pilihan alat kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhan klien dan kondisi kesehatannya. Semua fasilitas kesehatan yang sudah teregister dalam sistem informasi dan pelaporan BKKBN mempunyai kewajiban untuk menjamin ketersediaan berbagai alat kontrasepsi termasuk Praktik Mandiri Bidan.

#### 4. Pelayanan Kontrasepsi

Pelayanan kontrasepsi saat ini dilaksanakan secara berkesinambungan yang dimulai dari sebelum pelayanan, pada saat pelayanan dan setelah pelayanan. Hal ini dikarenakan pelayanan kontrasepsi merupakan komponen utama dalam program keluarga berencana sehingga dapat memaksimalkan fungsinya dalam memberikan layanan konseling dan penggunaan kontrasepsi. Pelayanan yang dilakukan secara berkesinambungan tersebut meliputi: pemberian edukasi, informasi dan komunikasi tentang kontrasepsi, pemberian konseling tentang manfaat kontrasepsi, kesesuaian alat kontrasepsi dengan kondisi tubuh, kemungkinan efek samping yang muncul dari berbagai alat kontrasepsi dan cara penanganannya, penapisan kelayakan penggunaan kontrasepsi dan lembar persetujuan tindakan kontrasepsi oleh tenaga kesehatan serta serta alternatif pilihan metode kontrasepsi lainnya. Sedangkan pelayanan Kontrasepsi yaitu setiap tindakan pemberian, pemasangan dan pencabutan kontrasepsi yang dilakukan oleh petugas kesehatan baik itu metode kontrasepsi jangka panjang ataupun metode kontrasepsi jangka pendek. Pelayanan kontrasepsi dapat dilakukan pada: Masa Interval, Pasca Persalinan, Pasca Keguguran dan Pelayanan kontrasepsi darurat. Dan yang terakhir Pasca Pelayanan Kontrasepsi meliputi Pemberian konseling dan Pelayanan medis/rujukan apabila diperlukan setelah dilakukan pelayanan kontrasepsi. Pilihan alat

kontrasepsi terbagi atas metode kontrasepsi jangka panjang yang terdiri dari : metode operatif pria, metode operatif wanita, alat kontrasepsi dalam rahim dan alat kontrasepsi bawah kulit. Sedangkan metode kontrasepsi jangka pendek meliputi: Pil, Suntikan, dan alat/cara kontrasepsi lain.

## **Daftar Pustaka**

- Karmiah. 2017. Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Alat Kontrasepsi KB Pada Pasangan Usia Subur di Puskesmas Tamalanrea Kota Makassar. Kota Makassar. Universitas Hasanuddin. [http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/24364/SKRIPSI%20LENGKAP%20KARMIAH\\_K11110291.pdf?sequence=1](http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/24364/SKRIPSI%20LENGKAP%20KARMIAH_K11110291.pdf?sequence=1). Di akses tanggal 10 Mei 2022
- Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional tahun 2020-2024
- Permenkes Nomor 21 tahun 2021, tentang Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, Dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual
- Peraturan Kepala BKKBN Nomor 10 tahun 2018, tentang penyelenggaraan pelayanan KB Bergerak
- Peraturan Kepala BKKBN Nomor 9 tahun 2019, tentang tentang Pemenuhan Kebutuhan Alat dan Obat Kontrasepsi Bagi Pasangan Usia Subur dalam Pelayanan Keluarga Berencana
- UU Nomor 4 tahun 2019, tentang Kebidanan
- Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana

## **Profil Penulis**



**Lutvia Dwi Rofika**

Ketertarikan penulis terhadap Ilmu Kebidanan di mulai sejak 2006 silam. Hal tersebut yang pada akhirnya membuat penulis untuk fokus pada bidang ilmu Kebidanan. Dimulai sejak tahun 2006 penulis memilih pada Fakultas Ilmu Kesehatan pada Prodi DIV Kebidanan, kemudian Penulis melanjutkan pasca sarjana dan menyelesaikan studi S2 di Prodi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Udayana dengan peminatan KIA-KESPRO dan KB, penulis menyelesaikan pendidikan pasca sarjana paa Januari 2020.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Asuhan Kebidanan Prakonsepsi, Perencanaan Keluarga dan Pelayanan KB. untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dan pengabdian masyarakat sesuai dengan kepakaran penulis. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain itu, penulis memulai menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini serta dapat memberikan kontribusi pada generasi penerus bangsa sehingga bisa memberikan manfaat bagi seluruh rakyat indonesia.

Email Penulis: vede0530@gmail.com

## PELAYANAN KONTRASEPSI DAN METODE KONTRASEPSI

**Indah Christiana, S.ST., M.Kes.**  
STIKES BANYUWANGI

### **Pelayanan Kontrasepsi**

Salah satu cara untuk membantu penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) yang disebabkan karena Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) dan 4 terlalu yaitu terlalu muda, terlalu tua, terlalu banyak dan terlalu dekat adalah dengan program Keluarga Berencana (KB). Program ini bertujuan memenuhi hak reproduksi setiap orang dan membantu merencanakan kehamilan serta mencegah kehamilan tidak diinginkan. Alat kontrasepsi yang digunakan secara tepat juga dapat membantu menurunkan risiko AKI dan AKB, sehingga mutu pelayanan KB dan pemenuhan akses pelayanan kesehatan menjadi prioritas. Pelayanan kontrasepsi adalah tindakan memberikan atau melakukan pemasangan alat kontrasepsi dan tindakan lain (seperti konseling, pencabutan dll) kepada calon dan peserta KB di fasilitas pelayanan KB. Dalam memberikan pelayanan kontrasepsi harus dapat dipertanggungjawabkan secara agama, norma, budaya, etika dan segi kesehatan. Pelayanan KB yang bermutu dan merata terdiri dari promotif dan preventif kesehatan perorangan yang dilakukan dengan menerapkan pendekatan *life cycle* / siklus hidup dan prinsip *continuum of care* menjadi salah satu upaya meningkatkan kesehatan ibu dan anak (KIA). Sasaran dan jenis pelayanan KB (konseling, perencanaan dan pembatasan kehamilan) diberikan sesuai kebutuhan

pada masa remaja, kehamilan, nifas, dan wanita usia subur (WUS) yang tidak hamil. Laki - laki dan perempuan memiliki hak dan kewajiban yang sama dalam melaksanakan KB.

Pelayanan KB yang berkualitas meliputi: (1) Pelayanan yang diberikan harus sesuai dengan kebutuhan klien. (2) Profesional dan sesuai standar dalam memberikan pelayanan. (3) Menjaga privasi dan kerahasiaan klien. (4) Usahakan klien tidak menunggu lama untuk dilayani. (5) Memberikan informasi tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia. (6) Petugas harus menjelaskan tentang kemampuan fasilitas kesehatan dalam melayani berbagai pilihan kontrasepsi. (7) Fasilitas pelayanan harus memenuhi persyaratan yang ditentukan. (8) Fasilitas layanan nyaman bagi klien. (9) Bahan dan alat kontrasepsi tersedia dalam jumlah yang cukup. (10) Terdapat mekanisme pengawasan yang membantu menyelesaikan setiap permasalahan dalam pelayanan. (11) Ada mekanisme umpan balik dari klien.

### **Macam – Macam Metode Kontrasepsi**

#### **1. Metode sederhana**

Tanpa alat (KB Alamiah) yang terdiri dari : Metode kalender, Metode suhu badan basal (*termal*), Metode lendir servik (*billings*), Metode simto termal. Metode Amenorhea Laktasi dan *Coitus interruptus*. Dengan alat: Kondom (Pria dan wanita)

#### **2. Metode modern**

- a. Kontrasepsi hormonal yang terdiri dari : Pil, Suntikan dan Implant / AKBK
- b. *Intra uterine devices* (IUD / AKDR)
- c. Kontrasepsi mantap : Tubektomi dan Vasektomi

## **Metode Kontrasepsi Sederhana**

### **1. Metode Alamiah / Metode Sederhana Tanpa Alat**

#### **a. Metode Kalender**

- 1) Pengertian : Metode kontrasepsi sederhana dimana menghindari hubungan seksual pada saat masa subur /ovulasi seorang wanita.
- 2) Cara Kerja : Tidak melakukan senggama disaat masa subur
- 3) Keuntungan : (1) Dapat mengatur kehamilan. (2) Resiko kesehatan tidak ada (3) Tidak ada efek samping secara sistemik. (4) Tidak membutuhkan biaya.
- 4) Kekurangan : (1) Membutuhkan latihan agar bisa menggunakan dengan benar. (2) Membutuhkan pendampingan tenaga (non-medis) yang sudah terlatih. (3) Selama masa subur harus mampu menghindari hubungan suami istri agar tidak terjadi kehamilan.
- 5) Efektifitas : Angka kegagalan 1-25 kehamilan per 100 wanita selama tahun pertama penggunaan.
- 6) Instruksi / Cara penggunaan : (1) Menentukan siklus menstruasi dengan cara melakukan observasi selama 6 kali siklus. (2) Apabila diketahui siklus menstruasinya teratur masa subur didapatkan pada 14 hari sebelum tanggal menstruasi berikutnya. (3) Apabila siklus menstruasi tidak teratur : Awal masa subur dapat diketahui dengan siklus terpendek dikurangi 18 dan siklus terpanjang dikurangi 11 untuk menentukan akhir masa subur, periode subur dihitung dari subur awal hingga akhir (misalnya hari ke -8 sampai 19 siklus haid).
- 7) Indikasi : (1) Dapat digunakan pada semua wanita usia subur (WUS), semua paritas termasuk wanita nullipara. (2) Tidak mampu

menggunakan metoda kontrasepsi lainnya (3) Bersedia menghindari senggama selama satu minggu lebih setiap siklusnya (4) Bersedia dan termotivasi untuk mengamati, mencatat, dan menginterpretasikan tanda-tanda kesuburan.

- 8) Kontraindikasi : (1) Wanita yang usia, paritas atau kondisi kesehatannya membuat kehamilan menjadi suatu kondisi beresiko tinggi. (2) Wanita yang suaminya tidak mau bekerjasama selama periode tertentu selama siklus haid. (3) Wanita yang tidak suka menyentuh alat kelaminnya.

b. Metode Suhu Basal Badan (THERMAL)

- 1) Definisi : Suatu metode kontrasepsi dimana masa ovulasi ditentukan dengan mengukur suhu tubuh basal. Suhu tubuh basal adalah suhu terendah yang dicapai oleh tubuh ketika istirahat atau tidur atau tidak melakukan aktivitas apapun, biasanya dilakukan pagi hari setelah bangun tidur sebelum melakukan kegiatan apapun.
- 2) Dasar : Pada masa ovulasi akan terjadi peningkatan suhu basal  $0,2 - 0,5^{\circ} \text{C}$  yang dimulai 1 – 2 hari setelah ovulasi, hal ini disebabkan karena terjadinya peningkatan hormon progesteron.
- 3) Efektifitas : Angka kegagalan 15 kehamilan per 100 wanita pertahun. Metode suhu basal lebih efektif jika dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain seperti kondom dan metode kalender.
- 4) Keuntungan : (1) Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran pasangan tentang masa subur, (2) Berada dalam kendali wanita. (3) Dapat digunakan untuk mencegah atau meningkatkan kehamilan. (4) Membantu masa ovulasi bagi wanita yang mengalami siklus haid tidak teratur.

- 5) Kekurangan : (1) Memerlukan motivasi. (2) Haru di ajarkan oleh spesialis keluarga berencana alami. (3) Perubahan suhu tubuh dapat dipengaruhi oleh penyakit, insomnia, stress, alcohol, iklim, dan gangguan saluran pencernaan. (4) Pengukuran suhu tubuh dalam waktu yang sama setiap hari.
- c. Metode Lendir Cervic (Metode Ovulasi Billings / MOB)
- 1) Definisi : Metode kontrasepsi yang menghubungkan pemantauan perubahan yang terdeteksi pada lendir serviks wanita di vulva.
  - 2) Dasar : Perubahan siklus lendir serviks yang terjadi karena perubahan kadar estrogen. Perubahan pola tersebut antara lain :
    - a) Hari - hari kering : setelah darah menstruasi hilang, kebanyakan wanita mengalami 1 sampai beberapa hari tanpa lendir yang terlihat dan area vagina terasa kering.
    - b) Hari - hari subur : adanya lendir yang kental dan lengket sebelum ovulasi. Lendir kental yang basah dan licin mungkin sudah berada di servik
    - c) Hari puncak : hari terakhir lendir terasa licin, melar dan basah.
  - 3) Efektifitas : Tingkat kegagalan 0,4 -39,7 per 100 wanita per tahun
  - 4) Keuntungan : (1) Di bawah kendali wanita. (2) Beri pasangan kesempatan menyentuh tubuhnya. (3) Meningkatkan kesadaran akan perubahan tubuhnya. (4) Estimasi lendir pada masa subur untuk memungkinkan terjadinya kehamilan. (5) Dapat digunakan mencegah kehamilan.

- 5) Kekurangan : (1) Memerlukan komitmen. (2) Perlu diajarkan oleh spesialis KB alami. (3) Mungkin diperlukan 2-3 siklus untuk mempelajari metode ini. (4) Infeksi vagina dapat mempersulit identifikasi lendir yang subur.
- 6) Teknik penggunaan : (1) Catatlah hasil pengamatan setiap kali. (2) Contoh kode yang di pakai untuk mencatat kesuburan : tanda \* atau merah (menunjukkan perdarahan menstruasi). Huruf K atau hijau ( mewakili perasaan kering). Gambar suatu tanda @& atau biarkan kosong (lendir subur yang basah, jernih, licin, dan mulur). Huruf L atau warna kuning (menunjukkan lendir yang kental, putih, keruh dan lengket). (3) Periksa lendir setiap BAK dan sebelum tidur. (4) Hindari hubungan seksual segera setelah muncul lendir atau sensasi basah. (5) Tandai dengan tanda X untuk hari terakhir atau puncak ovulasi yang ditandai dengan lendir jernih, licin, dan mulur. (6) 3 hari (siang dan malam) setelah hari puncak hindari senggama. Hari keempat setelah masa kering dimulai dari pagi hari ini sampai hari menstruasi berikutnya merupakan hari aman untuk bersenggama.

d. Metode Sympto Thermal

- 1) Definisi : Simptothermal adalah metode yang mengidentifikasi masa subur siklus menstruasi seorang wanita dengan menggabungkan metode suhu basal tubuh, lendir serviks dan metode kalender.
- 2) Efektifitas : Angka kegagalan adalah 4,9 – 34,4 kehamilan pada 100 wanita per tahun
- 3) Keuntungan : (1) Bagi pasangan suami istri yang ingin hamil. (2) Dapat dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain, misalnya dengan metode barrier.

- 4) Kontraindikasi : (1) Siklus haid yang tidak teratur. (2) Riwayat siklus haid yang an-ovulatoir. (3) Kurve suhu badan yang tidak teratur.
- 5) Efek samping dan komplikasi : Tidak memiliki efek samping dan komplikasi langsung
- 6) Teknik penggunaan : (1) Tentukan masa subur dengan mengobservasi suhu tubuh dan lendir servik. (2) Pasangan suami istri dapat bersenggama setelah darah haid berhenti (masa kering) dengan berselang sehari selama masa tak subur. (3) Jika ada perasaan basah atau muncul lendir (masa subur), hindari senggama. sampai terjadi perubahan suhu.

e. Metode Amenorhea Laktasi (MAL)

- 1) Definisi : Kontrasepsi yang mengandalkan pemberian air susu ibu (ASI) secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI saja tanpa pemberian makanan tambahan atau minuman apapun lainnya.
- 2) Efektifitas : 98% keberhasilan MAL hingga 6 bulan setelah melahirkan.
- 3) Mekanisme Kerja : Dengan menyusui *on demand* (8 kali sehari atau lebih) dapat meningkatkan hormon prolaktin (hormon pembentukan ASI) setelah persalinan yang menyebabkan penurunan hormon LH dan estrogen yang diperlukan untuk pemeliharaan siklus menstruasi sehingga ovulasi tidak terjadi
- 4) Keuntungan : (1) Tidak menimbulkan efek samping secara sistemik. (2) Mengurangi kejadian perdarahan setelah persalinan. (3) Tidak membutuhkan biaya.
- 5) Kerugian : (1) Persiapan dimulai sejak awal kehamilan agar saat persalinan dapat melakukan IMD. (2) Memiliki risiko kehamilan

tak terduga jika metode MAL tidak dilakukan secara benar. (3) Tidak dapat melindungi terhadap penyakit menular seksual.

- 6) Indikasi : (1) Memberikan ASI secara eksklusif. (2) Bayi berumur kurang dari 6 bulan. (3) Ibu belum menstruasi sejak melahirkan.
- 7) Kontraindikasi : (1) Sudah menstruasi setelah melahirkan. (2) Tidak memberikan ASI eksklusif. (3) Bayi berusia lebih dari 6 bulan. (4) Ibu bekerja dan terpisah dengan bayinya lebih dari 6 jam.

f. *Coitus Interruptus* (Senggama Terputus)

- 1) Definisi : Metode kontrasepsi dimana senggama di akhiri sebelum terjadi ejakulasi intra-vagina (menarik penis keluar dari vagina sesaat sebelum mencapai orgasme).
- 2) Efektivitas : Sebanyak 25-27% pasangan yang menggunakan kontrasepsi senggama terputus hamil per tahun
- 3) Keuntungan : (1) Tidak mengganggu produksi ASI. (2) Dapat juga digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya. (3) Efek samping tidak ada. (4) Dapat digunakan setiap saat.
- 4) Kerugian : (1) Memutus kenikmatan suami saat berhubungan seksual. (2)
- 5) Indikasi : (1) Suami ingin berpartisipasi aktif dalam KB. (2) Pasangan yang membutuhkan kontrasepsi segera dan bersifat sementara sambil menunggu metode yang lain. (3) Pasangan yang melakukan hubungan seksual tidak teratur.
- 6) Kontraindikasi : (1) Suami dengan ejakulasi dini. (2) Suami yang mengalami kelainan baik secara fisik maupun psikologis. (3) Suami yang tidak bisa diajak kerja sama. (4)

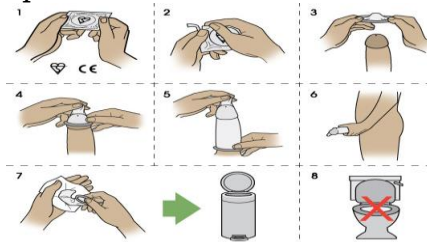
Pasangan yang komunikasinya kurang dan (5) Tidak bersedia melakukan senggama terputus.

### **Metode sederhana dengan alat**

#### **1. Kondom**

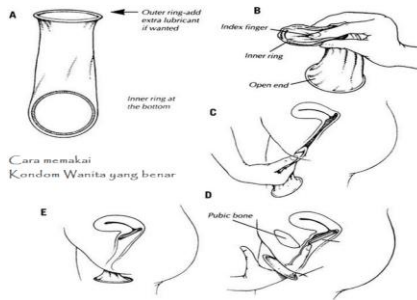
- a. Definisi : Salah satu alat kontrasepsi yang berbentuk selubung tipis, bepelumas dan terbuat dari bahan karet dan panjangnya kurang lebih 10-15 cm.
- b. Cara kerja : Sperma yang keluar akan tertampung pada ujung kondom yang berputing dan mencegah sperma masuk ke saluran reproduksi wanita sehingga tidak terjadi kehamilan.
- c. Efektivitas : 80-95% efektif apabila digunakan secara benar setiap kali bersenggama. Angka kegagalan yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan per tahun.
- d. Keuntungan : (1) Mencegah IMS. (2) Murah dan mudah didapatkan. (3) Tidak perlu pemeriksaan medis. (4) Tidak mengganggu produksi ASI. (5) Mencegah ejakulasi dini
- e. Kerugian : (1) Pemasangan kondom dapat menghentikan sementara aktivitas hubungan seks. (2) Pemakaian harus konsisten. (3) Selalu tersedia setiap kali hubungan seks. (4) Masalah pembuangan kondom bekas
- f. Penggunaan kondom

##### **1) Kondom pria**



Gambar 24.1. Cara penggunaan kondom

## 2) Kondom wanita



Gambar 24.2. Cara penggunaan kondom wanita

### Metode Modern

#### 1. PIL KB (*oral contraceptives pill*)

- a. Definisi : Alat kontrasepsi hormonal dalam bentuk pil yang diminum dan berisi hormon estrogen dan atau progesteron.
- b. Jenis Pil KB : (1) Pil KB Progestin (Mini pil) yaitu pil KB yang hanya mengandung hormon progesteron saja dan aman digunakan bagi ibu menyusui. (2) Pil KB Kombinasi merupakan pil KB yang mengandung hormon estrogen dan progesteron. Adanya kandungan hormon estrogen dalam pil KB ini akan menurunkan volume ASI sehingga ibu menyusui tidak dianjurkan untuk meminumnya.
- c. Mekanisme kerja : (1) Mencegah indung telur untuk melepaskan sel telur agar tidak terjadi proses pembuahan. (2) Membuat lendir serviks menebal sehingga sperma sulit bergerak masuk ke dalam rahim. (3) Mengubah lapisan dinding endometrium sehingga hasil konsepsi tidak dapat berimplantasi.
- d. Efektifitas : apabila digunakan dengan benar dan konsisten efektifitasnya dapat mencapai 98%.
- e. Keuntungan : (1) Siklus menstruasi lebih teratur. (2) Tidak mengganggu hubungan seksual. (2) Dapat dihentikan kapan saja. (3) Tidak mempengaruhi kesuburan. (4) Sebagai

kontrasepsi darurat. (5) Dysmenorrhea dan kram perut lebih ringan.

- f. Keterbatasan : (1) Tidak melindungi dari penyakit kelamin. (2) Harus diminum setiap hari sehingga membuat bosan. (3) Mual. (4) Pada 3 bulan pertama dapat menimbulkan perdarahan bercak. (5) Pusing. (6) Payudara nyeri. (7) Kenaikan berat badan. (8) Meningkatkan tekanan darah. (9) Depresi (sebagian wanita)
- g. Indikasi : (1) Wanita Usia Subur. (2) Belum atau sudah mempunyai anak. (3) Menginginkan metode kontrasepsi. (4) Setelah keguguran / abortus. (5) Anemia yang disebabkan karena darah haid yang berlebihan. (6) Mengalami ketidakaturan siklus haid. (7) Dysmenorrhoe berat
- h. Kontra indikasi : (1) Tromboplebitis atau trombo emboli. (2) Diduga karsinoma mammae. (3) Diduga karsinoma endometrium. (4) Perdarahan abnormal yang belum diketahui penyebabnya. (5) Hamil. (6) Gangguan fungsi hati.

Panduan minum pil :

- 1) Pil KB kombinasi : dapat dikonsumsi mulai kapan saja, sebaiknya diminum hari ke 5 menstruasi sehingga setelah menstruasi selesai sudah dapat mencegah kehamilan. Apabila pil kombinasi diminum saat tidak menstruasi sebaiknya diminum selama 7 hari terlebih dahulu agar benar – benar dapat mencegah kehamilan, dan selama 7 hari tersebut disarankan menggunakan kontrasepsi lain seperti kondom.
- 2) Mini Pil atau Pil KB Progestin : pil ini bisa diminum kapan saja selama siklus menstruasi dan dapat memberikan perlindungan kehamilan lebih cepat yaitu 2 hari setelah konsumsi mini pil. Pil KB progestin diminum setiap harinya 1 pil dan harus diminum di

waktu yang sama dengan toleransi keterlambatan 3 jam. Semisal minum pertama setiap pukul 8 pagi maka keesokan harinya harus meminum di jam yang sama atau paling lambat jam 11 pagi.

### **Suntikan**

1. Definisi : Metode kontrasepsi yang memasukkan hormon estrogen dan atau progesteron ke dalam tubuh wanita melalui suntikan intramuskuler (IM).
2. Jenis : (1) Suntikan Progestin seperti Depoprovera, Depo noristerat. (2) Suntikan Kombinasi seperti Cyclofem.
3. Mekanisme kerja : (1) Menekan ovulasi. (2) Mengentalkan lendir serviks. (3) Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.
4. Efektifitas : efektifitasnya tinggi yaitu 0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan per tahun.
5. Keuntungan : (1) Tidak mengganggu senggama. (2) Dapat diberikan pada ibu yang menyusui (suntikan progestin). (3) Efek samping kecil.
6. Keterbatasan : (1) Terjadi perubahan pada pola menstruasi. (2) Ketergantungan klien terhadap tenaga kesehatan. (3) Berat badan naik. (4) Kembalinya kesuburan tergantung lama pemakaian. (5) Penggunaan jangka panjang dapat menyebabkan kekeringan pada vagina. (6) Timbul jerawat.
7. Indikasi : (1) Usia reproduksi. (2) Dapat digunakan bagi wanita yang telah atau belum melahirkan. (3) Pasangan yang menghendaki kontrasepsi jangka panjang. (4) Menyusui (untuk penggunaan kontrasepsi suntik progestin). (5) Sering lupa menggunakan pil kontrasepsi.
8. Kontraindikasi : (1) Hamil atau dicurigai hamil. (2) Menyusui (untuk penggunaan kontrasepsi suntik kombinasi). (3) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya. (4) Wanita yang sedang atau

memiliki riwayat kanker payudara. (5) Wanita dengan hipertensi.

9. Waktu mulai menggunakan kontrasepsi suntik :
  - a. Kapanpun wanita menghendaki selama yakin tidak sedang hamil.
  - b. Mulai dalam 7 hari setelah menstruasi, tidak perlu menggunakan metode kontrasepsi tambahan.
  - c. Penyuntikan setelah lebih dari 7 hari menstruasi dan yakin tidak hamil dianjurkan menggunakan metode kontrasepsi tambahan.

Suntikan Progestin : a). Bagi ibu nifas yang TIDAK memberikan ASI eksklusif suntikan pertama ditunda setidaknya 6 minggu setelah melahirkan. b). Ibu yang memberikan ASI eksklusif dan belum mendapatkan haid, penyuntikan pertama dapat dilakukan kapan saja selama yakin tidak hamil dan berikan saran menggunakan kontrasepsi tambahan. Jika ibu telah haid, dapat memulai menggunakan seperti yang dianjurkan pada klien yang memiliki siklus haid.

Suntikan Kombinasi : a). Bagi ibu yang memberikan ASI eksklusif kurang dari 6 bulan setelah melahirkan, tunda suntikan pertama sampai 6 bulan setelah melahirkan atau ASI sudah tidak menjadi sumber nutrisi utama bayi. b). Memberikan ASI eksklusif lebih dari 6 bulan : jika belum haid dan yakin tidak hamil ibu bisa menggunakan suntikan kombinasi kapan saja tetapi diperlukan kontrasepsi tambahan. Sedangkan jika sudah haid ibu dapat memulai suntik kombinasi sesuai dengan klien yang memiliki siklus haid normal.

### **Implant / Susuk KB**

1. Definisi : Implan adalah jenis kontrasepsi hormonal yang melepaskan hormon progestin kedalam tubuh agar tidak terjadi kehamilan.
2. Jenis implant : (1) Norplant, terdiri dari 6 batang, berisi 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun. (2) Implanon, terdiri dari 1 batang yang berisi 68 mg etonogestrel dengan lama kerja 3 tahun. (3)

Indoplant, terdiri dari 2 batang yang berisi dengan 75 mg levonorgestrel dengan lama kerja 3 tahun.

3. Mekanisme kerja : menekan masa ovulasi dan membuat lendir serviks menjadi kental sehingga sperma dan sel telur terhambat untuk ketemu.
4. Efektifitas : angka kegagalan implant 0,2-1 kehamilan per 100 perempuan per tahun.
5. Keuntungan : (1) Setelah implant terpasang, klien tidak perlu melakukan apapun. (2) Dapat mencegah terjadinya kehamilan. (3) Jangka waktu pemakaian panjang 3-5 tahun (tergantung jenis implan). (4) Tidak mengganggu kegiatan senggama. (5) Tidak mengganggu produksi ASI. (6) Kembalinya kesuburan setelah pencabutan cepat.
6. Kerugian : (1) Tidak dapat melindungi dari penyakit menular seksual (IMS). (2) Dalam pemasangan dan pencabutan membutuhkan tenaga kesehatan terlatih.
7. Indikasi : (1) Usia reproduksi. (2) Tidak memiliki anak atau belum punya anak. (3) Baru saja mengalami keguguran atau kehamilan ektopik. (4) Merokok. (5) Wanita yang sedang menyusui.
8. Kontraindikasi : (1) Hamil atau dicurigai adanya kehamilan. (2) Perdarahan abnormal yang belum diketahui penyebabnya. (3) Benjolan/ kanker payudara dan riwayat kanker payudara. (4) Diabetes mellitus/ penyakit endokrin lainnya. (5) Mioma uterus. (6) Penyakit jantung dan hipertensi (kardiovaskuler).
9. Waktu mulai menggunakan susuk KB : dalam penggunaan KB hormonal jenis apapun sebenarnya dapat dilakukan kapan saja (tidak harus saat menstruasi), apabila ingin menggunakan pemasangan KB diluar masa menstruasi harus dipastikan tidak sedang hamil dengan cara melakukan pemeriksaan kehamilan terlebih dahulu. Setelah pemasangan saat ingin melakukan hubungan seksual harus menggunakan metode kontrasepsi lain seperti kondom selama 7 hari. Jika melakukan pemasangan

KB saat masa menstruasi, maka pemeriksaan kehamilan dan penggunaan kontrasepsi lain saat berhubungan di 7 hari pertama tidak diperlukan.

10. Efek Samping : (1) Siklus menstruasi yang tidak teratur. (2) Nyeri perut. (3) Jerawat. (4) kenaikan berat badan. (5) Nyeri setelah pemasangan atau pencabutan. (6) Terjadi perubahan mood dan hasrat seksual.

### **AKDR / IUD**

1. Definisi : Sebuah alat kontrasepsi berbahan plastik yang memiliki bentuk seperti huruf T dan dipasang di dalam rahim untuk mencegah kehamilan
2. Jenis –jenis : (1) IUD yang dilapisi tembaga atau non hormonal seperti lippesloop, CUT, Cu-7, Marguiles, spring coil, multiload, nova-T, Ota-Ring, Atigon, dan Graten Berg Ring. (2) IUD yang mengandung hormonal : Progestasert-T = Alza T (daya kerja 18 bulan), LNG-20.
3. Mekanisme kerja

Untuk IUD yang non Hormonal : IUD yang dilapisi tembaga atau IUD non-hormonal ini dapat menghalangi sel sperma masuk ke dalam saluran antara rahim dengan indung telur sehingga sel telur tidak dapat dibuahi.

Untuk IUD yang mengandung hormon progesteron : (1) Kandungan hormon progesteron sintesis ini dapat menyebabkan lendir serviks megetal dan membuat sperma kesulitan berenang di dalam rahim. (2) Menghentikan pelepasan sel telur dan mencegah sel sperma membuahi sel telur. (3) Mampu menipiskan dinding rahim yang seharusnya menebal saat pembuahan terjadi.

4. Efektivitas : Tingkat kegagalan 0,6-0,8 kehamilan per 100 perempuan per tahun
5. Keuntungan : (1) Efektif segera setelah pemasangan. (2) Dapat digunakan dalam jangka panjang (hingga 10 tahun). (3) Tidak berpengaruh terhadap hubungan

- seksual. (4) Tidak pengaruh terdapat produksi ASI. (5) Dapat dipasang segera setelah melahirkan. (6) Tidak efek samping hormonal (CuT-380A). (7) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat ingat.
6. Kerugian : (1) Pada 8 bulan pertama akan mengalami gangguan pola haid. (2) Menorrhagia. (3) Beberapa wanita mengalami spotting. (4) Tidak dapat mencegah penularan IMS. (5) Sedikit nyeri pasca pemasangan. (6) Kemungkinan AKDR dapat keluar dengan sendirinya tanpa diketahui. (7) Diperlukan pemeriksaan posisi benang dari waktu ke waktu.
  7. Indikasi : (1) Usia reproduksi. (2) Dapat digunakan untuk sebagian besar wanita, termasuk nulipara. (3) Menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang. (4) ibu yang menyusui. (5) Setelah abortus dan tidak ada tanda infeksi. (6) Perempuan dengan resiko rendah dari IMS. (7) Tidak menghendaki metode hormonal.
  8. Kontraindikasi : (1) Sedang hamil. (2) Perdarahan abnormal. (3) Menderita vaginitis atau servitis. (4) Uterus mengalami kelainan bawaan. (5) Rongga rahim berukuran kurang dari 5 cm.
  9. Waktu saat insersi IUD : IUD dapat dipasang kapan saja baik saat sedang haid atau tidak. Apabila dipasang pada saat sedang haid, rasa nyeri mungkin akan cenderung lebih ringan karena serviks yang terbuka, sedangkan apabila pemasangan dilakukan pada saat sedang tidak menstruasi pastikan wanita tersebut sedang tidak hamil. IUD juga dapat dipasang pasca melahirkan yaitu setelah plasenta lahir yang biasanya disebut IUD pasca plasenta. Selain itu, pemasangan IUD dapat dilakukan antara 6 hingga 8 minggu setelah melahirkan.

## **Tubektomi**

1. Pengertian : Pemotongan saluran indung telur sehingga sel telur tidak bisa memasuki rahim untuk dibuahi sehingga tidak terjadi kehamilan.
2. Mekanisme kerja : mengikat dan memotong atau memasang cincin pada saluran telur sehingga sperma dan sel telur (ovum) tidak dapat bertemu.
3. Efektivitas : Satu tahun pertama pemakaian sangat efektif (0,5-1 kehamilan per 100 perempuan).
4. Keuntungan : (1) Permanen dan sangat efektif. (2) Tidak berpengaruh terhadap produksi ASI, (3) Tidak mempengaruhi senggama. (4) Dalam jangka panjang tidak ada efek samping yang dihasilkan.
5. Kekurangan : (1) Kesuburan sulit untuk dikembalikan, (2) Nyeri setelah pembedahan. (3) Harus dilakukan oleh dokter yang sudah terlatih. (4) Tidak melindungi klien dari IMS dan HIV/AIDS. (5) Risiko terjadi kehamilan ektopik meningkat.
6. Indikasi : untuk wanita yang yakin ingin mengakhiri fertilitasnya dan tidak ingin menggunakan metode kontrasepsi reversible, wanita yang dapat mengalami masalah medis serius bila hamil.
7. Kontraindikasi : hamil, perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya, tidak mampu membuat keputusan sendiri, memiliki keganasan ginekologi, dan yang memiliki infeksi pelvis aktif.
8. Waktu pelaksanaan : Dapat dilakukan kapanpun selama yakin tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat. Metode tubektomi ini akan lebih mudah dilakukan saat menjalani persalinan melalui operasi cesar.
9. Efek samping : Tidak ada efek samping yang terjadi
10. Komplikasi : (1) Dapat menyebabkan infeksi. (2) Demam setelah pembedahan. (3) Hematoma. (4) Nyeri pada daerah pembedahan.

## **Vasektomi**

1. Pengertian : Tindakan memotong atau menutup saluran sperma (vas deferens) sehingga aliran sperma dari testis terputus dan terjadi azoospermia.
2. Mekanisme kerja : Mengikat dan memotong saluran vas deferens sehingga sperma tidak bercampur dengan semen. Semen dikeluarkan, tetapi tidak dapat menyebabkan kehamilan.
3. Efektivitas : angka kegagalan < 1 %
4. Keuntungan : (1) Aman dan nyaman, (2) Teknik operasi kecil dan sederhana hanya memerlukan 5-10 menit. (3) Dapat dilakukan kapan saja. (4) Permanen. (5) Tidak mengganggu fungsi seksual.
5. Kerugian : (1) Tidak langsung efektif. (2) terjadi perdarahan/infeksi (kadang). (3) Diperlukan tindakan operatif.
6. Indikasi : (1) Pasangan yang sudah tidak ingin menambah jumlah anak, wanita yang masuk dalam golongan hamil dengan resiko tinggi baik secara usia ataupun secara kesehatan, pasangan yang gagal menggunakan kontrasepsi lain.
7. Kontraindikasi : (1) Infeksi kulit lokal, misalnya scabies. (2) Infeksi traktus genitalia. (3) Kelainan skrotum dan sekitarnya : Varicocele, Hydrocele besar, Skrotum yang sangat tebal. (4) Diabetes melitus
8. Waktu pelaksanaan vasektomi : (1) Tidak ada batasan usia. (2) Dapat dilaksanakan bila diinginkan. (3) Istri berisiko tinggi.
9. Efek Samping : Tidak ada efek samping
10. Komplikasi : (1) Penyumbatan pembuluh darah. (2) Abses. (3) Nyeri

## Daftar Pustaka

- Affandi, Biran., Adriaansz, George., Koesno, Harni., et all. 2014. Buku panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Jakarta : Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- BKKBN; Kemenkes RI; Bappenas; UNFPA; Embassy of Canada. 2017. *Strategi Pelaksanaan Program Keluarga Berencana Berbasis Hak untuk Percepatan Akses terhadap Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi yang Terintegrasi dalam Mencapai Tujuan Pembangunan Indonesia.*
- Hartanto, Hanafi. 2020. *Keluarga Berencana dan Kontrasepsi Edisi 7.* Jakarta : Pustaka Sinar Harapan
- Kemenkes RI. 2020. *Panduan Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Pandemi Covid 19.* Jakarta : Kemenkes RI
- Kemenkes RI. 2014. *Pedoman Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan di Fasilitas Kesehatan.* Jakarta : Kementrian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan RI. 2021. *Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana.* Jakarta : Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Jendral Kesehatan Keluarga
- Matahari, Ratu., Putri Utami, Fitriana., & Sugiharti, Sri. (2018). *Buku Ajar keluarga Berencana dan Kontrasepsi.* Yogyakarta : CV. Pustaka Ilmu Group
- Prawirohardjo, Sarwono. 2016. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi Edisi 3.* Jakarta : Jakarta Exclusive
- Qonitun, Umu. 2018. *Buku Ajar Pelayanan Kontrasepsi.* Surakarta : Samudra Biru

## **Profil Penulis**



### **Indah Christiana**

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 2002 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Akademi Kebidanan Yayasan Rumah Sakit Islam Surabaya (AKBID YARSIS) dan berhasil lulus pada tahun 2005.

Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke D4 Kebidanan STIKES Insan Unggul Surabaya dan berhasil menyelesaikan pada tahun 2006. Dan pada tahun 2014 penulis menyelesaikan pendidikan S2 Kesehatan dengan peminatan Pendidikan Kedokteran Keluarga di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Penulis memulai kariernya dengan bekerja di Praktek Mandiri Bidan Purwoharjo, Banyuwangi, Jawa Timur selama 1 tahun. Sejak tahun 2007 sampai sekarang menjadi dosen di STIKES Banyuwangi, tahun 2009 – 2019 menjabat sebagai Kepala Program Studi D3 Kebidanan STIKES Banyuwangi. Selain itu penulis juga aktif dalam berorganisasi, Organisasi profesi yang dijalaninya adalah menjadi pengurus Ikatan Bidan Indonesia Cabang Banyuwangi periode 2008-2013, 2013-2018 dan periode 2018 – 2023 serta menjadi pengurus Asosiasi Pendidikan Kebidanan Indonesia (AIPKIND) Sub Korwil 5 Jawa Timur membawahi wilayah Banyuwangi, Jember, Situbondo dan Bondowoso sejak tahun 2015 sampai sekarang.

Email Penulis: indahchristiana84@gmail.com

## KAMPUNG KELUARGA BERENCANA

**Matje Meriaty Huru, SST., M.Kes.**  
Poltekkes Kemenkes Kupang

### **Pendahuluan**

Kampung KB adalah program kependudukan, keluarga berencana, dan pembangunan keluarga yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat di tingkat desa atau setara untuk menciptakan keluarga kecil yang berkualitas. Dalam pembentukan Kampung KB, peran serta masyarakat dapat berdaya guna dan berperan nyata dalam pembangunan, yang dapat dicapai sesuai dengan falsafah pemerintah untuk mempersatukan Negara Kesatuan Republik Indonesia (Nawacita Ke-3). Pemerintah sedang berusaha untuk merevitalisasi program kependudukan, keluarga berencana, dan pembangunan keluarga agar program tersebut bisa bermanfaat bagi keluarga dan masyarakat. Salah satunya melalui skema Kampung KB, yang bertujuan untuk meningkatkan kehidupan keluarga dan masyarakat yang berkualitas, terutama yang mereka yang saat ini berada di daerah sekitar, keluarga miskin, padat penduduk, terpinggirkan, daerah terpencil, daerah aliran sungai dan daerah penangkapan ikan.

Kampung KB adalah upaya pembangunan yang dimulai dari tingkat paling bawah, yaitu desa atau Kelurahan. Kampung KB berkomitmen memberikan pelayanan KB kepada keluarga kecil di desa untuk mencapai delapan fungsi keluarga diantaranya: fungsi keagamaan, fungsi

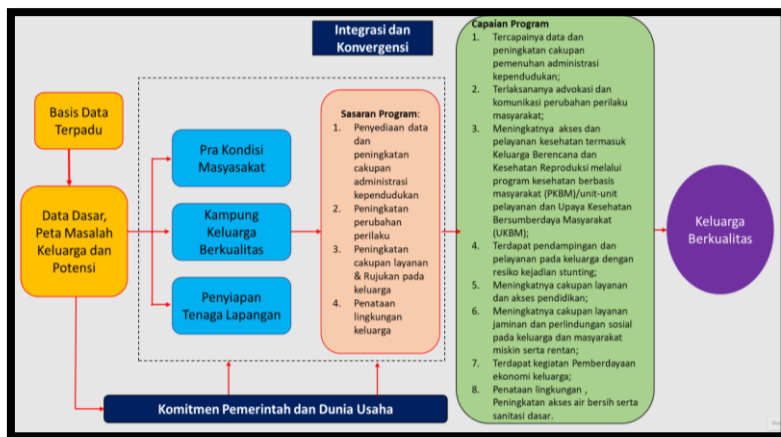
sosialisasi atau pendidikan, fungsi reproduksi, fungsi ekonomi, fungsi perlindungan, fungsi emosional, fungsi sosial budaya dan pengembangan lingkungan. Kampung KB dibangun di tingkat RW atau dusun dengan pendekatan budaya masing-masing daerah. Kampung KB mempunyai tujuan primer untuk menaikkan kualitas hidup rakyat ditingkat kampung melalui program kependudukan, keluarga berencana dan pembangunan keluarga dan pembangunan sektor pada rangka mewujudkan keluarga kecil yang berkualitas. Selain itu, kampung KB juga meningkatkan partisipasi warga , pemerintah, forum non pemerintah dan swasta pada program kependudukan, keluarga berencana dan pembangunan keluarga, meningkatkan kesadaran warga mengenai pembangunan berwawasan kependudukan, menambah pengetahuan warga mengenai kesehatan dan hak-hak reproduksi, meningkatkan ketahanan keluarga melalui program Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Remaja (BKR) dan Bina Keluarga Lansia (BKL), menaikkan kualitas kesejahteraan warga, meningkatkan wahana dan prasarana pembangunan kampung dan menaikkan tingkat kehidupan dan kualitas warga dalam daerah kampung KB melalui aneka macam aktivitas lintas sektor lain yg disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing daerah.

### **Pengertian Kampung KB**

Kampung KB adalah satuan daerah setingkat RW, dusun atau yang setara dimana mempunyai standar eksklusif yang masih ada keterpaduan program Kependudukan, Keluarga Berencana dan pembangunan keluarga dan sektor terkait yg dilaksanakan secara sistemik dan sistematis buat mempertinggi kualitas hidupi warga pada taraf kampung atau yg setara pada mewujudkan keluarga kecil yang berkualitas. Kampung KB adalah upaya beserta pemerintah menggunakan warga pada rangka upaya aplikasi nawacita pemerintah yg diawali menurut pinggiran menggunakan memperkuat wilayah-wilayah dan desa pada kerangka negara kesatuan (cita ke-3) buat mempertinggi kualitas hayati insan Indonesia (cita ke-5) menggunakan melakukan revolusi karakter bangsa

melalui pendekatan famili (cita ke-8) (Anwar *et al.*, 2020). Kampung KB merupakan gerakan bersama membangun dari desa untuk mencapai keluarga/masyarakat yang berkualitas dan sejahtera melalui kegiatan Program KKBPK dan kegiatan lintas sector (Istiadi and Rosdiana, 2012).

Berikut ini merupakan kerangka konsep peranan Kampung KB terhadap pencapaian keluarga yang berkualitas :



Gambar 25.1. Kerangka Konsep Peran Kampung KB

Sumber : (<https://kampungkb.bkkbn.go.id>)

Kerangka konsep peran Kampung KB ini memberikan gambaran dengan jelas bahwa data adalah sumber utama dalam pemetaan keadaan di suatu wilayah atau daerah. Dengan adanya pemetaan di wilayah dilakukan pra kondisi masyarakat, tenaga penggerak serta Kampung KB untuk dapat aktif terlibat dalam melaksanakan delapan pendekatan program yang memiliki tujuan agar dapat mencapai keluarga yang berkualitas. Pengukuran keberhasilan penyelenggaraan Kampung KB dilaksanakan dengan melakukan pengamatan pelaksanaan program yang telah direncanakan dengan yang telah dilaksanakan. Untuk mengamati pelaksanaan kegiatan di Kampung KB dengan menggunakan website Kampung KB dan untuk dampaknya bias di nilai dari penggunaan Indeks Pembangunan Keluarga (iBangga).

## **Tujuan Pembentukan Kampung KB**

Tujuan utama kampung KB adalah untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat ditingkat kampung atau yang setara melalui program kependudukan, keluarga berencana dan pembangunan keluarga serta pembangunan sektor dalam rangka mewujudkan keluarga kecil yang berkualitas. Selain itu, kampung KB juga meningkatkan partisipasi masyarakat, pemerintah, lembaga non pemerintah dan swasta dalam program kependudukan keluarga berencana dan pembangunan keluarga, meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pembangunan berwawasan kependudukan, meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kesehatan dan hak-hak reproduksi, meningkatkan ketahanan keluarga melalui program Bina Keluarga Balita (BKB), Bina Keluarga Remaja (BKR) dan Bina Keluarga Lansia (BKL), meningkatkan kualitas kesejahteraan masyarakat, meningkatkan sarana dan prasarana pembangunan kampung serta meningkatkan taraf kehidupan dan kualitas masyarakat pada wilayah kampung KB melalui berbagai kegiatan lintas sektor lain yang disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing wilayah.(BKKBN, 2016). Dengan demikian kampung KB dibentuk sebagai salah satu upaya penguatan program Kependudukan Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh dan untuk masyarakat dalam memberdayakan dan memberikan kemudahan bagi masyarakat untuk memperoleh pelayanan total program KB sehingga dapat mewujudkan keluarga yang berkualitas. Kampung KB direncanakan, dilaksanakan, dan di evaluasi oleh dan untuk masyarakat. Pemerintah pusat, pemerintah daerah, lembaga non pemerintah dan swasta berperan dalam fasilitasi, pendampingan dan pembinaan (Endah and Kholiq, 2019).

## **Struktur Organisasi Kampung KB**

Pada prinsipnya kegiatan yang dilaksanakan di Kampung KB dijalankan melalui Kepengurusan Kelompok Kerja (Pokja) Kampung KB. Dimana struktur oraganisasinya terdiri dari unsur Pembina, Ketua, Sekretaris, Bendahara dan Seksi-seksi. Untuk seksi-seksi ini yang telah dibentuk mengacu kepada 8 fungsi keluarga yang yaitu:

### **1. Seksi Keagamaan.**

Seksi keagamaan memiliki tanggung jawab dalam melaksanakan kegiatan-kegiatan yang mempunyai tujuan membentuk masyarakat yang agamis, berakhlak yang baik, beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.

### **2. Seksi Pendidikan/ Sosialisasi.**

Seksi Pendidikan/sosialisasi memiliki tanggung jawab dalam untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan yang mempunyai tujuan meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan sikap (pendidikan, pembelajaran, bimbingan teknis dan pelatihan kepada masyarakat).

### **3. Seksi Reproduksi.**

Seksi reproduksi memiliki tanggung jawab dalam melaksanakan kegiatan yang mempunyai tujuan meningkatkan kesehatan reproduksi masyarakat berupa kegiatan Pemberian penyuluhan, konseling dan pelayanan terkait hak-hak reproduksi dan perencanaan keluarga.

### **4. Seksi Ekonomi.**

Seksi ekonomi memiliki tanggung jawab melaksanakan kegiatan yang mempunyai tujuan untuk meningkatkan perekonomian keluarga berupa kegiatan fasilitasi permodalan, produksi, promosi, dan pemasaran, dan melalui kegiatan ekonomi produktif.

### **5. Seksi Perlindungan.**

Seksi perlindungan memiliki tanggung jawab melaksanakan kegiatan yang mempunyai tujuan meningkatkan nilai perlindungan masyarakat berupa

kegiatan pemenuhan hak-hak masyarakat sebagai warga negara seperti administrasi kependudukan, hukum, kesehatan, pendidikan, sosial, dan seterusnya sehingga menimbulkan rasa aman oleh masyarakat.

6. Seksi Kasih Sayang.

Seksi Kasih Sayang bertanggung jawab untuk melaksanakan kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan rasa kepedulian, solidaritas, kepekaan sosial, cinta dan kasih sayang bagi masyarakat melalui kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan kehidupan berkeluarga, bermasyarakat, berbangsa dan bernegara.

7. Seksi Sosial Budaya.

Seksi Sosial Budaya bertanggung jawab untuk melaksanakan kegiatan yang bertujuan untuk mempertahankan dan memelihara nilai luhur, adat istiadat, dalam kehidupan masyarakat.

8. Seksi Pembinaan Lingkungan.

Bertanggung jawab untuk melaksanakan kegiatan yang bertujuan untuk menata dan melestarikan lingkungan, agar kampung KB menjadi indah, bersih, sehat, asri dan tertata dengan baik.

**Sasaran Kegiatan**

Sasaran Kampung KB merupakan balita, anak remaja dan lanjut usia, Wanita Usia Subur (WUS), Pasangan Usia Subur (PUS), posyandu, tokoh Toma (Tokoh Masyarakat), Toga (Tokoh Agama), tokoh adat dan organisasi sosial kemasyarakatan. Target utama keluarga di Kampung KB yaitu : Keluarga miskin, jumlah keluarga tidak sejahtera dan KS I di atas rata-rata dan jumlah peserta KB di bawah rata-rata di tingkat desa (BKKBN, 2017).

**Ruang Lingkup Kegiatan Kampung KB**

Ruang lingkup pelaksanaan kegiatan di Kampung KB yaitu (BKKBN, 2016): Kependudukan, Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi, Ketahanan Keluarga dan Pemberdayaan Keluarga dan Kegiatan

Lintas Sektor (Bidang Pemukiman, Sosial Ekonomi, Kesehatan, Pendidikan, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak dan sebagainya disesuaikan menggunakan kebutuhan daerah Kampung KB).

### **Syarat Pembentukan Kampung KB**

Syarat-syarat terbentuknya desa KB di suatu wilayah adalah (BKKBN, 2016):

1. Adanya data kependudukan yang akurat.

Data yang diperoleh berasal dari hasil pendataan rumah tangga, data potensi desa dan data pencatatan sipil yang dijadikan sebagai dasar penentuan prioritas, tujuan dan rencana kegiatan yang akan dijalankan secara berkelanjutan di kampung KB.

2. Mendapat dukungan dan komitmen dari pemerintah daerah.

Pemerintah daerah memberi dukungan dengan memberi pelayanan secara baik kepada masyarakat di Kampung KB agar dapat meningkatkan taraf hidup masyarakat.

3. Keterlibatan aktif dari warga

Semua masyarakat terlibat secara aktif dalam mengelola dan melaksanakan kegiatan di Kampung KB agar taraf hidup masyarakat dapat ditingkatkan

### **Kriteria Wilayah**

Kriteria yang harus dipenuhi dalam pembentukan Kampung KB yaitu (BKKBN, 2016):

1. Kriteria utama

Dua kriteria yang harus dipenuhi, yaitu: jumlah keluarga pra sejahtera dan KS I di atas rata-rata dan jumlah anggota peserta KB di atas rata-rata.

2. Kriteria Wilayah.

Kriteria pemilihan kawasan adalah: kawasan kumuh, pesisir/nelayan, Daerah Aliran Sungai (DAS), Bantaran kereta api, kawasan miskin (termasuk miskin perkotaan), kawasan terpencil, perbatasan,

kawasan industri, kawasan wisata dan padat penduduk.

### 3. Kriteria Khusus

- a. Kriteria data adalah setiap RT/RW memiliki data dan peta rumah tangga yang akurat.
- b. Kriteria kependudukan yaitu tingkat partisipasi yang rendah dan angka putus sekolah yang tinggi bagi penduduk usia sekolah.
- c. Kriteria program KB yaitu : rendahnya peserta KB Aktif dan rendahnya tingkat penggunaan Kontrasepsi Jangka Panjang ditingkat desa/kelurahan serta tingkat *unmet need* lebih tinggi dari rata-rata tingkat desa/kelurahan,
- d. Kriteria program pembangunan keluarga yaitu: Rendahnya partisipasi keluarga yang ikut dalam kegiatan pembinaan ketahanan keluarga, pemberdayaan ekonomi dan masih rendahnya partisipasi remaja dalam kegiatan GenRe melalui PIK-R.
- e. Kriteria program pembangunan pada sektor terkait yang sekurang-kurangnya meliputi empat bidang, yakni : kesehatan, ekonomi, pendidikan, pemukiman dan lingkungan, dan masih bisa ditambah dengan program lainnya sesuai dengan perkembangan.

### **Indikator Keberhasilan Kampung KB**

Tingkat keberhasilan program Kampung KB memiliki beberapa indikator diantaranya : (BKKBN, 2017)

#### 1. Indikator Input

- a. Semua potensi yang dimiliki oleh Kampung dapat mendukung majunya Kampung KB.
- b. Berbagai kegiatan yang dilakukan di Kampung KB merupakan program dari pemerintah setempat dan inovasi masyarakat secara terpadu.

- c. Besarnya sumber anggaran Kampung KB (sumbangan warga, bantuan pemerintah maupun donatur yang tidak bersifat terikat).
- d. Kampung KB memiliki infrastruktur yang lengkap.

## 2. Indikator Proses

- a. Setiap seksi menjalankan kegiatan dengan lancar.
- b. Pejabat Pemerintah berperan dalam mengsinkronisasikan kegiatan.
- c. Lembaga masyarakat berperan aktif dalam mengelola Kampung KB.
- d. Delapan fungsi keluarga harus dijalankan oleh setiap rumah tangga.
- e. Jumlah kegiatan dan kualitas kegiatan KIE/Penyuluhan.
- f. Jumlah kegiatan pelayanan KB dan KB Kespro.
- g. Jumlah kegiatan pelayanan dari sektor yang lain.
- h. Jumlah kegiatan pertemuan rutin setiap kelompok kegiatan (program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga maupun kegiatan sektor terkait di Kampung KB).
- i. Jumlah kegiatan gerakan masyarakat di Kampung KB.

## 3. Indikator Output

Keberhasilan kampung KB dapat diukur dari pelaksanaan 8 fungsi di masing-masing keluarga yaitu:

- a. Kegiatan keagamaan di desa mengalami peningkatan.
- b. Pengetahuan dan keterampilan masyarakat mengalami peningkatan.
- c. Setiap rumah tangga memiliki 2 anak, keluarga sehat, anak bertumbuh dan berkembang dengan optimal.

- d. Pendapatan per kapita keluarga yang mengalami peningkatan dan pemanfaatannya mendukung kebutuhan keluarga.
- e. Terlindunginya masyarakat/keluarga dan keluarga sejahtera.
- f. Terjalinnya hubungan yang baik antara anggota keluarga, antara keluarga dengan masyarakat dan lingkungan sekitarnya.
- g. Budi pekerti, tata krama dan seni budaya baik di keluarga maupun masyarakat sekampung.
- h. Semakin tertatanya lingkungan yang serasi selaras dan seimbang antara perilaku dan lingkungan.

Berikut ini merupakan contoh kegiatan yang dilaksanakan di Kampung KB :



Gambar 25.2. Kegiatan Kampung KB

Sumber : (<https://kampungkbbkkbn.go.id>)

## Daftar Pustaka

- Anwar, A. *et al.* (2020) *Kampung KB Sebagai Wujud Kehadiran Pemerintah Untuk Meningkatkan Kualitas Hidup Masyarakat*. Jakarta: BKKBN, Direktorat Bina Lini Lapangan.
- BKKBN (2016) *Petunjuk Teknis Kampung KB*. Jakarta.
- BKKBN (2017) *Pedoman Pengelolaan Kampung KB (Pedoman bagi Pengelola Kampung KB di Lini Lapangan)*.
- Endah, K. and Kholiq, W. A. (2019) 'Pelaksanaan Program Kampung Keluarga Berencana Oleh Dinas Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (KBP3A) Dalam Mewujudkan Kehidupan Masyarakat Sejahtera (Studi Desa Babakan Kecamatan Pangandaran Kabupaten Pangandaran)', *Moderat: Jurnal Ilmiah Ilmu Pemerintahan*, 5(2), pp. 101–112.
- <https://kampungkb.bkkbn.go.id> 'Kampung Keluarga Berkualitas'.
- Istiadi, A. and Rosdiana, W. (2012) 'Implementasi program kampung keluarga berencana (studi pada kelompok sasaran keluarga dengan remaja di dusun waung desa sonoageng kecamatan prambon kabupaten nganjuk)', *Jurnal Mahasiswa Unesa*, 1.

## **Profil Penulis**



### **Matje Meriaty Huru**

Lahir di Atambua 30 September 1981, penulis menyelesaikan pendidikan Taman Kanak-Kanak sampai dengan Sekolah Menengah Atas di Kota Atambua-Belu, tahun 2003 penulis menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Kupang, selanjutnya pada tahun 2005 penulis menyelesaikan pendidikan Diploma IV Kebidanan Bidan Pendidik di Universitas Padjadjaran Bandung dan kembalinya dari pendidikan penulis dipercayakan bekerja sebagai asisten dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang sampai tahun 2011. Pada tahun 2014 penulis menyelesaikan pendidikan Magister S2 di Prodi MIKM Universitas Diponegoro Semarang peminatan MKIA. Penulis merupakan dosen tetap di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kementerian Kesehatan Kupang sejak tahun 2005 sampai dengan sekarang dan lulus sertifikasi dosen pada tahun 2019. Selain sebagai dosen berbagai pengalaman yang telah diikuti yaitu pelatihan, seminar ilmiah yang berkaitan dengan kesehatan ibu anak dan workshop nasional. Penulis juga aktif sebagai peneliti dibidang Kesehatan Ibu dan Anak, kegiatan pengabdian kepada masyarakat, sebagai penulis buku kesehatan. Penulisan buku ini dapat memberikan kontribusi positif bagi para pembaca khususnya bagi mahasiswa kebidanan.

Email Penulis: [atiaureliapaul@gmail.com](mailto:atiaureliapaul@gmail.com)

## PENDOKUMENTASIAN, SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN KELUARGA BERENCANA

**Miftahul Hakiki., S.ST., M.Kes.**  
Stikes Banyuwangi

### **Pengertian Dokumentasi**

Dokumen merupakan suatu pencatatan yang dapat dibuktikan serta bisa dijadikan sebagai bukti dalam persoalan hukum. Sedangkan pendokumentasian yaitu suatu pekerjaan untuk mencatat atau merekam suatu peristiwa yang bisa dianggap penting dan berharga. Dokumentasi yaitu suatu tulisan yang berisikan komunikasi tentang kenyataan yang esensial yang bisa menjaga terjadinya kemungkinan yang bisa terjadi dalam suatu periode tertentu serta membuat sebuah catatan pasien tentang kebutuhan pelayanan, perencanaan asuhan yang akan di berikan, mengaplikasikan tentang rencana yang di buat serta melakukan evaluasi terhadap keadaan pasien. Dokumentasi kebidanan adalah suatu keterangan yang tertulis yang dibuat oleh seorang bidan yang diberikan kepada seorang pasien rawat inap, rawat jalan serta pelayanan dalam keadaan kegawatdaruratan. Data yang didokumentasikan merupakan data yang lengkap dan nyata, serta bukan hanya mengenai keadaan fisiologis tetapi juga melakukan pencatatan keadaan yang patologis, serta pelayanan kesehatan yang telah dan akan dilakukan. Dokumentasi dalam asuhan pelayanan kebidanan merupakan suatu kegiatan yang harus dilakukan oleh bidan setelah melakukan sebuah tindakan

terhadap pasien karena dokumentasi merupakan sebuah informasi lengkap tentang status kesehatan pasien, kebutuhan pasien, kegiatan asuhan yang telah diberikan serta respons pasien terhadap asuhan yang sudah diterima.

### **Tujuan Dokumentasi**

Tujuan dari dokumentasi adalah suatu kegiatan untuk mendokumentasikan unsur pokok dalam mempertanggungjawabkan kinerja profesi bidan. Catatan pasien merupakan suatu dokumen legal yang berbentuk tulisan, yang menggambarkan semua asuhan kebidanan yang diberikan. Tujuan dari dokumentasi asuhan kebidanan, antara lain :

#### **1. Sebagai Sarana Komunikasi**

Dokumentasi bisa digunakan sebagai sarana komunikasi yang akurat dan lengkap, seperti: koordinasi terkait dengan asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan, mencegah terjadinya informasi yang berulang terhadap pasien atau mencegah tumpang tindih, bisa meningkatkan ketelitian tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan kepada pasien dan membantu menggunakan waktu sebaik-baiknya.

#### **2. Sebagai Tanggung Jawab.**

Dokumentasi bisa digunakan untuk melindungi pasien dari kualitas pelayanan kebidanan yang diterimanya serta melindungi keamanan bidan dalam melakukan tindakan, sehingga seorang bidan diwajibkan untuk mencatat tentang segala tindakan yang telah dilakukan kepada pasien. Hal ini penting dilakukan karena berkaitan dengan langkah antisipasi terhadap ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang sudah diberikan serta berkaitan dengan aspek hukum yang artinya dokumentasi bisa dijadikan untuk menjawab ketidakpuasan terhadap pelayanan yg sudah dilakukan secara hukum.

### 3. Sebagai Sarana Pendidikan

Dokumentasi jika dilakukan dengan baik dan benar maka bisa membantu mahasiswa kebidanan dalam proses pembelajaran untuk bisa mendapatkan pengetahuan serta membandingkan antara teori dan praktik lapangan.

### 4. Sebagai Sumber Data Penelitian

Informasi yang di catat dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini berkaitan dengan pelayanan asuhan kebidanan yang dilakukan karena dengan melakukan penelitian dapat menciptakan satu bentuk pelayanan kebidanan yang aman dan efektif.

### 5. Sebagai Perencanaan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan

Dengan adanya dokumentasi maka bisa didapatkan data yang aktual dan konsisten dalam mencakup seluruh kegiatan keperawatan yang akan dilakukan sehingga tenaga kesehatan bisa merencanakan asuhan yang akan dilakukan.

## **Fungsi Dokumentasi**

Ada beberapa fungsi dokumentasi dalam kebidanan, antara lain :

#### 1. Aspek Administrasi

Dalam dokumentasi akan terdapat tindakan yang sudah dilakukan oleh bidan yang berdasarkan wewenang serta tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan dalam mencapai tujuan dari pelayanan yang sudah diberikan.

#### 2. Aspek Medis

Dalam aspek medis terdapat dokumentasi yang berisi tentang catatan yang digunakan sebagai dasar dari rencana tindakan perawatan atau pengobatan yang akan diberikan kepada klien.

### 3. Aspek Hukum

Dalam aspek hukum ini maka akan terdapat dokumentasi tentang jaminan kepastian hukum yang berdasarkan dari keadilan, seperti usaha dalam menegakkan hukum serta sebagai bukti untuk menegakkan keadilan karena semua catatan yang berkaitan dengan klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Dokumentasi sangat bermanfaat bagi tenaga kesehatan apabila menjumpai suatu persoalan yang berkaitan dengan hukum karena dapat dijadikan sebagai bukti di pengadilan, maka dari itu dokumentasi harus ditulis secara lengkap, jelas, objektif serta harus di tanda tangani oleh tenaga kesehatan.

### 4. Aspek Penelitian

Dokumentasi dalam kebidanan berisi tentang semua data atau informasi yang lengkap baik perawatan yang diberikan ataupun tentang pengobatan. Sehingga dokumentasi ini bisa digunakan sebagai bahan penelitian atau sebagai pengembangan ilmu pengetahuan melalui studi dokumentasi.

### 5. Aspek Dokumentasi

Dokumentasi berisi tentang tentang sumber informasi yang di dokumentasikan dan yang akan dipakai sebagai bahan untuk pertanggung jawaban dalam proses atau dalam laporan pelayanan kesehatan.

### 6. Aspek Pendidikan

Dalam dokumentasi kebidanan berisikan tentang data dan informasi tentang kronologis serta kegiatan pelayanan medis yang telah di berikan kepada klien. Sehingga informasi yang terdapat dalam dokumentasi bisa digunakan sebagai bahan atau sebagai referensi dalam pendidikan.

### 7. Aspek Komunikasi

Dokumentasi yang sudah dilakukan maka bisa digunakan sebagai alat untuk komunikasi antar tenaga kesehatan. Komunikasi yang dilakukan untuk

koordinasi terhadap asuhan yang telah diberikan kepada klien supaya mencegah terjadinya informasi yang berulang-ulang kepada klien maupun anggota tenaga kesehatan yang lain. Dapat mengurangi kesalahfahaman dan bisa meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan, membantu tenaga kesehatan dalam menggunakan waktu dengan sebaik-baiknya, dan mencegah adanya informasi kegiatan yang tumpang tindih. Dokumentasi yang baik bisa dijadikan sebagai bukti jika tenaga kesehatan melakukan koordinasi dengan baik

### **Syarat Dokumentasi**

Dalam melakukan dokumentasi maka tenaga kesehatan juga harus mengetahui syarat dari dokumentasi supaya dokumentasi bisa dilakukan secara efisien dan efektif. Ada beberapa syarat yang harus diketahui, antara lain :

1. Kesederhanaan

Dalam melakukan dokumentasi harus menggunakan kata-kata yang sederhana yang mudah untuk di mengerti, mudah dibaca serta harus menghindari kalimat yang sulit untuk dipahami.

2. Keakuratan

Data yang ditulis harus data yang benar-benar akurat yang berdasarkan dari hasil pemeriksaan atau hasil dari informasi yang sudah dikumpulkan. Adanya keterangan bahwa data yang sudah dikumpulkan berasal dari klien, sehingga dapat ditarik kesimpulan yang otentik dan akurat serta akan terhindar dari kesimpulan yang menyimpang.

3. Kesabaran

Dalam melakukan dokumentasi harus dengan sabar serta harus meluangkan waktu untuk dapat memeriksa kembali kebenaran terhadap data klien yang telah atau sedang diperiksa.

4. Ketepatan

Dalam dokumentasi ketepatan adalah harga mutlak yang harus dilakukan. Dalam memperoleh ketepatan

diperlukan ketelitian serta penggunaan penilaian terhadap gambaran klinis klien. Seperti hasil laboratorium klien, adanya pemeriksaan tambahan, catatan terhadap adanya perubahan dalam rencana tindakan klien, pelayanan kesehatan yang dilakukan, observasi yang dilakukan pada lembar yang sudah disediakan, serta harus mengecek kesesuaian hasil pemeriksaan dengan instruksi dari dokter dan tenaga kesehatan lainnya serta harus adanya tanda bukti pencantuman tanda tangan dari tenaga kesehatan yang berwenang.

5. Kelengkapan

Dokumentasi yang dilakukan harus benar-benar lengkap, dari semua pelayanan yang telah diberikan, tanggapan dari tenaga kesehatan, tanggapan klien, alasan klien di rawat, kunjungan dari dokter atau dari tenaga kesehatan yang lain.

6. Kejelasan Dan Keobjektifan

Dalam melakukan dokumentasi maka diperlukan kejelasan serta keobjektifan dari semua data-data yang ada, bukan hal yang fiktif dan samar yang bisa menimbulkan kerancuan.

### **Prinsip Dari Dokumentasi**

Ada beberapa prinsip dalam pendokumentasian, antara lain :

1. Mengandung Nilai Administratif : suatu dokumen yang bisa dijadikan sebagai alat pembelaan yang sah jika terjadi gugatan.
2. Mengandung Nilai Hukum : suatu dokumen yang bisa dijadikan pegangan hukum bagi rumah sakit, petugas kesehatan maupun pasien.
3. Mengandung Nilai Riset : pencatatan yang mengandung sebuah data dan informasi serta bahan yang bisa digunakan sebagai objek penelitian, karena dokumentasi merupakan sebuah informasi yang terjadi masa lalu.

4. Mengandung Nilai Edukasi : sebuah pencatatan/dokumentasi kebidanan dapat digunakan sebagai sebuah referensi atau bahan ajar di bidang kesehatan.

### **Materi Soapie**

Bentuk metode pendokumentasian yang dapat digunakan oleh bidan untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah yang terjadi pada pasien dengan menggunakan SOAPIE, yaitu:

1. S (*Subjective*)

Data subjective merupakan sebuah data yang berhubungan dengan sudut pandang pasien atau mengungkapkan kepada bidan apa yang telah dirasakan oleh pasien. Sebuah ekspresi pasien tentang kekawatiran atau keluhan yang akan di catat sebagai ringkasan yang akan berhubungan dengan diagnosis.

2. O (*Objective*)

Data Objektif merupakan sebuah data yang didapatkan dari hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik terhadap pasien, pemeriksaan laboratorium yang sudah dilakukan. Catatan medik atau informasi dari keluarga dapat di masukkan dalam data objective sebagai data penunjang. Sehingga data ini bisa memberikan bukti terkait dengan gejala klinis pasien serta fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. A (*Assessment*)

Assessment merupakan data hasil dari analisis dan interpretasi yang didapatkan dari data subjective dan data objective. Keadaan pasien bisa mengalami perubahan di setiap saat sehingga memerlukan informasi baru dalam data subjective dan data objective supaya proses pengkajian data bisa menjadi dinamis dan akurat, sehingga dapat mengambil sebuah keputusan/tindakan yang tepat.

4. P (*Planning*)

Planning yaitu membuat sebuah rencana asuhan saat ini dan akan datang yang diperuntukkan untuk pasien sesuai dengan kondisi saat ini, sehingga diharapkan planning bisa dilakukan sebaik mungkin sehingga bisa mempertahankan kesehatan pasien. Proses ini merupakan sebuah tujuan dari kebutuhan pasien yang harus bisa dicapai dalam waktu tertentu serta tindakan yang diambil harus bisa membantu pasien untuk mencapai kemajuan kesehatan pasien.

5. I (*Implementation*)

Implementation merupakan sebuah tindakan yang akan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan planning yang sudah direncanakan atau yang sudah disusun. Tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan harus sesuai dengan persetujuan dari pasien sehingga tenaga kesehatan dalam melakukan tindakan bisa maksimal. Implementation juga bisa berubah sesuai dengan kondisi pasien saat ini.

6. E (*Evaluation*)

Evaluasi merupakan analisis dari hasil yang sudah dicapai dan bisa menjadi sebuah penilaian dari ketepatan dalam melakukan tindakan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai maka proses evaluasi ini bisa dijadikan sebuah dasar untuk bisa mengembangkan tindakan alternatif sehingga tujuan bisa tercapai.

### **Pencatatan Dalam Dokumentasi**

1. Pengertian pencatatan dokumentasi

Pencatatan merupakan suatu bentuk dokumentasi dari segala informasi medis pasien yang di dalam rekam medis. Sebuah pencatatan berisikan tentang data yang dapat digunakan sebagai bahan informasi. Data pasien yang didapatkan dapat dikelompokkan menjadi 2 yaitu data subyektif dan data obyektif. Dimana data subyektif di dapatkan dari apa yang

telah di sampaikan oleh pasien dan data Obyektif di dapatkan dari hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan.

## 2. Prinsip Dalam Pencatatan

Pencatatan rekam medis yang dilakukan oleh setiap rumah sakit akan mempunyai aturan sendiri, tetapi pada dasarnya mempunyai prinsip yang sama, antara lain :

### a. Pencatatan Dilakukan Secara Tepat

Pencatatan harus dilakukan sesegera mungkin setelah memberikan sebuah tindakan. Seperti halnya tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi yang harus melakukan pencatatan secepat mungkin dari pelaksanaan observasi dan pemberian tindakan secara tepat. Jika pencatatan dilaksanakan di akhir dinas maka di khawatirkan tindakan yang sudah dilakukan ada yang terlupakan sehingga informasi yang cantumkan menjadi tidak akurat.

### b. Menghindari Pencatatan Dengan Sistem Blok

Menghindari pencatatan yang menggunakan sistem blok, karena kebiasaan mencatat informasi pasien dalam satu waktu atau sistem blok ini memiliki banyak kelemahan. Seperti: kehilangan beberapa informasi yang sudah didapatkan, tidak akurat, dan waktu dalam pencatatan tidak terstruktur. Sehingga pencatatan laporan perkembangan pasien yang menggunakan sistem blok perlu dihindari.

### c. Catat Sesegera Mungkin Setelah Melakukan Tindakan

Pencatatan dalam rekam medis harus dilakukan setelah pemberian tindakan pada pasien. Hal ini dilakukan supaya bisa menghindari informasi yang bias dan tidak akurat, karena jika

pencatatan yang lama maka tidak mencerminkan respon secara langsung terhadap pasien.

d. Mengisi Bagian Format Yang Kosong

Pencatatan harus dituliskan secara lengkap dan tidak boleh ada yang masih kosong karena untuk menghindari munculnya sebuah pertanyaan. Seperti: apakah sudah di lakukan? Sehingga dalam pencatatan haruslah sangat teliti dan tidak boleh ada format yang kosong. Beberapa fasilitas kesehatan memiliki aturan sendiri seperti pencantuman garis besar dalam melakukan pencatatan.

### **Pelaporan Dalam Dokumentasi**

Pelaporan dalam dokumentasi adalah suatu ringkasan tentang aktivitas yang sudah dilakukan serta suatu pengamatan yang dilihat, dilakukan ataupun yang di dengar. Dengan adanya pelaporan maka tenaga kesehatan bisa melakukan komunikasi tentang informasi keadaan klien sehingga diharapkan semua anggota tim bisa membuat suatu keputusan terbaik terhadap klien serta perawatan yang di berikan.

1. Laporan Terhadap Pergantian Tugas

Laporan yang dilakukan dalam pergantian tugas yang dilakukan di beberapa institusi biasanya dilakukan 3 kali dalam sehari. Pada akhir shif maka tenaga kesehatan harus melaporkan tentang informasi klien kepada tenaga kesehatan yang akan bertugas pada shif berikutnya karena itu merupakan tanggung jawab tenaga kesehatan yang harus di penuhi di setiap masing-masing shif. Tujuan melakukan pelaporan yaitu untuk memberikan kontinuitas perawatan yang lebih baik dalam merawat klien. Laporan yang lengkap maka bisa menegaskan pertanggung jawaban serta keyakinan dalam perawatan yang dilakukan tidak terputus.

Laporan dalam pertukaran tugas bisa dilakukan secara lisan ataupun tulisan. Jika secara lisan maka

harus dilakukan dengan perekaman di samping tempat tidur klien, laporan secara lisan bisa dilakukan di ruang konferensi dan anggota dari tenaga kesehatan harus menghadiri. Jenis laporan yang menggunakan audio tape diberikan oleh tenaga kesehatan yang sudah menyelesaikan perawatan klien dan di tujukan oleh perawat yang giliran bertugas berikutnya.

Dalam memberikan laporan maka tenaga kesehatan akan melakukan diskusi dengan klien atau keluarga secara profesional. Tenaga kesehatan tidak boleh memberikan laporan dengan menggunakan kata tidak kooperatif, sulit ataupun buruk dalam menggambarkan perilaku klien. Laporan yang baik adalah laporan yang bersifat objektif dan tidak akan memberikan penilaian atas dasar menggunakan prasangka.

## 2. Instruksi Yang Dilakukan Dengan Menggunakan Telepon

Instruksi yang dilakukan dengan menggunakan telepon digunakan hanya untuk keadaan yang benar-benar diperlukan, bukan dilakukan untuk kenyamanan. Instruksi ini biasanya dilakukan pada malam hari atau dilakukan dalam keadaan darurat.

Dalam melakukan instruksi melalui telepon maka tenaga kesehatan harus mendokumentasikan secara lengkap, dimulai dari tanggal, waktu, nama klien, tenaga kesehatan yang sedang bertugas/ yang menerima instruksi melalui telepon, nama dokter dan menuliskan pesan secara lengkap yang telah disampaikan. Jangan lupa mengulangi pesan yang sudah disampaikan terhadap dokter untuk menghindari kesalahpahaman dan memastikan jika pesan yang disampaikan didengar oleh dokter yang bersangkutan. Dan dalam laporan per telepon akan dikuatkan oleh dokter tersebut dengan cara menandatangani instruksi tersebut dalam rentang

waktu yang sudah disepakati bersama, seperti membuat perjanjian 24 jam.

**BENTUK DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN  
KELUARGA BERENCANA  
PADA NY. “...” P...A...H..., USIA ... TAHUN, DENGAN  
.....**

|                           |   |  |
|---------------------------|---|--|
| <b>Pertemuan</b>          | : |  |
| <b>Tempat Pengkajian</b>  | : |  |
| <b>Tanggal Pengkajian</b> | : |  |
| <b>Waktu Pengkajian</b>   | : |  |
| <b>Pengkaji</b>           | : |  |

**A. DATA SUBYEKTIF**

|                                                            |   |  |                  |   |               |
|------------------------------------------------------------|---|--|------------------|---|---------------|
| 1. Biodata                                                 |   |  |                  |   |               |
| IDENTITAS KLIEN                                            |   |  | PENANGGUNG JAWAB |   |               |
| Nama                                                       | : |  | Nama             | : |               |
| Umur                                                       | : |  | Umur             | : |               |
| Agama                                                      | : |  | Agama            | : |               |
| Pendidikan                                                 | : |  | Pendidikan       | : |               |
| Pekerjaan                                                  | : |  | Pekerjaan        | : |               |
| Alamat Sekarang                                            | : |  | Alamat Sekarang  | : |               |
| No. HP                                                     | : |  | No. HP           | : |               |
| Golongan Darah                                             | : |  | Status Hubungan  | : | Suami/saudara |
| 2. Alasan kunjungan/keluhan utama                          |   |  |                  |   |               |
| Alasan mengapa klien melakukan kunjungan                   |   |  |                  |   |               |
| Keluhan yang paling dirasakan klien saat kunjungan         |   |  |                  |   |               |
| 3. Keluhan lain yang berhubungan dengan kesehatan saat ini |   |  |                  |   |               |
|                                                            |   |  |                  |   |               |
| 4. Riwayat Menstruasi                                      |   |  |                  |   |               |
| HPHT                                                       | : |  |                  |   |               |

| TP                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | :                                                                                                                                                                                  |    |               |              |          |       |            |                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------|--------------|----------|-------|------------|------------------------|
| Siklus                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | :                                                                                                                                                                                  |    |               |              |          |       |            |                        |
| Masalah yang pernah dialami                                                                                                                                                                                                                                                                              | :                                                                                                                                                                                  |    |               |              |          |       |            |                        |
| 5. Riwayat Perkawinan                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                    |    |               |              |          |       |            |                        |
| Perkawinan ke-                                                                                                                                                                                                                                                                                           | :                                                                                                                                                                                  |    |               |              |          |       |            |                        |
| Usia saat kawin                                                                                                                                                                                                                                                                                          | :                                                                                                                                                                                  |    |               |              |          |       |            |                        |
| Lama Perkawinan                                                                                                                                                                                                                                                                                          | :                                                                                                                                                                                  |    |               |              |          |       |            |                        |
| 6. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Kehamilan Yang Lalu                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                    |    |               |              |          |       |            |                        |
| No                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Tahun Partus                                                                                                                                                                       | UK | Tempat Partus | Jenis Partus | Penolong | Nifas | Anak JK/BB | Kedadaan Anak Sekarang |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |    |               |              |          |       |            |                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |    |               |              |          |       |            |                        |
| 7. Riwayat Penyakit/Operasi Yang Lalu                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                    |    |               |              |          |       |            |                        |
| Adakah riwayat penyakit yang pernah dialami oleh ibu                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                    |    |               |              |          |       |            |                        |
| Adakah riwayat operasi yang pernah dialami oleh ibu                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                    |    |               |              |          |       |            |                        |
| 8. Riwayat Yang Berhubungan Dengan Masalah Kesehatan Reproduksi                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                    |    |               |              |          |       |            |                        |
| Adakah riwayat penyakit yang pernah dialami oleh ibu terkait dengan kesehatan reproduksinya, misalnya tumor/kanker payudara, dll.                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                    |    |               |              |          |       |            |                        |
| 9. Riwayat Penyakit Keluarga                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                    |    |               |              |          |       |            |                        |
| Adakah riwayat penyakit yang pernah dialami oleh anggota keluarga                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                    |    |               |              |          |       |            |                        |
| 10. Riwayat KB                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                    |    |               |              |          |       |            |                        |
| Metode KB yang pernah digunakan dari anak pertama sampai saat sebelum kehamilan sekarang, adakah keluhan selama menggunakan alat kontrasepsi, berapa lamakah penggunaan alat kontrasepsi, alasan berhenti menggunakan alat kontrasepsi, rencana menggunakan alat kontrasepsi setelah persalinan nantinya |                                                                                                                                                                                    |    |               |              |          |       |            |                        |
| 11. Pemenuhan Kebutuhan Sehari-Hari                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                    |    |               |              |          |       |            |                        |
| Umum                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Bagaimanakah pola pemenuhan kebutuhan nutrisi, istirahat/tidur, eliminasi, personal hygiene ibu                                                                                    |    |               |              |          |       |            |                        |
| Data Psikososial                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Bagaimanakah perasaan ibu selama menjadi akseptor KB<br>Bagaimana tanggapan anggota keluarga terhadap penggunaan alkon<br>Adakah pantangan/mitos dalam penggunaan alat kontrasepsi |    |               |              |          |       |            |                        |
| Lainnya                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Adakah kebiasaan yang dapat mengganggu penggunaan alat kontrasepsi, seperti:                                                                                                       |    |               |              |          |       |            |                        |

|  |                                                             |
|--|-------------------------------------------------------------|
|  | merokok, jamu, minuman keras, pijat perut, hewan peliharaan |
|--|-------------------------------------------------------------|

## **B. DATA OBYEKTIF**

|                                                                          |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Pemeriksaan Umum                                                      |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Keadaan Umum                                                             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| TTV                                                                      | TD |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                          | N  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                          | P  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|                                                                          | S  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| BB sebelum menjadi akseptor                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| BB sekarang                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| TB                                                                       |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 2. Pemeriksaan fisik yang berhubungan dengan kebidanan/masalah kesehatan |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Kepala dan wajah                                                         |    | Kebersihan kulit kepala, rambut rontok/tidak, warna rambut, muka oedema/tidak, pucat/tidak, konjungtiva anemis/tidak, warna sclera, ada oedem palpebra/tidak, ada polip hidung/tidak, mukosa bibir lembab /kering, warna bibir pucat/tidak, ada stomatitis/tidak, ada caries/tidak, ada pembesaran tonsil/tidak, lidah kotor/bersih, ada gigi palsu/tidak, ada epulis/tidak, telinga bersih/tidak |
| Leher                                                                    |    | Adakah pembesaran kelenjar tyroid dan kelenjar limfe, bendungan vena jugularis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Payudara                                                                 |    | Kesimetrisan, bentuk puting susu datar, masuk/menonjol, hiperpigmentasi areola, adakah retraksi dada                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Abdomen                                                                  |    | Adakah striae lividae/albicans, adakah bekas luka operasi, kandung kemih kosong/penuh                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Ekstremitas                                                              |    | Adakah oedema, varices, gangguan aktifitas, simetris, polidaktili/sindaktili                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Refleks Patella                                                          |    | Apakah positif/negative untuk kedua patella kanan/kiri                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Anogenetalia                                                             |    | Bagaimana kebersihan vulva, pengeluaran pervaginam, keadaan perineum ada bekas luka, jaringan                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                          |                                                                                     |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                          | parut, varices, kondiloma, pembesaran kelenjar Skene dan Bartolini, adakah hemoroid |
| 3. Pemeriksaan Penunjang |                                                                                     |
|                          |                                                                                     |

### **C. ASSESSMENT**

|                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ny. “...” P... A...H.... Usia ... Tahun dengan .....<br>( sesuai dengan KB yang akan digunakan ) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|

### **D. PLAN**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan inform consent pada ibu dan keluarga sebagai persetujuan diberikannya asuhan kebidanan</li> <li>2. Berikan informasi hasil pemeriksaan tentang keadaan ibu</li> <li>3. Berikan penjelasan tentang keluhan yang dialami ibu dan bagaimana cara mengatasinya</li> <li>4. Berikan KIE berdasarkan kebutuhan klien</li> <li>5. Berikan/pasang alat kontrasepsi berdasarkan kebutuhan klien</li> <li>6. Jadwalkan untuk kunjungan ulang berikutnya atau bila klien mengalami keluhan/tanda yang dirasakan setelah penggunaan alat kontrasepsi.</li> </ol> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

.....,  
.....  
Perencana Asuhan

(.....)

### LEMBAR IMPLEMENTASI PERTEMUAN KE .....

| No | Waktu<br>(Tanggal/<br>Jam) | Tindakan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TTD &<br>Nama<br>Petugas | TTD &<br>Nama<br>Pasien/PJ<br>* |
|----|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| 1. |                            | <p>Kegiatan yang sudah dilakukan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan inform consent pada ibu dan keluarga sebagai persetujuan diberikannya asuhan kebidanan</li> <li>2. Memberikan informasi hasil pemeriksaan tentang keadaan ibu</li> <li>3. Memberikan penjelasan tentang keluhan yang dialami ibu dan bagaimana cara mengatasinya</li> <li>4. Memberikan KIE berdasarkan kebutuhan klien</li> <li>5. Memberikan/memasang alat kontrasepsi berdasarkan kebutuhan klien</li> <li>6. Menjadwalkan untuk kunjungan ulang berikutnya atau bila klien mengalami keluhan/tanda bahaya yang dirasakan setelah penggunaan alat kontrasepsi.</li> </ol> | Bidan                    | Klien                           |
| 2. | Evaluasi<br>Proses         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ibu setuju menandatangani format informed consent</li> <li>2. Ibu sudah memahami kondisinya sebelum memutuskan memakai KB</li> <li>3. Ibu sudah memahami keluhan yang dialami dan cara mengatasinya</li> <li>4. Ibu sudah memahami KIE yang disampaikan oleh bidan, dan bisa mengulang kembali informasi dengan benar dan tepat</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                                 |

|  |  |                                                                                                                     |
|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | 5. Ibu bersedia mendapatkan terapi<br>6. Ibu bersedia untuk kunjungan ulang<br>sesuai jadwal yang sudah di sepakati |
|--|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                          |                                                     |                                                         |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>Mahasiswa</b><br><br>(.....<br>.....) | <b>Pembimbing<br/>Lahan</b><br><br>(.....<br>.....) | <b>Pembimbing<br/>Institusi</b><br><br>(.....<br>.....) |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|

## **Daftar Pustaka**

- Asih Yusari & Risneni. (2016). Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan. Jakarta : CV. Trans Info Media.
- Dinarti dan Mulyanti, Y. (2017). Dokumentasi Keperawatan. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Hidayat, A. Aziz Alimul & Wildan, M. (2011). Dokumentasi Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika.
- Handayani, Sih Rini & Triwik Sri Mulyati. (2017). Bahan Ajar Dokumentasi Kebidanan. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumberdaya Manusia Kesehatan.
- Megasari Miratu., Yanti, J.S., Triana Ani., & Maita Liva., (2019). Catatan Soap Sebagai Dokumentasi Legal dalam Praktik Kebidanan. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Puspitasari Dewi., (2019). Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Kebidanan Terhadap Perlindungan Hukum Pasien Pada Bidan Praktik Mandiri (Studi Di Kabupaten Cilacap). Jurnal Idea Hukum : Vol 5 No. 1 Magister Hukum Fakultas Hukum Universitas Jenderal Soedirman.  
<http://www.jih.fh.unsoed.ac.id/index.php/jih/article/download/103/85>
- Palifina Arthyka & Dheska ( 2016 ). Hubungan Pendidikan Bidan Dengan Penerapan Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Bidan Praktik Mandiri Di Kabupaten Bantul. RAKERNAS AIPKEMA. Temu Ilmiah Hasil Penelitian dan Pengabdian Masyarakat.  
<https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/psn12012010/article/download/2127/2154>
- Sudarsono Blasius., (2017). Memahami Dokumentasi. Jurnal Acarya Pustaka Vo.3, No.1,  
<https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/AP/article/download/12735/7992>
- Sugandini Wayan & Mertasari L., (2020). Evaluasi Pendokumentasian Pelayanan Kebidanan pada Praktek Mandiri Bidan (PMB) Bidan Delima Kabupaten Buleleng. Seminar Nasional Riset Inovatif.  
<https://eproceeding.undiksha.ac.id/index.php/senari/article/download/2095/1376>

## **Profil Penulis**



### **Miftahul Hakiki**

Alhamdulillah segala Puji ku panjatkan kepada Allah S.W.T., berkat rahmat dan petunjuknya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Book Chapter dengan judul Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, mudah-mudahan Book Chapter ini bisa bermanfaat dan bisa menjadi panduan bagi pendidik nantinya.

Penulis lahir di kota Banyuwangi, menempuh pendidikan D3 Kebidanan di STIKES ABI Surabaya dengan tahun lulus 2009, kemudian melanjutkan pendidikan di STIKES Hafshawaty Zainul Hasan Genggong dengan tahun lulus 2012. Dan menempuh pendidikan terakhir di Universitas Sebelas Maret Surakarta dengan tahun lulus 2014. Dan sekarang menjadi tenaga pengajar aktif di STIKES Banyuwangi. Terima kasih kepada Orang tua saya ibunda Sunartin dan Ayahanda Tugino Ikhsan Thohari, Suami saya Carlean T.P dan kedua anak saya Megah Ayunda T.P dan Amsyar Asyraaf T.P serta keluarga yang ada disekeliling saya yang selalu memberikan dukungannya selama ini kepada saya, yang selalu memberikan suportnya mulai dari awal sampai akhir sehingga saya mempunyai semangat untuk selalu belajar dan belajar lagi untuk menjadi orang yang lebih baik lagi tanpa rasa putus asa.

Email Penulis: [miftahulhakikiayundaacap@gmail.com](mailto:miftahulhakikiayundaacap@gmail.com)

- 1 PENGANTAR KESEHATAN REPRODUKSI DAN SISTEM REPRODUKSI MANUSIA  
Nurul Eko Widiyastuti, S.Si.T., M.Kes.
- 2 KESEHATAN WANITA SEPANJANG SIKLUS KEHIDUPAN  
Rosyati Pastuty, S.SiT., M.Kes.
- 3 INDIKATOR KESEHATAN PEREMPUAN  
Emiliandry Febryanti T. Banase, S.Kep., Ns.
- 4 KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA, DEWASA DAN LANSIA  
Iceu Mulyati, SST., M.Keb.
- 5 PENYAKIT MENULAR SEKSUAL DAN GANGGUAN KESEHATAN REPRODUKSI  
Fransiska Yuniati Demang, S.Kep., Ns., MKM.
- 6 PSIKOLOGI DALAM SIKLUS KEHIDUPAN PEREMPUAN  
Renita Rizky Danti, SST., M.Keb.
- 7 GIZI SEIMBANG DALAM SIKLUS KEHIDUPAN PEREMPUAN  
Mustika Pramestiyani, SST., M.Keb.
- 8 KOMPONEN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI  
Nurul Ramadhani Yaner, S.Kep., Ns., M.Kes.
- 9 KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERSPEKTIF GENDER  
Kristy Melly Putri, SST., M.Kes.
- 10 KONSELING DAN PENYULUHAN KESEHATAN REPRODUKSI  
Maya Primayanti, S.SiT., M.Kes.
- 11 POLA HIDUP SEHAT PENUNJANG KESEHATAN REPRODUKSI  
Dian Lestari, SST., M.Bmd.
- 12 EPIDEMIOLOGI KESEHATAN REPRODUKSI  
Agustina Maratus Sholichah, SST., M.Kes.
- 13 FERTILITAS DAN FEKUNDITAS  
Rima Nur Khasanah, S.Keb., Bd., M.Kes.
- 14 MENOPAUSE DAN SAFE MOTHERHOOD  
Yuliana Suryati, S.Kep., Ns., M.Biomed.
- 15 MANFAAT DAN PENTINGNYA MENJAGA KESEHATAN REPRODUKSI  
Indah Dewi Ridawati, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 16 DIMENSI SOSIAL PEREMPUAN DAN PERMASALAHANNYA  
Dr. Rosnani, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat.
- 17 PERTUMBUHAN, PERKEMBANGAN PEREMPUAN DAN DAUR KEHIDUPANNYA  
Nuristy Brilliant Alindyahsari Winarna, S.Tr.Keb., M.Keb.
- 18 PERANAN GIZI DALAM KESEHATAN REPRODUKSI  
Yunita Nazarena, S.Gz., M.Si.
- 19 GIZI SEIMBANG UNTUK KESEHATAN REPRODUKSI PADA WANITA USIA SUBUR  
Elita Endah Mawarni, A.Md.Gizi., M.Pd.
- 20 PROMOSI KESEHATAN UNTUK KESEHATAN REPRODUKSI  
Dr. Firdausi Ramadhani, S.Psi., M.Kes.
- 21 KONSEP DASAR, TREN, DAN ISU KELUARGA BERENCANA  
Mytha Febriany Pondaang, SST., M.Keb.
- 22 FALSAFAH DAN PARADIGMA KELUARGA BERENCANA  
Wita Asmalinda, SST., M.Kes.
- 23 PROGRAM DAN PELAYANAN KELUARGA BERENCANA  
Lutvia Dwi Rofika, SST., M.Kes.
- 24 PELAYANAN KONTRASEPSI DAN METODE KONTRASEPSI  
Indah Christiana, S.ST., M.Kes.
- 25 KAMPUNG KELUARGA BERENCANA  
Matje Meriaty Huru, SST., M.Kes.
- 26 PENDOKUMENTASIAN, SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN KELUARGA BERENCANA  
Miftahul Hakiki., S.ST., M.Kes.

*Editor :*

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

Untuk akses **Buku Digital**,  
Scan **QR CODE**



**Media Sains Indonesia**  
Melong Asih ReGENCY B.40, Cijerah  
Kota Bandung - Jawa Barat  
Email : penerbit@medsan.co.id  
Website : www.medsan.co.id



ISBN 978-623-362-573-9 (PDF)



9 786233 625739