

KESEHATAN PEREMPUAN DAN PERENCANAAN KELUARGA

Editor: Ashriady



Yulianti Anwar | Sri Purwiningsih | Meilin Anggreyni
Fitri Arni HR | Beauty Octavia Mahardany | Andi Nasir
Estelle Lilian Mua | Ni Putu Aryani | Ervin Rufaindah
Rizky Febriyanti Supriadi | Robi Adikari Sekeon | Dian Fitriyani

BUNGA RAMPAI

**KESEHATAN PEREMPUAN DAN
PERENCANAAN KELUARGA**

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 PEREMPUAN DAN PERENCANAAN KELUARGA

Yulianti Anwar
Sri Purwiningsih
Meilin Anggreyni
Fitri Arni HR
Beauty Octavia Mahardany
Andi Nasir
Estelle Lilian Mua
Ni Putu Aryani
Ervin Rufaindah
Rizky Febriyanti Supriadi
Robi Adikari Sekeon
Dian Fitriyani

Editor:
Ashriady

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

**KESEHATAN PEREMPUAN DAN PERENCANAAN
KELUARGA**

Yulianti Anwar
Sri Purwiningsih
Meilin Anggreyni
Fitri Arni HR
Beauty Octavia Mahardany
Andi Nasir
Estelle Lilian Mua
Ni Putu Aryani
Ervin Rufaindah
Rizky Febriyanti Supriadi
Robi Adikari Sekeon
Dian Fitriyani

Editor :
Ashriady

Tata Letak :
Risma Birrang

Desain Cover :
Syahrul Nugraha

Ukuran :
A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman :
vi, 228

ISBN :
978-623-362-723-8

Terbit Pada :
Oktober 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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah Subhanahu Wata'ala atas karunia kesehatan dan kesempatan yang telah diberikan kepada penulis sehingga buku kolaborasi dalam bentuk book chapter dapat dipublikasikan dan dapat sampai di hadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi dari berbagai Perguruan Tinggi dengan kepakaran dalam bidang Kesehatan Reproduksi dan KIA. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga.

Sistematika buku Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapannya. Buku ini terdiri atas 12 bab yang dibahas secara rinci, diantaranya: Konsep Kesehatan Reproduksi, Kesehatan Reproduksi dalam Perspektif Gender, Dimensi Sosial Perempuan dan Permasalahannya, Masalah yang Lazim pada Kesehatan Reproduksi Wanita, Kesehatan Reproduksi Remaja, Masalah Kesehatan Lanjut Usia, Menopause, Posyandu Lanjut Usia, Sejarah dan Program KB di Indonesia, Metode Sederhana, Metode Modern dan Metode Sterilisasi, dan Penanggulangan Akseptor Bermasalah.

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Allah Yang Maha Kuasa. Oleh sebab itu, masukan dan saran yang bersifat membangun dari para pembaca, sangat kami harapkan demi penyempurnaan buku ini di waktu yang akan datang.

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 inisiator book chapter ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, 20 September 2022

Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
1 KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI	1
Pendahuluan.....	1
Konsep Dasar.....	2
Definisi Kesehatan Reproduksi.....	3
Sejarah Perkembangan Kesehatan Reproduksi	4
Tujuan Kesehatan Reproduksi.....	6
Sasaran Program Kesehatan Reproduksi.....	7
Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi.....	7
Kesehatan Reproduksi dalam Siklus Hidup Perempuan.....	9
Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi.....	11
Masalah Kesehatan Reproduksi	12
Hak-Hak Reproduksi.....	15
2 KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERSPEKTIF GENDER.....	23
Pendahuluan.....	23
Pengertian	24
Peran dan Hak dalam Kesehatan Reproduksi	25
Perspektif dan Hak dalam Kesehatan Reproduksi ..	26
Norma dan Agama dalam Perspektif Gender	30
Perspektif Gender dalam Perencanaan Keluarga	31
3 DIMENSI SOSIAL PEREMPUAN DAN PERMASALAHANNYA	39

	Status Sosial Perempuan.....	39
	Nilai Perempuan.....	42
	Peran Perempuan	44
	Permasalahan Perempuan.....	46
4	MASALAH YANG LAZIM PADA REPRODUKSI WANITA.....	55
	Pengantar	55
	Organ Reproduksi Wanita	57
	Masalah Reproduksi Wanita.....	57
5	KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA	77
	Pendahuluan	77
	Tujuan Kesehatan Reproduksi Remaja	78
	Definisi Remaja	79
	Tahapan Tumbuh Kembang Remaja.....	79
	Masalah Reproduksi Remaja	82
	Solusi Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja	88
	Program Kesehatan pada Remaja	89
6	MASALAH KESEHATAN LANJUT USIA.....	95
	Pendahuluan	95
	Prinsip Utama Kehidupan Lanjut Usia	99
	Penyakit yang Sering dijumpai pada Lanjut Usia	102
	Masalah Gizi Lanjut Usia.....	107
7	MENOPAUSE	113
	Pendahuluan	113
	Pengertian Menopause.....	115
	Penyebab Menopause.....	115

	Perubahan Fisik.....	116
	Perubahan Psikologis	121
	Perubahan Hormone pada Masa Menopause.....	123
	Pengobatan Menopause.....	124
	Komplikasi Menopause.....	126
	Pencegahan Menopause	127
8	POSYANDU LANJUT USIA	131
	Pendahuluan.....	131
	Lanjut Usia	133
	Posyandu Lanjut Usia (Lansia)	135
	Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Posyandu Lanjut Usia.....	140
	Penutup	146
9	SEJARAH DAN PROGRAM KB DI INDONESIA	153
	Program KB 1974 – 1979.....	156
	Pengertian Program Keluarga Berencana.....	160
	Tujuan KB.....	160
	Sasaran Program KB	161
	Ruang Lingkup KB.....	162
	Dampak Program KB.....	162
	Pilar-Pilar Pelaksanaan Program KB.....	163
10	METODE SEDERHANA.....	171
	Pendahuluan.....	171
	Metode Amenora Laktasi (MAL)	173
	Metode Kalender	174
	Metode Temperatur Basal Tubuh	176

	Metode <i>Sympto-thermal</i>	178
	Koitus interruptus (<i>Withdrawal</i>).....	181
	Konseling Metode Sederhana.....	183
11	METODE MODERN DAN METODE STERILISASI	189
	Pendahuluan	189
	Metode Modern.....	191
	Metode Sterilisasi.....	196
	Sejarah Kontrasepsi Mantap	196
12	PENANGGULANGAN AKSEPTOR BERMASALAH..	209
	Pendahuluan	209
	Penanganan Efek Samping Metode KB Sederhana	210
	Penanganan Efek Samping Metode KB Modern	211
	Penanganan Efek Samping Metode Kontrasepsi Mantap (Kontap)	217
	Rujukan Akseptor KB Bermasalah.....	221
	Simpulan	224

KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI

Yulianti Anwar, S.ST, M.Keb
Poltekkes Kemenkes Mamuju

Pendahuluan

Kesehatan dan kesejahteraan perempuan masih menjadi isu utama kesehatan reproduksi sampai saat ini. Hal tersebut terjadi karena beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan wanita seperti kemiskinan, pendidikan, penyedia layanan kesehatan, kekerasan terhadap wanita, konflik bersenjata, perekonomian, pengambilan keputusan, mekanisme institusi, pemenuhan hak asasi manusia, media, lingkungan dan diskriminasi. Kesehatan reproduksi sangat berpengaruh terhadap kelangsungan hidup manusia terkait adanya dampak buruk akibat gangguan organ, fungsi, serta sistem reproduksi (Ni Komang Yuni Rahyani, 2012).

Derajat kesehatan reproduksi erat hubungannya dengan kejadian Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Saat ini Indonesia merupakan negara berkembang dan anggota negara ASEAN yang mempunyai AKI dan AKB relatif tinggi dibandingkan negara tetangga. Juga memiliki peringkat AKI dan AKB yang lebih besar dibandingkan dengan Negara-negara berkembang yang memiliki pendapatan per kapita yang hamper sama (Anita Widiastuti, dkk. 2021).

Masalah kesehatan reproduksi di Indonesia pada saat ini digambarkan dengan angka kejadian anemia pada ibu hamil yakni tahun 2019 sebesar 48,9% dan angka ini mengalami kenaikan yang cukup tinggi dibandingkan dengan hasil Riskesdas 2013 sebesar 37,1%. Anemia pada ibu hamil yang paling sering terjadi di Indonesia disebabkan oleh kekurangan zat besi sebanyak 62,3% sehingga menyebabkan abortus, partus premature, inersia uteri, partus lama, atonia uteri dan menyebabkan perdarahan serta syok (Kemenkes RI, 2019). Usia yang ideal untuk hamil adalah 20 – 35 tahun dan pada usia tersebut risiko akan komplikasi kehamilan berkurang serta memiliki sistem reproduksi yang sehat karena ini sangat berkaitan dengan kondisi biologis dan psikologis dari ibu hamil. Sedangkan pada usia kurang dari 20 tahun bisa terjadi anemia karena pada usia tersebut perkembangan biologis yaitu reproduksi belum optimal (Wahyu, 2017).

Konsep Dasar

Kesehatan reproduksi dianggap sebagai elemen yang terpisah dari pelayanan kesehatan. Hal tersebut bertolak belakang dengan definisi sehat yang ditetapkan oleh fathalla pada tahun 1988 dimana mempunyai pendapat sendiri yakni bahwa sehat adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dan tidak hanya terbebas dari penyakit atau ketidakberdayaan. Sedangkan definisi sehat yang di utarakan oleh (Paune (1983) dalam Marni, 2013) menyatakan sehat adalah suatu efektivitas dari aktualisasi diri yang dilakukan secara terus menerus. Perwujudan dari keadaan sehat tergambar pada perilaku sehari-hari yang mencakup pengetahuan, keterampilan dan sikap terhadap kesehatan.

Definisi Kesehatan Reproduksi

Pengertian kesehatan reproduksi mengalami penyempurnaan pada konferensi ICPD di Kairo tahun 1994 dan pertemuan internasional wanita di Beijing 1995, kedua pertemuan tersebut telah menetapkan definisi kesehatan reproduksi yang komprehensif yaitu bahwa kesehatan reproduksi, mencakup kesehatan reproduksi seksual yang bertujuan untuk meningkatkan kehidupan dan hubungan personal, bukan hanya konseling dan perawatan yang berhubungan dengan reproduksi serta PMS. Hubungan seksual tidak hanya dianggap sebagai alat untuk bereproduksi, tetapi terdapat makna yang lebih dalam. Hubungan seksual merupakan komponen penting untuk meningkatkan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang utuh dan tidak hanya terbebas dari penyakit atau ketidakberdayaan (Rahyani Yuni Komang Ni, 2012).

Menurut (Wirenviona, 2020) kata reproduksi terdiri atas: “re” berarti kembali serta “produksi” berarti menghasilkan. Jika digabungkan, kata reproduksi merupakan proses dalam kehidupan individu untuk menghasilkan keturunan demi kelestarian hidupnya. Adapula pengertian kesehatan reproduksi menurut (Priyatni, 2016) yakni merupakan suatu kondisi sejahtera secara menyeluruh, baik dari segi fisik dan psikologis serta sosial dan juga terbebas dari penyakit atau kondisi kecacatan dalam hal sistem dan fungsi serta proses reproduksi. Dengan demikian kesehatan reproduksi adalah bahwa setiap orang dapat menikmati kehidupan seks yang aman dan menyenangkan dan mereka memiliki kemampuan untuk bereproduksi serta memiliki kebebasan untuk menetapkan kapan dan seberapa sering mereka ingin bereproduksi (Febriyeni, dkk. 2020).

Sejarah Perkembangan Kesehatan Reproduksi

Di Indonesia, perkembangan kesehatan reproduksi telah dimulai sejak terjadinya lonjakan penduduk. Tahun 1960, organisasi Perkumpulan keluarga Berencana Indonesia (PKBI) mempromosikan program Keluarga Berencana. Ternyata program tersebut mendapat dukungan positif dan dukungan dari berbagai negara, tapi pada tahun 1975 – 1985 timbul isu mengenai kependudukan karena program KB tersebut memiliki efek negatif bagi kesehatan. Oleh karena itu, tahun 1975 berlangsung Konferensi Perempuan I, dalam konferensi tersebut dibahas isu-isu yang terjadi pada perempuan. Pada tahun 1980 dilangsungkan konferensi lanjutan yaitu Konferensi Perempuan II yang pokok pembahasannya masih sama dengan konferensi sebelumnya, yaitu tentang isu-isu yang terjadi pada perempuan. Tahun 1985 berlangsung Konferensi Perempuan III yang sudah mulai membahas mengenai isi gender. Setelah itu pada tahun 1990 muncul pembahasan baru mengenai seksualitas dalam konteks kesehatan reproduksi perempuan dan Hak Asasi Manusia (HAM) bagi perempuan.

Adanya kekhawatiran terhadap kesehatan reproduksi bagi wanita di seluruh dunia, maka dibuatlah konferensi-konferensi di dunia yang akan membicarakan mengenai kesehatan perempuan, diantaranya adalah :

1. Konferensi WINA pada tahun 1993

Pertemuan ini membahas tentang perspektif gender dalam Hak Asasi Manusia (HAM) dan isu-isu kontroversi tentang hak-hak reproduksi dan seksual bagi perempuan. Konferensi ini mendeklarasikan Hak Asasi Manusia, anak dan perempuan yang bersifat mutlak, terpadu dan merupakan bagian dan HAM.

2. International Conference On Population and Development (ICPD) pada tahun 1994

Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menyelenggarakan International Conference On Population and Development (ICPD) di Kairo, Mesir. Konferensi ini membuat kebijakan baru dalam pembangunan dan kependudukan di seluruh dunia. Fokus kebijakannya pada upaya penstabilan laju pertumbuhan penduduk di dunia. Program yang tercantum dalam ICPD tersebut menyerukan bahwa setiap negara melakukan upaya peningkatan status kesehatan, pendidikan dan hak-hak bagi setiap individu, terutama kaum perempuan dan anak-anak. Selain itu juga mampu mewujudkan program KB kedalam program peningkatan kesehatan bagi perempuan. Dalam program yang telah ditetapkan tersebut, ditekankan bahwa layanan kesehatan reproduksi dilaksanakan secara memadai dan menyeluruh serta memadukannya dengan program KB, pelayanan Antenatal Care, persalinan yang aman serta pencegahan dan pengobatan penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS). Ketersediaan informasi dan pelayanan konseling tentang seksualitas serta pelayanan kesehatan lainnya bagi perempuan. Tidak hanya itu, dalam konferensi tersebut juga disebutkan bahwa segala bentuk kekerasan pada perempuan di hapuskan, seperti praktik sunat pada perempuan dan bentuk kekerasan lainnya.

3. Fourth World Conference On Women (FWCW) pada tahun 1995, 14 – 15 September 1995 di Beijing, Cina. Konferensi ini menghasilkan 12 Critical Area of Concern, yaitu : kemiskinan, pendidikan dan pelatihan, kesehatan, kekerasan, konflik bersenjata, ekonomi, pengambilan keputusan, mekanisme institusional, Hak Asasi Manusia (HAM), media,

lingkungan dan diskriminasi (Ade Tyas Mayasari, dkk. 2021).

Tujuan Kesehatan Reproduksi

Adapun tujuan dari adanya kesehatan reproduksi bagi wanita adalah menurunkan angka kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi. Dalam PP no. 61 tahun 2014 disebutkan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan reproduksi bertujuan untuk:

1. Menjamin pemenuhan hak kesehatan reproduksi bagi setiap orang yang diperoleh melalui pelayanan kesehatan yang bermutu, aman dan dapat dipertanggung jawabkan
2. Menjamin kesehatan ibu dalam usia reproduksi agar mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi Angka Kematian Ibu. (Ade Tyas Mayasari, dkk. 2021).

Tujuan program kesehatan reproduksi terbagi menjadi dua yaitu :

Tujuan umum untuk meningkatkan kemandirian dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya, termasuk kehidupan seksualitasnya sehingga hak-hak reproduksi dapat terpenuhi.

Tujuan khusus :

1. Meningkatkan kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya
2. Meningkatkan hak dan tanggung jawab sosial wanita dalam menentukan kapan hamil, jumlah dan jarak antara kelahiran
3. Meningkatkan peran dan tanggung jawab sosia laki-laki terhadap akibat dan perilaku seksnya. Dukungan yang menunjang wanita untuk membuat keputusan

yang berkaitan dengan proses reproduksinya (Priyatni, 2016).

Sasaran Program Kesehatan Reproduksi

Sasaran program kesehatan reproduksi, antara lain adalah :

1. Penurunan angka prevalensi anemia pada wanita (usia 15 – 49 tahun)
2. Penurunan Angka Kematian Ibu, semua wanita hamil mendapatkan akses pelayanan prenatal, persalinan oleh tenaga terlatih dan kasus kehamilan risiko tinggi serta kegawatdaruratan kebidanan, dirujuk ke fasilitas kesehatan.
3. Peningkatan jumlah wanita yang bebas dari kecacatan/gangguan sepanjang hidupnya sebesar 15% di seluruh lapisan masyarakat
4. Penurunan proporsi Bayi Berat Lahir Rendah < 2,5 kg
5. Pemberantasan tetanus neonatorium (angka insiden diharapkan kurang dari satu kasus per 1000 kelahiran hidup) di semua kabupaten.
6. Semua individu dan pasangan mendapatkan akses informasi dan pelayanan pencegahan kehamilan yang terlalu dini, terlalu dekat jaraknya, terlalu tua dan terlalu banyak.
7. Proporsi yang memanfaatkan pelayanan kesehatan, pemeriksaan dan pengobatan PMS minimal mencapai 70% (Noviana Nana, Rachel Dwi Wilujeng, 2014).

Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup kesehatan reproduksi menurut ICPD (International Conference On Population And Development) pada tahun 1994 meliputi 10 hal yakni:

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir,
2. Keluarga berencana,
3. Pencegahan dan penanganan infertilitas,
4. Pencegahan dan penanganan komplikasi keguguran,
5. Pencegahan dan penanganan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), Infeksi Menular Seksual (IMS) dan HIV AIDS,
6. Kesehatan seksual,
7. Kekerasan seksual,
8. Deteksi dini untuk kanker payudara dan kanker serviks,
9. Kesehatan reproduksi remaja, serta
10. Kesehatan reproduksi lanjut usia dan pencegahan praktik yang membahayakan seperti Female Genital Mutilation (FGM).

Melihat luasnya cakupan kesehatan reproduksi, pelayanan kesehatan reproduksi perlu dilaksanakan secara terpadu. Hal ini bertujuan untuk dapat menghilangkan hambatan dan missed opportunity klien untuk dapat mengakses pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif.

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 tahun 2014 yang dilaksanakan sesuai dengan kebutuhan pada tiap tahapan siklus kehidupan yang dimulai dari tahap konsepsi, bayi dan anak, remaja, usia subur dan usia lanjut. Pelayanan ini dilaksanakan pada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, yang ditujukan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi melalui upaya promotif, preventif,

kuratif dan rehabilitative (Nurul Hidayatun, Ruly Prapitasari, 2020).

Pelayanan kesehatan reproduksi dapat diberikan oleh 1 orang atau beberapa orang dalam 1 institusi melalui adanya keterpaduan pelayanan dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi dalam 1 kali kunjungan/pelayanan (one stop service). Fleksibel bermakna bahwa pelayanan kesehatan reproduksi yang terpadu diberikan sesuai dengan kesiapan program, ketersediaan layanan kesehatan dan Sumber Daya Manusia (DM) Kesehatan (Noviana Nana, Rachel Dwi Wilujeng, 2014).

Kesehatan Reproduksi dalam Siklus Hidup Perempuan

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 selama 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 nifas. Tingkat pendidikan, kualitas dan kuantitas makanan, nilai dan sikap, sistem kesehatan yang tersedia dan bisa diakses, situasi ekonomi serta kualitas hubungan seksual mempengaruhi perempuan dalam menjalankan masa reproduksinya (Rika Handayani, dkk. 2022).

Adapun hal-hal yang harus diperhatikan yaitu (Priyatni dan Rahayu, 2016)

1. Masa konsepsi : masa setelah bersatunya sel telur dengan sperma kemudia janin akan tumbuh menjadi morulla, blastula, gastrula, neurulla yang akhirnya menjadi janin dan dengan terbentuknya plasenta akan terjadi interaksi antara ibu dan janin.
2. Masa bayi dan anak : 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.
3. Masa remaja: masa remaja pada masa ini terjadi perubahan fisik dan psikologis. Perubahan fisik yang terjadi di antaranya adalah tumbuhnya rambut kemaluan (pubis), buah dada mulai tumbuh (thelarche), pertumbuhan tinggi badan yang cepat (maximal growth), mendapatkan haid yang pertama kali (menarche).
4. Masa reproduksi : masa di mana 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.
5. Masa Usia Lanjut : masa usia lanjut yaitu masa di mana hormon estrogen sudah mulai menurun atau habis. Dengan menurunnya hormon estrogen akan terjadi perubahan fisik dan psikologis pada perempuan di antaranya perubahan pada organ reproduksi, perubahan pada metabolisme tubuh dan turunnya massa tulang (osteoporosis).

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

Menurut (Priyatni dan Rahayu, 2016) banyak faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi. Faktor-faktor tersebut secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi empat golongan yang dapat berdampak buruk bagi kesehatan reproduksi, yaitu:

1. Faktor Demografis - Ekonomi

Faktor ekonomi dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi yaitu kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, usia pertama melakukan hubungan seksual, usia pertama menikah, usia pertama hamil. Sedangkan faktor demografi yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi adalah akses terhadap pelayanan kesehatan, rasio remaja tidak sekolah, lokasi/tempat tinggal yang terpencil.

2. Faktor Budaya dan Lingkungan

Faktor budaya dan lingkungan yang mempengaruhi praktik tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, kepercayaan banyak anak banyak rezeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lain, padangan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, lingkungan tempat tinggal dan cara bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi, hak dan tanggung jawab reproduksi individu, serta dukungan atau komitmen politik.

3. Faktor Psikologis

Sebagai contoh rasa rendah diri (low self esteem), tekanan teman sebaya (peer pressure), tindak kekerasan di rumah/lingkungan terdekat dan dampak adanya keretakan orang tua dan remaja, depresi karena ketidakseimbangan hormonal, rasa tidak berharga wanita terhadap pria yang membeli kebebasan secara materi.

4. Faktor Biologis

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

Dari semua faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi di atas dapat memberikan dampak buruk terhadap kesehatan perempuan, oleh karena itu perlu adanya penanganan yang baik dengan harapan semua perempuan mendapatkan hak-hak reproduksinya dan menjadikan kehidupan reproduksinya menjadi lebih berkualitas.

Masalah Kesehatan Reproduksi

Beberapa masalah dapat terjadi pada setiap tahapan siklus kehidupan perempuan, di bawah ini diuraikan masalah yang mungkin terjadi pada setiap siklus kehidupan (Mandang Jenny, dkk. 2014).

1. Masalah Reproduksi

Kesehatan, morbiditas (gangguan kesehatan) dan kematian perempuan yang berkaitan dengan kehamilan. Termasuk di dalamnya juga masalah gizi dan anemia di kalangan perempuan, penyebab serta komplikasi dari kehamilan, masalah kemandulan dan

ketidaksuburan. Peranan atau kendali sosial budaya terhadap masalah reproduksi. Maksudnya bagaimana pandangan masyarakat terhadap kesuburan dan kemandulan, nilai anak dan keluarga, sikap masyarakat terhadap perempuan hamil. Intervensi pemerintah dan negara terhadap masalah reproduksi.

Misalnya program KB, undang-undang yang berkaitan dengan masalah genetik dan lain sebagainya. Tersedianya pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, serta terjangkau secara ekonomi oleh kelompok perempuan dan anak-anak. Kesehatan bayi dan anak-anak terutama bayi di bawah umur lima tahun. Dampak pembangunan ekonomi, industrialisasi dan perubahan lingkungan terhadap kesehatan reproduksi.

2. Masalah Gender dan Seksualitas

Pengaturan negara terhadap masalah seksualitas. Maksudnya adalah peraturan dan kebijakan negara mengenai pornografi, pelacuran dan pendidikan seksualitas. Pengendalian sosio-budaya terhadap masalah seksualitas, bagaimana norma-norma sosial yang berlaku tentang perilaku seks, homoseks, poligami dan perceraian. Seksualitas di kalangan remaja, status dan peran perempuan dan perlindungan terhadap perempuan pekerja.

3. Masalah kekerasan dan Perkosaan Terhadap Perempuan

Kecenderungan penggunaan kekerasan secara sengaja kepada perempuan perkosaan serta dampaknya terhadap korban norma sosial mengenai kekerasan dalam rumah tangga, serta mengenai berbagai tindak kekerasan terhadap perempuan. Sikap masyarakat mengenai kekerasan perkosaan

terhadap pelacur. Berbagai langkah untuk mengatasi masalah-masalah tersebut.

4. Masalah Penyakit Yang Ditularkan Melalui Hubungan Seksual

Masalah penyakit menular seksual yang lama, seperti sifilis dan gonorea. Masalah penyakit menular seksual yang relatif baru seperti chlamydia dan herpes. Masalah HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome).

Dampak sosial ekonomi dari penyakit menular seksual. Kebijakan dan program pemerintah dalam mengatasi masalah tersebut termasuk penyediaan pelayanan kesehatan bagi pelacur/penjaja seks komersial. Sikap masyarakat terhadap penyakit menular seksual.

5. Masalah Pelacuran

Demografi pekerja seks komersial atau pelacuran. Faktor-faktor mendorong pelacuran dan sikap masyarakat terhadap pelacuran. Dampaknya terhadap kesehatan reproduksi, baik bagi pelacur itu sendiri maupun bagi konsumennya dan keluarga.

6. Masalah Sekitar Teknologi

Teknologi reproduksi dengan bantuan (inseminasi buatan dan bayi tabung). Pemilihan bayi berdasarkan jenis kelamin (gender fetal screening). Pemilihan genetik (genetic screening). Keterjangkauan dan kesamaan kesempatan. Etika dan hukum yang berkaitan dengan masalah teknologi reproduksi ini.

Hak-Hak Reproduksi

Hak reproduksi merupakan bagian dari hak asasi manusia yang melekat pada manusia sejak lahir dan dilindungi keberadaannya. Sehingga pengekangan terhadap hak reproduksi berarti pengekangan terhadap hak asasi manusia.

a. Pengertian hak reproduksi

Hak reproduksi secara umum di artikan sebagai hak yang dimiliki oleh setiap individu baik itu laki-laki ataupun perempuan yang berkaitan dengan kondisi reproduksinya.

b. Macam-macam hak reproduksi

Berdasarkan konferensi internasional kependudukan dan pembangunan di Kairo 1994, ditentukan ada 12 hak-hak reproduksi:

1. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi.

Setiap orang berhak mendapatkan informasi dan pendidikan yang jelas dan benar tentang berbagai aspek terkait dengan masalah kesehatan reproduksinya.

2. Hak mendapat pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksinya.

Setiap orang memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan dan perlindungan kehidupan reproduksinya termasuk perlindungan dari risiko kematian akibat proses reproduksi.

3. Hak kebebasan berpikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi.

Setiap orang berhak untuk berpikir atau mengungkapkan pikirannya tentang kehidupan

yang diyakininya. Perbedaan yang ada harus diakui dan tidak boleh menyebabkan terjadinya kerugian atas diri yang bersangkutan.

4. Hak untuk dilindungi dari kematian karena kehamilan

Setiap perempuan yang hamil dan akan melahirkan berhak untuk mendapatkan perlindungan dalam arti mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik sehingga terhindar dari kemungkinan kematian dalam proses kehamilan dan melahirkan.

5. Hak untuk menentukan jumlah anak dan jarak kelahiran anak

Setiap orang berhak untuk menentukan jumlah anak yang dimilikinya serta jarak kelahiran yang diinginkan.

6. Hak untuk kebebasan dan keamanan berkaitan dengan kehidupan reproduksinya.

Hal ini terkait dengan adanya kebebasan berpikir dan menentukan sendiri kehidupan reproduksi yang dimiliki oleh seseorang.

7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan dari perkosaan, kekerasan, penyiksaan dan pelecehan seksual. Remaja laki-laki maupun perempuan berhak mendapatkan perlindungan dari kemungkinan berbagai perlakuan buruk di atas karena akan sangat berpengaruh terhadap kehidupan reproduksinya.

8. Hak mendapatkan manfaat kemajuan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksinya.

Setiap orang berhak mendapatkan manfaat dari kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan terkait dengan kesehatan reproduksi, serta mendapatkan informasi yang se jelasnya-jelasnya dan sebenarnya dan kemudahan akses untuk mendapatkan pelayanan informasi tentang kesehatan reproduksi remaja.

9. Hak atas kerahasiaan pribadi berkaitan dengan pilihan atas pelayanan dan kehidupan reproduksinya.

Setiap individu harus dijamin kerahasiaan kehidupan kesehatan reproduksinya terkait dengan informasi pendidikan dan pelayanan misalnya informasi tentang kehidupan seksual, masa menstulasi dan lain lain

10. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga

Setiap individu dijamin haknya: kapan, dimana dengan siapa, serta bagaimana ia akan membangun keluarganya. Tentu saja ke semuanya ini tidak terlepas dari norma agama, sosial dan budaya yang berlaku

11. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan berkeluarga dan kehidupan reproduksi

Setiap orang tidak boleh mendapatkan perlakuan diskriminatif berkaitan dengan kesehatan reproduksi karena ras, jenis kelamin, kondisi sosial ekonomi, keyakinan agamanya dan kebangsaannya

12. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi

Setiap orang berhak untuk menyampaikan pendapat atau aspirasi baik melalui pernyataan pribadi atau pernyataan melalui suatu kelompok dengan reproduksinya

Menurut BKKBN 2000, kebijakan teknis operasional di Indonesia, untuk mewujudkan pemenuhan hak-hak reproduksi :

1. Promosi hak-hak reproduksi

Dilaksanakan dengan menganalisis perundang – undangan, peraturan dan kebijakan yang saat ini berlaku apakah suda seiring dan mendukung hak-hak reproduksi dengan tidak melupakan kondisi lokal sosial budaya masyarakat. Pelaksanaan upaya pemenuhan hak reproduksi memerlukan dukungan secara politik dan legislatif sehingga bisa tercipta undang-undang hak reproduksi yang memuat aspek pelanggaran hak-hak reproduksi.

2. Advokasi hak-hak reproduksi

Advokasi dimaksudkan agar mendapatkan komitmen dari para tokoh politik, tokoh agama, tokoh masyarakat, LSM dan swasta. Dukungan swasta dan LSM sangat dibutuhkan karena ruang gerak pemerintah lebih terbatas. Dukungan para tokoh sangat membantu memperlancar tercapainya pemenuhan hak-hak reproduksi. LSM yang memperjuangkan hak-hak reproduksi sangat penting artinya untuk terwujudnya pemenuhan hak-hak reproduksi.

3. KIE hak-hak reproduksi

Dengan KIE diharapkan masyarakat semakin mengerti hak-hak reproduksi sehingga dapat bersama-sama mewujudkannya.

4. Sistem pelayanan hak-hak reproduksi

Indikator terpenuhinya atau tidak terpenuhinya hak reproduksi digambarkan dalam derajat kesehatan reproduksi masyarakat.

Daftar Pustaka

- Febriyeni, dkk (2020). *Kesehatan Reproduksi Wanita*. Medan. Yayasan Kita Menulis
- Handayani, Rika, dkk (2022). *Dasar Kesehatan Reproduksi*. Medan .Yayasan Kita Menulis
- Jaliah Hidayatun Nurul, Prapitasari Ruly. (2020) *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana*. Indramayu. CV Adanu Abimata
- Mandang, Jenny, dkk. (2014). *Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Keluarga Berencana*. Bogor: In media
- Marmi. (2013). *Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Mayasari Tyas Ade, Febriyanti Hellen, Primadevi Inggit. (2021). *Kesehatan Reproduksi Wanita di Sepanjang Daur Kehidupan*. Syiah Kuala University Press
- Milman N. (2012). *Postpartum Anemia I: Definition, Prevalence, Causes, And Consequences*, Ann Hematol, 90:1247-1253
- Noviana Nana, Rachel Dwi Wilujeng. (2014). *Kesehatan Reproduksi Untuk Mahasiswa Kebidanan*. Jakarta: CV.Trans Info Media
- Nujulah Lailatul. (2022). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Keluarga Berencana*. Malang. Rena Cipta Mandiri
- Prijatni Ida., Sri Rahayu. (2016). *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: PUSDIK SDM Kesehatan Kemenkes.
- Rahyani Yuni Komang Ni. (2012). *Kesehatan Reproduksi Buku Ajar Bidan*. Jakarta. EGC

- Wahyu. (2017). “*Hubungan Paritas Dengan Kejadian Anemia Pada Ibu Hamil di Puskesmas Godean II. Sleman Yogyakarta 2016*”. Naskah Publikasi.uy
- Widiastuti Anita, dkk. (2021). *Epidemiologi Kesehatan Reproduksi*. Medan. Yayasan Kita Menulis
- Wirenviona Rima (2020). *Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Surabaya. Airlangga University Press
- Yuliatin. (2018). *Kehamilan. Jilid I*. Buku Kedokteran EGC. Jakarta.

Profil Penulis



Yulianti Anwar, S.ST., M.Keb

Lahir di Ujung Pandang pada tanggal 08 Juli 1987. Penulis merupakan anak pertama dari dua bersaudara, pasangan H. Anwar, S. Pd (Ayah) dan Dra. Hj. Norma Ali, M. Si (Ibu). Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 2004 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke kampus Kejuruan di Akademi Kebidanan Muhammadiyah Makassar dengan memilih Jurusan ilmu kebidanan dan berhasil lulus pada tahun 2008. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke jenjang selanjutnya pada tahun yang sama yakni tahun 2008 dan berhasil menyelesaikan studi selama 1 tahun di DIV Bidan Pendidik Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Makassar tahun 2009. Sebelas tahun kemudian atau tepatnya tahun 2020, penulis menyelesaikan studi S2 Ilmu Kebidanan di Sekolah Pasca Sarjana Universitas Hasanuddin Makassar dan berhasil menyelesaikan pendidikan selama 2 tahun. Setelah menyelesaikan pendidikan DIV penulis bekerja di Akademi Kebidanan Minasa Upa Makassar kurang lebih satu tahun mulai tahun 2009 sampai 2010. Terangkat jadi ASN di Poltekkes Kemenkes Mamuju mulai tahun 2010 sampai sekarang. Penulis memiliki kepakaran di bidang ilmu kebidanan. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang dilakukan didanai oleh BPPSDM.

Email Penulis: fadiyah_fadillah@yahoo.co.id

KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERSPEKTIF GENDER

Sri Purwiningsih, SKM., M.Kes
STIK Indonesia Jaya Palu

Pendahuluan

Kesehatan Reproduksi sangat penting diketahui, Kesehatan reproduksi sangat erat kaitanya dengan kehidupan manusia, hal ini berhubungan dengan perkembangan manusia di muka bumi sehat, sakit, sampai dengan menghasilkan keturunan. Kesehatan reproduksi seringkali di kaitkan dengan wanita dimana fungsi dan peran seorang wanita sangat besar tetapi sering kali terabaikan.

Dalam Kesehatan reproduksi juga tidak lepas dari prespektif gender. Dimana setiap individu baik laki-laki dan perempuan memiliki hak fungsi dan peranya masing-masing yang mempunyai hak yang sama. Hak reproduksi perorangan adalah hak yang dimiliki oleh setiap orang, baik laki-laki maupun perempuan (tanpa memandang perbedaan suku, umur, agama, dll) untuk memutuskan dan bertindak secara bebas dan bertanggung jawab (kepada diri sendiri, keluarga, dan masyarakat) mengenai kesehatan, jumlah anak, jarak antar anak, serta penentuan waktu kelahiran anak dan akan melahirkan.

Setiap orang, perempuan dan laki-laki (sebagai pasangan atau sebagai individu) berhak memperoleh informasi

selengkap-lengkapnya tentang seksualitas, reproduksi dan manfaat serta efek samping obat-obatan, alat dan tindakan medis yang digunakan untuk pelayanan dan/atau mengatasi masalah kesehatan reproduksi dalam Keluarga Berencana.

Perencanaan keluarga yang baik akan menghasilkan keluarga yang berkualitas, Keluarga yang dapat memenuhi kebutuhan keluarganya, dapat memberikan Gizi yang baik, pendidikan yang layak bagi anak dan keturunannya.

Pengertian

Perspektif adalah Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), arti perspektif adalah sudut pandang manusia dalam memilih opini dan kepercayaan mengenai suatu hal.

perspektif global adalah cara pandang dan berfikir atau wawasan yang luas, menyeluruh dan mendunia.

Kata perspektif berasal dari Bahasa Latin “perspicere” yang artinya “gambar, melihat, pandangan” sehingga dapat diartikan bahwa perspektif adalah sudut pandang yang digunakan untuk memahami atau memaknai permasalahan tertentu. Setiap manusia kerap mempunyai pendapat dan juga pandangan yang berbeda ketika berhadapan dengan suatu hal. Oleh karena itu, seringkali ada perbedaan perspektif yang memicu terjadinya perbedaan dan perselisihan karena pendapat yang berbeda. Karena perbedaan pendapat tersebut dalam kehidupan sehari-hari, perspektif terkadang menjadi salah satu acuan untuk menentukan keputusan guna menyelesaikan sesuatu yang sedang mereka pikirkan ataupun sedang dikerjakan untuk menyelesaikan masalah tersebut.

Beberapa pengertian menyebutkan;

1. Menurut World Health Organization (WHO), pengertian Gender adalah sifat perempuan dan Laki-laki seperti norma dan hubungan kelompok pria dan wanita yang dikonstruksi secara social.
2. Menurut Simamora (2019), pengertian gender merupakan sifat yang melekat pada kaum laki-laki dan perempuan yang di bentuk oleh factor-faktor sosial maupun budaya sehingga lahir dengan beberapaangapan tentang peran sosial serta budaya laki-laki dan perempuan.
3. Menurut Puspitawati (2013), gender adalah perbedaan antara laki-laki dan perempuan dalam peran fungsi dan Perilaku yang dibentuk oleh tata nilai social dan budaya maupun adat istiadat.
4. Menurut Sumaatmadja dan Winardit, perspektif adalah cara pandang dan juga cara berperilaku seseorang terhadap suatu masalah ataupun kegiatan. Dalam hal tersebut, Ia menyiratkan bahwa manusia akan selalu memiliki perspektif yang digunakan untuk memahami sesuatu.

Gender merupakan perbedaan yang terlihat antara laki-laki dan perempuan hal ini terlihat dari Nilai dan Tingkah laku. Gender berasal dari bahasa Latin “GENUS” yang berarti jenis atau tipe. Gender dalam bahasa inggris berarti “Jenis Kelamin”. Gender adalah sifat yang melekat pada laki-laki dan perempuan yang dibentuk secara sosial maupun budaya.

Peran dan Hak dalam Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi perempuan sangat jarang dibicarakan, pada kenyataanya perempuan lebih memahami dan menjalankan kewajibanya misalnya sebagai ibu rumah tangga, mendidik anak dan sebagai istri dari pada membicarakan tentang hak-hak

reproduksinya. Kesadaran tentang hak sebagai manusia dan sebagai perempuan merupakan kekuatan bagi perempuan untuk melakukan berbagai aktivitas bagi kepentingan diri, keluarga, dan masyarakat. Sedangkan Reproduksi adalah menghasilkan kembali atau kemampuan perempuan untuk menghasilkan keturunan secara berulang.

Hak-hak Reproduksi merupakan hak asasi semua pasangan dan pribadi untuk menentukan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai jumlah anak, dan menentukan waktu untuk mempunyai keturunan serta membuat keputusan mengenai reproduksi yang bebas dari paksaan, dan kekerasan.

Sedangkan pada kenyataannya peran tersebut lebih menitik beratkan pada laki-laki yang dianggap sebagai kepala keluarga dan pencari nafkah serta karena adanya norma dan budaya setempat yang membuat hak seorang perempuan terkadang menjadikan sangat berbeda.

Oleh Karena itu berbagai upaya yang telah dilakukan oleh pemerintah dan para kaum perempuan untuk memperjuangan haknya sehingga seiring perkembangan waktu persamaan hak mulai dirasakan oleh para kaum perempuan. Sebagai contoh pada setiap tindakan pelayanan kesehatan dan medis perlu mendapat persetujuan dari kedua belah pihak dengan menyertakan tanda tangan pada setiap tindakan yang dilakukan.

Perspektif dan Hak dalam Kesehatan Reproduksi

Hak setiap individu sama baik laki-laki dan perempuan tentang Kesehatan Reproduksi, perlu dipastikan bahwa informasi yang menyeluruh serta beragam tentang pelayanan terhadap pemeliharaan kesehatan reproduksi, ketersediannya, keterjangkauan, dan dapat diterima serta cocok untuk semua. Untuk memungkinkan dan

mendukung keputusan secara sukarela tetapi bertanggung jawab dalam hal kehamilan dan penggunaan metode keluarga berencana pilihan mereka, dan metode lain sesuai pilihan mereka.

Di bawah ini ada beberapa hak yang seharusnya di dapat oleh seorang laki-laki dan perempuan dalam penyeteraan gender Diantaranya:

1. Hak-hak reproduksi menurut ICPD tahun 1994 (Konfrensi penduduk dan pembangunan Internasional di cairo:
 - a. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi, Hak mendapat pelayanan dan kesehatan reproduksi, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana.
 - b. Hak untuk kebebasan berfikir dan membuat keputusan tentang kesehatan reproduksinya.
 - c. Hak untuk memutuskan jumlah dan jarak kelahiran anak.
 - d. Hak untuk hidup dan terbebas dari resiko kematian karena kehamilan, kelahiran karena masalah gender.
 - e. Hak atas kebebasan dan pelayanan dalam pelayanan kesehatan reproduksi.
 - f. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk yang menyangkut kesehatan reproduksi.
 - g. Hak untuk mendapatkan manfaat dari hasil kemajuan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan reproduksi.
 - h. Hak atas kerahasiaan pribadi dalam menjalankan kehidupan dalam reproduksinya.

- i. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga.
 - j. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam berpolitik yang bernuansa kesehatan reproduksi.
 - k. Hak atas kebebasan dari segala bentuk diskriminasi dalam kesehatan reproduksi.
2. Hak- Hak Kesehatan Reproduksi menurut Depkes RI (2002) hak kesehatan reproduksi dapat dijabarkan secara praktis, antara lain
- a. Setiap orang berhak memperoleh standar pelayanan kesehatan reproduksi yang terbaik. Ini berarti penyedia pelayanan harus memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dengan memperhatikan kebutuhan klien, sehingga menjamin keselamatan dan keamanan klien.
 - b. Setiap orang, perempuan dan laki-laki (sebagai pasangan atau sebagai individu) berhak memperoleh informasi selengkap-lengkapnyanya tentang seksualitas, reproduksi dan manfaat serta efek samping obat-obatan, alat dan tindakan medis yang digunakan untuk pelayanan dan/atau mengatasi masalah kesehatan reproduksi.
 - c. Setiap orang memiliki hak untuk memperoleh pelayanan KB yang, efektif, terjangkau, dapat diterima, sesuai dengan pilihan, tanpa paksaan dan tidak melawan hukum.
 - d. Setiap perempuan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya, yang memungkinkannya sehat dan selamat dalam menjalani kehamilan dan persalinan, serta memperoleh bayi yang sehat.

- e. Setiap anggota pasangan suami-isteri berhak memiliki hubungan yang didasari penghargaan.
- f. Terhadap pasangan masing-masing dan dilakukan dalam situasi dan kondisi yang diinginkan bersama tanpa unsur pemaksaan, ancaman, dan kekerasan.
- g. Setiap remaja, lelaki maupun perempuan, berhak memperoleh informasi yang tepat dan benar tentang reproduksi, sehingga dapat berperilaku sehat dalam menjalani kehidupan seksual yang bertanggung jawab.
- h. Tiap laki-laki dan perempuan berhak mendapat informasi dengan mudah, lengkap, dan akurat mengenai penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana
- i. Pemerintah, lembaga donor dan masyarakat harus mengambil langkah yang tepat untuk menjamin semua pasangan dan individu yang menginginkan pelayanan kesehatan reproduksi dan kesehatan seksualnya terpenuhi.
- j. Hukum dan kebijakan harus dibuat dan dijalankan untuk mencegah diskriminasi, pemaksaan dan kekerasan yang berhubungan dengan seksualitas dan masalah reproduksi
- k. Perempuan dan laki-laki harus bekerja sama untuk mengetahui haknya, mendorong agar pemerintah dapat melindungi hak-hak ini serta membangun dukungan atas hak tersebut melalui pendidikan dan advokasi.

Norma dan Agama dalam Perspektif Gender

Kaitan antar Norma, Agama dan Prespektif Gender dengan kesehatan reproduksi perempuan sangat nampak ketika melihat faktor-faktor penyebab masalah kesehatan reproduksi yang terjadi. Namun sangat disayangkan, meskipun banyak resiko kesakitan dan kematian pada perempuan, belum ada perhatian penuh untuk menanganinya. Karena norma masyarakat yang sangat kental sehingga dianggap bukan persoalan yang perlu penanganan secara baik, cepat dan tepat dan menangani masalah kesehatan Reproduksi yang dialami oleh kaum perempuan.

Biasanya, perspektif suami dipengaruhi oleh kepercayaan budaya yang dianut. Suami yang berperan sebagai pemimpin dalam rumah tangga mendapat posisi istimewa ketika bernegosiasi. Karena kepemimpinan yang dijalankan adalah sebagai 'pengatur' bukan 'pelindung' bagi keluarganya. Sehingga masih banyak risiko-risiko kesehatan yang akan menimpa anggota keluarganya karena pengambilan keputusan yang kurang tepat.

Pada kenyatannya reproduksi hanya dipahami sebagai kewajiban dan kodrat yang harus dijalani perempuan. Sebagian besar masyarakat menganggap bahwa fungsi reproduksi menjadi tanggung jawab perempuan. Selayaknya pasangan suami dan istri secara bersama merencanakan jumlah dan jarak kelahiran anak dengan mempertimbangkan faktor usia, kesehatan, kesiapan mental dan ekonomi keluarga. merupakan wujud kesetaraan gender dalam keluarga dapat terwujud.

Demikian halnya pemilihan mengenai alat kontrasepsi lebih banyak berorientasi kepada perempuan ketimbang laki-laki. Alat-alat kontrasepsi dari bahan kimia banyak mengakibatkan efek samping yang cukup mengganggu untuk tubuh perempuan jika yang berpengaruh terhadap

sistem tubuhnya: sakit kepala, muntah, haid tidak teratur, bintik-bintik hitam pada kulit atau, kesakitan bagian tubuh tertentu, Padahal efek samping dari alat kontrasepsi pada laki-laki justru sangat minim dirasakan atau dialami.

Norma, keyakinan akan tafsir agama juga memengaruhi norma gender dan keputusan. Kesakitan yang dialami wanita dalam menghadapi persalinan seperti itu ditempatkan sebagai takdir yang tidak bisa diubah, padahal ada usaha preventif yang bisa dilakukan, bukan hanya pasrah dan ikhlas kemudian berharap diberikan pahala. Seharusnya dengan melakukan pencegahan melalui pemeriksaan deteksi resiko atas kehamilan dan persalinan dapat mengurangi resiko kesakitan dan kematian.

Demikian pula halnya dengan perkawinan anak dibawah umur, Perjodohan dan lain-lain. Norma Agama dan Presepsi gender biasanya sangat mempengaruhi status kesehatan reproduksi. Oleh karena itu, perlu faktor pendukung seperti Pemerintahan, kebijakan politik, ekonomi, pendidikan, akses fasilitas dan layanan Kesehatan perlu ada dalam mencegah segala bentuk kesalah pahaman dan ajaran yang kurang tepat dan dapat merugikan kesehatan terutama pada kaum Perempuan dan akan berakibat fatal dan kematian yang tidak diinginkan.

Perspektif Gender dalam Perencanaan Keluarga

Perspektif gender dalam perencanaan keluarga perlu didasari komunikasi yang baik dari anggota keluarga itu sendiri, Karena dalam penentuan dan keputusan yang diambil untuk perencanaan keluarga yang baik harus melibatkan seluruh anggota keluarga, Seorang kepala

keluarga harus bertindak tegas dalam melindungi anggota keluarganya, Hal ini perlu dukungan dari anggota keluarga

Perencanaan Keluarga untuk kesehatan reproduksi harus menjadi perhatian, karena akan berpengaruh terhadap kualitas dan tumbuh kembang dari keluarga itu sendiri, Pengambilan keputusan yang tepat dalam perencanaan keluarga akan menjadikan keluarga yang berkualitas. Keluarga yang berkualitas adalah keluarga yang secara baik telah mempersiapkan kebutuhan keluarga baik fisik dan mental.

Rencana penggunaan kontrasepsi perlu didiskusikan dengan pasangan serta keluarga terlebih dahulu. Satu pasangan mempertimbangkan antara suami dan istri siapa yang akan menggunakan alat kontrasepsi. Jika pilihannya perempuan yang akan menggunakan alat kontrasepsi, langkah selanjutnya menentukan metode kontrasepsi yang akan digunakan. Berdiskusi dengan pasangan dan keluarga setidaknya mendapatkan gambaran atau pilihan sementara mengenai kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pengalaman keluarga dan disesuaikan dengan kondisi kesehatan.

Program Keluarga Berencana merupakan salah satu program pemerintah yang diharapkan dapat membentuk manusia yang berkualitas dan dapat membatasi kelahiran bayi. Keluarga Berencana juga dapat mengurangi angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. Kematian yang terjadi pada perempuan dapat disebabkan oleh jarak kehamilan yang dekat, atau, bahkan karena seringnya mengalami keguguran. Namun, sampai saat ini program Keluarga Berencana hanya dipahami untuk dipakai perempuan sehingga peranan keluarga menjadi tidak seimbang. Perencanaan dalam keluarga yang harus dilakukan ialah menentukan jumlah anak dan jarak kelahiran setiap anak. Perencanaan itu dibuat agar pasangan suami-istri

memiliki persiapan, baik secara mental maupun finansial untuk masa depan anak-anaknya.

Ekonomi dan mental yang baik juga merupakan hal yang penting dalam perencanaan keluarga, Keluarga yang mempunyai ekonomi yang baik akan lebih mendukung kehidupan yang baik pula bagi keluarganya seperti perencanaan pemilihan fasilitas kesehatan, Gizi yang cukup sampai pendidikan yang layak bagi anak-anak dan keturunannya.

Masalah kesehatan reproduksi perlu mendapat sosialisasi yang luas agar para calon ibu, mengetahui persoalan reproduksi yang akan dialaminya berikut mendapatkan jalan keluar dari persoalan tersebut. "Tanpa mengenal organ kesehatan reproduksi dengan baik maka dikhawatirkan para calon ibu akhirnya bisa berakibat pada keharmonisan hubungan suami isteri. Kesehatan reproduksi merupakan suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang baik, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, tetapi juga sehat dari aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi,

Masalah kesehatan reproduksi berkaitan dengan terganggunya sistem, fungsi dan proses alat reproduksi, yang dapat berakibat pada keharmonisan hubungan suami-isteri bahkan dapat mengganggu kelancaran proses kehamilan dan persalinan. Setiap pasangan suami-isteri hendaknya telah merencanakan dengan baik untuk memeriksa dan merawat organ kesehatan reproduksi masing-masing agar tetap sehat dan berfungsi dengan baik dan normal.

Usia ideal perkawinan untuk laki-laki minimal 25 tahun dan perempuan minimal 21 tahun. "Usia 25 tahun bagi laki-laki sudah dianggap matang dari segi emosi, ekonomi dan sosial," Begitupun usia 21 tahun sudah dianggap

matang bagi perempuan dari segi emosi, kepribadian dan sosialnya.

Dalam perencanan keluarga juga perlu menghindari terlalu muda untuk hamil usia kurang dari 21 tahun. Terlalu tua untuk hamil usia lebih dari 35 tahun. Terlalu sering hamil beresiko tinggi dan terlalu rapat jarak kehamilan juga beresiko akan kehamilan dan persalinan.

Perubahan yang menandakan bahwa seorang wanita telah memasuki tahap pematangan organ seksual yaitu dengan tumbuhnya organ seks sekunder seperti: pembesaran payudara, Pertumbuhan rambut ketiak dan alat kemaluan, pangul membesar dan lain sebagainya melalui tahapan organ reproduksi tersebut siap dibuahi. Perempuan mempunyai beberapa tahapan pada masa Reproduksi, Tahapan tersebut dimulai:

1. Masa Tahap Remaja (Remaja Awal, Remaja Pertengahan dan Remaja Lanjut).
2. Masa Reproduksi
3. Masa Klimakterium
4. Masa Menopause (Sebelum Menopause dan Memopause)
5. Masa Senium

Sangat disangkan Perkawian anak usia dini dan perjudohan juga menjadi masalah yang perlu ditangani secara baik. Dalam perencanaan keluarga perlu secara tegas menempatkan pernikahan anak usia dini seharusnya tidak terjadi di tengah masyarakat karena akan merugikan semua pihak terutama bagi yang menjalaninya, Karena pada perkembangan usia tertentu seluruh organ reproduksi anak belum berfungsi dengan baik sehingga akan berdampak dalam proses kehamilan dan persalinan. Tidak hanya itu pernikahan anak usia dini juga berdapak pada proses perkembangan jiwa

pasangan tersebut, karena dipaksa untuk hidup mandiri dan harus membiayai pasanganya sehingga akan meningkatkan stres dan depresi yang akan berakibat juga pada perceraian.

Demikian pula halnya dengan kehamilan di luar nikah, ini sering terjadi pada usia remaja akibat pergaulan dan kurangnya pengawasan dari orang tua sehingga berakibat fatal bagi kehidupan selanjutnya jika telah terjadi kehamilan maka secara tidak terencana akan dinikahkan padahal dari segi usia proses pematangan organ reproduksi belum berfungsi dengan baik hal ini akan berdampak pada kehamilan dan proses persalinan. Sering kali seorang remaja putra dan putri bertindak diluar kesadaran oleh karena itu peran dan fungsi orang tua harus lebih untuk mengontrol remaja dan putri agar tidak terjadi hal demikian. Perencanaan keluarga dalam hal kesehatan reproduksi harus dilakukan secara baik agar kasus-kasus tersebut tidak terjadi.

Lingkungan keluarga yang baik akan terlihat pada kehidupan keluarga yang harmonis, yakni keluarga yang di bentuk atas dasar kerjasama dan dasar pembagian peran dalam keluarga, yakni dalam rangka membagi tanggungjawab antara anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan bersama yang saling menguntungkan.

Daftar Pustaka

- Ali Imron. (2012). *Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja: Peer Educator & Eektivitas Program PIK-KRR di Sekolah*, Yogyakarta: AR-RUZZ Media.
- BKKBN. (2002). *Kehamilan Tidak Diinginkan (KDT) di Kalangan PUS di Bali*. Jakarta: BKKBN.
- Depkes RI. (2002). *Hak Kesehatan Reproduksi*, Jakarta
- Darmayanti, Supiyah, & Mesalina, R. (2019). *Kesehatan Reproduksi dan Seksual bagi Calon Pengantin*. *Jurnal Sehat Mandiri*, 62–78.
- GlasIer, Anna G. (2005). *KB dan Kesehatan Reproduksi*.
- Kamus Besar Bahasa Indonesia. [Online]. Tersedia di kbbi.kemdikbud.go.id/entri/religius. Diakses 12 September 2022
- Idham Pontoh. (2013). *Dasar-Daar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: IN Media.
- Mutmainah HS, dkk. (2021). *Mengenal Kesehatan Reproduksi*. Rismedia Pustaka Indonesia
- Nasaruddin umar, dkk. (2017). *Argumen Kesetaraan Gender Prespektif dalam Ar-Qur'an*. Makkasar: CV. Kreatif Lenggara.
- Simamora, Hendri. (2001). *Manejemen Sumber Daya Manusia*.Yogyakarta: STIE YKPN.
- Sumatdmadja, Narsid. (2000). *Manusia dan Konteks Sosial Budaya dan Lingkungan Hidup*. Bandung: Alfabeta.
- Soetjningsih. (2010). *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Wawan, A; M, Dewi. (2010). *Pengetahuan, Sikap, dan Perilaku Manusia*. Yogyakarta: Nuha Medika.

Profil Penulis



Sri Purwiningsih, SKM., M.Kes

Penulis merupakan salah seorang dosen aktif di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya Palu (STIK-IJ) Pada Program S1 Kesehatan Masyarakat yang merupakan salah satu Perguruan Tinggi Swasta di Kota Palu sejak Tahun 2005. Lahir di Kota Palu pada tanggal 6 februari 1981, telah menyelesaikan pendidikan S1 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya tempat beliau bekerja sampai saat ini. Lulus S1 dengan Peminatan Adminstrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya (STIK-IJ) pada Tahun 2004. Kemudian melanjutkan studi ke Program Pascasarjana di Universitas Indonesia Timur (UIT) Makassar dan lulus pada tahun 2015. Ketertarikan dalam dunia pendidikan walaupun berstatus seorang ibu yang mempunyai dua orang putri, penulis tetap termotivasi bersama tim untuk menulis sebuah buku berjudul “Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga”. Hal ini dilakukan untuk membagi ilmu pengetahuan dan terus berkarya. Semoga buku ini kelak dapat bermanfaat bagi masyarakat terutama bagi dunia Pendidikan dan Kesehatan.

Email Penulis: purwiningsih89@gmail.com

DIMENSI SOSIAL PEREMPUAN DAN PERMASALAHANNYA

Meilin Anggreyni, S.Pd., M.Pd
STIKes Bala Keselamatan Palu

Status Sosial Perempuan

Status sosial biasanya didasarkan pada berbagai unsur kepentingan manusia dalam kehidupan bermasyarakat, yaitu status pekerjaan, status dalam sistem kekerabatan, status jabatan dan status agama yang dianut. Dengan status seseorang dapat berinteraksi dengan baik terhadap sesamanya, bahkan banyak dalam pergaulan sehari-hari seseorang tidak mengenal orang lain secara individu, melainkan hanya mengenal statusnya saja.

Menurut Ralph Linton (dalam Soejono, 2013), Status sosial adalah sekumpulan hak dan kewajiban yang dimiliki seseorang dalam masyarakatnya. Orang yang memiliki status sosial yang tinggi akan ditempatkan lebih tinggi dalam struktur masyarakat dibandingkan dengan orang yang status sosialnya rendah. Setiap individu dalam masyarakat memiliki status sosialnya masing-masing. Status merupakan perwujudan atau pencerminan dari hak dan kewajiban individu dalam tingkah lakunya.

Macam-Macam / Jenis-Jenis Status Sosial:

1. Ascribed Status

Ascribed status adalah tipe status yang didapat sejak lahir seperti jenis kelamin, ras, kasta, golongan, keturunan, suku, usia dan lain sebagainya.

2. Achieved Status

Achieved status adalah status sosial yang didapat seorang karena kerja keras dan usaha yang dilakukannya. Contoh: Achieved status yaitu seperti harta kekayaan, tingkat pendidikan, pekerjaan dan lain-lain.

3. Assigned Status

Assigned status adalah status social yang diperoleh seseorang di dalam lingkungan masyarakat yang bukan didapat sejak lahir tetapi diberikan karena usaha dan kepercayaan masyarakat contohnya seperti seseorang yang dijadikan kepala suku, ketua adat, sesepuh dan sebagainya.

Status sosial sering pula disebut sebagai kedudukan atau posisi, peringkat seseorang dalam kelompok masyarakat. Pada semua sistem sosial, tentu terdapat berbagai macam kedudukan atau status, seperti anak, isteri, suami, ketua RT, ketua RW, camat, lurah, kepala sekolah, guru dan sebagainya

Status perempuan dalam masyarakat pada saat ini hampir sama dengan status laki-laki. Perempuan yang sudah tidak memiliki batasan dalam lingkungan masyarakat, tentunya sudah bisa menjadi pemimpin dalam memimpin suatu masyarakat. Dalam hal ini dapat dikatakan bahwa perempuan sudah mendapat penerimaan dalam lingkungan masyarakat. Bahkan perempuan pada saat ini dalam lingkungan keluarga, sudah bisa memegang dua peran sekaligus dalam sebuah

keluarga. Bisa menjadi seorang ibu rumah tangga dan bahkan ada juga yang menjadi kepala rumah tangga. Perempuan yang dahulunya dianggap remeh, bahkan dianggap bahwa tidak bisa melakukan apa-apa selain menjadi ibu rumah tangga. Bahkan sebuah pandangan yang tidak adil terhadap perempuan itu muncul dikarenakan perempuan yang dipandang irasional, emosional dan lemah. Sehingga peran-peran perempuan pun dibatasi dan dianggap tidak penting. Tetapi sekarang perempuan sudah tidak bisa dianggap seperti itu lagi karena pada saat ini, sudah banyak perempuan yang dikenal sebagai inspirasi dalam membangun kehidupan masyarakat. Perempuan juga sudah memiliki peran penting dalam masyarakat. Dalam hal ini dalam lingkungan masyarakat tentunya peran perempuan juga sangat dibutuhkan.

Ada dua aspek yang mempengaruhi status perempuan yaitu:

1. *Aspek onotomi perempuan*

Aspek ini mendeskripsikan sejauh mana perempuan dapat mengontrol ekonomi atas dirinya dibanding dengan pria.

2. *Aspek kekuasaan sosial*

Aspek ini menggambarkan seberapa berpengaruhnya perempuan terhadap orang lain di luar rumah tangganya.

Sedangkan Status perempuan meliputi:

1. *Status reproduksi*, yaitu perempuan sebagai pelestari keturunan. Hal ini mengisyaratkan bila seorang perempuan tidak mampu melahirkan anak, maka status sosialnya dianggap rendah dibanding perempuan yang bisa mempunyai anak.

2. *Status produksi*, yaitu sebagai pencari nafkah dan bekerja di luar. Santrock (2002) mengatakan bahwa perempuan yang bekerja akan meningkatkan harga diri. Perempuan yang bekerja mempunyai status yang lebih tinggi dibanding dengan perempuan yang tidak bekerja.

Nilai Perempuan

Menurut Abdul (1992), Pengertian perempuan secara etimologis berasal dari kata empu yang berarti “tuan”, orang yang mahir atau berkuasa, kepala, hulu, yang paling besar. Namun dalam bukunya Zaitunah (2004) mengatakan perempuan berasal dari kata empu yang artinya dihargai. Seorang perempuan yang mempunyai nilai tinggi atau *high value*, digambarkan sebagai perempuan yang mampu berdiri di kakinya sendiri. Salah satu kepribadian mereka adalah mandiri dan tidak bergantung pada orang lain. Perempuan yang memiliki nilai tinggi merupakan perempuan yang memiliki kemampuan antara lain:

1. Menghargai dirinya sendiri.

Perempuan yang punya nilai tinggi akan menghargai dirinya sendiri. Pada saat mengalami masalah dalam hubungan asmara misalnya, mereka tidak takut untuk mengakhiri jika pasangannya tidak mencintai mereka. Selain itu, mereka juga lebih mencintai dirinya sendiri dibanding melihat dirinya merasa kurang.

2. Memiliki hati yang baik

Memiliki hati yang baik adalah sifat dari perempuan yang punya nilai tinggi. Tentu mereka akan sopan kepada setiap orang, karena menghargai setiap tindakan mereka. Disisi lain, karena punya sifat yang

hangat, perempuan juga memancarkan aura kecantikannya sehingga orang-orang segan padanya.

3. Mempunyai empati

Perempuan bernilai tinggi sadar untuk berhati-hati dengan tindakan serta kata-katanya. Sebab, ini akan merugikan dirinya sendiri dan juga orang lain. Karena itu, mereka juga punya empati kepada setiap orang. Selain itu, dia juga menerima orang lain secara apa adanya, tanpa mengharapkan atau menuntut perubahan.

4. Mempunyai kedewasaan yang stabil

Seorang perempuan yang berharga tidak perlu bermain-main atau memanipulasi orang lain. Intinya seorang perempuan tidak akan melakukan tindakan yang bertentangan dengan keyakinannya, sehingga ia lebih dewasa secara emosi dan juga mentalnya.

5. Mandiri

Tidak dipungkiri, perempuan yang mempunyai nilai memang dikenal sebagai orang yang mandiri dan tidak bergantung pada orang lain. Di setiap hari, mereka akan mengkonsumsi makanan sehat dan bekerja dengan percaya diri. Selain itu, mereka juga merawat tubuhnya serta memiliki gaya hidup seimbang.

Lingkungan masyarakat adalah lembaga ketiga setelah lingkungan keluarga dan sekolah. Masyarakat adalah suatu bentuk tata kehidupan sosial dan tata-nilai dan tata budaya sendiri. Dalam artian bahwa masyarakat merupakan tempat kehidupan manusia yang memiliki perbedaan baik suku, agama, kegiatan-kerja, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya. (Tim Dosen FKIP Malang)

Perempuan yang merupakan bagian dari masyarakat tentunya memiliki ciri khas yang tidak terdapat pada laki-laki yaitu kemampuan dalam melahirkan suatu penerus generasi. Masyarakat yang merupakan tempat terjadi interaksi sosial. Banyak perbedaan-perbedaan yang ada. Perbedaan tersebut yang dapat memberikan batasan bagi individu. Sama seperti pembatasan peran yang terjadi pada perempuan. Tetapi karena adanya pemahaman yang di miliki dan pendidikan yang tinggi dalam masyarakat yang mampu mengubah adanya pembatasan peran dalam masyarakat.

Peran Perempuan

Peran dan status yang dimiliki oleh perempuan, dapat dilihat dari sejauh mana perempuan terlibat dalam berbagai aspek yang ada dalam lingkungan masyarakat. Status dan perempuan yang awalnya dibatasi, seperti perempuan yang diketahui hanya memiliki peran dalam keluarga, sekarang sudah memiliki peran bahkan juga berpengaruh pada lingkungan masyarakat. Perempuan yang juga merupakan bagian dari masyarakat mempunyai hak dan kewajiban yang sama dengan pria dalam mensejahterakan kehidupan masyarakat. Maka kedudukan perempuan dalam masyarakat dan perannya dalam pembangunan perlu ditingkatkan serta diarahkan sehingga dapat meningkatkan partisipasinya dalam bagi masyarakat sesuai dengan kodrat, harkat dan martabatnya sebagai perempuan.

Seiring berjalan waktu perempuan yang dianggap lemah dan diremehkan mulai bangkit dari keterpurukan yang dirasakan. Mulai membuktikan sebuah keberhasilan bahwa keberadaan mereka layak untuk diterima dan diperhitungkan dalam lingkungan masyarakat. Salah satu contoh, peran perempuan dalam upaya peningkatan perekonomian dan kesejahteraan masyarakat. Bukan

Cuma itu, keterlibatan perempuan di bidang-bidang lainya juga sudah banyak dilakukan. Bahkan ada beberapa perempuan yang menjadi perempuan inspirasi yang memberikan pengaruh dalam lingkungan masyarakat.

Kegiatan mengembangkan keilmuan kesehatan masyarakat memerlukan partisipasi kaum perempuan disebabkan lingkup keilmuannya meliputi segala tingkat usia dan jenis kelamin. Pemikiran-pemikiran yang dimiliki perempuan dapat melengkapi pemikiran-pemikiran kaum laki-laki dalam merancang konsep keilmuan kesehatan masyarakat. Dengan demikian, ilmu yang diaplikasikan nanti dapat diaplikasi untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan masyarakat yang bebas dari bias gender. Namun, masih terdapat permasalahan keterlibatan perempuan dalam pengembangan keilmuan yang lebih dominan dipengaruhi peran ganda yang dimiliki perempuan yaitu sebagai ibu rumah tangga dan perempuan karir.

Yuli Amran (2017) menyatakan bahwa permasalahan kesehatan masyarakat cukup kompleks dan meliputi segala siklus kehidupan manusia. Dalam hal ini, permasalahan kesehatan tidak cukup hanya mengandalkan pemikiran ilmuwan laki-laki, dibutuhkan sentuhan pemikiran ilmuwan perempuan. Pemikiran perempuan dibutuhkan untuk memperkaya sudut pandang dalam sains, mendorong inovasi untuk mengatasi masalah perempuan, serta mencegah munculnya pandangan sains yang bias gender (Utomo, 2016). Oleh karena itu, perlu didiskusikan lebih dalam lagi pentingnya peran ilmuwan perempuan dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya bidang kesehatan masyarakat agar intervensi permasalahan kesehatan masyarakat tepat sasaran dan sesuai target pembangunan kesehatan masyarakat yang telah ditetapkan.

Dalam pengembangan keilmuan kesehatan masyarakat, ada tiga peran utama yang dapat dilakukan oleh perempuan. Pertama, perempuan dapat berperan sebagai pencipta dan pengembang keilmuan itu sendiri dan sebagai tenaga yang mendiseminasi ilmu tersebut kepada kelompok sasaran. Oleh karena itu, seorang perempuan bisa saja berprofesi sebagai peneliti kesehatan masyarakat. Kedua, perempuan dapat melakukan fungsi diseminasi produk ilmu kesehatan masyarakat dengan berperan sebagai pendidik kesehatan baik dilingkup sekolah, universitas, maupun dipusat pelayanan kesehatan masyarakat. Ketiga, perempuan dapat berperan sebagai praktisi kesehatan masyarakat yang bertugas melakukan dan mengevaluasi intervensi kesehatan masyarakat lewat program-program yang dirancang berdasarkan hasil kajian/penelitian ilmiah untuk menyelesaikan permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat.

Permasalahan Perempuan

Semakin meningkatnya jumlah penduduk Indonesia, maka kompleksitas permasalahan dalam negeri juga akan semakin tinggi. Tuntutan permasalahan ekonomi, politik, pendidikan, tak terkecuali permasalahan gender yang menuntut kesetaraan hak bagi laki-laki maupun perempuan juga menjadi titik penting untuk tercapainya kesejahteraan warga Negara. Permasalahan gender muncul seiring berkembangnya teknologi, informasi, dan pengetahuan yang membuka kesadaran perempuan akan pentingnya keadilan bagi kehidupan mereka.

Menurut Kofi Annan dalam *Report of the UN Secretary General* menjelaskan bahwa yang membuat perempuan seolah menjadi aktor sekunder di masyarakat karena pandangan terhadap laki-laki pada perannya di rumah, di masyarakat, maupun ditingkat negara memiliki

kemampuan untuk membawa perubahan terhadap akses ke sumber daya dan pengambilan keputusan. Sehingga, laki-laki dianggap lebih dapat diandalkan dalam mengembangkan ataupun menerapkan suatu kebijakan. Hal ini juga selaras dengan tulisan yang dibuat oleh Hazel Reeves dan Sally Baden yang mengatakan bahwa:

“... These gender ideologies often reinforce male power and the idea of women’s inferiority. Culture is sometimes interpreted narrowly as ‘custom’ or ‘tradition’, and assumed to be natural and unchangeable.... Dominant cultures reinforce the position of those with economic, political, and social power, and therefore tend to reinforce male power”

Jadi, dalam berbicara tentang gender di dalam masyarakat, biasanya digambarkan dengan laki-laki sebagai sosok yang kuat, perkasa, tegar, dan rasional. Sedangkan perempuan digambarkan sebagai seseorang yang lemah, penakut, emosional, rapuh, dan pemalu. Berikut akan dijabarkan kondisi permasalahan-permasalahan yang masih dialami oleh perempuan.

1. Kekerasan dan Eksploitasi

Salah satu masalah sosial yang masih menjadi hal menakutkan bagi perempuan yaitu masalah kekerasan dan eksploitasi. Tingkat kekerasan yang dialami oleh perempuan yang terus meningkat seolah menggambarkan bahwa perempuan masih mengalami dilema keamanan bagi dirinya. Data yang dikeluarkan oleh Komnas Perempuan juga menunjukkan bahwa tingkat kekerasan terhadap perempuan terus meningkat setiap tahunnya. Menurut Situs Komnas Perempuan, tercatat pada tahun 2021, tingkat kekerasan terhadap perempuan mencapai 338.496 kasus, sangat naik dibanding pada tahun 2020 sekitar 226.062 kasus yang terlapor. Data tersebut

menunjukkan bahwa kondisi sosial perempuan masih sangat rentan dengan tindak kekerasan, terutama dalam rumah tangga. Padahal, seharusnya rumah tangga (keluarga) menjadi tempat yang aman dan perlindungan utama perempuan dari segala bentuk kekerasan di masyarakat. Selain dari itu, perempuan juga seringkali menjadi korban dalam tindakan perdagangan di dalam negeri, bahkan di lintas negara. Pada tahun 2003, terdapat sekitar 125 laporan tentang perdagangan orang, termasuk perempuan.

2. *Single Parent*

Hurlock (2004), menjabarkan masalah yang dihadapi oleh perempuan yang menjadi *single parent* atau orang tua tunggal akibat perceraian:

a. Masalah ekonomi

Setelah bercerai, ibu akan mengalami kurangnya pendapatan keluarga. Seorang ibu *single parent* memulai bekerja pada usia madya, biasanya mereka tidak dapat memperoleh pendapatan yang cukup untuk memenuhi kebutuhan hidup keluarganya.

b. Masalah praktis

ibu *single parent* mencoba untuk menjalankan hidup rumah tangga sendirian, setelah terbiasa dibantu oleh pasangan. Akan tetapi setelah bercerai semua pekerjaan dilakukan seorang diri.

c. Masalah psikologis

Ibu cenderung merasa tidak menentu dan identitasnya kabur setelah terjadi perceraian. Kondisi ibu sebelum perceraian identitasnya tergantung dengan suaminya.

d. Masalah pengasuhan anak

Perceraian membuat masalah dalam hak asuh anak. Tanggung jawab untuk merawat anak perlu dibagi dua, maka masing-masing orang tua dan anak akan menghadapi masalah dalam penyesuaian diri dengan kehidupan baru. Perceraian akan membuat anak menjadi bingung, depresi dan murung. Perebutan anak hendaknya tidak dilakukan berkepanjangan, serta jangan menunjukkan emosional orangtua dihadapan anak.

e. Masalah keluarga

Apabila masih mempunyai anak yang masih tinggal serumah, maka ibu *single parent* harus memainkan peran ganda yaitu sebagai ayah dan ibu, dan harus menghadapi berbagai masalah yang timbul dalam keluarga tanpa pasangan selain itu juga harus menghadapi masalah yang berhubungan anggota keluarga dari pihak suami. Sulitnya memenuhi figur ayah bagi anak.

3. Masalah Pendidikan Perempuan

Akses pendidikan seharusnya menjadi hak dasar yang diterima oleh warga negara Indonesia. Tidak hanya sebagai kewajiban, namun juga sebagai langkah agar dapat memperoleh ilmu yang bermanfaat demi masa depan bangsa dan Negara Akses pendidikan yang mudah tentu sangat diharapkan oleh warga Indonesia. Wahyu Widodo (2010) menyatakan tidak demikian bagi perempuan yang mana akses untuk mendapat pendidikan masih sangat kurang. Perempuan masih terbelenggu dalam persepsi sebagian masyarakat bahwa mereka cukup mengurus rumah dan keluarga. Sehingga, pendidikan yang tinggi seolah kurang perlu bagi perempuan dan hanya

lebih diperlukan bagi laki-laki sebagai modal untuk memasuki dunia kerja yang produktif. Bahkan, di daerah pedesaan para orangtua cenderung lebih memilih untuk menikahkan anak perempuan mereka yang masih muda daripada harus melanjutkan sekolah mereka. Sistem pendidikan setelah kemerdekaan tahun 1945 sebenarnya telah diatur untuk seluruh anak Indonesia, salah satunya di tahun 1994 pemerintah membuat kebijakan dengan mencanangkan wajib belajar 9 tahun. Dalam hal ini, baik anak perempuan maupun anak laki-laki memiliki kesempatan yang sama dalam mendapatkan bangku pendidikan. Namun, menurut data yang dikeluarkan oleh Pusat Data dan Teknologi, Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Nasional tahun akademik 2021, jumlah anak perempuan yang putus sekolah berjumlah 20.413. Jumlah ini dirasa masih cukup tinggi walaupun sudah terjadi penurunan dibanding tahun 2020 yang berjumlah 26.136.

Daftar Pustaka

- Lestari, Puji. (2011). *Peranan dan status perempuan dalam sistem sosial*” *Dimensia: Jurnal kajian sosial* 5, No 1. <https://doi.org/10.21831/dimensia.v5i1.3439>.
- Huda, Dimiyati. (2020). *Rethinking Peran Perempuan dan Keadilan Gender*. Bandung: CV Cendekia Press.
- Eko Bambang Subiyantoro, Sensitivitas Gender Kebijakan Pemerintahan SBY, Policy Assessment. (2005). Diakses dalam <https://www.theindonesianinstitute.com/wp-content/uploads/2014/02/11-POLICY-ASSESSMENT-Sensitivitas-Gender-oleh-Eko-Bambang-Subiyantoro-Juni-2005.pdf>
- Reeves Hazel and Baden Sally (2000). *Gender and Development: Concepts and Definitions*. UK: Institute of Development Studies, hlm 4.
- Soekanto. Soerjono dan Sulistyowati Budi. (2013). *Sosiologi Suatu Pengantar* Cetakan ke-45, Jakarta : PT Raja Grafindo Persada, hlm 313-314.
- Tim Dosen FIP-IKIP Malang. (1981). *Pengantar Dasar-dasar Kependidikan, Usaha Nasional hal 15*. Jakarta.
- UNICEF. (2022). *Lembar Fakta Pendidikan untuk Anak Perempuan di Indonesia*, diakses dalam https://books.google.co.id/books/about/Lembar_fakta_pendidikan_untuk_anak_perem.html?id=KntvkQEACAAJ&redir_esc=y.
- Utomo, Y. W. (2016). *Kikis Ketimpangan Jender Dalam sains Lewat Kebijakan*. nationalgeographic.co.id Peningkatan Peran Perempuan Dalam Pengembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat.
- Widodo, Wahyu. (2010) *Analisis Situasi Pendidikan Berwawasan Gender di Popinsi Jawa Timur, Jurnal*

Humanity, dalam Ismanto, Evaluasi Pembelajaran Perspektif Kesetaraan Gender dalam Sistem Pendidikan Nasional, Jurnal Palastren, Vol. 8, No. 2, Desember 2015, Kudus: STAIN Kudus, hlm 444.

Yuli Amran. (2017). *MKM HARKAT: Media Komunikasi Islam Tentang Gebder dan Anak*. 2017: Jakarta.

Profil Penulis



Meilin Anggreyni, S.Pd., M.Pd

Meilin Anggreyni, S.Pd., M.Pd merupakan seorang akademisi, ibu dari satu orang anak ini lahir di Kota Palu, Provinsi Sulawesi Tengah pada 10 Mei 1985. Menyelesaikan pendidikan sarjana pendidikan Bahasa Inggris di Universitas Tadulako. Ketertarikan penulis terhadap dunia pendidikan membuat penulis memilih untuk melanjutkan program magister di bidang pendidikan Bahasa Inggris di universitas yang sama dan lulus pada tahun 2011. Satu tahun kemudian tepatnya pada tahun 2012 menjadi dosen tetap di STIKes Bala Keselamatan Palu hingga saat ini. Pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat menjadi pintu baginya untuk berkarya dalam pengembangan keilmuannya secara khusus bagi tenaga kesehatan yang ia jalani dengan penuh loyalitas dan kesungguhan sehingga pada tahun 2018 mendapat sertifikat pendidik dan tunjangan sertifikasi dosen dari pemerintah Indonesia. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen professional, penulis pun aktif sebagai peneliti dan penulis di bidang keparannya tersebut dengan harapan dapat memberikan kontribusi dan dedikasi positif bagi bangsa dan negara Indonesia yang dicintai dan Institusi tempat penulis melayani yaitu STIKes Bala Keselamatan Palu yang sangat dibanggakannya.

Email Penulis: memeymadude@gmail.com

MASALAH YANG LAZIM PADA REPRODUKSI WANITA

Fitri Arni HR, SKM., M.Kes

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Jaya

Pengantar

Masalah kesehatan reproduksi adalah sesuatu hal yang sangat penting di perhatikan pada keadaan modern saat ini, usia remaja adalah kelompok yang sangat rentan terhadap permasalahan reproduksi, pada masa tersebut, seseorang akan menghadapi berbagai hal-hal baru pada pertumbuhannya, perubahan fisik, dan berbagai kesempatan, yang seiring dengan dimulainya berbagai permasalahan dan risiko kesehatan reproduksi yang bermunculan (Qoriaty & Azizah, 2017). Kesehatan reproduksi yang buruk dapat berdampak buruk pada individu dan keluarga, bersama dengan dampak buruk bagi sistem perawatan kesehatan, kesejahteraan ekonomi dan masyarakat.

Setelah mencapai kematangan organ reproduksi, baiknya seorang wanita memiliki atau telah di bekali dengan kemampuan terkait untuk menjaga kesehatan reproduksinya, sebab pada masa tersebut seorang wanita tidak hanya memiliki organ reproduksi yang berfungsi sebagai *prokreasi*, namun juga berfungsi sebagai *rekreasi*, sehingga kemampuan wanita terkait menjaga kesehatan reproduksi secara mandiri menjadi wajib. Perubahan-perubahan pada alat reproduksi merupakan bentuk dari

pengaruh hormon estrogen dan progesteron, dan menyebabkan perubahan seks secara sekunder seperti bentuk tubuh, perubahan volume payudara, pertumbuhan rambut pada bagian kelamin, menstruasi dan aksila. Perubahan secara fisiologis berisiko menimbulkan masalah, permasalahan reproduksi yang sering di hadapi oleh wanita yaitu masalah payudara, dismenore, keputihan, dan infeksi (Hasanah & Misrawati, 2013).

Kemampuan dalam memahami aspek kesehatan reproduksi meliputi; pengetahuan tentang tubuh dan organ reproduksinya, Memahami fungsi dan perkembangan reproduksi, Memahami perubahan fisik dan psikologis, melindungi diri anda dari berbagai risiko yang mengancam kesehatan dan keselamatan, dan Persiapkan masa depan yang sehat dan cerah. Mengembangkan sikap dan perilaku yang bertanggung jawab terkait dengan proses reproduksi.

Problem kesehatan reproduksi yang dialami para perempuan dan remaja biasanya dikarenakan banyak faktor. Faktor penyebab munculnya problem reproduksi terdiri dari faktor yang bersifat internal, maupun eksternal. Faktora yang bersifat internal terkait dengan persoalan pemahaman mengenai kesehatan reproduksi. Faktor yang bersifat eksternal bisanya merupakan faktor yang berhubungan dengan hal yang berada di luar kemampuan diri individu seperti lingkungan, pergaulanan, perkembangan teknologi informasi dan komunikasi, dan lain-lain. Faktor pemahaman mengenai kesehatan reproduksi menyebabkan kontribusi yang begitu besar terkait dengan persoalan-persoalan reproduksi remaja. Orang dengan pemahaman tentu mengarahkan dirinya untuk tidak melakukan faktor yang menyebabkan resiko dan dampak negatif bagi diri sendiri. Sebaliknya, remaja yang memiliki pemahaman rendah,

cenderung kurang memiliki kepedulian, kesadaran dalam menjaga dan memelihara organ reproduksinya, yang selanjutnya sering berakhir pada terjadinya kekerasan seksual pada remaja.

Organ Reproduksi Wanita

Organ reproduksi wanita merupakan sekelompok sistem organ yang saling berkaitan dan mendukung antar satusama lain dalam proses reproduksi, di mana pada setiap bagian organ reproduksi telah memiliki fungsinya masing-masing. Seluruh organ tersebut telah dimiliki oleh seorang wanita sejak ia lahir, namun fungsi reproduksinya akan akan berfungsi sepenuhnya ketika telah mengalami pubertas. Organ reproduksi pada perempuan terdiri dari ovarium, tuba fallopi, uterus, vagina (kemaluan), selaput dara, bibir kemaluan, klitoris, saluran kemih.

Masalah Reproduksi Wanita

Organ reproduksi pada wanita merupakan salah satu bagian terpenting pada tubuh wanita, sehingga kesehatan pada organ reproduksi wanita harus diperhatikan. Namun dengan demikian seiring dengan berkembangnya pola hidup maka masalah kesehatan yang lazim dihadapi seorang wanita yaitu antara lain;

a. Sindrom Ovarium Polikistik

Sindrom Ovarium Polikistik (SOPK) adalah bentuk kelainan yang terjadi pada endokrin dan metabolik wanita pada masa usia reproduktif, sindrom tersebut terbentuk dari kumpulan gejala amenore, infertilitas, oligomenore, obesitas, alopesia, hirsutisme, acne, dan akantosis nigricans. Hal ini diyakini akibat dari resistensi insulin, yang didapatkan dari berbagai mekanisme (Wahyuni, Decroli, & Lasmini, 2015).

Ovarium polikistik sindrom merupakan penyakit pada sistem reproduksi wanita yang sering menyebabkan infertilitas. Penyakit ini terutama menyerang wanita usia subur. Sindrom *ovarium polikistik* (SOPK) memiliki tanda *hiperandrogenisme*, *oligo* atau *anovulasi*, dan *morfologi ovarium polikistik*. Penanda penyakit ini seperti terdapat lebih dari atau 12 folikel antral dengan ukuran diameter 2 hingga 9 mm pada pemeriksaan ultrasonografi. Vitamin D (25-hidroksivitamin D; 25 (OH) D) berperan pada proses steroidogenesis di sel teka ovarium dan pengaturan ekspresi reseptor *follicle stimulating hormone* (FSH) di sel granulosa ovarium. Defisiensi 25(OH)D menyebabkan penurunan aktivitas FSH, sehingga folikel antral di ovarium berukuran kecil dan berjumlah banyak (Mustari, Rostini, Indrati, Bayuaji, & Rachmayati, 2018).

Penyakit tersebut diakibatkan oleh disfungsi ovarium atau kelenjar adrenal yang kemudian menyebabkan terjadinya peningkatan kadar hormon androgen pada wanita. Kadar hormon yang tinggi tersebut mengganggu ovarium dalam perkembangannya untuk memproses sel telurnya dalam masa ovulasi. Penderita SOPK dapat mengalami gangguan oligo atau anovulasi yang dapat menyebabkan proses siklus menstruasi menjadi tidak teratur, dan memicu peningkatan kadar AMH (*anti mullerian hormone*) (Mustari, Rostini, Indrati, Bayuaji, & Rachmayati, 2018). Hormon AMH dapat tersimpan di dalam sel granulosa serta berperan pada proses pematangan folikel, hormon AHM juga dapat menyebabkan penghambatan pada proses perkembangan folikel pada akhir fase, sehingga dapat terhenti dan menimbulkan morfologi (Merhi, Doswell, Krebs, & Cipolla, 2014).

Kejadian yang dapat menyebabkan SPOK hingga saat ini belum dapat dipastikan secara akurat, namun saat ini tingkat resistensi insulin diduga menjadi *principal underlying etiologic factor*. Hal tersebut dikarenakan pada penderita SPOK mengalami resistensi insulin yang cukup tinggi, keadaan tersebut akan berdampak pada *hiperinsulinemia*, sebagai bentuk reaksi insensivitas insulin. Selain itu juga dapat meningkatkan produksi endrogen ovarium melalui berbagai macam mekanisme, sehingga keadaan hiperinsulin menekan proses sekresi hepar untuk memproduksi insulin like Growth Factor Binding Protein-I (IGFBP-I) serta meningkatkan *Insulin like Growth Factor-I (IGF-I)*, IGF-I yang bekerja pada bagian sel teka akan meningkatkan kadar LH dan mengikat kelebihan insulin (Wahyuni, Decroli, & Lasmini, 2015). Tingginya prevalensi SPOK sangat dipengaruhi atau erat hubungannya oleh berbagai faktor, diantaranya Kondisi obesitas, resistensi insulin, diabetes mellitus tipe I dan tipe II, dan infertilitas oligo-ovulasi (Hestiantoro & Pamungkas, 2020). Selain itu Insulin juga turut menekan tingkat *Sex Hormone Binding Globulin (SHBG)* sehingga mengakibatkan kadar hormon androgen meningkat secara bebas (Speroff & Marca, 2011).

b. Kanker Pada Bagian Rahim

Kanker pada bagian rahim ini dibagiatas dua kelompok yaitu;

1) Kanker Rahim

Kanker rahim merupakan tumor ganas yang terdapat pada *endorium* (lapisan terdalam rahim, tempat menempelnya *ovum* yang telah dibuahi). Kanker jenis ini dapat mempengaruhi kemampuan reproduksi wanita, karena itu kanker

rahim merupakan salah satu penyakit yang ditakuti kaum wanita karena bisa mengakibatkan kematian (Saefuddin, Astuti, & Dolphina, 2016).

Kanker rahim merupakan proses abnormal pada sel dan atau jaringan yang terjadi pada bagian atau alat reproduksi wanita, sehingga jaringan tersebut tidak berfungsi sesuai dengan fungsi normalnya (Yuningsih, Prayudha J, & Syaifuddin , 2019), kejadian ini biasanya memiliki gejala seperti terjadinya pendarahan dan keluarnya cairan pada vagina secara abnormal (Effendi, Ariyadi, & Sabroto, 2020).

Potensi kanker rahim untuk menyerang rahim wanita hamil sama besarnya dengan wanita yang tidak hamil. Kondisi kanker rahim atau reproduksi saat hamil bukanlah hal yang bisa dianggap enteng. Hal ini karena kanker rahim merupakan ancaman berbahaya bagi wanita yang sedang hamil atau bahkan dengan bayi mereka. Untuk mengatasi masalah tersebut, dapat diselesaikan dengan menggunakan diagnosa ahli (Yuningsih, Prayudha J, & Syaifuddin , 2019). Pada stadium awal, munculnya kanker rahim tidak memiliki gejala khusus. Gejala yang timbul biasanya berupa siklus haid yang tidak teratur, amenore, hipermenore dan seringnya keluarnya cairan dari vagina atau perdarahan intermenstruasi, pasca koitus dan olahraga berat. Pendarahan khas yang terjadi pada penyakit ini adalah darah yang keluar berupa mukoid.

2) Kanker Leher Rahim/Serviks

Kanker serviks adalah pertumbuhan sel (kanker) yang tidak terkendali yang terjadi di leher rahim. Serviks adalah bagian dari saluran reproduksi

wanita yang menghubungkan vagina dengan uterus atau rahim. Setiap wanita memiliki risiko terkena kanker tersebut, terutama bagi wanita yang sangat aktif dalam hubungan seksual, pada tahap awal kanker tersebut tidak menunjukkan gejala yang dapat di kenali.

Kanker leher rahim adalah kanker yang paling banyak ditemukan pada wanita di negara berkembang, dimana sebanyak tiga perempat dari estimasi setengah juta kasus baru terjadi setiap tahun. Kanker serviks adalah kanker paling umum di kalangan wanita di negara berkembang, dengan 3/4 juta kasus baru terjadi setiap tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Kanker serviks merupakan pembunuh wanita nomor satu di dunia, sekitar 2,2 juta orang didiagnosis menderita kanker serviks setiap tahun. Di negara berkembang, kanker serviks merupakan penyebab utama kematian akibat kanker pada usia reproduksi. Proses berkembangnya kanker serviks membutuhkan waktu yang cukup lama, yaitu sekitar 5-20 tahun, dari saat infeksi *Human papilloma virus* (HPV) hingga berkembangnya kanker (Sihombing, 2018).

Kanker serviks umumnya dapat dicegah pada tingkat primer, sekunder dan tersier. Pencegahan primer yaitu dengan cara menjaga kebersihan melalui pola hidup sehat dengan menghindari faktor risiko seperti perilaku seksual yang buruk, merokok, vaksinasi dan pola makan yang rasional. Pencegahan sekunder meliputi skrining dan deteksi dini kasus untuk meningkatkan peluang kesembuhan dan pencegahan tersier melalui pengobatan untuk mencegah komplikasi klinis dan kematian dini (Sihombing, 2018).

Pada umumnya, bagi wanita, berisiko mengalami kanker serviks seperti;

- a) *Squamous cell carcinoma*, merupakan jenis ditandai dengan munculnya gejala pada bagian dinding luar leher rahim yang mengarah pada bagian vagina.
- b) *Adenocarcinoma*, merupakan jenis yang ditandai dengan adanya sel *glandular* di bagian dinding kanal leher rahim.

Gejala yang ditunjukkan Seseorang Ketika terinfeksi HPV tidaklah akan mengalami demam seperti umumnya Ketika terinfeksi virus influenza, butuh beberapa waktu sampai dengna menunjukkan gejala klinis dari inveksi HPV, namun gejala tersebut cukup bervariasi. Efek yang di timbulkan dari infeksi HPV yang menginfeksi serviks dapat di rasakan setelah waktu antara 10 hingga 20 tahunan. Pada umumny gejala secara fisik dari infeksi tersebut anya dapat di rasakan oleh wanita yang berusia lanjut. Adapun gejala yang secara umum dan sering muncul pada diri penderita kaneker serviks yaitu;

- a) Keputihan tidak normal atau berlebih.
- b) Munculnya rasa sakit dan pendarahan saat berhubungan intim (*contact bleeding*)
- c) Pendarahan diluar siklus menstruasi
- d) Penurunan berat badan drastis
- e) Nyeri panggul
- f) Susah berkemih dan pembesaran ginjal

3) Infeksi Menular Seksual

Infeksi menular seksual atau penyakit menular seksual adalah infeksi yang menular melalui hubungan intim atau kontak seksual, baik seks vaginal, oral maupun anal (Kora, Dasuki, & Ismail, 2016). Infeksi menular seksual (IMS) merupakan penyakit kelamin yang dapat ditularkan oleh 30 jenis patogen melalui hubungan seksual (Tuntun, 2018). Pada umumnya penyakit ini menunjukkan tanda atau gejala seperti ruam, melepuh, dan keputihan, ragam penyakit IMS diantaranya seperti *HPV*, *sifilis*, *chlamydia*, *herpes*, *gonore*, dan *HIV* (Pfennig, 2019).

Infeksi menular seksual (IMS) terus menjadi masalah kesehatan masyarakat baik di negara maju (industri) dan berkembang. Organisasi Kesehatan Dunia memperkirakan bahwa lebih dari 340 juta kasus baru IMS yang dapat diobati seperti sifilis, gonore, klamidia trachomatis, dan trikomonas vaginalis terjadi di seluruh dunia setiap tahun, terutama pada pria dan wanita berusia 15 hingga 49 tahun.

Gejala infeksi menular seksual tidak selalu menimbulkan gejala atau hanya pada tingkat ringan. Sehingga terkadang pasien baru mengetahui bahwa mereka mengidap IMS setelah terjadi komplikasi atau setelah pasangannya didiagnosa mengidap penyakit menular seksual. Gejala yang disebabkan oleh IMS dapat bervariasi tergantung pada penyakitnya, (NHS, 2022), namun gejala yang sering di jumpai yaitu:

- a) Terdapat Benjolan,
- b) Luka yang timbul dengan sendirinya

- c) Pelepuhan kulit di sekitar kemaluan, dan anus, serta mulut
 - d) Timbulnya Rasa gatal-gatal di bagian vagina
 - e) Adanya rasa seperti terbakar pada kemaluan
 - f) Timbulnya rasa nyeri di saat buang air kecil dan melakukan senggama
 - g) Adanya cairan yang keluar dari vagina
 - h) Nyeri di perut bagian bawah
 - i) Demam dan menggigil
 - j) Pembengkakan kelenjar getah bening atau benjolan di selangkangan
 - k) Ruam kulit di badan, tangan, atau kaki
- 4) Infeksi Vagina

Vagina adalah organ genital internal pada wanita yang memiliki panjang antara 7 hingga 10 cm. Pasosi vagina berserbarangan dengan uretra dan kandung kemih bagian dalam, otot levator ani dan fascia endopelvis di bagian lateral, dan rektum di bagian posterior. Dinding vagina terdiri dari 3 lapisan, yaitu lapisan mukosa dengan epitel gepeng non-keratin, di bawahnya terdapat lapisan tunika muskularis, yang tersusun atas otot lurik dan polos, dan lapisan terakhir adalah lapisan adventitia, yang kaya akan kolagen dan elastin. (Sacher, 2019).

Infeksi vagina, juga dikenal sebagai *vaginitis*, biasanya disebabkan oleh adanya parasit, bakteri, jamur atau jamur di alat kelamin Anda. Jika Anda memiliki infeksi pada vagina, sehingga hal itu dapat menyebabkan ketidaknyamanan pada vagina.

Infeksi vagina disebut vaginitis. Sekitar 70% vaginitis disebabkan oleh bakterial vaginosis, kandidiasis, dan trikomoniasis. 30% lainnya dapat ditentukan oleh faktor lain seperti estrogen yang rendah. Vaginitis terjadi pada wanita yang telah mencapai pubertas atau akan memasuki masa menopause dengan faktor risiko seperti kebersihan yang buruk, hubungan seks tanpa kondom dengan banyak pasangan, IMS dan lain-lain. Gejala dan ciri masing-masing jenis infeksi vagina dapat dibedakan berdasarkan gambaran lendir yang dihasilkan dan kondisi fisik vagina.

Dalam menentukan diagnosis dari vaginitis dapat dilakukan pemeriksaan penunjang berupa pengukuran pH vagina, kriteria amsel, whiff test, dan mikroskopi menggunakan KOH dan saline. Salah satu penyebab vaginitis adalah bakterial vaginosis, yang ditandai dengan perubahan flora ekosistem vagina, yang biasanya didominasi oleh bakteri *Lactobacillus* tetapi juga dapat mencakup tiga spesies *Clostridium* yang dikenal sebagai bakteri yang terkait dengan BV 1-3 *Bacteroides* Spp., *Gardnerella* vaginitis, *Prevotella*, *Peptostreptococcus*, *Megasphaera*, *Leptotri* (Utami & Wahyuni, 2021).

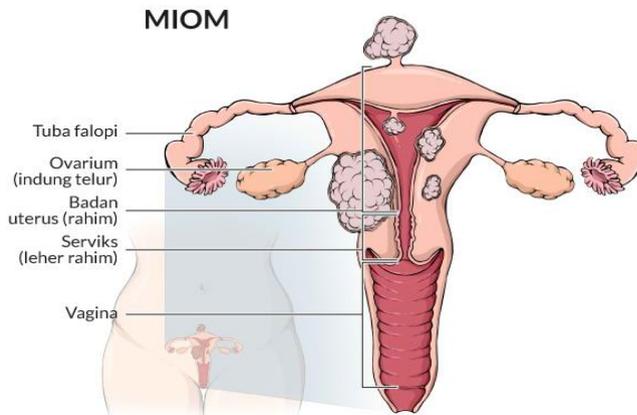
Pengobatan vaginitis dapat dilakukan dengan pemberian obat topical ataupun sistemik sesuai dengan tipe penyebab vaginitis. Penyakit infeksi vagina ini tidak sampai menyebabkan kematian. Namun apabila tidak ditangani dengan tepat dapat menimbulkan komplikasi, berupa radang panggul, servisitits mukopurulent, selusitis vagina, kemudian apabila dialami oleh ibu hamil dapat menyebabkan keguguran, ketuban pecah dini,

kelahiran premature, korioamnionitis, dan infeksi cairan ketuban.

Prognosis pada penyakit vaginitis ini umumnya baik dan hampir semua dapat disembuhkan, namun yang patut diwaspadai adalah vaginitis yang berulang atau recurrent karena dapat menyebabkan komplikasi. Pencegahan vaginitis dapat dilakukan dengan tindakan menjaga higienitas vagina serta penggunaan pengaman saat berhubungan seksual.

5) Mioma

Fibroid rahim (mioma) adalah neoplasma klonal umum dari rahim.



Gambar 1. Miom atau *uterine fibroid* (Alodokter, 2022)

Penyakit pada sistem reproduksi wanita ini, merupakan proses terjadinya perkembangan tumor yang berkategori jinak pada bagian dinding rahim, keadaan ini umumnya menyerang wanita yang dalam usianya yang masih subur. Fibroid memiliki komponen otot polos dan fibroblas, selain sejumlah besar matriks ekstraseluler fibrosa, yang semuanya berkontribusi pada proses

patogenetik. Fibroid sangat heterogen dalam patofisiologi, ukuran, lokasi dan gejala klinisnya. Mereka juga merupakan bagian dari berbagai penyakit di mana beberapa varian memiliki aspek perilaku ganas tetapi secara keseluruhan jinak.

Risiko fibroid dikaitkan dengan ras; wanita kulit hitam memiliki risiko lebih tinggi terkena fibroid lebih awal daripada rekan kulit putih mereka dan juga mengembangkan bentuk penyakit yang lebih parah. Secara klinis, fibroid merupakan sepertiga sampai setengah dari semua histerektomi dan berhubungan dengan morbiditas yang substansial dan biaya perawatan kesehatan untuk wanita usia reproduksi. Memang, perawatan saat ini terutama bedah dan intervensi; sekitar tiga perempat dari semua perawatan fibroid adalah histerektomi.

Meskipun etiologi sebenarnya dari fibroid rahim tidak diketahui, ada sejumlah faktor risiko yang dapat meningkatkan risiko seorang wanita terkena penyakit ini, termasuk:

- a) Terjadinya gangguan hormonal (*estrogen* dan *progesteron*)
- b) genetik dan atau riwayat keturunan
- c) Keadaan yang Obesitas
- d) Konsumsi daging merah yang berlebih

Salah satu masalah kesehatan reproduksi yang dialami wanita adalah terjadinya penyakit mioma uteri yang prevalensinya terus mengalami peningkatan, Mioma uteri memang tidak berbahaya tetapi kehadirannya sangat mengganggu bahkan sering menimbulkan anemia. Biasanya penyakit ini ditemukan secara tidak sengaja pada pemeriksaan rutin atau saat sedang

melakukan medical check up tahunan. Mioma uteri merupakan suatu tumor uterus jinak yang tidak berkapsul dan berbatas tegas berasal dari otot uterus dan jaringan ikat yang menumpangnya, pertumbuhan tumor jinak dari sel-sel polos imatur yang namanya diberikan sesuai dengan lokasinya di uterus, dikenal juga istilah fibromioma, leio-mioma, ataupun fibroid.

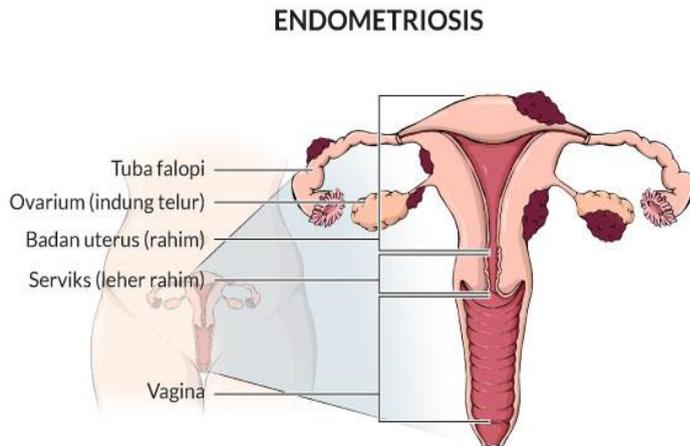
Faktor-faktor penyebab mioma uteri belum diketahui, namun ada 2 teori yang menjelaskan faktor penyebab mioma uteri, yaitu teori stimulasi, berpendapat bahwa estrogen sebagai faktor indikator, Selain itu ada teori cell nest atau Genitoblas, yaitu mioma uteri terjadi tergantung pada sel-sel otot imatur yang terdapat pada cell nest. faktor resiko yang menyebabkan mioma uteri adalah usia penderita, hormon endogen, riwayat keluarga, Indeks Masa Tubuh (IMT), diet, kehamilan, paritas, kebiasaan merokok (Alim, 2018).

6) Endometriosis

Endometriosis adalah kelainan ginekologi yang ditandai dengan adanya jaringan endometrium di luar rongga rahim yang dapat memicu reaksi inflamasi. Umumnya, jaringan ektopik ini dapat ditemukan di panggul, ovarium dan septum rektovaginal. Endometriosis adalah suatu kondisi ginekologi yang ditandai dengan adanya jaringan endometrium di luar rongga rahim, yang dapat menimbulkan respon inflamasi (Fauziah, 2012)

Jaringan ektopik ini paling sering ditemui di panggul, ovarium, dan septum rektovaginal. Endometriosis merupakan penyakit yang berada dan menjangkit system reproduksi pada wanita.

Penyakit ini terjadi ketika lapisan rahim tumbuh di organ atau area tubuh lain, seperti indung telur, saluran pencernaan, atau kandung kemih, penyakit ini muncul. Endometriosis merupakan penyakit sistem reproduksi wanita yang sering disebut-sebut. Kondisi ini berkembang ketika lapisan rahim menyebar ke organ atau bagian tubuh lain, seperti ovarium, saluran pencernaan, atau kandung kemih.



Gambar 2. Endometriosis (Alodokter, 2021)

Kebanyakan dari penyakit ini menyerang wanita yang memiliki usia diantara 30–40 tahunan, dengan gejala seperti:

- a) Nyeri di bagian panggul dan perut
- b) Nyeri menyakitkan saat menstruasi
- c) Terjadi perdarahan di saat tidak menstruasi
- d) Nyeri ketika BAB dan bersenggama

Namun gejala yang paling sering terjadi adalah;

a) Nyeri pelvik,

Endometriosis ditandai dengan nyeri kronis dan berulang, yang bermanifestasi sebagai dismenorea didapat atau sekunder. Nyeri biasanya dimulai 24-48 jam sebelum menstruasi dan berkurang beberapa hari setelahnya. Namun, ketidaknyamanan dapat terjadi sepanjang siklus menstruasi. Nyeri hebat akan terus di rasakan secara umum pada bagian panggul atau bagian panggul bawah (Benson, 2009).

b) Dismenorea,

Nyeri haid disebabkan oleh reaksi inflamasi yang disebabkan oleh pelepasan sitokin di rongga peritoneum, perdarahan lokal di sarang endometriosis, dan penetrasi endometriosis ke dalam saraf di rongga panggul. Dismenore sekunder, atau nyeri haid yang disebabkan oleh kelainan pada organ genital, sering terjadi pada penderita endometriosis. (Pandampotan, 2011).

c) Dispareunia

Dispareunia adalah nyeri di area vagina yang terjadi terus menerus atau berulang selama, setelah, atau setelah berhubungan seksual disebut sebagai dispareunia, wanita lebih mungkin menderita penyakit ini. Umumnya, nyeri pada dispareunia akan terasa tajam, panas, atau seperti kram menstruasi. Selain di vagina, nyeri juga dapat dirasakan pada kandung kemih, saluran lubang kencing, perut bagian bawah, dan panggul.

Seringkali terjadi, terutama ketika endometriosis telah tumbuh di sekitar rongga ganda dan ligamen sakrouterina dan perlengketan terbentuk, menyebabkan rahim menjadi retrofleksi. Rasa sakit yang tajam, seperti terbakar atau kram, dapat terjadi. Otot-otot panggul cenderung mengencang dan memperparah rasa sakit.bertambah. Penyebab Dispareunia oleh faktor fisik atau faktor emosional, penyebab faktor fisik terbagi lagi menjadi dua jenis, yaitu nyeri ketika penis masuk vagina dan nyeri ketika penis berada di dalam vagina.

d) Infertilitas

Infertilitas adalah suatu keadaan dimana tidak terjadi kehamilan pada pasangan yang telah melakukan hubungan seksual secara teratur dan tanpa pengaman dalam satu tahun sebelumnya. Setiap pasangan suami istri yang tidak memiliki anak pasti cemas, dan banyak pria menyalahkan istri mereka karena tidak bisa hamil. Namun, penting untuk dipahami bahwa infertilitas disebabkan oleh alasan selain istri.

Pasangan harus mewaspadaai infertilitas sebagai gangguan kesuburan. Infertilitas adalah salah satu alasan pasangan berjuang untuk memiliki anak. Infertilitas diakui sebagai salah satu penyebab utama kesulitan memiliki anak. Secara umum, infertilitas adalah masalah kesuburan yang diklasifikasikan menjadi dua jenis. Kondisi pertama dikenal sebagai infertilitas primer, atau tidak adanya kehamilan sama sekali.

Infertilitas primer dan sekunder adalah dua bentuk infertilitas. Jika seorang wanita tidak dapat hamil, menjadi hamil tetapi keguguran, atau menjadi hamil tetapi bayinya meninggal saat lahir, dia dianggap mengalami infertilitas primer. Infertilitas sekunder terjadi ketika seorang wanita hamil dan kemudian melahirkan seorang anak yang hidup tetapi tidak dapat hamil lagi atau yang anaknya meninggal segera setelah lahir.

Sekitar sepertiga kasus infertilitas disebabkan oleh masalah yang berhubungan dengan suami. Gangguan fungsi testis dan gangguan ejakulasi yang disebabkan oleh varikokel (pembesaran pembuluh darah di testis yang menyebabkan peningkatan suhu dan mengganggu produksi dan fungsi sperma), trauma pada testis, konsumsi obat dan suplemen tertentu, riwayat kanker, penyakit kronis, dan kebiasaan gaya hidup yang tidak sehat (konsumsi alkohol, merokok, dan penggunaan obat-obatan terlarang) termasuk di antara faktor-faktor tersebut. Ketidakseimbangan hormon dan penyakit keturunan (WHO, 2020).

Daftar Pustaka

- Alim, Z. (2018). Hubungan Usia Reproduksi Dengan Kejadian Mioma Uteri Pada Pasien Mioma Uteri Di Ruang Tulip RS TK. II Dr. Soepraoen Kesdam V Brawijaya. *Jurnal Kesehatan Hesti Wira Sakti*, 6(1), 1-6.
- Alodokter. (2021, Desember 31). *Endometriosis*. Retrieved from <https://www.alodokter.com:https://www.alodokter.com/endometriosis>
- Alodokter. (2022, Maret 28). *Miom*. Retrieved from <https://www.alodokter.com/:https://www.alodokter.com/miom>
- Benson, R. C. (2009). *Buku Saku Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC.
- Effendi, H., Ariyadi, D., & Sabroto, I. (2020). Expert System Of Diseases Diagnosis In Pregnant Women. *TEKNOMATIKA*, 9(2), 9-20.
- Fauziah, S. Y. (2012). *Infertilitas dan Gangguan Alat Reproduksi Wanita*. Jakarta: Nuha Medika.
- Hasanah, O., & Misrawati, M. (2013). Analisa Kesehatan Reproduksi Remaja Perempuan Usia Early Adolescence di Pekanbaru . *Ners Jurnal Keperawatan*, 9(1), 1-9.
- Hestiantoro, A., & Pamungkas, D. T. (2020). Assessment of the Quality of Internet-Based Health Information in the Indonesian Language about Polycystic Ovarian Syndrome. *Indones J Obstet Gynecol*, 8(4), 222-227.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013, Jakarta). Pencegahan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim. *Direktorat Pengadilan Penyakit Tidak Menular*.
- Kora, F. T., Dasuki, D., & Ismail, D. (2016). Pengetahuan Tentang Infeksi Menular Seksual Dengan Perilaku

- Seksual Tidak Aman Pada Remaja Putri Maluku Tenggara Barat Di Daerah Istimewa Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 3(1), 50-59.
- Merhi , Z., Doswell , A., Krebs , K., & Cipolla , M. (2014). Vitamin D alters genes involved in follicular development and steroidogenesis in human cumulus granulosa cells. *J Clin Endocrinol Metab*, 99(6), 37-45.
- Mustari, A. D., Rostini, T., Indrati, A. R., Bayuaji, H., & Rachmayati, S. (2018). Korelasi Jumlah Folikel Antral dengan Kadar 25(OH)D Serum pada Penderita Sindrom Ovarium Polikistik. *Majalah Kedokteran Bandung*, 50(4), 222-227.
- NHS. (2022). *Human papillomavirus (HPV)*. Retrieved August 3, 2022, from https://www.nhs.uk/conditions/human_papilloma_virus_hpv/
- Pandampotan, S. (2011). *Gangguan Haid dan Siklusnya*. yayasan Bina Pustaka.
- Pfennig, C. L. (2019). Sexually Transmitted Diseases in the Emergency Department. *Emergency Medicine Clinics*, 37(2), 165-195.
- Qoriaty, N. I., & Azizah, A. (2017). Hubungan Sikap Keluarga Dengan Pembinaan Kesehatan Reproduksi Pada Remaja Di Kabupaten Balangan. *An-Nadaa: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(2), 39-42.
- Sacher, B. C. (2019). The Normal Vulva and Vagina. In *Vulvar Disease* (pp. 7-19). Bornstein: Springer, Cham.
- Saefuddin, A. A., Astuti, S., & Dolphina, E. (2016). Penggunaan Metode Dempster Shafer Untuk Menganalisa Penyakit Pada Sistem Reproduksi Wanita Dengan Solusi Penanganan Obat Herbal. *Techno.COM*, 15(2), 125-131.

- Sihombing, S. (2018). Gambaran Pengetahuan Ibu Tentang Vaksin Human Papiloma Virus (HPV) Sebagai Pencegahan Kanker Leher Rahim. *Midwifery Journal Kebidanan*, 3(1), 26-29.
- Speroff, L., & Marca, A. (2011). *Clinical gynecologic endocrinology and Infertility* (8 ed.). Baltimore, USA: William Lippincot William and Wilkins.
- Tuntun, M. (2018). Faktor Resiko Penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS). *Jurnal Kesehatan*, 9(3), 419-426.
- Utami, L. P., & Wahyuni, N. D. (2021). Infeksi Pada Vagina (VAGINITIS). *Ganesha Medicina Journal*, 1(1), 9-19.
- Wahyuni, M., Decroli, E., & Lasmini, P. S. (2015). Hubungan Resistensi Insulin dengan Gambaran Klinis Sindrom Ovarium Polikistik. *Jurnal Kesehatan Andalas.*, 4(3), 908-916.
- WHO. (2020). *Infertility definition and terminology*. Retrieved August 1, 2022, from <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/fertility-care/infertility-definitions-and-terminology>
- Yuningsih, A., Prayudha J, J., & Syaifuddin, M. M. (2019). Implementasi Sistem Pakar Mendiagnosa Penyakit Kanker Rahim Dalam Kandungan Dengan Menggunakan Metode Teorema Bayes. *Jurnal CyberTech*, 2(9), 1-10.

Profil Penulis



Fitri Arni HR, SKM., M.Kes

Ketertarikan penulis pada bidang kesehatan, khususnya Kesehatan Masyarakat dimulai pada tahun 2007 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Universitas Muslim Indonesia (UMI) menempuh pendidikan di bidang Kesehatan Masyarakat, khususnya minat epidemiologi, kemudian melanjutkan dan menyelesaikan studinya pada Program Pasca sarjana, hingga mendapatkan gelar (M.Kes) di Universitas Hasanudin (UNHAS) tahun 2010 di bidang Epidemiologi. Penulis memiliki kepakaran di bidang kesehatan masyarakat konsentrasi epidemiologi, dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut.

Email Penulis: fitrirasyidi@yahoo.com

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Beauty Octavia Mahardany, S.Keb., MPH
Poltekkes Kemenkes Mamuju

Pendahuluan

Salah satu ruang lingkup dalam pelayanan kesehatan reproduksi adalah kesehatan reproduksi remaja. Remaja merupakan salah satu kelompok masyarakat yang memerlukan perhatian khusus dalam bidang kesehatan reproduksi karena mereka adalah kelompok yang rentan terhadap penyalahgunaan sikap dan perilaku menyimpang dari konsep-konsep kesehatan reproduksi (Mayasari *et al.*, 2021). Salah satu tujuan pelayanan kesehatan reproduksi remaja adalah untuk membantu remaja agar memahami dan menyadari ilmu tersebut sehingga memiliki sikap dan perilaku sehat serta bertanggung jawab terkait dengan masalah kesehatan reproduksi (Ahmad, 2020).

Remaja merupakan masa peralihan dari masa anak - anak menjadi dewasa dan terjadi perubahan-perubahan bentuk dan fungsi tubuh terjadi dalam waktu relatif cepat. Hal ini ditandai dengan berkembangnya tanda seks sekunder dan berkembangnya jasmani secara pesat, menyebabkan remaja secara fisik mampu melakukan fungsi proses reproduksi tetapi belum dapat mempertanggung jawabkan akibat dari proses reproduksi tersebut. Informasi dan penyuluhan, konseling dan pelayanan

klinis perlu ditingkatkan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja ini. Selain itu lingkungan keluarga dan masyarakat harus ikut peduli dengan kondisi remaja ini sehingga dapat membantu memberikan jalan keluar bila remaja mengalami masalah tidak malah di salahkan, tetapi perlu diarahkan dan dicarikan jalan keluar yang baik dengan mengenalkan tempat- tempat pelayanan kesehatan reproduksi remaja untuk mendapatkan konseling ataupun pelayanan klinis sehingga remaja masih dapat melanjutkan kehidupannya (Priyatni dan Rahayu, 2016).

Tujuan Kesehatan Reproduksi Remaja

Tujuan utama kesehatan reproduksi remaja adalah memberikan pelayanan kesehatan reproduksi kepada setiap individu dan pasangannya secara komprehensif, khususnya kepada remaja agar setiap individu mampu menjalani reproduksinya secara sehat dan bertanggungjawab serta terbebas dari perlakuan diskriminasi dan kekerasan, termasuk di dalamnya pengakuan dan penghormatan atas hak-hak kesehatan reproduksi dan seksual sebagai bagian integral dari Hak Azasi Manusia (Ningsih *et al.* 2021).

Tujuan khusus dari pengembangan sistem pendidikan dan pelayanan Kesehatan Reproduksi remaja adalah untuk melindungi remaja dari risiko pernikahan usia dini, kehamilan yang tidak dikehendaki, aborsi, Infeksi Menular Seksual (IMS), HIV / AIDS dan kekerasan seksual, sehingga hak-hak kesehatan reproduksinya dapat terpenuhi dalam meningkatkan kualitas hidup serta kualitas keturunannya baik fisik, mental dan sosial serta terbebas dari rasa takut, tindakan kekerasan dan diskriminasi (Ningsih *et al.* 2021).

Definisi Remaja

Remaja atau *adolenscence* berasal dari bahasa Latin yaitu *adolencare* yang artinya tumbuh menuju kematangan. Kematangan yang dimaksud bukan hanya kematangan fisik namun juga kematangan sosial dan psikologi (Wirenviona dan Riris, 2020). Masa remaja merupakan salah satu tahapan perkembangan manusia (Febriyeni *et al.*, 2020). Masa remaja adalah masa peralihan atau transisi dari masa anak menuju dewasa. Pengertian remaja menurut *World Health Organization* (WHO) adalah penduduk yang berusia 10-19 tahun. Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk berusia 10-18 tahun dan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) yang berusia remaja adalah 10-24 tahun serta belum menikah (Ningsih *et al.* 2021).

Sarwono (2011) menyatakan bahwa remaja adalah suatu masa dimana individu berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya sampai saat ia mencapai kematangan seksual. Individu mengalami perkembangan psikologis dan pola identifikasi dari anak-anak menjadi dewasa serta terjadi peralihan dari ketergantungan sosial ekonomi yang penuh kepada keadaan yang relatif mandiri.

Sehingga dapat disimpulkan bahwa remaja adalah individu usia 10 – 19 tahun dan belum menikah, peralihan dari anak-anak ke masa dewasa yang meliputi perubahan biologis, psikologis dan sosial (Ningsih *et al.* 2021).

Tahapan Tumbuh Kembang Remaja

Remaja dihadapkan pada situasi yang memerlukan adaptasi yang baik agar dapat menerima perubahan-

perubahan yang terjadi. Tahapan tumbuh kembang remaja terdiri dari beberapa tahap dengan karakteristik yang khas di masing-masing tahapannya. Tumbuh kembang masing-masing tahapannya dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Remaja awal/ *early adolescence* (11-13 tahun)

Tahap remaja awal merupakan tahapan awal remaja mulai mengalami perubahan fisik. Pada tahap ini, seorang remaja mengalami perubahan jasmani dan intelektual yang sangat cepat sehingga remaja memiliki rasa ingin tahu yang besar terhadap dunia luar (Nurmala *et al.*, 2020). Selain itu, remaja mulai mengenal rasa malu dan mulai merasakan suka pada lawan jenis. Teman sebaya sangat berpengaruh karena pada usia ini remaja merasa lebih dekat dengan teman sebaya dan bersifat egosentris (mementingkan diri sendiri) (Wirenviona *et al.*, 2021). Remaja egosentris akan lebih sulit untuk melihat sesuatu hal dari perspektif atau sudut pandang orang lain sehingga sering kali tidak menyadari apa yang oranglain pikirkan, rasakan dan lihat. Remaja egosentris lebih sulit menyesuaikan diri, bahkan mengoreksi pandangannya jika dirasa pandangannya tersebut tidak sesuai dengan kondisi sekitar. Oleh karena itu, remaja mencari teman sebaya yang sejenis untuk mengatasi ketidakstabilan pada dirinya (Wirenviona dan Riris, 2020).

Pada tahap awal ini, remaja lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya secara seksual yang ditandai dengan terjadinya peningkatan ketertarikan pada anatomi seksual. Selain itu, remaja tersebut akan merasa cemas dan timbul banyak pertanyaan mengenai perubahan alat kelamin dan ukurannya (Wirenviona dan Riris, 2020).

Sifat remaja pada usia ini, yaitu remaja akan mulai mencoba hal-hal baru, masih bersikap kekanak-kanakan, memiliki emosi yang cenderung labil, ingin bebas melakukan banyak hal dan seringkali merasa kecewa apabila sesuatu tidak berjalan sesuai dengan harapannya (Nurmala *et al.*, 2020; Wirenviona dan Riris, 2020). Sedangkan karakteristik secara kognitif yaitu cara berpikir konkret, belum mampu memprediksi akibat jangka panjang dari keputusan yang dibuat dan moralitas yang konvensional (Wirenviona *et al.*, 2021).

2. Remaja pertengahan/ *middle adolescence* (14-17 tahun)

Tahap remaja pertengahan, seorang remaja dinilai masih kekanak-kanakan tetapi mulai menyadari bahwa ia harus hidup mandiri. Remaja pada fase ini sudah mulai memiliki cita-cita yang konsisten dan sangat memperhatikan penampilan. Remaja mulai mencari identitas diri dengan melakukan berbagai hal baru dan mengeksplor kemampuan diri. Pada masa ini, timbul keinginan untuk berkenan dengan lawan jenis dan berkhayal tentang aktivitas seks. Perkembangan intelektual dan sosial mulai tinggi, seperti keinginan untuk menolong orang lain dan belajar bertanggung jawab (Nurmala *et al.*, 2020; Wirenviona *et al.*, 2021).

3. Remaja akhir/ *late adolescence* (18-21 tahun)

Remaja akhir disebut dewasa muda karena mulai meninggalkan dunia kanak-kanak. Pada tahap remaja akhir, emosi remaja sudah mulai stabil dan mulai dapat berhubungan secara serius dengan lawan jenis. Remaja lebih selektif dalam mencari teman sebaya, mempunyai citra tubuh (*body image*) sendiri dan dapat mewujudkan rasa cinta. Selain itu, remaja juga

mulai bisa menerima tradisi adat dan kebiasaan lingkungan serta belajar menyesuaikan diri dengan norma-norma yang berlaku. Pada tahap ini, remaja masih berlatih untuk mengambil keputusan dan apabila keputusan yang diambil tidak tepat, maka mereka akan terjebak dalam perilaku berisiko. Segala dampak yang terjadi harus ditanggung, baik akibat jangka pendek dan jangka panjang dalam berbagai masalah kesehatan fisik dan psikososial (Wirenviona dan Riris, 2020; Wirenviona *et al.*, 2021).

Masalah Reproduksi Remaja

1. Kehamilan Tidak Diinginkan (*Unwanted Pregnancy*)

Pada dasarnya kehamilan merupakan suatu kebahagiaan yang ditunggu-tunggu, namun menjadi suatu masalah besar apabila hal ini terjadi pada remaja yang belum menikah. Kehamilan pada remaja tergolong dalam kehamilan yang tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*). Kehamilan tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*) merupakan suatu kondisi dimana pasangan tidak menghendaki adanya proses kelahiran dari suatu kehamilan. Kehamilan ini bisa merupakan akibat dari suatu perilaku seksual/ hubungan seksual baik yang disengaja maupun tidak disengaja (Pulungan *et al.*, 2020).

Kehamilan tidak diinginkan berhubungan dengan meningkatnya risiko morbiditas dan mortalitas wanita (Widiastuti *et al.*, 2021). Kehamilan pada remaja berdampak negative kepada kesehatan remaja dan bayinya, juga berdampak kepada sosial dan ekonomi. Kehamilan pada usia muda atau remaja antara lain berisiko kelahiran premature, BBLR, perdarahan persalinan yang dapat meningkatkan kematian ibu dan bayi (Dartiwen dan Aryanti., 2022).

Banyak faktor yang dapat menyebabkan terjadinya *unwanted pregnancy* antara lain:

- a. Penundaan dan peningkatan usia perkawinan
- b. Ketidaktahuan atau minimnya pengetahuan tentang perilaku seksual yang dapat menyebabkan kehamilan
- c. Kehamilan yang diakibatkan oleh pemerkosaan
- d. Persoalan ekonomi
- e. Alasan karir atau masih sekolah
- f. Kehamilan karena *incest* (Pulungan *et al.*, 2020).

Beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk mencegah Kehamilan yang Tidak Diinginkan antara lain:

- a. Kampanye kondom
- b. Pendidikan seks: peran orangtua dan sekolah turut serta dalam member pendidikan seks yang sesuai dengan jenjang usia anak. Orang tua harus lebih terbuka pikirannya bahwa pendidikan seks bukan suatu hal yang tabu, namun penting. Pendidikan tentang seks ini bertujuan untuk melindungi remaja agar tidak menjadi korban perkosaan dan tidak melakukan seks pranikah.
- c. Bimbingan konseling perlu dilakukan bagi mereka yang mengalami kehamilan tidak diinginkan agar aborsi bukan dijadikan solusi final (Widiastuti, *et al.* 2021)

2. Aborsi

Pengertian aborsi secara medis adalah keluarnya hasil konsepsi sebelum janin mampu hidup di luar rahim, yaitu sebelum usia kehamilan mencapai 20 minggu. Aborsi juga berarti penghentian kehamilan setelah

tertanamnya ovum yang telah dibuahi dalam rahim sebelum usia janin mencapai 20 minggu. Aborsi adalah pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin mencapai viabilitas dengan usia kehamilan kurang dari 22 minggu dan berat janin kurang dari 500 gram. Di dalam dunia kedokteran dikenal 3 macam aborsi, yaitu (Farelya dan Nurrobikha, 2018):

a. Aborsi Spontan/ Alamiah

Aborsi ini berlangsung tanpa tindakan. Kebanyakan disebabkan karena kurang baiknya kualitas sel telur dan sperma.

b. Aborsi Buatan/ Sengaja

Pengakhiran kehamilan sebelum usia kandungan 28 minggu sebagai suatu akibat tindakan yang disengaja dan disadari oleh calon ibu dan pelaksana aborsi.

c. Aborsi Terapeutik/ Medis

Pengguguran kandungan buatan yang dilakukan atas indikasi medis. Sebagai contoh jika calon ibu yang sedang hamil memiliki penyakit darah tinggi menahun dan penyakit jantung yang parah dan dapat membahayakan baik calon ibu maupun janin yang dikandungnya.

Secara kacamata hukum aborsi dengan alasan non medis sangat dilarang keras. Tindakan ini mendapat ancaman hukum pidana yang diatur dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 pasal 75 dan 76 serta Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) pasal 299, 346, 348 dan 349 (Febriyeni, *et al.*, 2020). Beberapa motif yang menyebabkan seorang remaja melakukan aborsi yaitu:

- a. Reaksi spontan bahwa aborsi adalah jalan terbaik karena tidak siap menghadapi apa yang akan terjadi.
- b. Melakukan spontanitas dari dorongan diri mereka yang akan membentuk titik aman pada diri
- c. Adanya rasa takut, malu dengan orang-orang yang berada disekitarnya dan rasa belum siap untuk memiliki anak (Febriyeni, *et al.*, 2020).

Beberapa risiko yang dapat terjadi akibat melakukan aborsi yaitu:

- a. Kesehatan keselamatan fisik

Risiko yang dihadapi remaja seperti rahim yang sobek, kanker payudara, kelainan pada plasenta, infeksi rongga panggul bahkan kematian.

- b. Psikologis

Munculnya perasaan sedih, rasa bersalah, depresi, kehilangan harga diri, trauma berhubungan seksual dan hilangnya kepercayaan diri.

- c. Psikososial

Diasingkan oleh keluarga dan masyarakat, mendapat celaan dan tekanan dari orang-orang sekitar.

- d. Masa depan

Timbulnya gangguan kesuburan atau infertilitas, hidup di penjara, masa depan suram dan masa depan janin terhenti ketika melakukan aborsi (Febriyeni, *et al.*, 2020).

3. Penyakit Menular Seksual (PMS)

Penyakit kelamin sudah lama dikenal di beberapa negara. Dengan semakin majunya ilmu pengetahuan,

makin banyak ditemukan penyakit-penyakit baru sehingga istilah Penyakit Kelamin yang dulu banyak disebut sudah dianggap tidak sesuai lagi dan diubah menjadi Seksual Transmitted Disease (STD) atau Penyakit Menular Seksual (PMS). Beberapa Penyakit Menular Seksual yang sering ditemukan di Indonesia antara lain:

- a. PMS yang disebabkan oleh Bakteri: Gonorrhoea, Sifilis, Urethritis, Vaginosis Bakterial
- b. PMS yang disebabkan oleh virus: AIDS, Herpes Genitalis, Hepatitis B, Kondiloma Akuminata
- c. PMS yang disebabkan oleh jamur : Candidiasis Vaginosis
- d. Disebabkan oleh parasit: scabies, pedikulosis pubis (Pulungan *et al.*, 2020).

Beberapa pencegahan yang bisa dilakukan untuk menghindari terjadinya PMS antara lain:

- a. Tidak berganti ganti pasangan saat melakukan hubungan seks
- b. Menggunakan kondom saat berhubungan seks
- c. Menghindari transfuse darah dengan pendonor yang tidak jelas asal usulnya
- d. Menggunakan alat kedokteran maupun non medis yang steril (Pulungan *et al.*, 2020).

4. NAPZA

NAPZA (Narkotika, Psikotropika dan Zat Aditif lain) adalah bahan/zat/ obat yang bila masuk ke dalam tubuh manusia akan memengaruhi tubuh terutama otak / susunan saraf pusat, sehingga menyebabkan gangguan kesehatan fisik, psikis dan fungsi sosial, oleh karena terjadi kebiasaan, ketagihan (adiksi) serta

ketergantungan (dependensi) terhadap Napza. Napza juga sering disebut sebagai zat psikoaktif, yaitu zat yang bekerja pada otak, sehingga menimbulkan perubahan perilaku, perasaan dan pikiran (Alifia, 2019).

Penyalahgunaan narkotika dan obat-obatan terlarang di kalangan generasi muda dewasa ini kian meningkat. Maraknya penyimpangan perilaku generasi muda tersebut, dapat membahayakan keberlangsungan hidup bangsa ini di kemudian hari, sebab pemuda sebagai generasi yang diharapkan menjadi penerus bangsa, semakin hari semakin rapuh digerogeti zat-zat adiktif penghancur syaraf. Sehingga pemuda tersebut tidak dapat berpikir jernih. Akibatnya, generasi harapan bangsa yang tangguh dan cerdas hanya akan tinggal kenangan. Sasaran dari penyebaran narkoba ini adalah kaum muda atau remaja. Penyalahgunaan narkoba termasuk ke dalam salah satu bentuk kenakalan remaja khusus (Amanda *et al.*, 2017).

Harus disadari bahwa masalah penyalahgunaan narkoba adalah suatu problema yang sangat kompleks, oleh karena itu diperlukan upaya dan dukungan dari semua pihak agar dapat mencapai tujuan yang diharapkan. Pencegahan dan penanggulangan narkoba banyak yang masih bisa dilakukan untuk mencegah penggunaan dan membantu remaja yang sudah terjerumus ke dalam penyalahgunaan narkoba. Penanggulangan penyalahgunaan narkoba bukan saja merupakan tanggung jawab pemerintah semata, namun upaya tersebut pun merupakan tanggung jawab masyarakat umum yang diawali dari kelompok terkecil yaitu lingkungan keluarga, lingkungan sekolah, dan

lingkungan masyarakat tempat para remaja mengaktualisasikan dirinya (Amanda *et al.*, 2017).

5. HIV AIDS

Infeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah suatu infeksi virus yang secara progresif menghancurkan sel-sel darah putih dan menyebabkan AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*). Stadium akhir dari infeksi HIV adalah AIDS. AIDS adalah suatu keadaan dimana penurunan sistem kekebalan tubuh yang didapat menyebabkan menurunnya kekebalan tubuh terhadap penyakit sehingga terjadi infeksi, beberapa jenis kanker dan kemunduran sistem saraf. Seseorang yang terinfeksi oleh HIV mungkin tidak menderita AIDS, sedangkan yang lainnya baru menimbulkan gejala beberapa tahun setelah terinfeksi (Pulungan *et al.*, 2020).

Solusi Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja

Untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja, perlu adanya peran dari orangtua dan juga dari diri sendiri. Setiap remaja diharapkan mampu bertanggung jawab atas kesehatan reproduksinya sehingga mereka mampu berfikir sebelum melakukan hal-hal yang bisa merusak dan juga merugikan masa depannya (Andriyani *et al.*, 2022)

Beberapa edukasi yang bisa diberikan kepada remaja untuk menjaga kesehatan reproduksi remaja antara lain:

1. Menjelaskan sistem, proses dan fungsi reproduksi

Megenalkan sistem, proses dan fungsi organ reproduksi, memberikan informasi yang sesuai dengan kesiapan dan usia anak. Edukasi yang diberikan sebaiknya menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh remaja.

2. Mengenalkan risiko penyakit yang akan terjadi

Menjelaskan mengenai kekerasan seksual dan cara menghindarinya (Ningsih *et al.*, 2020).

Program Kesehatan pada Remaja

Pemerintah telah berupaya membuat berbagai program untuk remaja agar para remaja menjadi lebih terarah dan terlindungi kesehatan secara reproduksinya. Program yang mendukung remaja terkait kesehatan reproduksinya antara lain:

1. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR).

PKPR adalah suatu layanan yang diselenggarakan oleh pemerintah yang tempat pelayanannya ada di puskesmas sehingga mampu menjangkau remaja yang ada di lingkungan terkecil. Tujuan dari program PKPR adalah untuk melindungi hak-hak kesehatan reproduksi pada remaja sehingga remaja mampu tumbuh dan berkembang dengan optimal. Sasaran dari program ini adalah seluruh remaja, meliputi:

- a. Remaja yang masih disekolah atau remaja yang sedang mengenyam pendidikan.
- b. Remaja yang ada diluar lingkungan sekolah seperti kelompok remaja karang taruna, kelompok belajar, remaja di panti asuhan, remaja di kelompok-kelompok keagamaan.
- c. Remaja putrid yang akan hamil serta remaja putri yang hamil dengan tanpa melihat status pernikahannya.
- d. Remaja yang sudah terinfeksi atau memiliki risiko tertularnya HIV/ AIDS.
- e. Remaja yang memiliki kebutuhan khusus seperti remaja-remaja yang mengalami kecacatan, anak

jalanan, anak yang bekerja di bawah umur serta remaja yang menjadi bahan eksploitasi baik kekerasan fisik maupun seksual.

Pelayanan yang dilakukan oleh setiap puskesmas akan bervariasi sesuai dengan kondisi wilayahnya masing, tetapi setiap puskesmas harus tetap mengikuti standar yang sudah ditetapkan dalam memberikan pelayanan PKPR.

2. Posyandu 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. Kegiatan posyandu remaja ini mengajak semua remaja berperan secara aktif dengan menjadi kader posyandu, sehingga permasalahan yang terjadi pada remaja bisa terpantau oleh teman atau rekan sebayanya yang menjadi kader.

Dalam pelaksanaan kegiatan posyandu remaja, yang menjadi sasaran utama adalah remaja dari berbagai usia dengan tidak memandang pendidikan, status pernikahan maupun kecacatan yang dimiliki oleh remaja tersebut. Kegiatan posyandu remaja ini terbukti mampu meningkatkan pengetahuan remaja khususnya tentang kesehatan reproduksi.

Daftar Pustaka

- Ahmad, Mukhlisiana. (2020). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi*. Bandung: CV. Media Sains Indonesia
- Alifia, Ummu. (2019). *Apa itu Narkotika dan Napza?*. Semarang: ALPRIN
- Amanda, Maudy., Humaedi, Sahadi., Santoso, Meilanny. (2017). *Penyalahgunaan Narkoba di Kalangan Remaja (Adolescent Substance Abuse)*. Jurnal Penelitian & PPM Vol. 4 No.2. ISSN: 2442-448x
- Andriyani, Lusi. Simbolon, Densa. Riastuti, Frensi. (2022). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Perencanaan Masa Depan*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management
- Dartiwen., Aryanti, Mira. (2022). *Buku Ajar Asuhan Pada Remaja dan Perimenopause*. Yogyakarta: Deepublish
- Farelya, Gita., Nurrobikha. (2018). *Etikologal dalam Pelayanan Kebidanan*. Yogyakarta: Deepublish
- Febriyani. *et al.* (2020). *Kesehatan Reproduksi Wanita*. Medan: Yayasan Kita Menulis
- Mayasari, Ade Tyas., Febriyanti, Hellen. (2021). *Kesehatan Reproduksi Wanita di Sepanjang Daur Kehidupan*. Aceh: Syiah Kuala University Press
- Ningsih, Eka Sarofah., Susila, Ida., Safitri, Oktavia. (2021). *Kesehatan Reproduksi Remaja*. Bandung: Media Sains Indonesia
- Nurmala, Ira.*et al.*, (2020). *Mewujudkan Remaja Sehat Fisik, Mental dan Sosial (Model Intervensi Health Educator for Youth)*. Surabaya: Airlangga University Press

- Prijatni, Ida. Rahayu, Sri. (2016). *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Pulungan, Pebri Warita., et al. (2020). *Teori Kesehatan Reproduksi*. Medan: Yayasan Kita Menulis
- Widiastuti, Anita. et al., (2021). *Epidemiologi Kesehatan Reproduksi*. Medan: Yayasan Kita Menulis
- Widiyastuti, Nurul Eko., et al., (2022). *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Bandung: CV. Media Sains Indonesia.
- Wirenviona, Rima. Riris, Cinthya. Susanti, Nurul., Wahidah, Nurul., Kustantina, Abadiyah., Joewono, Hermanto. (2021). *Kesehatan Reproduksi dan Tumbuh Kembang Janin sampai Lansia pada Perempuan*. Surabaya: Airlangga University Press
- Wirenviona, Rima., Riris, Istri Dalem Cinthya. (2020). *Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Surabaya: Airlangga University Press.

Profil Penulis



Beauty Octavia Mahardany, S.Keb., MPH

Ketertarikan penulis terhadap dunia kesehatan menuntun penulis untuk masuk ke Sekolah Menengah Atas Negeri 1 (SMAN 1) Ponorogo dengan memilih jurusan Ilmu Pengetahuan Alam (IPA) dan berhasil lulus tahun 2013. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di prodi S1 Kebidanan Universitas Brawijaya pada tahun 2017. Dua tahun kemudian, penulis berhasil menyelesaikan studi S2 di prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada. Setelah lulus, penulis mengabdikan diri menjadi seorang dosen pada prodi kebidanan. Saat ini, penulis aktif melaksanakan kegiatan tri dharma perguruan tinggi lain seperti melaksanakan penelitian dan pengabdian masyarakat. Selain itu, penulis juga mulai aktif menulis buku dengan harapan dapat berkontribusi positif dalam mengembangkan dunia pendidikan di Indonesia.

Email Penulis: Octavia.beauty21@gmail.com

MASALAH KESEHATAN LANJUT USIA

Andi Nasir, SKM., M.Kes., M.H
Poltekkes Kemenkes Mamuju

Pendahuluan

Sebagaimana diamanatkan dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Tahun 1945 bahwa adapun tujuan pembentukan Pemerintah Negara Republik Indonesia adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia, maka tujuan pembangunan nasional yang dicita-citakan adalah mewujudkan masyarakat adil dan makmur bagi seluruh rakyat Indonesia dengan menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang makin membaik dan usia harapan hidup makin meningkat, sehingga jumlah penduduk lanjut usia juga makin bertambah. Oleh karena itu maka sudah menjadi kewajiban negara dan Pemerintah untuk melindungi penduduk lanjut usia dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara (KEMENPPPA, 2010).

Indonesia akan menjadi salah satu negara yang menua secara demografis. Data Badan Pusat Statistik menunjukkan bahwa persentase orang berusia di atas 65 tahun akan meningkat sebesar 25 persen di tahun 2050, dari 25 juta orang di tahun 2019 akan meningkat menjadi 80 juta orang di tahun 2050 (BPS, 2019).

Kepedulian dan fokus perhatian pemerintah terhadap kehidupan para lansia Indonesia telah diatur dalam Pasal 28H ayat (2) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, yang menyatakan bahwa setiap orang berhak mendapatkan kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan. Selanjutnya pula tertuang pada pasal 7 dan 8 disebutkan bahwa pemerintah bertugas mengarahkan, membimbing, dan menciptakan suasana yang menunjang bagi terlaksananya upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia; dan pemerintah, masyarakat, dan keluarga bertanggungjawab atas terwujudnya upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia (Eka Afrina Djamhari, dkk, 2020).

Lebih lanjut tingginya perhatian pemerintah terhadap keberadaan lanjut usia ini cukup besar, yang diawali pada tahun 1996 dengan ditetapkannya tanggal 29 Mei yang diperingati setiap tahun sebagai Hari Lanjut Usia. Selanjutnya pada tahun 1998, perhatian ini diperkuat dengan diterbitkannya Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan Lanjut Usia sebagai landasan hukum keberadaan para lanjut usia. Di bidang kesehatan, Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menyebutkan bahwa upaya untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan masyarakat dilaksanakan berdasarkan prinsip non diskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan. Upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia ditujukan untuk menjaga agar para lanjut usia tetap sehat, mandiri, aktif dan produktif secara sosial dan ekonomi sehingga untuk mewujudkan hal tersebut pemerintah berkewajiban untuk menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi pengembangan kelompok lanjut usia (Permenkes, Nomor : 25 Tahun 2016 Rencana Aksi Nasional).

Pasal 138 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan menetapkan bahwa upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia ditujukan untuk menjaga agar para lanjut usia tetap sehat dan produktif secara sosial dan ekonomis. Untuk itu pemerintah wajib menjamin ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan memfasilitasi kelompok lanjut usia untuk tetap dapat hidup mandiri dan produktif secara sosial dan ekonomis. Disamping hak atas kesehatan lanjut usia juga mempunyai hak yang sama dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Upaya peningkatan kesejahteraan lanjut usia diarahkan agar lanjut usia tetap diberdayakan sehingga dapat berperan dalam kegiatan pembangunan dengan memperhatikan fungsi, ketrampilan, usia dan kondisi fisik dari lanjut usia tersebut. (Permenkes Nomor : 67 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia Di Pusat Kesehatan Masyarakat).

Bahwa proses kejadian penuaan penduduk (*population ageing*) yang dihadapi secara global merupakan anugerah yang patut disyukuri karena merupakan salah satu hasil proses pembangunan seperti peningkatan kesehatan, gizi, perbaikan akses sanitasi, pendidikan dan teknologi. Umumnya, penduduk lanjut usia saat ini lebih berpendidikan, lebih sehat, dan lebih terpapar pengetahuan dan informasi yang menjadi bekal untuk rneningkatkan kualitas hidup lebih baik dibandingkan dengan lanjut usia di rnsa lalu (Perpres Nomor : 88 Tahun 2021 Tentang Strategi Nasional Kelanjutusiaan)

Dari aspek teoritis bahwa proses penuaan merupakan suatu rangkaian proses alami yang tidak dapat dicegah dan merupakan hal kewajaran yang dialami oleh orang diberi karunia umur panjang, dimana semua orang berharap akan menjalani hidup dengan tenang, damai, serta menikmati masa pensiun bersama anak dan cucu

tercinta dengan penuh kasih sayang (Hamid, 2006). Bahkan kenyataannya tidak semua bagi lanjut usia dapat mengecap kondisi idaman ini. Proses menua tetap menimbulkan permasalahan baik secara fisik, biologis, mental maupun sosial ekonomi (Nugroho, 2000).

Walaupun kondisi demikian, masih banyak lanjut usia yang rentan karena kurangnya persiapan baik dari sisi finansial maupun nonfinansial. Lanjut usia mengalami penurunan kapasitas intrinsik seperti kapasitas fisik, mental, dan kognitif, sehingga menghambat kemampuan fungsionalnya. Hambatan tersebut diantaranya yaitu hambatan mobilitas, hambatan melaksanakan kegiatan sehari-hari, hambatan merawat diri sendiri, dan hambatan berkomunikasi dengan orang lain (Perpres Nomor : 88 Tahun 2021 Tentang Strategi Nasional Kelanjutusiaan).

Peningkatan jumlah penduduk lanjut usia dapat berdampak positif apabila penduduk tersebut berada dalam keadaan sehat, aktif, dan produktif. Di sisi lain, besarnya jumlah penduduk lanjut usia dapat menjadi beban jika mereka mengalami penurunan status kesehatan dengan tingkat disabilitas yang tinggi, Hal ini mengakibatkan produktivitas yang rendah, pendapatan yang tidak memadai, dan tingginya biaya pelayanan kesehatan (Perpres Nomor : 88 Tahun 2021 Tentang Strategi Nasional Kelanjutusiaan).

Lanjut usia di Indonesia berjumlah lebih kurang 26,4 juta orang atau 9,78 % dari total penduduk pada tahun 2020. Menurut Proyeksi Penduduk 2015-2045, pada tahun 2024, penduduk Lanjut Usia diperkirakan mencapai 12,6 % dari total penduduk atau sekitar 34 juta orang. Selanjutnya diperkirakan bahwa penduduk lanjut usia diproyeksikan akan mengalami peningkatan yang cukup tajam pada beberapa dekade mendatang. (Perpres Nomor

: 88 Tahun 2021 Tentang Strategi Nasional Kelanjutusiaan).

Prinsip Utama Kehidupan Lanjut Usia

Pada tanggal 16 Desember 1991, Majelis Umum PBB mengadopsi 5 (lima) prinsip untuk lanjut usia di bawah resolusi 46 tahun 1991. Prinsip-prinsip ini kemudian dikembangkan dalam rangka memberikan penghargaan terhadap kontribusi yang diberikan lanjut usia kepada masyarakat sebagai upaya untuk mengakui nilai yang dimiliki oleh lanjut usia sebagai manusia yang martabat (Eka Afrina Djamhari, dkk, 2020).

Dalam *The United Nations Principles for Older Persons* (United Nations, 1998), terdapat 5 (lima) prinsip utama bagi kehidupan lanjut usia yaitu (Eka Afrina Djamhari, dkk, 2020) :

1) *Independence* atau Kemandirian

Terkait dengan Kemandirian yang dimaksud di sini adalah mencakup kemampuan lansia untuk memiliki akses atas pangan, sumber air, pakaian, dan perawatan kesehatan yang memadai. Agar akses ini dapat dipenuhi, harus ada dukungan kepada lansia dari keluarga dan masyarakat. Akses perawatan kesehatan perlu mendapat perhatian khusus karena sarana transportasi dan infrastruktur seringkali kurang memadai. Selain itu, urgensi penyediaan infrastruktur juga penting bagi lansia agar dapat tinggal di lingkungan yang aman dan sesuai dengan kapasitas lansia yang mulai berubah seiring bertambahnya usia, sebagaimana disebutkan dalam pedoman Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB).

2) *Participation* atau Partisipasi

Bahwa lanjut usia itu harus terus berpartisipasi, terintegrasi dan terlibat aktif dalam masyarakat sebagai wujud implementasi kebijakan yang memadai bagi kesejahteraan lansia. Partisipasi Lansia merupakan hal penting karena mereka dapat terus berbagi pengetahuan atau keterampilan dengan anggota masyarakat yang lebih muda. Lansia harus memiliki kebebasan untuk membentuk gerakan atau asosiasi yang memperkuat partisipasi mereka dalam masyarakat. Partisipasi lansia harus dilandasi oleh teori penuaan aktif yang berarti proses mengoptimalkan peluang kesehatan, partisipasi, dan keamanan dalam ketertiban untuk meningkatkan kualitas hidup sebagai manusia lanjut usia dan tujuan *active ageing* adalah membuat lansia mandiri secara fisik, sehat, dan produktif (Ananta, 2012).

3) *Care* atau Perawatan

Penekanannya yang dimaksud adalah bahwa sangat pentingnya akses ke perawatan kesehatan, layanan sosial dan hukum, serta perawatan institusional dalam memfasilitasi kesediaan lingkungan atas perlindungan yang manusiawi dan aman bagi lansia. Lansia memiliki hak kebebasan mendasar dalam segala bentuk, misalnya perawatan di tempat tinggalnya. Di dalam rumah itu sendiri, lansia harus mendapat kebebasan mendasar, seperti harga diri, kepercayaan, kebutuhan, penghormatan privasi, serta hak untuk membuat keputusan sendiri sehingga berdampak pada kualitas hidup yang lebih baik. Adapun bentuk perawatan yang dibutuhkan lansia adalah perawatan yang berfokus pada dukungan jangka panjang, yakni dengan mendorong lansia untuk dapat mandiri dan melewati penuaan yang sehat. Perawatan ini lebih dibutuhkan daripada

perawatan yang menstimulus adanya krisis atau penyakit akut (Humphreys, L. K., et al., 2015).

4) *Self-fulfilment* atau Pemenuhan Diri

Keterpenuhan akan ketersediaan sumber daya yang meliputi : pendidikan, budaya, spiritual, dan rekreasi bagi lansia memungkinkan menjadi peluang untuk pengembangan penuh potensi lansia. Negara-negara yang mengalami transisi demografis perlu mempertimbangkan ketersediaan sumber daya untuk lansia guna memastikan tahap kehidupan selanjutnya terpenuhi, dengan tetap mempertahankan kualitas hidup (Gastmans, 2013).

5) *Dignity* atau Martabat

Memberikan perlindungan lanjut usia dalam menjalani kehidupannya, adanya kebebasan dari segala model dan bentuk eksploitasi atas penganiayaan fisik atau mental, bermartabat dengan rasa aman, serta memastikan lansia tidak diperlakukan secara tidak adil karena perbedaan usia, jenis kelamin, latar belakang etnis, atau kondisi disabilitas yang disandangnya. Adapun salah satu usaha yang memungkinkan dapat membantu mempromosikan dan memelihara martabat lansia adalah dengan melibatkan lansia untuk dapat ikut aktif secara sosial dan berpartisipasi dalam pengambilan kebijakan publik (Gastmans, 2013).

Berdasarkan pengalaman di tingkat global pada tahun 2014 dalam pertemuan *5th Session of the Open-Ended Working Group on Ageing*, pemerintah Indonesia menyuarakan pentingnya reformasi kebijakan yang berpihak pada lansia. Setidaknya, terdapat tiga poin yang disampaikan pemerintah Indonesia terkait perlindungan lansia, yaitu *Pertama*, komitmen terhadap masyarakat yang ramah lansia harus dimulai dari kepemimpinan

puncak. *Kedua*, penting untuk mempromosikan tindakan di semua tingkatan untuk menghasilkan lansia yang sehat dan terlibat. *Ketiga*, pengembangan lebih lanjut kerangka kerja kebijakan dan infrastruktur di semua tingkatan yang memanfaatkan talenta nyata dan potensi kontribusi yang dapat dilakukan lansia kepada masyarakat (Eka Afrina Djamhari, dkk, 2020).

Penyakit yang Sering dijumpai pada Lanjut Usia

Secara alami proses menjadi tua mengakibatkan seseorang mengalami perubahan fisik dan mental, spiritual, ekonomi dan sosial. Salah satu permasalahan yang sangat mendasar pada lanjut usia adalah masalah kesehatan sehingga diperlukan pembinaan kesehatan pada kelompok pra lanjut usia dan lanjut usia, bahkan sejak usia dini. Masalah kesehatan yang dialami oleh lanjut usia adalah munculnya penyakit *degenerative* akibat proses penuaan, gangguan gizi (*malnutrisi*) penyakit infeksi serta masalah kesehatan gigi dan mulut (Permenkes Nomor : 67 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia Di Pusat Kesehatan Masyarakat).

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 67 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia Di Pusat Kesehatan Masyarakat pada bagian lampiran penjelasannya di sebutkan secara detail terkait permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh lanjut usia itu sendiri seperti akibat proses penuaan, terjadinya kemunduran fungsi sel-sel tubuh (*degeneratif*), dan menurunnya fungsi sistem imun tubuh sehingga muncul penyakit-penyakit degeneratif, gangguan gizi (*malnutrisi*) penyakit infeksi, masalah kesehatan gigi dan mulut dan lain-lain. Lebih lanjut beberapa penyakit yang sering dijumpai pada lanjut usia sebagai berikut (Permenkes Nomor : 67 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan

Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia Di Pusat Kesehatan Masyarakat) :

1) *Pneumonia*

Lazimnya penyakit ini ditandai dengan gejala awal berupa penurunan nafsu makan; keluhan akan terlihat seperti dispepsia. Keluhan lemas dan lesu akan mendominasi disertai kehilangan minat. Pada keadaan lebih lanjut akan terjadi penurunan kemampuan melakukan aktivitas kehidupan dasar (ADL) sampai imobilisasi; dan akhirnya pasien akan mengalami kondisi *acute confusional state (sindrom delirium)*. Selain itu, pasien juga dapat muncul ke hadapan dokter dengan keluhan utama *instabilitas postural* (sering terhuyung-huyung) atau jatuh. Jadi perlu diperhatikan bahwa gejala pneumonia pada lanjut usia tidak selalu berupa batuk, demam, dan sesak nafas. Dokter dan tenaga kesehatan lain perlu mewaspadai hal tersebut. Pada penyakit Pneumonia ini sendiri ditemukan dalam pemeriksaan laboratorium juga sering kali tidak muncul *leukositosis* namun hanya berupa adanya peningkatan persentase sel segmen. Pemeriksaan jasmani yang teliti akan membantu menegaskan diagnosis dengan ditemukannya perubahan tingkat kesadaran, bahkan mungkin ada tanda-tanda dehidrasi, dan tentu adanya *ronki* basah pada auskultasi paru-paru.

2) *Penyakit Paru Obstruktif Kronis*

Penyakit paru obstruksi kronik dapat disebabkan oleh beberapa penyakit; namun demikian apa pun penyebabnya harus diupayakan agar pasien terhindar dari *eksaserbasi akut*. Beberapa faktor risiko yang meningkatkan kemungkinan *eksaserbasi* antara lain infeksi saluran pernafasan oleh bakteri banal maupun

virus influenza. Adanya gangguan pada saat menelan, tersedak, higiene gigi mulut yang buruk akan meningkatkan risiko masuknya kuman ke saluran nafas. Perawatan saluran nafas yang baik dengan latihan nafas, sekaligus juga latihan batuk dan fisioterapi dada akan memberikan manfaat yang dapat mempertahankan dan meningkatkan faal pernafasan. Selain pentingnya agar perilaku berhenti merokok, perawatan gigi mulut teratur dan pengendalian asma juga bermanfaat menurunkan risiko kekambuhan.

3) *Gagal Jantung Kongestif*

Hipertensi dan penyakit jantung koroner serta kardiomiopati diabetikum merupakan penyebab gagal jantung tersering pada lanjut usia. Gagal jantung dapat dicetuskan oleh infeksi yang berat terutama pneumonia; oleh sebab itu semua faktor yang meningkatkan risiko pneumonia harus diminimalkan. Gagal jantung kongestif memang dapat menyebabkan imobilisasi namun demikian agar pasien terhindar dari berbagai penyulit akibat imobilisasi, maka tetap perlu dilakukan mobilisasi bertahap.

4) *Osteoarthritis (OA)*

Salah satu penyakit degeneratif yang sering menyerang lanjut usia adalah *Osteoarthritis (OA)*. Organ tersering adalah *artikulasio genu*, *artikulasio talo-crural*, *artikulasio coxae*, dan sendi-sendi *intervertebrae* (disebut *spondiloartrosis*). Karena penyakit ini tidak dapat disembuhkan secara kausatif maka penatalaksanaan simptomatik dan edukasi serta rehabilitasi menjadi sangat penting. Risiko jatuh akibat nyeri atau *instabilitas postural* karena OA genu dan OA talo-crural harus selalu diingat karena

mempunyai akibat yang dapat fatal (misalnya *fraktur colum femoris*).

5) *Infeksi Saluran Kemih*

Gejala awal dapat menyerupai infeksi lain pada umumnya yakni berupa penurunan nafsu makan; keluhan akan terlihat seperti dispepsia. Keluhan lemas dan lesu akan mendominasi disertai kehilangan minat. Urinalisis pada perempuan lanjut usia sering menunjukkan *piuria*; hal ini tidak berarti harus segera diobati dengan antibiotik. Asimtomatik bakteriuria pada lanjut usia juga belum merupakan indikasi pemberian antibiotik. Sebaiknya dilakukan observasi atau pemantauan pemeriksaan biakan urin (untuk pembuktian infeksi saluran kemih) dan uji resistensi sebelum memulai pengobatan antibiotik. Dukungan nutrisi dan keseimbangan elektrolit serta hidrasi yang baik tetap merupakan butir-butir penting yang harus diperhatikan.

6) *Diabetes Melitus*

Kejadian kasus diabetes meningkat seiring pertambahan umur dan seringkali ditemukan pada lanjut usia. Pengendalian gula darah sangat dipengaruhi oleh gaya hidup. Mengonsumsi makanan yang mengandung karbohidrat kompleks dengan jumlah energi tertentu serta mempertahankan aktivitas olah raga ringan tetap merupakan pilihan utama pengobatan.

7) *Hipertensi*

Mengingat adanya *arteriosklerosis* pembuluh darah besar maka hipertensi sistolik terisolasi akan banyak dijumpai pada lanjut usia. Panduan pengobatan tidak berbeda dari hipertensi pada umumnya. Efek samping beberapa jenis obat yang sering dijumpai harus

diwaspadai. Misalnya, depresi pada penggunaan *captopril* jangka panjang atau edema tungkai akibat penggunaan *amlodipin*. Pada penggunaan *furosemid* jangka lama sebaiknya dilakukan pemantauan kadar elektrolit (Na dan K) dalam darah secara teratur. Agar penatalaksanaan hipertensi pada kelompok lanjut usia dapat berjalan secara optimal, perlu diimbangi dengan penerapan gaya hidup sehat sebagai perilaku sehari-hari.

Kemudian pada bagian lampiran penjelasan Permenkes Nomor : 67 Tahun 2015 juga dijelaskan tentang *Sindrom Geriatri* adalah kumpulan gejala atau masalah kesehatan yang sering dijumpai dan dialami oleh seorang pasien geriatri (lanjut usia). Adapun terkait *Sindrom Geriatri* ini dikenal juga dengan istilah (14 i) yaitu :

- 1) Berkurangnya kemampuan gerak (*immobilisasi*);
- 2) Jatuh dan patah tulang (*instabilitas postural*);
- 3) Mengompol (*inkontinensia urin*);
- 4) Infeksi (*infection*);
- 5) Gangguan fungsi panca indera (*impairment of senses*);
- 6) Gangguan gizi (*inanition*);
- 7) Masalah akibat tindakan medis (*iatrogenik*);
- 8) Gangguan tidur (*insomnia*);
- 9) Gangguan fungsi kognitif (*intellectual impairment*);
- 10) Isolasi/menarik diri (*isolation*);
- 11) Berkurangnya kemampuan keuangan (*impecunity*);
- 12) Konstipasi (*impaction*);
- 13) Gangguan sistem imun (*immune deficiency*);
- 14) Gangguan fungsi seksual (*impotence*).

Masalah Gizi Lanjut Usia

Pada lansia sendiri seringkali ditemukan masalah gizi (Permenkes Nomor : 67 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia Di Pusat Kesehatan Masyarakat), seperti kasus berikut ini :

1) *Kurang Energi Kronik*

Kurang Energi Kronik (KEK) merupakan salah satu masalah gizi pada lanjut usia, dan keadaan KEK merupakan akibat adanya penyakit kronik, kemiskinan, anoreksia, hidup sendiri, menurunnya fungsi mental dan fisik termasuk keadaan gigi. Penurunan BB pada umumnya mendahului keadaan KEK, sehingga penurunan BB juga digunakan pada penapisan adanya malnutrisi. *The Mini Nutritional Assessment (MNA)* merupakan instrumen untuk mendeteksi adanya risiko malnutrisi ataupun adanya malnutrisi. Instrumen MNA terdiri dari dua tahap yaitu tahap I : tahap penapisan / skrining dan tahap II : penilaian. Apabila nilai/skor pada tahap I < 11, akan dilanjutkan ke tahap II. Selanjutnya seseorang diklasifikasi malnutrisi apabila jumlah total skor akhir. Apabila subyek mempunyai masalah malnutrisi perlu dilakukan intervensi gizi dan selanjutnya dilakukan pemantauan dan evaluasi penatalaksanaan gizi.

2) *Gizi Lebih (Obesitas)*

Obesitas adalah penumpukan lemak yang berlebihan di dalam jaringan adiposa tubuh sehingga menimbulkan masalah kesehatan. distribusi lemak yang berlebihan di suatu bagian tubuh, contohnya obesitas sentral, yaitu penumpukan lemak di daerah abdominal/obesitas sentral, juga dihubungkan dengan risiko penyakit degeneratif tertentu. Obesitas

disebabkan adanya ketidakseimbangan energi yaitu asupan energi lebih tinggi daripada energi yang dikeluarkan. Hal ini menyebabkan peningkatan cadangan energi dan BB. Banyak faktor yang menyebabkan ketidakseimbangan energi, di antaranya faktor kebiasaan makan yang berlebih, genetik dan aktivitas fisik yang kurang.

Pada lanjut usia, keadaan obesitas maupun kurang gizi tingkat berat dapat mengakibatkan penurunan fungsi fisik yang lebih berat dibandingkan mereka dengan status gizi baik; kedua hal tersebut dapat mengakibatkan terjadi frailty atau kelemahan, dan mereka yang tergolong lemah mempunyai risiko tinggi untuk tergantung pada orang lain, jatuh, mengalami luka dan lain -lain

3) *Anemia*

Menurut World Health Organization (WHO) dikategorikan sebagai anemia apabila kadar hemoglobin / Hb < 13 g/dl pada laki-laki dan Hb < 12 g/dl pada perempuan. Berbagai penyakit yang terdapat pada kelompok lanjut usia dapat menyebabkan terjadinya anemia. Keadaan tersebut merupakan hal yang sering ditemukan, dan merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup. Salah satu penyebab anemia adalah asupan yang kurang memadai dari zat gizi yang berperan pada pembentukan Hb. Pengetahuan mengenai penyebab anemia yang ditemukan penting untuk diketahui agar dapat dilakukan pencegahan maupun terapi yang sesuai.

Daftar Pustaka

- Ananta. (2012). *Financing Indonesia's Ageing Population*. Jakarta: Institute of Southeast Asian Studies.
- BPS. (2019). *Statistik Penduduk Usia Lanjut*. Jakarta: Badan Pusat Statistik, 2019.
- Eka Afrina Djahhari, dkk. (2020). *Laporan Riset Kondisi Kesejahteraan Lansia dan Perlindungan Sosial Lansia Di Indonesia*. Jakarta Selatan: Prakarsa.
- Gastmans. (2013). Dignity-enhancing nursing care: A foundational ethical framework. *Nursing Ethics*, 20(2):142-149. doi:10.1177/0969733012473772.
- Hamid. (2006). *Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC (Penerbit Buku Kedokteran).
- Humpreys, L. K., Lee, S. S, Telzer, E. H, Gabard-Durnam, L. J, Goff, B., Flannery, J, & Tottenham, N. (2015). *Exploitation Strategy is Dependent on Early Experience*. Bethesda USA: Developmental Psychobiology.
- Kemenkes. (2015). *Permenkes Nomor : 67 Tahun 2015 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia Di Pusat Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia.
- KEMENPPPA. (2010). *Model Perlindungan Perempuan Lanjut Usia Yang Responsif Gender*. Jakarta: KEMENPPPA.
- Nugroho. (2000). *Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Balai Penerbit EGC.
- Permenkes. (Nomor : 25 Tahun 2016 Rencana Aksi Nasional). *Nomor : 25 Tahun 2016 Rencana Aksi Nasional*. Jakarta: Kemenkes RI.

Perpres. (2021). *Perpres Nomor : 88 Tahun 2021 Tentang Strategi Nasional Kelanjutusiaan*. Jakarta: Peraturan Presiden.

Profil Penulis



Andi Nasir, SKM., M.Kes., M.H

Penulis dilahirkan di Kota Parepare Provinsi Sulawesi Selatan tanggal 13 Agustus 1978. Penulis tertarik dengan bidang ilmu kesehatan, dimulai sejak menempuh pendidikan SPK Depkes RI dari tahun 1995-1997 dan melanjutkan Bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat (SKM) hingga selesai tahun 2004 di STIK Tamalatea Makassar. Selanjutnya Penulis juga mengabdikan dirinya sebagai Aparat Sipil Negara (ASN) di Dinas Kesehatan Kota Parepare pada tahun 2006. Kemudian Pada Tahun 2012 telah menyelesaikan pendidikannya dengan status ijin belajar pada Studi S2 Promosi Kesehatan di Universitas Indonesia Timur (UIT) Makassar. Pada tahun 2011 Penulis juga mendapatkan Beasiswa BPPSDMK-Kemenkes RI untuk melanjutkan pendidikan Studi S2 dari tahun 2011-2013 Program Studi Ilmu Hukum Peminatan Hukum Kesehatan pada Perguruan Tinggi Universitas Hasanuddin (UNHAS) Makassar. Saat ini penulis telah menjadi Dosen Tetap Poltekkes Kemenkes Mamuju Jurusan Keperawatan terhitung sejak tahun 2016 – Sekarang.

Penulis juga dalam kesehariannya aktif menulis dan memberitakan kegiatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Mamuju yang berhubungan dengan penelitian dan pengabdian masyarakat termasuk kegiatan kemahasiswaan di beberapa media online lokal Sulawesi Barat seperti : www.masalemba.com, fakta79.net, mbs77sulbar.com dan Sulawesi Selatan (Vinews.co.id).

Email Penulis: andinasir78@gmail.com

Estelle Lilian Mua, SKM., M.Kep
STIKes Bala Keselamatan Palu

Pendahuluan

WHO memprediksi pada tahun 2025 jumlah wanita menopause di Asia akan mencapai 373 juta jiwa dan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia tahun 2017, menunjukkan angka presentase wanita umur 30-49 tahun yang mengalami menopause mencapai 16,1% dengan jumlah 28.767 wanita. Proporsi wanita dengan umur 30-49 tahun yang menopause meningkat seiring dengan meningkatnya umur, dari angka 10% pada wanita umur 30-34 tahun, kemudian menjadi 17% pada wanita umur 44-45, dan menjadi 43% pada wanita umur 48-49 tahun. Kemenkes RI memperkirakan penduduk Indonesia tahun 2020 mencapai angka 262,6 juta jiwa dengan jumlah wanita usia menopause sekitar 30,3 juta jiwa dengan rata-rata usia 49 tahun (Kemenkes RI, 2018).

Menopause merupakan fase normal yaitu peralihan dari fase reproduksi menuju fase usia tua yang dialami oleh seorang wanita. Wanita dikatakan menopause apabila tidak mengalami menstruasi selama 12 bulan setelah periode menstruasi terakhir. Menopause biasa terjadi diantara usia 45 hingga 54 tahun, dengan rata-rata usia 51 tahun. Menopause terjadi akibat adanya penurunan produksi hormon estrogen. Rendahnya kadar hormon estrogen menyebabkan terjadinya perubahan

fisik maupun psikologis yang disebut sindrom menopause yang menimbulkan kecemasan bagi beberapa wanita (Green, 2013).

Sindrom menopause yang dialami wanita menopause bersifat individual, yang artinya bahwa gejala yang dirasakan tidak sama antar satu wanita dengan wanita lainnya. Sindrom menopause menimbulkan ketidaknyamanan yang mengganggu pekerjaan sehari-hari sehingga dapat menurunkan kualitas hidup wanita menopause. Oleh karena itu dibutuhkan suatu dukungan dari orang-orang terdekat agar wanita yang akan mengalami menopause lebih percaya diri dalam beradaptasi dengan lingkungannya. Dukungan orang-orang terdekat merupakan suatu bagian dari dukungan sosial yang dapat memberikan dampak kenyamanan, perhatian penghargaan atau dapat menolong orang dengan sikap menerima kondisinya, yang didapatkan dari individu maupun kelompok (Green, 2013).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Kusumawati (2019), mengatakan kesiapan wanita dalam menghadapi menopause sangat mempengaruhi dalam proses terjadinya menopause yang akan dialami oleh wanita. Dimana seorang wanita yang sudah mempunyai kesiapan dalam menghadapi menopause, akan membantu dalam menjalani masa menopause dengan lebih baik. Adapun salah satu faktor yang mempengaruhi kesiapan adalah pengetahuan, apabila pengetahuan seorang wanita semakin tinggi maka akan semakin siap dalam menghadapi proses menopause.

Hasil penelitian Milatul Asifah (2021) menunjukkan pengetahuan wanita dalam menghadapi menopause masih dikategorikan kurang (58,3%). Berdasarkan hal tersebut sangat dibutuhkan adanya edukasi tentang perubahan-perubahan yang terjadi pada masa

menopause agar wanita tetap dapat meningkatkan kualitas hidup di masa menopause.

Pengertian Menopause

Kata menopause berasal dari bahasa Yunani yang berarti “bulan” dan “penghentian sementara”. Ada beberapa pendapat yang menganggap masa menopause ini dimulai dari berubahnya siklus menstruasi, akibat pengaruh ketidakseimbangan hormon, sampai berhenti sama sekali menstruasi (Wirakusumah, 2004). Sedangkan menurut Kasdu (2003), Abernethy (2003), Satoh (2005), Holloway (2007) mendefinisikan menopause sebagai periode berhentinya haid secara alamiah yang biasanya terjadi antara usia 40 sampai dengan 55 tahun. Sindroma menopause menurut Wirakusumah (2004) merupakan suatu gejala yang normal dialami oleh perempuan masa menopause.

Dapat disimpulkan bahwa menopause adalah berakhirnya siklus menstruasi secara alami yang biasanya terjadi saat wanita memasuki usia 45–55 tahun dan tidak lagi mengalami menstruasi selama 12 bulan berturut-turut. Menopause tidak hanya ditandai dengan berhentinya menstruasi. Wanita yang telah menopause juga mengalami banyak perubahan, mulai dari penampilan fisik, kondisi psikologis, hingga hasrat seksual.

Penyebab Menopause

Menopause merupakan proses alami yang terjadi saat seorang wanita bertambah tua. Seiring usia bertambah, indung telur akan makin sedikit memproduksi hormon kewanitaan. Akibatnya, indung telur tidak lagi melepaskan sel telur dan menstruasi akan berhenti. Namun, dalam beberapa kasus, menopause juga dapat terjadi lebih dini, yaitu sebelum usia 40

tahun. Menopause dini dapat terjadi akibat (Dalal, P & Agarwal, M, 2015; Proverawati, 2010).

1. Primary ovarian insufficiency

Kondisi ini terjadi akibat kelainan genetik atau penyakit autoimun, yang membuat indung telur berhenti berfungsi. *Primary ovarian insufficiency* merupakan kejadian langka yang hanya terjadi pada 1% populasi wanita di dunia.

2. Operasi pengangkatan rahim (histerektomi)

Setelah histerektomi, seorang wanita memang tidak akan langsung mengalami menopause, tetapi cenderung mengalami menopause lebih awal. Namun, menopause dapat langsung terjadi setelah histerektomi apabila indung telur ikut diangkat.

3. Pengobatan kanker

Kemoterapi atau radioterapi untuk mengatasi kanker rahim dapat merusak indung telur sehingga memicu menopause dini. Namun, risiko terjadinya menopause dini tergantung pada obat kemoterapi yang digunakan, lokasi radioterapi, dan usia penderita saat pengobatan dilakukan.

Perubahan Fisik

Perubahan-perubahan fisik yang dapat dialami oleh wanita dimasa menopause, sebagai berikut: (Dalal,P & Agarwal,M, 2015;Proverawati, 2010).

1. Rasa panas (*Hot Flush*). Arus panas atau *hot flush* dirasakan pada leher, wajah, dan bagian atas dada. Biasanya berlangsung selama 15 detik sampai satu menit. Arus panas ini muncul dalam berbagai gejala seperti: 1) Rasa menggelitik pada jari-jari kaki dan

tangan yang menjalar ke kepala. 2) Berkeringat tiba-tiba, tanpa disertai dengan perubahan warna pada muka, seperti kemerahan. 3) Suhu tubuh meningkat secara tiba-tiba dan menyebabkan tubuh kemerahan dan keringat mengucur di seluruh tubuh. 4) Ada kalanya diikuti dengan kedinginan dan berkeringat pada waktu malam hari. Arus panas terjadi karena berfluktuasinya kadar hormon. Diduga perubahan kadar estrogen menyebabkan pembuluh darah membesar secara mendadak sehingga terjadi arus dan hilang secara cepat sehingga tubuh merasakan panas. Selain itu dapat disebabkan oleh perubahan fungsi hipotalamus yang mengatur suhu tubuh. Sering atau tidaknya arus panas dialami, dipengaruhi oleh kemampuan seseorang dalam mengendalikan kehidupannya. Mereka yang mempunyai daya tahan terhadap stres yang tinggi ternyata jarang mengalami atau merasakan arus panas dibandingkan perempuan yang mudah cemas dan frustrasi. Mereka yang mudah stres dianjurkan untuk meningkatkan asupan vitamin B kompleks yang dapat membantu menekan stres dengan menormalkan sistem saraf tubuh (Kling, et al.,2019)

2. Kenaikan berat badan. Adanya perubahan sistem endokrin pada masa menopause, yaitu pada kelenjar hipotalamus dan pituitary, yang berfungsi merangsang indung telur agar memproduksi hormon estrogen. Adanya penurunan pada fungsi indung telur sehingga sedikit menghasilkan hormon estrogen. Perubahan kadar hormonal ini akan mengganggu pusat lapar dan kenyang otak. Gejala meningkatnya nafsu makan selama menopause hampir sama pada saat pra menstruasi yang membuat ingin makan banyak karena kadar estrogen tubuh yang rendah. Peningkatan berat badan perempuan pada masa menopause memperlihatkan kenaikan berat badan

dan 20% diantaranya memperlihatkan kenaikan yang progresif. Selain itu, aktivitas fisik juga menurun energi yang biasa digunakan akan disimpan dalam bentuk timbunan lemak, apalagi bila konsumsi makanan tidak mengalami perubahan.

3. Kulit kering dan keriput. Masalah pada kulit mulai muncul sejak usia sekitar 35 tahun. Pada saat ini, kulit menjadi tipis, kurang kenyal, dan daya lenturnya berkurang. Selain itu, pada kulit juga sering muncul bintik-bintik atau noda coklat. Kondisi ini ada hubungannya dengan pigmen melanin yang mempengaruhi warna kulit dan sekaligus melindungi kulit dari bahaya sinar matahari. Dengan bertambahnya usia, melanin akan semakin bertumpuk di tempat-tempat tertentu pada kulit. Ada kecenderungan kulit akan semakin gelap, lapisan atasnya menebal dan lapisan bawahnya menipis sehingga mempertegas gurat-gurat dan kerutan pada kulit. Sel-sel tubuh yang memproduksi kolagen dan elastin, yaitu dua jenis protein yang berfungsi memberi kekuatan dan elastisitas pada persendian, otot, dan kulit, sangat sensitif terhadap jumlah kadar estrogen dan menjadi kurang aktif. Dari hasil penelitian yang dilakukan Stadberg, (1997) tentang faktor yang berhubungan dengan gejala klimakterium pada 5.990 perempuan Swedia bahwa pada perempuan menopause terdapat gangguan kulit kering (Dalal P & Agarwal,M, 2015).
4. Sembelit. Seluruh proses metabolisme mulai menurun dengan bertambahnya usia. Tubuh berusaha beradaptasi dengan ambang kadar estrogen yang baru. Kondisi inilah yang sering menimbulkan sembelit. Selain itu, sembelit juga dipengaruhi oleh penambahan kalsium untuk kepentingan mengurangi

resiko osteoporosis dan pola makan yang kurang serat.

5. Osteoporosis dan sakit punggung. Bertambahnya usia, maka kondisi tulang akan bertambah lemah, rapuh, mudah retak, dan keropos sebagai akibat berkurangnya kalsium. Proses berkurangnya kadar kalsium pada perempuan lebih cepat dari pada laki-laki. Puncak pertumbuhan tulang terjadi pada usia sekitar 35 tahun. Setelah itu, terjadi peningkatan yang tetap atau terjadi penurunan. Hilangnya kalsium dari jaringan tulang mulai muncul pada masa menopause dengan keluhan yang dirasakan rasa kaku pada tulang punggung serta nyeri pada sendi jika melakukan gerakan sehingga mengganggu kelincahan berjalan. Selain itu osteoporosis pada menopause terjadi akibat jumlah estrogen dan progesteron yang menurun, yang mempengaruhi aktivitas osteoblast sebagai pembentuk tulang (Proverawati, 2010).
6. Sakit Kepala. Sakit kepala bukan sesuatu yang khas pada masa menopause. Kejadian sakit kepala pada masa menopause diduga disebabkan oleh kecenderungan tubuh melakukan penyimpanan garam dan penimbunan cairan tubuh akibat perubahan kadar hormone dalam tubuh. Selain itu, biasanya sakit kepala disebabkan oleh ketegangan otot. Otot kepala dan leher yang menegang akan menyebabkan sulitnya aliran darah sampai ke otak (Sharma S & Mahajan N, 2015)
7. Bengkak. Bengkak tidak terjadi pada semua orang yang menopause. Ada kecenderungan bengkak biasanya dialami oleh perempuan yang berkulit gelap dan mempunyai buah dada yang besar. Pada perempuan yang tinggi, kurus, dan berkulit agak pucat jarang mengalami pembengkakan.

Pembengkakan pada perempuan menopause disebabkan oleh tubuh yang terlalu banyak menghasilkan aldosteron. Hormon ini merupakan hormon kortikosteroid yang dihasilkan oleh kelenjar adrenal dan berfungsi mengatur jumlah air dan garam dalam tubuh (Shaver,J.L.F, 2017)

8. Pengerutan Vagina. Penurunan hormon estrogen menyebabkan jaringan lapisan vagina menjadi tipis dan sekresi atau lendir pada vagina mulai menurun sehingga saat berhubungan seks akan timbul rasa nyeri. Namun, kondisi ini sangat individual, artinya tidak semua perempuan mengalaminya. Hasil beberapa penelitian membuktikan bahwa aktivitas seks yang teratur akan memelihara dinding vagina. Perempuan yang melakukan hubungan seks tiga kali seminggu akan mengalami pengerutan vagina yang lebih ringan. Hal ini diduga karena adanya peningkatan aliran darah menuju vagina (Sharma S, & Mahajan N, 2015). Dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Stadberg, (1997) terhadap 5.990 perempuan Swedia didapatkan hasil bahwa 37% perempuan menopause bermasalah dalam beraktivitas seksual akibat hormon estrogen yang berkurang. Sementara menurut penelitian yang dilakukan McCraw (1991) tentang perubahan psikoseksual pada masa menopause terhadap 274 orang perempuan menopause didapatkan hasil bahwa 40,5% mengalami nyeri saat intercourse, 58,8% menurun gairah seksualnya saat intercourse dan 51,4% menurun frekwensi hubungan seksualnya (Shaver,J.L.F, 2017).
9. Infeksi Saluran Kemih. Kadang-kadang, ada perempuan menopause yang mengalami infeksi saluran kemih. Infeksi ini diduga disebabkan oleh terjadinya penurunan kadar hormon estrogen yang

menyebabkan jaringan saluran kemih menipis sehingga mudah terkena infeksi (Proverawati, 2010).

10. Insomnia (Sulit Tidur). Pada perempuan menopause, kadar serotonin (salah satu bentuk neurotransmitter) menurun sebagai akibat jumlah estrogen yang minim. Serotonin berperan dalam mempengaruhi suasana hati seseorang. Sehingga, bila jumlah serotonin menurun, kita akan mudah depresi dan sulit tidur. Untuk meningkatkan jumlah serotonin haruslah meningkatkan kadar protein dalam makanan terutama asam amino triptofan, yang berfungsi meningkatkan serotonin otak (Shaver, J.L.F, 2017). Makanan tinggi karbohidrat selain banyak mengandung protein juga dapat menimbulkan panas, sebagai hasil dari proses pencernaan dan metabolisme. Panas tersebut dapat membuat orang mengantuk. Bagi mereka yang mempunyai gangguan susah tidur tidak boleh membiarkan perutnya kosong karena akan mudah terbangun dan waktu tidur menjadi pendek (Wirakusumah, 2004) Menurut penelitian Stadberg (1997) pada 5.990 perempuan Swedia menopause didapatkan 52% mengalami gangguan tidur akibat berkeringat di malam hari (Dalal P& Agarwal M, 2015).

Perubahan Psikologis

Aspek psikologis yang terjadi pada perempuan menopause amat penting peranannya dalam kehidupan sosial, terutama dalam menghadapi masalah-masalah yang berkaitan dengan pensiun, hilangnya jabatan atau pekerjaan yang sebelumnya sangat menjadi kebanggaan. Berbicara tentang aspek psikologis perempuan menopause tidak dapat dipisahkan antara aspek organ-biologis, psikologis, sosial, budaya dan spiritual dalam kehidupan perempuan menopause. Beberapa gejala

psikologis yang menonjol ketika menopause adalah mudah tersinggung, sukar tidur, tertekan, gugup, kesepian, tidak sabar, tegang (tension), cemas dan depresi (Kling, et.al, 2019). Ada juga perempuan menopause yang kehilangan harga diri karena menurunnya daya tarik fisik dan seksual, mereka merasa tidak dibutuhkan oleh suami dan anak-anak mereka, serta merasa kehilangan femininitas karena fungsi reproduksi yang hilang (Sharma S & Mahajan, 2015). Dari hasil penelitian Pertamawan (2002) juga mengatakan perempuan menopause sering mengalami keluhan seperti depresi, libido menurun dan tulang mudah keropos (Kling, et.al, 2019). Beberapa keluhan psikologis yang merupakan tanda dan gejala dari menopause yaitu:

1. Ingatan Menurun. Gejala ini terlihat bahwa sebelum menopause wanita dapat mengingat dengan mudah, namun sesudah mengalami menopause terjadi kemunduran dalam mengingat, bahkan sering lupa pada hal-hal yang sederhana, padahal sebelumnya secara otomatis langsung ingat.
2. Kecemasan. Banyak ibu-ibu yang mengeluh bahwa setelah menopause dan lansia merasa menjadi pencemas. Kecemasan yang timbul sering dihubungkan dengan adanya kekhawatiran dalam menghadapi situasi yang sebelumnya tidak pernah dikhawatirkan. Misalnya kalau dulu biasa pergi sendirian ke luar kota sendiri, namun sekarang merasa cemas dan khawatir, hal itu sering juga diperkuat oleh larangan dari anak-anaknya. Kecemasan pada Ibu-ibu lansia yang telah menopause umumnya bersifat relatif artinya ada orang yang cemas dan dapat tenang kembali setelah mendapatkan semangat atau dukungan dari orang di sekitarnya namun ada juga yang terus-menerus

cemas meskipun orang-orang disekitarnya telah memberi dukungan (Kling, et.al, 2019).

Perubahan Hormone pada Masa Menopause

Pada masa menopause, produksi estrogen tidak akan berhenti secara tiba-tiba karena tidak terjadi kerusakan pada indung telur, hanya produksinya saja yang berangsur-angsur berkurang. Pada masa menopause hormon estron diproduksi menjadi estrogen predominan yang diproduksi dalam jaringan lemak tubuh. Penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron pada perempuan akan mempengaruhi berbagai perubahan fisik dan kondisi psikis yang sangat individual, yaitu: perasaan tertekan, depresi dan cepat marah. Perubahan fisik yang terjadi diantaranya: kulit mengendur, inkontinensia urin, jantung berdebar debar pada waktu beraktivitas; *hot flush* (peningkatan suhu tubuh secara tiba-tiba), sakit kepala, dan mudah lupa. Dalam jangka panjang, rendahnya hormon estrogen akan menimbulkan ancaman osteoporosis (pengeroposan tulang) yang membuat gampang patah tulang serta peningkatan resiko gangguan kardiovaskuler (Sharma S & Mahajan, 2015).

Berkurangnya kadar hormon estrogen akan mengganggu penyerapan kalsium yang diperlukan dalam pembentukan tulang dan mempertahankan massa tulang sehingga tulang menjadi tipis dan mudah patah. Kadar estrogen juga menyebabkan menurunnya kadar HDL (High Density Lipoprotein, jenis kolesterol baik, bersifat protektif) dan meningkatnya kadar LDL (Low Density Lipoprotein, kolesterol buruk) dalam darah. Kondisi ini dapat menimbulkan resiko penyakit jantung dan serangan stroke (Hanretty K.P, Santoso B.I, Muliawan E, 2014).

Kadar hormon estrogen dalam tubuh juga berhubungan dengan neurotransmitter. Neurotransmitter, diantaranya endorfin, serotonin, dan dopamin, merupakan sistem kimia otak yang berfungsi membawa pesan dari organ dan kelenjar menuju otak dan sebaliknya (Sharma S & Mahajan, 2015). Kadar endorfin yang rendah pada masa menopause dapat mempengaruhi persepsi nyeri, suhu tubuh, pernafasan, nafsu makan, tekanan darah, ingatan, serta tingkah laku seksual. Namun kadar endorfin dapat ditingkatkan dengan aktivitas olah raga. Kadar serotonin terdapat dalam darah, otak dan jaringan saraf. Serotonin sangat berpengaruh dengan suasana hati dan aktivitas tidur seseorang. Kadar serotonin berhubungan dengan kadar endorfin, yaitu jika kadar endorfin rendah, maka kadar serotonin pun rendah (Proverawati, 2010).

Pengobatan Menopause

Umumnya, menopause adalah kondisi alami yang tidak memerlukan perawatan lebih lanjut. Namun, apabila gejala menopause sangat mengganggu, dokter akan menyarankan beberapa pilihan pengobatan yang dapat membantu meredakan gejala menopause (Proverawati, 2010).

Berikut adalah pilihan penanganan gejala menopause:

1. Terapi pengganti hormon

Terdapat dua jenis terapi pengganti hormon yang dapat digunakan untuk meredakan gejala menopause, yaitu:

- a. Terapi pengganti hormon estrogen, yaitu terapi yang diberikan pada wanita yang sudah menjalani operasi pengangkatan rahim

- b. Terapi kombinasi (estrogen dan progesteron), yaitu terapi yang diberikan pada wanita yang mengalami menopause secara alami

2. Obat-obatan

Selain terapi pengganti hormon, beberapa jenis obat juga dapat diberikan untuk mengatasi gejala menopause, yaitu:

a. Obat antidepresan

Obat ini diberikan untuk mengendalikan gejala *hot flashes* dan gangguan suasana hati, bila pil estrogen tidak dapat diberikan karena alasan kesehatan. Contoh obat antidepresan yang dapat diresepkan dokter adalah paroxetine, venlafaxine, dan fluoxetine.

b. Gabapentin

Obat kejang ini diberikan untuk mengatasi keringat yang muncul di malam hari. Gabapentin juga dapat dijadikan alternatif pengobatan pada wanita yang tidak dapat menggunakan terapi estrogen sebagai langkah penanganan *hot flashes*.

c. Clonidine

Clonidine digunakan untuk mengobati penyakit tekanan darah tinggi (hipertensi), serta untuk meredakan gejala *hot flashes*.

d. Minoxidil

Produk perawatan rambut yang mengandung minoxidil 5% dapat diberikan untuk mengatasi rambut rontok. Dianjurkan untuk menggunakan produk ini setiap sehari sekali untuk dapat melebatkan rambut.

e. **Obat tidur**

Obat tidur dapat diberikan untuk mengatasi keluhan sulit tidur, tetapi hanya boleh dikonsumsi di bawah pengawasan dokter. Setelah 3 bulan pengobatan, pasien dianjurkan untuk memeriksakan diri kembali ke dokter. Setelah itu, pemeriksaan ulang dapat dilakukan setiap tahun. Tujuannya adalah untuk memastikan efektivitas pengobatan yang telah diberikan, sekaligus memantau kondisi kesehatan pasien.

Komplikasi Menopause

Menopause ditandai dengan penurunan kadar hormon, seperti hormon estrogen. Kondisi tersebut dapat menyebabkan beberapa komplikasi, yaitu (Proverawati, 2010):

1. Osteoporosis
2. Penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskular)
3. Inkontinensia urine atau urine keluar tidak terkontrol
4. Gangguan fungsi seksual, seperti vagina kering atau kehilangan elastisitas vagina
5. Perubahan suasana hati, misalnya mudah murung atau mudah tersinggung
6. Gangguan tidur akibat *hot flashes*, yaitu panas dan gerah secara tiba-tiba di leher dan dada yang membuat penderitanya mudah berkeringat dan merasa tidak nyaman
7. Kenaikan berat badan, yang dimulai saat masa perimenopause hingga masa menopause.

Pencegahan Menopause

Menopause adalah proses alami pada tubuh wanita yang tidak membutuhkan penanganan khusus. Namun, ada upaya yang bisa dilakukan untuk mencegah gejala menopause agar tidak bertambah parah, yaitu: (Sharma S & Mahajan, 2015)

1. Menghindari makanan pedas dan minuman panas, berkafein, atau beralkohol
2. Menciptakan lingkungan rumah yang sejuk dan nyaman
3. Mengenakan pakaian berbahan katun agar tubuh terasa sejuk
4. Menerapkan teknik relaksasi, antara lain dengan meditasi, pengaturan napas, yoga, serta taichi
5. Menggunakan pelumas vagina berbahan dasar air

Selain itu, untuk mencegah penyakit yang dapat timbul akibat menopause, wanita disarankan untuk menjalani gaya hidup sehat. Berikut adalah beberapa hal yang dapat dilakukan:

1. Berolahraga secara rutin, minimal 30 menit setiap hari
2. Beristirahat yang cukup
3. Tidak merokok atau mengonsumsi minuman beralkohol
4. Menerapkan pola makan yang sehat dan memperbanyak asupan serat dari buah dan sayuran
5. Membatasi asupan lemak, gula, dan minyak
6. Berkonsultasi ke dokter mengenai perlunya mengonsumsi suplemen kalsium dan vitamin D.

Daftar Pustaka

- BKKBN, BPS dan Kemenkes RI. (2018). Survei Demografi dan Kesehatan 2017. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- Dalal, P., & Agarwal, M. (2015). Postmenopausal syndrome. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(2), 222–232. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161483>
- Green. (2013). *Menopause: New Insights For The Healthcare Professional*. Acton Q. Ashton. Atlanta: Scholarly Editions.
- Hanretty K.P., Santoso B.I., Muliawan E. (2014) *Ilustrasi Obstetri*. Edisi Bahasa Indonesia 7. Churchill Livingstone: Elsevier (Singapore) Pte.Ltd.
- Indah, R. A., Purwanti, Y., dan Sarwinanti. (2018). Hubungan Pengetahuan dengan Kesiapan Ibu dalam Menghadapi Menopause di Dusun Krandon Malangan
- Kling, J. M., Kelly, M., Rullo, J., Kapoor, E., Kuhle, C. L., Vegunta, S., et al. (2019). Association Between Menopausal Symptoms and Relationship Distress. *Maturitas* , 1-5.
- Kualitas Hidup Perempuan Menopause. *Jurnal Medika Karya Ilmiah Kesehatan* , 21-30. 2.
- Kusumawati, S. (2019). Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kesiapan Ibu dalam Menghadapi Menopause di Desa Berangas Timur Kab. Barito Kuala. *Jurnal Publikasi Kebidanan* , 13-20.
- Milatul Asifah. (2021). Pengetahuan Wanita dalam Menghadapi Menopause di Pedukuhan Gowok Kabupaten Sleman. *JKM*. Vol. 8, No. 2, Februari 2021
- Ni'matul Ulya, Putri Andanawarih.(2021). Kesiapan Wanita Usia 45-55 Tahun dalam Menghadapi Perubahan Masa Menopause. *Jurnal Kebidanan*

Harapan Ibu Pekalongan. Volume 8 Nomor 1 Tahun 2021

- Noviawati D. (2011). Panduan lengkap pelayanan KB terkini. Yogyakarta: Nuha Medika;
- Proverawati, A. (2010). Menopause dan sindrome premenopause. Yogyakarta: Nuha Medika,
- Sari, N. W., & Yuniliza, Y.(2020). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kesiapan Ibu Menghadapi Menopause Di Wilayah Kerja Puskesmas Guguk Panjang. *Menara Ilmu*, 14(1),
- Sharma, S., & Mahajan, N. (2015). Menopausal symptoms and its effect on quality of life in urban versus rural women: A cross-sectional study. *Journal of Mid-Life Health*, 6(1), 16–20. <https://doi.org/10.4103/0976-7800.153606>
- Shaver, J. L. F. (2017). Sleep during perimenopause (menopause transition). In *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology*
- Wardani, D. A., Sumiati, & Waisong, Y. (2019). Hubungan Dukungan Suami dengan Kualitas Hidup Perempuan Menopause. *Jurnal Medika Karya Ilmiah Kesehatan* , 21-30.
- Wirakusumah, E. (2004). Tip & solusi gizi untuk tetap sehat, cantik, dan bahagia di masa menopause dengan terapi estrogen alami. Retrieved October 11, 2018, from https://books.google.co.id/books?id=k4HfoIaWkdMC&printsec=frontcover&dq=emma+wirakusumah;manopause&hl=en&sa=X&ved=0ahUKEw1uOP1te_iAhVFv48KHWF-CsoQ6AEILDAA#v=onepage&q=emma+wirakusumah%3Bmanopause&f=false
- World Health Organization [Internet]. Buletin of the world health organization, 2016.

Profil Penulis



Estelle Lilian Mua, SKM., M.Kep

Penulis dibesarkan bersama 9 (sembilan) keluarga kandung yang saat itu program Keluarga Berencana belum berjalan dengan baik. Penulis mengawali pendidikan di Taman Kanak-kanak pada tahun 1974 dan melanjutkan ke Sekolah Dasar lulus tahun 1982. Pada tahun 1985 penulis lulus di Sekolah Menengah Pertama dan lanjut ke Sekolah Menengah Atas pada tahun 1988. Selanjutnya penulis melanjutkan ke Perguruan Tinggi di Akademi Keperawatan Manado dan lulus pada tahun 1991. Setelah itu penulis mengajar di Sekolah Perawat Kesehatan dan pada tahun 2002 melanjutkan ke Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Prodi Kesehatan Masyarakat Jurusan Administrasi Kebijakan Kesehatan. Pada tahun 2009 penulis melanjutkan Pendidikan ke Program Pasca sarjana Universitas Indonesia Jurusan Magister Keperawatan dan lulus tahun 2011. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di STIKes Bala Keselamatan Palu dan aktif dalam mengajar di bidang keperawatan. Selain sebagai seorang dosen, penulis juga menjalankan Tri Dharma Perguruan Tinggi secara aktif dengan melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat. Pengalaman menulis akan terus ditingkatkan untuk membagi ilmu dan mencerdasakan anak bangsa.

Email Penulis: eslinmua@gmail.com

POSYANDU LANJUT USIA

Ni Putu Aryani, S.ST., M.Kes
STIKES Yarsi Mataram

Pendahuluan

World Health Organization (WHO) memperkirakan pada tahun 2050, populasi lanjut usia yaitu penduduk berusia 60 tahun atau lebih akan berlipat ganda, sementara mereka yang berusia 80 tahun atau lebih akan berjumlah 400 juta orang. Penuaan merupakan proses yang alami, yang menghadirkan tantangan bagi semua lapisan masyarakat. Kelompok lanjut usia adalah usia kronologis 65 tahun ke atas. Peningkatan dalam pelayanan kesehatan akan meningkatkan harapan hidup penduduk lanjut usia. Transisi demografis ini pada dasarnya membutuhkan konsentrasi untuk memenuhi perawatan kesehatan preventif dan kebutuhan medis pada populasi lansia (Thiyagarajan *et al.*, 2022).

Populasi lanjut usia cenderung memiliki tingkat yang lebih tinggi pada prevalensi penyakit kronis, cacat fisik, penyakit mental dan penyakit penyerta lainnya. Kebutuhan kesehatan dan masalah terkait kesehatan lanjut usia tidak dapat dilihat secara terpisah. Masalah yang dihadapi lanjut usia antara lain adalah kepedulian sosial (yaitu anak-anak pindah dari rumah orang tua mereka untuk mencari pekerjaan, meninggalkan mereka terisolasi tanpa dukungan fisik dalam aktivitas sehari-hari); penganiayaan terhadap lanjut usia; pengetahuan

yang buruk dan kesadaran yang rendah tentang faktor risiko menurunnya kesehatan lanjut usia; makanan dan kebutuhan nutrisi pada lanjut usia; masalah psiko-emosional (yaitu isolasi, tekanan mental, kesulitan berfikir); masalah keuangan (pengurangan pendapatan yang pasti setelah pensiun, yang dapat mengganggu kebutuhan hidup seperti nutrisi, pakaian dan tempat tinggal); sistem perawatan kesehatan seperti tidak memiliki sistem asuransi kesehatan yang efektif untuk lanjut usia ditambah dengan masalah aksesibilitas dan ketidakcukupan dalam system perawatan kesehatan); hal ini akan berdampak pada kualitas hidup lanjut usia (Oduro Appiah *et al.*, 2022).

Pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan pada lanjut usia membutuhkan pendekatan atau adanya kerjasama yang aktif dalam bidang kesehatan, kesejahteraan sosial, pembangunan pedesaan atau perkotaan dan sektor hukum. Program pelayanan kesehatan geriatri berbasis komunitas harus dimulai dengan pengembangan kebijakan yang komprehensif sehingga tidak hanya mencakup aspek medis, tetapi juga faktor penentu lainnya. Komitmen politik dan aksi sosial yang kuat sangat penting untuk implementasi yang efektif dari kebijakan yang disesuaikan di tingkat dasar (Ardani, 2008).

Langkah-langkah lain seperti peningkatan pengetahuan kesehatan pada lanjut usia tentang potensi faktor risiko; langkah-langkah sosial seperti mengembangkan budaya dimana anak-anak secara sukarela mengambil tanggung jawab merawat orang tua mereka yang lanjut usia; mekanisme regulasi, yang membuatnya wajib bagi anggota masyarakat untuk menjaga orang tua mereka; pengembangan skema asuransi kesehatan untuk mencukupi kebutuhan perawatan kesehatan mereka; menganjurkan pembangunan ramah

rumah/jalan/tangga bagi lanjut usia; promosi untuk menanamkan gaya hidup sehat dalam masa dewasa awal; informasi, pendidikan dan strategi komunikasi bagi lanjut usia, menghindari rokok dan alkohol, tindakan pencegahan kecelakaan dan kesadaran tentang pengenalan tanda awal/gejala umum pada masalah geriatri; pelatihan staf medis dan paramedis untuk secara efektif memahami kebutuhan kesehatan khusus lanjut usia; pelayanan imunisasi; kebutuhan berkala penilaian kesehatan dalam deteksi dini; penyediaan bantuan medis; pengembangan unit gerontologi; dan memastikan komunikasi yang efektif yang dapat diimplementasikan untuk mencapai kesehatan yang optimal bagi lanjut usia (Jackisch *et al.*, 2015).

Lanjut Usia

Masa lanjut usia adalah salah satu masa hidup manusia yang dimulai ketika usia 60 ke atas. Pada masa ini, manusia mulai mengalami penurunan fungsi organ tubuh. Hal tersebut disebabkan karena sel manusia mengalami penuaan. Sel menjadi makin besar dan tua, namun kehilangan kemampuan pembelahan dan perkembangbiakan secara normal. Hal tersebut berlanjut pada menurunnya kemampuan sel yang berdampak pada berbagai perubahan fisik juga meningkatkan risiko terkena gangguan kesehatan. Ciri-ciri masa lanjut usia yang pertama adalah penurunan fungsi organ. Penurunan fungsi organ terjadi karena sel dan jaringan tubuh yang menua. Akibatnya, lansia mengalami perubahan pada berbagai sistem organnya (Rémillard-Boilard, Buffel and Phillipson, 2021).

Dalam masa lanjut usia, manusia mengalami penurunan kinerja jantung dan sistem kardiovaskular lainnya. Pembuluh darah dan arteri juga mengalami pengerasan menyebabkan jantung harus memompa darah dengan

lebih keras. Hal tersebut mengakibatkan meningkatnya risiko tekanan darah tinggi dan juga penyakit kardiovaskular lainnya. Pada masa lanjut usia, beberapa orang mulai kehilangan gigi yang mengganggu sistem pencernaannya. Pada masa lansia juga terjadi penurunan sekresi asam klorida oleh lambung juga enzim pencernaan lainnya. Otak akan menyusut seiring bertambahnya usia dan ada perubahan di semua tingkatan dari molekul hingga morfologi (termasuk neurotransmitter sistem saraf). Penurunan fungsi otak dan sistem saraf meningkatkan risiko terjadinya stroke, gangguan memori, penurunan kognitif, penurunan ketajaman organ seperti penurunan kemampuan mengecap, mencium, mendengar, dan juga melihat (Zhou *et al.*, 2020).

Masa lanjut usia juga ditandai dengan penurunan sistem kekebalan tubuh. Efek penuaan pada sistem kekebalan tampak pada berbagai tingkat mencakup penurunan produksi sel B dan sel T. Hal tersebut mengakibatkan penurunan respons imun tubuh terhadap penyakit ataupun antigen, peningkatan risiko kelainan autoimun, penurunan kemampuan regenerasi sel, dan juga penurunan pengawasan terhadap pembelahan sel yang tidak normal. Penurunan pengawasan terhadap pembelahan sel yang tidak normal, membuat lansia rentan terhadap penyakit tumor dan kanker. Masa lansia juga dicirikan dengan penurunan sistem endokrin. Penurunan fungsi sistem endokrin dapat menyebabkan penurunan metabolisme, menurunnya produksi insulin, dan menurunnya aktivitas seksual. Sistem rangka dan gerak Masa lansia juga mengalami penurunan fungsi sistem rangka dan gerak seperti pada tulang, sendi, juga otot. Seiring dengan bertambah usia, tulang mengalami penyusutan dan pengurangan kepadatan. Adapun, otot mengalami penurunan kekuatan, daya tahan, juga fleksibilitasnya. Hal tersebut membuat penurunan keseimbangan kerangka, keterbatasan dan menurunnya

koordinasi gerak, juga menyebabkan tulang, otot, dan sendi mudah mengalami cedera. Lansia juga mengalami penurunan otot kandung kemih dan dasar panggul. Hal tersebut mengakibatkan menurunnya fungsi sistem kemih dan menyebabkan hilangnya kontrol kandung kemih (Peltzer *et al.*, 2014).

Posyandu Lanjut Usia (Lansia)

Posyandu lansia adalah wadah pelayanan untuk warga lanjut usia. Pembentukan dan pelaksanaannya dilakukan berdasarkan inisiatif masyarakat. Hal ini membuat program dan layanan yang tersedia bisa disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan masyarakat di daerah tersebut. Di Posyandu lansia ada susunan kepengurusan yang akan menjalankan program-program yang telah dirancang. Program-program tersebut umumnya dititikberatkan pada upaya penyuluhan dan pencegahan (Arfan and Sunarti, 2018).

Pelayanan yang diberikan oleh Posyandu lansia melalui program dan kadernya pada dasarnya bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup para orang tua yang lebih rentan terhadap penyakit. Kader akan memantau kesehatan lansia yang ada di lingkungannya itu secara individual dan detail. Umumnya, akan ada kartu atau buku yang digunakan untuk mencatat status kesehatan dan pola hidup lansia (Aryantingsih, 2014).

Secara umum, ada empat jenis pelayanan yang diberikan Posyandu lansia (Zakir, 2014):

a. Pelayanan Kesehatan

Setiap layanan yang dapat berkontribusi pada peningkatan kesehatan atau diagnosis, pengobatan, dan rehabilitasi orang sakit tidak selalu terbatas pada layanan medis atau perawatan kesehatan. Pelayanan kesehatan seringkali secara formal diorganisir sebagai

suatu sistem institusi dan organisasi yang mapan untuk menyediakan layanan yang menanggapi kebutuhan dan tuntutan penduduk dalam kerangka keuangan dan peraturan yang ditetapkan. Pelayanan kesehatan dapat mencakup pendidikan kesehatan, promosi kesehatan, dan pelayanan lingkungan, seperti perumahan, sanitasi, dan lainnya, yang diketahui memiliki manfaat kesehatan (Emilia, 2018).

Kegiatan di posyandu lansia mencakup pemeriksaan aktivitas sehari-hari lansia seperti pola makan, pola kebersihan diri, kemampuan beraktivitas, memakai pakaian, kemampuan naik dan turun tangga atau tempat tidur serta kemandirian lansia. Pemeriksaan lainnya selain pemeriksaan fisik antara lain adalah pemeriksaan mental, status gizi, pengukuran tekanan darah, pengukuran glukosa darah, pengukuran asam urat, kolesterol dan lainnya. Selain itu juga memberikan fasilitas rujukan ke Puskesmas apabila memerlukan perawatan lebih lanjut (Sulaiman *et al.*, 2018).

b. Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

Kader akan memberikan informasi yang penting mengenai makanan yang sehat dan bergizi bagi lansia. Informasi yang diberikan adalah makanan yang boleh dimakan dan yang harus dikurangi untuk dimakan. Diet sehat atau menu seimbang penting pada usia berapa pun terutama pada lansia. Namun, seiring bertambahnya usia, makan dengan benar menjadi semakin penting untuk meningkatkan status kesehatan dan mencegah penyakit. Kelelahan, atau tingkat energi yang rendah, adalah keluhan umum di antara orang tua. Kebiasaan dan makanan tertentu bisa menjadi penambah energi bagi lansia (Anderson and Durstine, 2019).

Makan makanan yang seimbang adalah salah satu kunci untuk mengatasi tingkat energi yang rendah. Dengan mengonsumsi berbagai makanan dengan jumlah kalori sedang, lansia dapat mengisi bahan bakar tubuh dengan nutrisi yang tepat yang dibutuhkannya. Setiap makanan seimbang harus memiliki campuran protein tanpa lemak, sayuran, karbohidrat kompleks, dan lemak sehat. Kombinasi ini dapat membantu tetap kenyang sambil memberi tubuh vitamin dan mineral yang dibutuhkannya. Banyak orang berpikir bahwa kunci untuk menjaga berat badan yang sehat adalah dengan menghindari karbohidrat. Tetapi karbohidrat memberi tubuh akan energi dan nutrisi penting lainnya. Kuncinya adalah memilih karbohidrat yang tepat, yang dikenal sebagai karbohidrat kompleks. Karbohidrat kompleks adalah sumber pati dan serat yang baik. Makanan bertepung seperti pasta, nasi, roti, dan kentang adalah makanan berenergi tinggi dengan vitamin B esensial (Shahrin *et al.*, 2019).

Makan sereal gandum untuk sarapan adalah cara yang baik untuk mengangkat energi sehari-hari. Sereal gandum utuh dan oatmeal memiliki banyak serat untuk membantu tetap kenyang serta memiliki vitamin dan mineral yang harus menjadi bagian dari diet bagi lansia. Ikan dan makanan laut adalah contoh protein tanpa lemak yang sangat baik yang dapat meningkatkan energi pada lansia. Ikan berminyak, seperti salmon, tuna, dan mackerel, merupakan sumber asam lemak omega-3 yang baik. Asam lemak omega-3 membantu mencegah serangan jantung dan membantu mencegah penurunan kognitif dan meredakan nyeri sendi (Anderson and Durstine, 2019).

c. Kegiatan Olah Raga

Kurangnya aktivitas pada lansia dapat menyebabkan masalah kesehatan yang serius dan mobilitas yang berkurang, yang menyebabkan rasa sakit dan nyeri ketika akhirnya melakukan aktivitas kecil sekalipun. Intensitas aktivitas yang dilakukan lansia akan tergantung pada orang ke orang. Seiring bertambahnya usia, kita menjadi lebih rapuh dan kondisi kesehatan yang berbeda dapat meningkatkan kecepatan terjadinya hal ini. Penting bagi lansia untuk berolahraga dengan kecepatan mereka sendiri dan apa yang mereka rasa paling nyaman (Bird *et al.*, 2009).

1) Latihan Ringan

Olahraga ringan kemungkinan besar tidak akan membuat orang tua kehilangan napas atau meningkatkan detak jantung mereka, tetapi ini adalah cara yang baik untuk menambahkan interval ke dalam periode duduk atau berbaring yang lama. Aktivitas ringan termasuk berjalan di sekitar rumah dengan langkah lambat, membuat minuman atau membersihkan debu.

2) Latihan Sedang

Olahraga sedang sedikit lebih intens daripada olahraga ringan tetapi tidak sepenuhnya berlebihan. Cara yang baik untuk mengetahui apakah suatu latihan atau aktivitas dianggap sedang adalah jika lansia dapat melakukan percakapan saat melakukan aktivitas tersebut. Contoh beberapa kegiatan moderat meliputi berjalan dan bersepeda.

3) Latihan Berat

Jika orang lanjut usia sudah cukup aktif, mereka dapat mencoba melakukan olahraga berat selama 75 menit per minggu daripada melakukan olahraga sedang selama 150 menit per minggu. Meningkatkan intensitas latihan sedang untuk membuatnya intens adalah cara mudah untuk beralih dari sedang ke kuat. Bersepeda menanjak adalah contoh yang baik tentang bagaimana orang dapat meningkatkan intensitas latihan sedang. Contoh dari beberapa kegiatan yang berat seperti aerobic, berlari, jogging, berenang cepat. Jika variasi diperlukan di antara rutinitas kebugaran dan olahraga, lansia dapat mencoba menggabungkan olahraga sedang dan olahraga aerobik yang kuat setiap minggu. Misalnya, berjalan satu hari dan berenang lebih cepat di hari berikutnya.

d. Kegiatan Non Kesehatan

Kegiatan non-kesehatan di Posyandu lansia antara lain adalah kegiatan yang dapat meningkatkan interaksi sosial antar lansia. Selain memiliki kesempatan untuk menjalani kualitas hidup yang lebih baik, interaksi sosial memberikan beberapa manfaat kesehatan yang penting bagi lanjut usia, termasuk potensi penurunan risiko demensia dan berbagai masalah fisik, seperti tekanan darah tinggi, artritis, dan aktivitas kardiovaskular. Banyak fasilitas dan penyedia perawatan menawarkan kegiatan sosial untuk membantu pasien mereka menjalani kehidupan yang lebih bermakna. Sebaliknya, isolasi sosial biasanya menyebabkan kurang aktif secara fisik, timbulnya depresi dan segudang masalah mental dan fisik lainnya (Valtorta *et al.*, 2018).

Isolasi sosial di antara orang tua biasanya terjadi karena alasan seperti kurangnya pilihan transportasi di daerah tersebut, kurangnya rasa tujuan dan hidup sendiri di lingkungan yang tidak cocok dan terisolasi. Ada banyak pilihan perawatan yang tersedia yang menyediakan pendampingan, termasuk rangkaian layanan kesehatan.

Lansia harus mendapatkan fasilitas seperti pertukaran pikiran antar lansia, persahabatan yang akrab, kegiatan sosial dan rekreasi, lokasi yang nyaman untuk berkumpul, serta adanya pilihan transportasi yang nyaman bagi lansia. Penting juga untuk mempromosikan rasa memiliki tujuan di antara lanjut usia, sebaiknya dengan membantu mereka untuk terus berpartisipasi dalam hobi mereka. Bagi mereka yang religius, kunjungan rutin ke tempat ibadah juga bisa sangat bermanfaat untuk menegakkan tujuan dan interaksi social (Douglas, Georgiou and Westbrook, 2017).

Sebagian besar lansia juga ingin tetap mandiri dan bertanggung jawab atas diri mereka sendiri. Dengan demikian, menghabiskan waktu dengan hobinya juga dapat bermanfaat bagi lansia. Penelitian juga menunjukkan bahwa menghabiskan waktu dengan hobi membantu lansia untuk tetap terlihat mandiri (Mengko, Kandou and Massie, 2015).

Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Posyandu Lanjut Usia

1. Faktor Predisposisi (Predisposing Factors)

Faktor predisposisi termasuk jenis kelamin dan kebiasaan kesehatan terkait dengan pemanfaatan layanan kesehatan dan berfungsi sebagai predictor yang signifikan pada pemanfaatan pelayanan bagi

lansia. Penelitian sebelumnya mendapatkan bahwa latihan fisik yang dilakukan lansia merupakan factor predisposisi yang dominan yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan setelah menyesuaikan pengaruh variabel lain dalam model. Penelitian sebelumnya juga menyajikan sudut pandang yang berbeda tentang factor jenis kelamin. Penelitian mendapatkan bahwa ada ketimpangan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan berdasarkan jenis kelamin di antara responden. Studi di Bangladesh dan Ethiopia, responden wanita lebih kecil kemungkinannya untuk memanfaatkan perawatan kesehatan daripada laki-laki (Min *et al.*, 2020).

Beberapa penelitian melaporkan bahwa wanita lebih banyak menggunakan layanan rawat jalan daripada laki-laki. Sebuah studi menunjukkan bahwa perilaku mencari pelayanan kesehatan tidak terkait dengan jenis kelamin. Kesetaraan gender adalah masalah yang perlu dipertimbangkan untuk pemanfaatan layanan kesehatan dan dalam pemberian layanan kesehatan jasa (Min *et al.*, 2020).

Responden dengan kebiasaan berisiko lebih kecil kemungkinannya untuk memanfaatkan layanan kesehatan daripada responden yang mempunyai kebiasaan tidak berisiko. Kebiasaan seperti merokok, minum alkohol, dan mengunyah sirih adalah faktor risiko perilaku terjadinya penyakit tidak menular. Lansia yang tidak melakukan latihan fisik lebih cenderung memanfaatkan layanan kesehatan daripada lansia yang melakukan latihan fisik. Jadi, orang-orang yang tidak melakukan latihan fisik mungkin mengalami lebih banyak penyakit daripada lainnya. WHO merekomendasikan aktivitas fisik untuk kesehatan dan olahraga yang merupakan cara

yang efektif untuk mencegah dan mengelola penyakit serta kondisi kronis (Utami and Palupi, 2017).

Faktor yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan kesehatan bagi lansia adalah pengetahuan. Lansia yang memahami manfaat dari layanan kesehatan akan cenderung memanfaatkannya. Sebaliknya lansia yang tidak memahami manfaat dari layanan kesehatan, maka tidak akan memanfaatkan layanan kesehatan tersebut. Pengetahuan ini bisa didapatkan dari informasi yang diberikan oleh anggota keluarga, teman, tetangga atau tenaga kesehatan yang berkunjung kerumah. Selain itu, pengalaman lansia saat memanfaatkan layanan kesehatan berkontribusi pada pemanfaatan layanan kesehatan bagi lansia. Pengalaman ini akan membentuk pemahaman dan membentuk sikap serta mendorong niat dan motivasi untuk mengikuti posyandu lansia (Ridzkyanto, 2020).

Selain pengetahuan, sikap juga berperan dalam pemanfaatan posyandu lansia. Lansia yang memiliki sikap yang positif akan memanfaatkan layanan kesehatan posyandu lansia, sedangkan lansia yang memiliki sikap yang negatif, akan menjadi hambatan untuk memanfaatkan layanan kesehatan posyandu lansia. Sikap ini dipengaruhi oleh banyak factor antara lain adalah pengalaman dan pengaruh orang lain. Saat orang lain mengunjungi layanan kesehatan posyandu lansia dan menceritakan manfaat yang diperoleh dari posyandu lansia, maka akan mempengaruhi sikap dan membuat keputusan untuk mengunjungi layanan kesehatan posyandu lansia (Zakir, 2014).

2. Faktor Pemungkin (Enabling Factors)

Beberapa faktor pendukung, seperti dukungan keuangan dari keluarga, biaya transportasi yang ditanggung dan aksesibilitas ke petugas kesehatan, adalah factor pemungkin yang berhubungan dengan pemanfaatan layanan kesehatan dan berfungsi sebagai prediktor signifikan dari pemanfaatan layanan kesehatan bagi lansia. Lansia yang tidak memiliki dukungan keuangan keluarga lebih mungkin untuk memanfaatkan layanan kesehatan daripada mereka individu yang memiliki dukungan finansial. Tetapi ada penelitian di Ghana yang mendapatkan bahwa lansia tanpa dukungan keuangan adalah secara signifikan lebih kecil kemungkinannya untuk memanfaatkan perawatan kesehatan daripada mereka yang dengan dukungan keuangan (Oduro Appiah *et al.*, 2022). Penelitian di Cina, lansia yang memperoleh bantuan keuangan dari keluarga atau teman lebih kecil kemungkinannya untuk dirawat di rumah sakit daripada mereka mengandalkan pensiun, pekerjaan, atau keluarga karena perawatan rumah sakit yang mahal (Zeng *et al.*, 2021). Penelitian di Myanmar, sebagian besar orang tua bergantung pada keluarga mereka untuk keuangan dan dukungan materi. Oleh karena itu, orang-orang yang tidak memiliki dukungan keuangan dari keluarga mungkin mengalami beban keuangan untuk perawatan kesehatan (Moe Dr. *et al.*, 2012).

Mengenai biaya transportasi yang dirasakan, responden yang merasa bahwa biaya transportasi yang cenderung tidak memanfaatkan layanan kesehatan daripada kelompok yang menganggap bahwa biaya layanan kesehatan yang terjangkau. Studi di Ethiopia melaporkan bahwa responden yang mempersepsikan biaya transportasi karena murah,

mempunyai peluang 2,5 kali lebih mungkin untuk memanfaatkan layanan kesehatan daripada orang-orang yang melaporkan biaya transportasi sebagai biaya yang mahal. Ketimpangan sosial ekonomi mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan pada individu. Biaya keuangan dan masalah transportasi adalah hambatan penting dalam akses ke pelayanan kesehatan pada individu yang berpenghasilan rendah. Oleh karena itu, responden dengan ekonomi rendah mungkin menghadapi beban keuangan untuk aksesibilitas perawatan kesehatan (Amente and Kebede, 2016).

Selain itu, lansia yang tidak dapat diakses petugas kesehatan cenderung kurang memanfaatkan layanan kesehatan daripada rekan-rekan mereka yang bias diakses oleh petugas kesehatan. Sebaliknya, studi di Ethiopia menunjukkan bahwa responden yang memiliki tenaga kesehatan yang tersedia lebih mungkin untuk memanfaatkan layanan kesehatan daripada individu yang tidak memiliki tenaga kesehatan yang tersedia. Hasil ini dapat dianggap berasal fakta bahwa petugas kesehatan dapat memberikan informasi kesehatan dan dapat merujuk ke fasilitas kesehatan (Amente and Kebede, 2016).

3. Faktor Kebutuhan (Needs Factors)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa lansia yang terdiagnosis penyakit kronis dan status kesehatan yang dirasakan adalah prediktor signifikan dalam pemanfaatan layanan kesehatan bagi lansia. Status kesehatan yang dirasakan sebagai determinan faktor kebutuhan yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan bagi lansia.

Lansia yang tidak memiliki diagnosis penyakit kronis, lebih banyak untuk memanfaatkan pelayanan

kesehatan dibandingkan lansia yang didiagnosis penyakit kronis. Sebaliknya, studi di Uganda melaporkan bahwa responden yang melaporkan adanya penyakit, lebih cenderung memanfaatkan layanan kesehatan. Studi sebelumnya di Cina dan Korea mengungkapkan bahwa penyakit kronis adalah prediktor kesehatan yang signifikan terhadap pemanfaatan layanan bagi lansia. Hasil penelitian ini menunjukkan kebutuhan untuk menemukan orang-orang yang mungkin memiliki penyakit kronis dan untuk meningkatkan efektivitas program manajemen penyakit kronis. Meskipun status kesehatan yang dirasakan adalah prediktor yang kuat dari pemanfaatan layanan kesehatan bagi lansia, lansia yang melaporkan status kesehatan mereka yang cukup sehat atau ekonomi yang rendah cenderung tidak memanfaatkan layanan kesehatan. Hasil ini didukung oleh sebuah penelitian di Cina yang melaporkan bahwa penduduk yang lebih tua lebih kecil kemungkinannya memanfaatkan pelayanan kesehatan ketika merasa tidak sehat. Sebaliknya, individu dengan persepsi diri yang lebih negatif tentang penuaan lebih mungkin untuk menunda perawatan dan melaporkan lebih banyak alasan untuk penundaan pemanfaatan layanan kesehatan. Oleh karena itu, sikap terhadap pengalaman penuaan seseorang dapat mempengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan.

Lansia dengan status kesehatan yang buruk lebih mungkin menggunakan layanan rawat inap dan rawat jalan dibandingkan dengan lansia yang memiliki status kesehatan yang baik. Studi di Indonesia menggambarkan bahwa kurangnya kepesertaan asuransi dapat menurunkan akses ke layanan kesehatan, yang menyebabkan kebutuhan dan hasil kesehatan yang negatif di antara lansia yang miskin.

Selain itu, WHO melaporkan bahwa lansia di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah-bawah kurang memanfaatkan layanan kesehatan. Hambatan yang paling umum adalah biaya kunjungan pelayanan kesehatan dan transportasi. WHO menyatakan bahwa lebih dari 60% lansia di negara berpenghasilan rendah tidak mengakses layanan perawatan kesehatan karena biaya kunjungan yang tinggi, tidak adanya transportasi, atau ketidakmampuan untuk membayar angkutan transportasi (Kusumawardani and Andanawarih, 2018).

Penutup

Populasi lanjut usia berisiko untuk mengalami penyakit kronis, kecacatan fisik, penyakit mental dan penyakit lainnya. Kebutuhan kesehatan dan masalah terkait kesehatan populasi lansia tidak dapat dilihat secara terpisah. Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan lanjut usia antara lain adalah dengan Pos Pelayanan Terpadu Lanjut Usia (Posyandu Lansia). Kegiatan yang dilakukan antara lain adalah kegiatan kesehatan dan non-kesehatan. Adapun faktor yang berkontribusi terhadap pemanfaatan posyandu lansia antara lain adalah status kesehatan yang dirasakan, dukungan keuangan keluarga, biaya transportasi yang ditanggung, aksesibilitas terhadap personel perawatan kesehatan. Pemeriksaan kesehatan yang mendeteksi penyakit kronis pada lansia perlu dilakukan. Program perawatan kesehatan lansia berbasis masyarakat harus dilaksanakan sesuai dengan kebijakan untuk memasukkan aspek medis dan juga faktor yang mempengaruhinya. Prediktor pemanfaatan pelayanan kesehatan posyandu lansia harus dipertimbangkan untuk meningkatkan program pelayanan kesehatan bagi lansia.

Daftar Pustaka

- Amente, T. and Kebede, B. (2016) 'Determinants of Health Service Utilization among Older Adults in Bedele Town, Illubabor Zone, Ethiopia', *Journal of Diabetes & Metabolism*, 7(11). Available at: <https://doi.org/10.4172/2155-6156.1000713>.
- Anderson, E. and Durstine, J.L. (2019) 'Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review', *Sports Medicine and Health Science* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2019.08.006>.
- Ardani, H. (2008) 'Posyandu lanjut usia (lansia)', pp. 1–8.
- Arfan, I. and Sunarti, S. (2018) 'Faktor Frekuensi Kunjungan Lansia Ke Posyandu Lansia Di Kecamatan Pontianak Timur', *Jurnal Vokasi Kesehatan*, 3(2), pp. 1–6. Available at: <https://doi.org/10.30602/jvk.v3i2.36>.
- Aryantingsih, dwi sapta (2014) 'The Factors that Deals with the Utilization', *an.Nada*, 1(2), pp. 42–47.
- Bird, S. *et al.* (2009) 'Factors influencing the physical activity levels of older people from culturally-diverse communities: An Australian experience', *Ageing and Society*, 29(8), pp. 1275–1294. Available at: <https://doi.org/10.1017/S0144686X09008617>.
- Douglas, H., Georgiou, A. and Westbrook, J. (2017) 'Social participation as an indicator of successful aging: An overview of concepts and their associations with health', *Australian Health Review*, 41(4), pp. 455–462. Available at: <https://doi.org/10.1071/AH16038>.
- Emilia, O. (2018) 'Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pemanfaatan Personal Computer (Studi Empiris di Terboyo Semarang)', *JHeS (Journal of Health Studies)*, 2(1), pp. 110–122.

- Jackisch, J. *et al.* (2015) 'Is a healthy city also an age-friendly city?', *Health Promotion International*, 30, pp. i108–i117. Available at: <https://doi.org/10.1093/heapro/dav039>.
- Kusumawardani, D. and Andanawarih, P. (2018) 'Peran Posyandu Lansia Terhadap Kesehatan Lansia Di Perumahan Bina Griya Indah Kota Pekalongan', *Siklus: Journal Research Midwifery Politeknik Tegal*, 7(1), pp. 273–277. Available at: <https://doi.org/10.30591/siklus.v7i1.748>.
- Mengko, V.V., Kandou, G.. and Massie, R.G.. (2015) 'Pemanfaatan Posyandu Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Teling Atas Kota Manado Utilization of Integrated Services Postal Elderly in Puskesmas Teling Atas Manado', *Jikmu*, Vol. 5(2b), pp. 479–490.
- Min, S. *et al.* (2020) 'Factors influencing health service utilization among the elderly in Insein Township, Yangon Region', *Makara Journal of Health Research*, 24(3). Available at: <https://doi.org/10.7454/msk.v24i3.1223>.
- Moe Dr., S. *et al.* (2012) 'Health seeking behaviour of elderly in Myanmar', *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health*, 4(8), pp. 1538–1544.
- Oduro Appiah, J. *et al.* (2022) 'Predicting financial barriers to formal healthcare utilisation among poor older people under the Livelihood Empowerment Against Poverty Programme in Ghana', *GeoJournal*, 87(1), pp. 333–347. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10708-020-10255-8>.
- Peltzer, K. *et al.* (2014) 'Universal health coverage in emerging economies: Findings on health care utilization by older adults in China, Ghana, India,

- Mexico, the Russian Federation, and South Africa', *Global Health Action*, 7(1). Available at: <https://doi.org/10.3402/gha.v7.25314>.
- Rémillard-Boilard, S., Buffel, T. and Phillipson, C. (2021) 'Developing age-friendly cities and communities: Eleven case studies from around the world', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), pp. 1–14. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph18010133>.
- Ridzkyanto, R.P. (2020) 'Pemanfaatan Posyandu Lansia Berdasarkan Karakteristik Individu di Indonesia (Analisis Data Indonesia Family Life Survey 2014)', *Jurnal Ikesma*, 16(2), pp. 60–66. Available at: <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/IKESMA/article/view/17400>.
- Shahrin, F.I.M. *et al.* (2019) 'Factors associated with food choices among elderly: A scoping review', *Malaysian Journal of Nutrition*, 25(2), pp. 185–198. Available at: <https://doi.org/10.31246/mjn-2018-0133>.
- Sulaiman, S. *et al.* (2018) 'Pendampingan Kader Posyandu Lansia di Suka Raya', *Journal of Dedicators Community*, 2(2), pp. 116–122. Available at: <https://doi.org/10.34001/jdc.v2i2.712>.
- Thiyagarajan, J.A. *et al.* (2022) 'The UN Decade of healthy ageing: strengthening measurement for monitoring health and wellbeing of older people', pp. 1–5.
- Utami, U. and Palupi, F.H. (2017) 'Efektivitas Posyandu Lansia Terhadap Kemampuan Deteksi Dini Penyakit Degenerative Di Posyandu Lansia Gbi Colomadu', *Maternal* [Preprint].
- Valtorta, N.K. *et al.* (2018) 'Older adults' social relationships and health care utilization: A systematic review', *American Journal of Public Health*, 108(4), pp.

e1–e10. Available at:
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304256>.

- Zakir, M. (2014) 'Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemanfaatan Posyandu Lansia Kencana', *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 10(1), pp. 64–69. Available at: <http://www.ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JKEP/article/view/319/292%0A>
<http://www.ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JKEP/article/view/319>.
- Zeng, Y. *et al.* (2021) 'Healthcare-seeking behavior among chinese older adults: Patterns and predictive factors', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), pp. 1–18. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph18062969>.
- Zhou, Y. *et al.* (2020) 'Medical insurance and healthcare utilization among the middle-aged and elderly in China: Evidence from the China health and retirement longitudinal study 2011, 2013 and 2015', *BMC Health Services Research*, 20(1), pp. 1–9. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05522-w>.

Profil Penulis



Ni Putu Aryani, S.ST., M.Kes

Lahir di Sumbawa Besar, 15 September 1984, dosen di STIKES Yarsi Mataram, mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas, Ilmu Sosial Budaya Dasar, Kesehatan Masyarakat dan Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Pendidikan D-III di tempuh di Politeknik Kesehatan Mataram (Kebidanan) pada tahun 2002 – 2005 dengan judul karya tulis “Studi tentang Efek Samping KB Depo Medroksi Progesteron Asetat di Gerung Kabupaten Lombok Barat Provinsi Nusa Tenggara Barat”. Kemudian melanjutkan pendidikan D-IV di Universitas Respati Yogyakarta (Bidan Pendidik) pada tahun 2011 – 2012, dengan judul karya tulis “Hubungan Tingkat Pengetahuan tentang Pemakaian Kontrasepsi DMPA dengan Tingkat Kecemasan pada Akseptor Baru di Wilayah Kerja Puskesmas Jetis Yogyakarta Tahun 2012”. Pendidikan Magister di tempuh di Universitas Respati Indonesia (Kesehatan Masyarakat) pada tahun 2013 – 2015, dengan judul tesis “Determinan Kepatuhan Ibu Hamil Mengonsumsi Tablet Fe di Wilayah Kerja Puskesmas Terara Kabupaten Lombok Timur Provinsi Nusa Tenggara Barat Tahun 2015”. Adapun pengalaman penelitian antara lain: “Persiapan Kehamilan Pada Perempuan Dengan Riwayat Merariq Di Pulau Lombok”, “Faktor-faktor yang berhubungan dengan kepatuhan ibu hamil dalam mengonsumsi tablet Fe di wilayah Kerja Puskesmas Terara”. Pengabdian yang pernah dilakukan antara lain: “Program Pendampingan Perempuan Merariq dalam Mempersiapkan Kehamilan di Kelurahan Jempong Baru Kecamatan Sekarbela”, “Deteksi Dini Anemia Pada Ibu Hamil di Kelurahan Jempong Baru”.

Email Penulis: aryaniputu84@yahoo.com

SEJARAH DAN PROGRAM KB DI INDONESIA

Ervin Rufaindah S.ST., M.Keb
STIKES Widyagama Husada Malang

Indonesia merupakan negara berkembang dengan jumlah penduduk sebanyak 252.124.458 jiwa dengan luas wilayah 1.913.378,68 km² dan kepadatan penduduk sebesar 131,76 jiwa/km² (Depkes RI, 2014). Masalah yang dihadapi Indonesia adalah pertumbuhan penduduk yang relative masih tinggi perkiraan penduduk pertengahan tahun 2013 sebesar 248,8 juta jiwa dengan laju pertumbuhan penduduk sebesar 1,48%. Laju pertumbuhan penduduk ditentukan oleh kelahiran dan kematian dengan adanya perbaikan pelayanan kesehatan menyebabkan tingkat kematian rendah sedangkan kelahiran tetap tinggi hal ini penyebab utama ledakan penduduk. Menurut BPS, salah satu cara menekan jumlah penduduk dengan menggalakan program keluarga berencana KB (Listina & Asih, 2018).

Cakupan peserta KB baru dan KB aktif di Indonesia pada tahun 2014 dengan jumlah pasangan usia subur (PUS) sebanyak 47.019.002 peserta KB baru sebanyak 7.761.961 (16,15%). Sedangkan peserta KB aktis sebanyak 35.202.908. (Depkes RI, 2014). Salah satu masalah kependudukan di Indonesia adalah jumlah penduduk yang besar dan distribusi yang tidak merata. Hal itu diikuti dengan masalah lain yang lebih spesifik, yaitu angka kelahiran yang relatif tinggi. Pada saat ini di

Indonesia, mengupayakan penurunan angka kelahiran karena pada umumnya pertumbuhan penduduk yang tidak terkendali dianggap sebagai factor penghambat dari pembangunan (Listina & Asih, 2018).

Sejarah mengenai upaya pengendalian penduduk melalui usaha penurunan angka kelahiran di Indonesia, diawali dengan turut sertanya Pemerintah menandatangani deklarasi PBB tentang kependudukan (*United Nation Declaration On Population*) yang diikuti dengan berdirinya Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) pada tahun 1970. Banyak faktor yang mempengaruhi tingginya angka kelahiran di Indonesia meliputi usia, tingkat pendidikan, keadaan ekonomi, penggunaan alat kontrasepsi/KB, umur perkawinan pertama, perpindahan penduduk, dan lain-lain (Listina & Asih, 2018).

Faktor yang paling menonjol dalam mempengaruhi tingginya angka fertilitas di Indonesia yaitu tingkat pendidikan dan keadaan ekonomi penduduk Indonesia. Banyak masyarakat Indonesia yang memiliki tingkat pendidikan yang rendah dan keadaan ekonominya juga kurang. Ini menandakan bahwa kualitas masyarakat Indonesia masih rendah dengan di tandainya angka fertilitas di Indonesia yang tinggi. Penggunaan alat kontrasepsi juga mempengaruhi tingginya angka fertilitas. Keluarga berencana modern di Indonesia mulai di kenal pada tahun 1953. Sekelompok ahli kesehatan, kebidanan dan tokoh masyarakat mulai membantu masyarakat memecahkan masalah masalah penduduk pada tanggal 23 Desember 1957, mereka mendirikan wadah dengan nama perkumpulan keluarga berencana Indonesia (PKBI) dan bergerak secara *silent operation* membantu masyarakat mengeluarkan bantuan secara sukarela. Jadi PKBI adalah pelopor penggerakan keluarga berencana nasional (Listina & Asih, 2018).

Munculnya organisasi-organisasi wanita Indonesia bukan lagi menjadi hal yang baru bagi bangsa Indonesia. Organisasi wanita Indonesia pertama kali muncul pada masa pemerintahan Hindia Belanda. Organisasi tersebut bernama Poetri Mardika, yang berdiri pada tahun 1912 di Jakarta atas prakarsa Budi Utomo. Peran wanita dalam mensukseskan pembangunan nasional pada saat itu, memang lebih ditekankan pada usaha-usaha yang berhubungan dengan kemasyarakatan, seperti program Keluarga Berencana (KB), Pemberantasan Buta Huruf, perawatan anak-anak yang tidak mampu, dan lain-lain. Hal ini disesuaikan dengan kemampuan yang ada dan sesuai dengan kekhususan sifat-sifat organisasi Wanita (Febriati, 2013).

Diantara sekian banyak program yang dikeluarkan oleh pemerintah Orde Baru, KB merupakan program yang bisa dikatakan paling sukses dalam menekan laju pertumbuhan penduduk untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga melalui pembatasan kelahiran. Selama masa pemerintahan Orde Baru, program KB dinilai paling sukses pada tahun 1970-1980 (Febriati, 2013).

Kesuksesan program KB ini tampak dari keberhasilan program KB dalam menekan laju pertumbuhan penduduk dari 2,8% menjadi 2,3%. Sejak zaman Orde Baru (1966-1998), Indonesia mengikuti kebijakan kependudukan „anti natalitas“. Salah satu cara yang ditempuh pemerintah dalam mengatasi laju pertumbuhan penduduk yaitu melalui program KB. Program KB sendiri telah dikembangkan oleh pemerintah Orde Baru sejak Pembangunan Lima Tahun (pelita) I yaitu tahun 1969-1974. Pada tahun 1969 program KB memang sudah diresmikan menjadi program nasional melalui Instruksi Presiden Republik Indonesia No. 26 Tahun 1968 (Febriati, 2013).

Kemudian pada pelita II (1974-1979) KB makin ditingkatkan pelaksanaannya. Program KB menjadikan wanita sebagai sasaran utamanya untuk pengendalian kesuburan. Beragam alat kontrasepsi untuk mengendalikan fungsi reproduksi lebih dititik beratkan kepada wanita, sehingga keberhasilan program KB memang tidak lepas dari peran wanita termasuk organisasi wanita saat itu, seperti Dharma Wanita (Febriati, 2013).

Keberadaan BKKBN sebagai lembaga yang bertugas mengkoordinir usaha-usaha yang berhubungan dengan KB, dan berada langsung di bawah presiden, maka BKKBN dapat mengkoordinir semua departemen untuk ikut mensukseskan KB. Selain mengkoordinir semua departemen BKKBN juga dapat memanfaatkan kegiatan KB dari sektor swasta, dengan mengajak organisasi wanita seperti Dhrama Wanita untuk ikut terlibat di dalamnya. Berbagai usaha dilakukan oleh Dharma Wanita dalam mendukung program KB (Febriati, 2013).

Program KB 1974 – 1979

KB sebenarnya sudah ada di Indonesia sejak tahun 1957. Kegiatan KB saat itu hanya dilaksanakan oleh suatu perkumpulan swasta yang bernama Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI). Belum adanya dukungan pemerintah saat itu, membuat program KB tidak berjalan secara maksimal di masyarakat. Baru pada tahun 1967, terjadi persiapan-persiapan pelaksanaan program KB Nasional. Berbagai keputusan dikeluarkan oleh pemerintah guna mensukseskan pembangunan nasional. Pada tahun 1968 Presiden menginstruksikan kepada Menteri Negara Kesejahteraan melalui keputusan Presiden (Keppres) No. 26 Tahun 1968 untuk membentuk lembaga semi pemerintah, yaitu Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) yang bertugas untuk

mengkoordinasi kegiatan KB. Dijadikannya KB sebagai program nasional, maka pada tahun-tahun 1969 KB dimasukkan ke dalam program pembangunan nasional pelita I. Kurang lebih satu tahun kemudian pemerintah menanggapi bahwa KB

harus dilaksanakan sendiri oleh pemerintah, sehingga pemerintah membentuk Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) pada tahun 1970 melalui Keppres No. 8 tahun 1970. Melihat program KB yang jangkauannya sangat luas dan dilaksanakan secara menyeluruh, maka BKKBN sebagai lembaga yang berada langsung di bawah presiden mengkoordinir seluruh departemen untuk ikut membantu mensukseskan program KB sesuai bidangnya. Selain itu, sebagai badan yang diserahi tanggung jawab mengenai pelaksanaan KB, maka BKKBN juga memanfaatkan kegiatan-kegiatan KB dari sektor swasta (Purwaningtyas, 2016).

Dalam upaya memperkuat dan meningkatkan status BKKBN, maka pemerintah mencabut Kembali Keppres No.8 tahun 1970 dan diganti dengan Keppres No. 33 tahun 1972. Pada dasarnya antara Keppres No. 8 tahun 1970 dengan Keppres No. 33 tahun 1972 tidak mempunyai perubahan yang fundamental, hanya saja dalam Keppres No. 33 tahun 1972 lebih ditegaskan mengenai peranan Kepala Daerah Gubernur dan Bupati sebagai penanggung jawab umum penyelenggaraan program KB di daerah, sedangkan koordinasi penyelenggara dilakukan oleh BKKBN dan pelaksanaannya adalah unit pelaksana setempat (Amalia et al., 2021).

Keppres ini menjadi landasan pelaksanaan program KB dari pusat hingga daerah, termasuk program KB tahun 1974-1979. Program KB pada pelita II (1974-1979) berbeda dengan program KB pada pelita I (1970-1974). Perbedaan program KB antara pelita I dengan pelita II

terletak pada jangkauan wilayah program KB. Jika pada masa pelita I jangkauan program KB nasional hanya ditekankan pada wilayah Jawa dan Bali saja, maka pada masa pelita II meningkat menjadi Jawa, Bali, Aceh, Sumatera, Kalimantan Barat, Kalimantan Selatan, Sulawesi Utara, Sulawesi selatan dan Nusa Tenggara Barat. Hal ini bukan berarti di luar wilayah tersebut tidak terdapat program KB, melainkan tetap terdapa program KB hanya pelaksanaannya tidak begitu ditekankan karena pelaksanaan program KB sendiri dilakukan secara bertahap. Pelaksanaan program KB di pusat tetap menjadi tanggung jawab pemerintah pusat sedangkan di daerah menjadi tanggung jawab pemerintah daerah setempat (Isnaini, 2018).

Semua program KB yang ada di daerah dilaporkan dan dipertanggung jawabkan oleh Kepala Daerah kepada pemerintah pusat. Kepala Daerah memberikan laporan umum dan pertanggung jawaban kepada Presiden melalui Menteri Dalam Negeri. Selain itu, terkait pelaksanaan secara tehknis administratif, para Kepala Daerah ini langsung berhubungan dengan BKKBN Pusat. Pelaksanaan program KB di pusat pada tahun 1974-1979 dilakukan oleh BKKBN Pusat. Dalam melaksanakan tugasnya BKKBN Pusat bertanggung jawab langsung kepada Presiden. Agar program KB yang dijalankan dapat berjalan sukses, BKKBN Pusat tidak bekerja sendiri, melainkan menkoordinir semua departemen-departemen yang ada di pusat untuk ikut

berpartisipasi dalam mensukseskan program KB sesuai dengan bidangnya masing-masing (Anggaunitakiranantika, 2013).

Depertemen-departemen yang dikoordinir BKKBN Pusat untuk ikut melaksanakan program KB, meliputi Departemen Dalam Negeri, Departemen Kesehatan, Departemen Penerangan, Departemen Agama,

Departemen Sosial, Departemen Pendidikan dan kebudayaan, Departemen Keuangan, Departemen Hankam, dan Badan Perencana Pembangunan Nasional (Bappenas). Selain melibatkan Departemen-departemen yang ada di Pusat, BKKBN Pusat juga melibatkan pihak swasta. Pihak swasta di sini maksudnya adalah organisasi baik organisasi wanita atau pun bukan. Dharma Wanita sebagai organisasi wanita yang dibentuk oleh pemerintah, serta kegiatannya searah dan sehaluan dengan tugas suami sebagai aparatur negara yang juga ikut terlibat dalam mensukseskan program KB nasional, maka juga harus ikut serta dalam mensukseskan program KB (Rahmadhony et al., 2021).

Keikutsertaan seluruh lapisan masyarakat membuat program KB menjadi sukses, tetapi kesuksesan program KB ini juga tidak dapat dilepaskan oleh peranan pihak asing. Bantuan dari pihak asing, juga ikut mensukseskan pelaksanaan program KB saat itu. Pihak-pihak asing ini berperan memberikan bantuan dana kepada Indonesia, agar pelaksanaan program KB dapat berjalan sukses. Donor-donor besar yang berperan dalam mensukseskan program KB nasional adalah Astra International Daihatsu (AID), International Bank for Reconstruction and Development (IBRD), dan United Nations fund for Population Activities (UNFPA) (Rahmadhony et al., 2021).

Pengertian Program Keluarga Berencana

Pengertian Program Keluarga Berencana menurut UU No. 10 Tahun 1992 (tentang perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera) adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran masyarakat melalui Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. Program KB adalah bagian integral dalam program pembangunan nasional yang bertujuan untuk menciptakan kesejahteraan ekonomi, spiritual dan sosial budaya menuju keluarga penduduk Indonesia agar dapat mencapai keseimbangan yang baik dengan kemampuan produksi nasional (Widianti, 2015).

KB memiliki arti mengatur jumlah anak sesuai keinginan dan menentukan sendiri kapan akan hamil, serta bisa menggunakan metode KB yang sesuai dengan keinginan dan kecocokan kondisi tubuh. Keluarga Berencana merupakan usaha suami-istri untuk mengatur jumlah dan jarak anak yang diinginkan. Usaha yang dimaksud termasuk kontrasepsi atau pencegahan kehamilan dan perencanaan keluarga. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplantasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim.

Tujuan KB

Tujuan Keluarga Berencana adalah meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak guna mewujudkan norma keluarga kecil bahagia dan sejahtera sebagai dasar bagi wujudnya masyarakat yang sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia.

- a. Tujuan umum: meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) yang menjadi dasar terwujudnya masyarakat yang sejahtera dengan mengendalikan kelahiran sekaligus menjamin terkendalinya pertumbuhan penduduk.
- b. Tujuan khusus: Meningkatkan penggunaan alat kontrasepsi dan kesehatan keluarga berencana dengan cara pengaturna jarak kelahiran.

Sasaran Program KB

Tujuan yang dicapai sasaran program KB dibagi menjadi 2 yaitu sasaran langsung dan sasaran tidak langsung (Widianti, 2015). Sasaran langsungnya adalah Pasangan Usia Subur (PUS) yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan. Sedangkan sasaran tidak langsungnya adalah pelaksanaan pengelola KB, dengan tujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera.

Menurut SDKI (2012) indikator kinerja sasaran strategis BKKBN tahun 2015-

2019 adalah:

1. Persentase laju pertumbuhan penduduk (LPP)
2. Angka kelahiran total (TFR) per WUS (15-49 tahun)
3. Persentase pemakaian kontrasepsi (CPR)
4. Persentase kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (unmet need)

Presentase kehamilan yang tidak diinginkan dari WUS (15-49 tahun).

Ruang Lingkup KB

Ruang lingkup KB meliputi:

1. Komunikasi informasi dan edukassi (KIE)
2. Konseling
3. Pelayanan kontrasepsi
4. Pelayanan infertilitas
5. Pendidikan seks
6. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
7. Konsultasi genetic
8. Tes keganasan
9. Adopsi.

Dampak Program KB

1. Untuk Ibu, dengan jalan mengatur jumlah dan jarak kelahiran maka manfaatnya:
 - a. Perbaikan kesehatan badan karena tercegahnya kehamilan yang berulang kali dalam jangka waktu terlalu pendek.
 - b. Peningkatan kesehtan mental sosial yang dimungkinkan oleh adanya waktu yang cukup untuk mengasuh anak, beristirahat dan menikmati waktu luang serta melakukan kegiatan lainnya.
2. Untuk anak-anak yang dilahirkan, manfaatnya:
 - a. Anak dapat tumbuh secara wajar karena ibu mengandungnya dalam keadaan sehat.
 - b. Sesudah lahir, anak menndapat perhatian, pemeliharaan dan makanan yang cukup karena kehadiran anak tersebut memang diinginkan dan direncanakan.

3. Untuk ayah, memberikan kesempatan kepadanya agar dapat:
 - a. Memperbaiki kesehatan fisiknya
 - b. Memperbaiki kesehatan mental dan sosial karena kecemasan berkurang serta lebih banyak waktu terluang untuk keluarganya.
4. Untuk seluruh keluarga, manfaatnya:

Kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga tergantung dari kesehatan seluruh keluarga. Setiap anggota keluarga mempunyai kesempatan yang lebih banyak untuk memperoleh pendidikan.

Pilar-Pilar Pelaksanaan Program KB

Pelaksanaan program KB terdapat 4 pilar kemitraan untuk penggarapan program KB yang terdiri dari dinas instansi pemerintah, swasta, lembaga sosial masyarakat dan perguruan tinggi (Borotan, 2020). Pelaksanaan program KB dilapangan pemerintah memiliki petugas pengelola program KB di lapangan seperti ditingkat kecamatan dan tingkat desa. Ditingkat kecamatan sendiri dalam pengelolaan program KB ada camat, Petugas pengawas lapangan keluarga berencana (PPLKB) sebagai koordinator program KB lalu adanya kerjasama dengan dinas terkait, sedangkan pada tingkat desa terdapat kepala desa sebagai penanggung jawab, petugas lapangan keluarga berencana (PLKB) sebagai koordinator teknis program KB, petugas pembantu pembina keluarga berencana desa (PPKBD) sebagai kader KB tingkat desa, sub PPKBD sebagai kader KB tingkat RW.

Petugas yang ada didesa ini merupakan petugas lapangan yang bertugas mensosialisasikan program KB, mengajak dan memotivasi masyarakat untuk menjadi akspektor KB, merekrut pasangan usia subur (PUS) untuk menjadi peserta KB, melakukan pendataan kepada warga, serta

memfasilitasi para akspektor KB yang akan pindah menggunakan alat kontrasepsi. Sehingga dapat dikatakan bahwa petugas lapangan program KB ini merupakan orang pertama yang berhubungan dengan masyarakat dalam mensukseskan program KB (Febriati, 2013).

Fokus pelaksanaan program KB di tahun 2020-2024 adalah untuk mewujudkan

keluarga berkualitas dan pertumbuhan penduduk yang seimbang. Hal tersebut diharapkan dapat berkontribusi dalam pencapaian target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2020-2024, khususnya pada peningkatan sumber daya manusia berkualitas dan berdaya saing serta revolusi mental dan pembangunan kebudayaan. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) sebagai lembaga yang menjalankan tugas pemerintah di bidang pengendalian penduduk dan penyelenggaraan keluarga berencana, bertanggung jawab penuh dalam tercapainya sasaran tersebut. Kebijakan dan strategi yang disusun oleh BKKBN sudah seharusnya mampu menjawab tantangan dalam pelaksanaan program KB di Indonesia saat ini.

Pada periode 1970an tingkat penerimaan program KB di masyarakat masih sangat rendah. Masyarakat masih sulit menerima program KB, masyarakat yang menerima program KB lebih memilih alat kontrasepsi yang sederhana yaitu pil dan kondom. Selain kondom, masyarakat memilih menerima pil yang dibawa oleh PLKB yang datang kerumah warga. Pada tahun 1970, jumlah akseptor yang menggunakan pil sejumlah 409 akseptor, IUD sejumlah 600 akseptor, dan lain-lain sejumlah 482 akseptor. Partisipasi terhadap program KB dilakukan oleh mahasiswa dengan membentuk sebuah perkumpulan dengan nama "Zero Population Growth" (ZPG). Gerakan

mahasiswa tersebut bertujuan mensukseskan terlaksananya program KB di Indonesia.

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan penerimaan program KB di masyarakat juga dilakukan melalui penerangan media massa, seperti surat kabar, majalah, radio, televisi dan slide. Pada awal tahun 1974 mulai diadakan kegiatan penerangan atau motivasi keluarga berencana melalui media film. Lembaga KB bersama petugas KB membawa seperangkat mobil dan alat-alat pemutaran film, kemudian membuat bioskop terbuka. Setelah pemutaran film, para petugas KB melakukan ceramah untuk memberikan penerangan kepada masyarakat tentang program KB. Penerangan KB yang dilakukan membawa hasil bahwa pada tahun 1980 jumlah akseptor pil menjadi 6.623 akseptor, IUD sejumlah 6.497, kondom sejumlah 8.308, dan lainnya sejumlah 3.588 akseptor.

Program KB Nasional sejak Pelita V beralih menjadi Gerakan KB Nasional dalam artian menuju gerakan masyarakat yang mengarah pada kemandirian. Perbedaan pelaksanaan KB pada periode ini dengan periode sebelumnya antara lain, periode sebelumnya adalah pematangan kondisi masyarakat untuk menerima konsep keluarga kecil dan sejahtera, sedangkan pada periode ini gerakan KB menjadi lebih kompleks dengan ruang lingkup yang lebih luas. Program-program baru yang diluncurkan dalam Gerakan KB Nasional antara lain: Kampanye Ibu Sehat Sejahtera (KISS), Kampanye Keluarga Kecil Sejahtera (KKS), Kampanye Keluarga Kecil Mandiri (KKM), dan Kampanye Peningkatan Koordinasi, Keterpaduan, dan Mutu Pelayanan Program.

Gerakan KB Nasional diperluas sasarannya pada kualitas keluarga. Jadi tidak hanya kuantitas keluarga tetapi kualitas keluarga untuk masa depan. Kegiatan BKKBN diperluas dengan kegiatan pembinaan ketahanan

keluarga, program remaja, Bina Keluarga Lansia (BKL), Bina Keluarga Balita (BKB). Gerakan KB Nasional tidak hanya menangani masalah kontrasepsi, akan tetapi menangani semua masyarakat dari bayi sebelum lahir hingga lansia. Pada periode ini para akseptor lebih banyak difokuskan pada tahap pembinaan, hal ini bertujuan untuk memberikan manfaat kepada masyarakat sebagai timbal balik dalam mengikuti program KB. Program-program yang dijalankan terutama bertujuan untuk mengokohkan penerimaan masyarakat terhadap konsep NKKBS.

Gerakan KB Nasional yang mengarah pada kemandirian masyarakat didasarkan pada tahap-tahap:

1. Strata satu/non mandiri yaitu masyarakat yang kemandiriannya masih memerlukan subsidi penuh atas sarana dan pelayanan KB dari pemerintah.
2. Strata dua/mandiri parsial yaitu masyarakat yang kemandiriannya dapat memenuhi sebagian daya dari sarana dan pelayanan KB yang dibutuhkan.
3. Strata tiga/mandiri penuh yaitu masyarakat yang kemandiriannya atas sarana dan pelayanan KB yang dilakukan atas dasar upaya sendiri.

Upaya inovatif dan inisiatif program terus dilakukan BKKBN. Salah satunya adalah dengan melakukan rekonstruksi kelembagaan melalui kebijakan *rebranding* yang dicanangkan di akhir tahun 2019. Inisiatif tersebut bertujuan untuk merespon perubahan lingkungan strategi dalam pelaksanaan program KB. Perubahan lingkungan strategi dimaksud adalah pergeseran konstituen BKKBN saat ini, dari era *baby boomer* (lahir 1946-1955) ke generasi milenial yang lahir sekitar tahun 1980-2000an. Oleh karena itu diperlukan pendekatan yang berbeda dalam memberikan pemahaman program KB.

Kebijakan *rebranding* bertujuan untuk merespon perubahan lingkungan strategi pelaksanaan program KB di Indonesia. Dengan pelaksanaan kebijakan tersebut, dilakukan pengamatan perubahan topik pembahasan terkait program Keluarga Berencana (KB) dan BKKBN di media internet, dengan memanfaatkan teknik *topic modelling*. Tujuannya untuk memberikan informasi kepada BKKBN terkait topik-topik apa saja yang berkembang di internet dan bagaimana perubahan topik terkait program KB dan BKKBN dari masa sebelum dan sesudah *rebranding*. Dari total 3.252 artikel/berita yang berhasil terkumpul, selanjutnya diproses memanfaatkan algoritma Latent Dirichlet Allocation (LDA) untuk menghasilkan masing-masing sepuluh topik yang paling populer pada periode sebelum dan sesudah *rebranding*. Pengolahan data menghasilkan beberapa informasi, diantaranya topik terkait “Generasi Berencana” merupakan topik paling populer pada masa setelah *rebranding*, kondisi ini sejalan dengan arah perubahan yang diinginkan BKKBN melalui *rebranding*, yaitu dengan menyoar para generasi muda, milenial, zilenial, dan alpha. Beberapa topik baru terkait program KB yang muncul pada masa setelah *rebranding* adalah topik “jabatan fungsional”, “program bangga kencana”, “program bangga kencana di kampung KB”, “media sosial”, dan “pembangunan keluarga di masa pandemi” (Maulana, 2021).

Daftar Pustaka

- Amalia, M., Islam, M. F., & Fauziyah, S. (2021). Perempuan dan kesehatan di Indonesia: Kontribusi Muslimat NU dalam mendukung program Keluarga Berencana di Jawa Timur tahun 1974-1979. *Historiography: Journal of Indonesian History and Education*, 1(3), 302–321.
- Anggaunitakiranantika. (2013). Pola Pengambilan Keputusan Mengenai Partisipasi Dalam Program Keluarga Berencana Pada Keluarga di Kota Malang. *Sejarah Dan Budaya*, 1, 51–61.
- Borotan, A. (2020). Studi Komparatif Pemikiran Ibnu Hazm dan Imam Al-Ghazali Tentang 'Azl Sebagai Metode Kontrasepsi dan Relevansinya Dengan Program Keluarga Berencana (KB) di Indonesia. *Jurnal Hukum Islam*, 3(2), 1–24.
- Febriati, D. N. (2013). Dukungan Dharma Wanita Terhadap Program Keluarga Berencana (Kb) 1974-1979. *Avatara*, 1(2), 1974–1979.
- Isnaini, D. (2018). Perkembangan Program KB Di Kotamadya Yogyakarta Tahun 1970-1998. *Prodi Ilmu Sejarah*, 3(3), 394.
- Listina, F., & Asih, ni ketut dewi. (2018). Analisis target capaian program KB di wilayah kerja puskesmas rawat inap ketapang kabupaten lampung selatan tahun 2018. *Jurnal Maternitas Aisyah (JAMAN AISYAH)*, 42–49.
- Maulana, Y. D. F. (2021). Perubahan Topik Media Tentang Program Berencana Pasca rebranding Bkkbn: Pendekatan Pemodelan Topik Digital. *Jurnal Keluarga Berencana*, 6(2), 10–20. <https://doi.org/10.37306/kkb.v6i2.76>
- Purwaningtyas, A. (2016). Pelaksanaan Program Keluarga

Berencana Di Jawa Timur Tahun 1970-1998. *Avatara*, 4(3), 1073–1083.

Rahmadhony, A., Puspitasari, M. D., Gayatri, M., & ... (2021). Politik Hukum Program Keluarga Berencana Di Indonesia. *Jurnal Hukum & Pembangunan*, 51(3), 574–600.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.21143/jhp.vol51.no3.3124>

Widianti, N. (2015). Sejarah Perkembangan Program Keluarga Berencana Di Kabupaten Jombang Tahun 1990-1995. *AVATARA, e-Journal Pendidikan Sejarah*, 3(1), 178–185.
<http://jurnalmahasiswa.unesa.ac.id/index.php/avatara/article/view/10786>.

Profil Penulis



Ervin Rufaindah, S,ST., M.Keb.

Ketertarikan penulis terhadap dunia kebidanan, terutama Kesehatan Ibu dan Anak, membuat penulis memilih untuk kuliah di Universitas Kadiri Jurusan Kebidanan. Penulis menyelesaikan Pendidikan DIV Kebidanan di Universitas Kadiri, Kediri (2009) dan S2 Kebidanan di Universitas Padjajaran Bandung (2017). Mengabdikan diri di STIKES Widyagama Husada Malang, Jawa Timur Sejak Tahun 2009 Sampai Sekarang. Sebagai dosen dengan Kepakaran Kesehatan Ibu dan Anak, penulis selalu menjalankan Tri Dharma Perguruan Tinggi yaitu Pendidikan, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat. Penulis sebagai pengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan, Sosial Budaya Dasar dan Etikolegal dalam Kebidanan. Dalam bidang penelitian dan pengabdian masyarakat, penulis juga fokus terhadap Kesehatan Ibu dan Anak serta mengacu pada visi misi prodi DIII Kebidanan di STIKES Widyagama Husada Malang. Beberapa buku juga sudah dihasilkan oleh penulis diantaranya terapi nonfarmakologi untuk nyeri persalinan dan modul asuhan kebidanan pada menopause.

Email penulis : ervinrufaindah@widyagamahusada.ac.id

METODE SEDERHANA

Rizky Febriyanti Supriadi, S.ST., M.Keb
Poltekkes Kemenkes Mamuju

Pendahuluan

Dalam rangka mendukung tercapainya Program Keluarga Berencana di Indonesia, ada beberapa metode kontrasepsi yang dapat digunakan oleh masyarakat metode kontrasepsi hormonal, metode kontrasepsi non hormonal, dan metode kontrasepsi tradisional atau sederhana. Metode yang umumnya dianjurkan oleh pemerintah ialah metode modern dan metode sterilisasi dengan tingkat efektivitas lebih tinggi dibandingkan dengan metode kontrasepsi sederhana. Namun untuk beberapa akseptor kontrasepsi yang memiliki kontra indikasi terhadap penggunaan metode kontrasepsi modern akan disarankan untuk menggunakan metode sederhana (WHO, 2018).

Metode sederhana pada umumnya berkaitan erat dengan pengaturan koitus atau senggama diluar masa subur sehingga sebelum menerapkan suatu metode seorang perempuan diharapkan mengerti mengenai siklus mentruasinya untuk menentukan apakah siklus teratur atau tidak dan apakah dapat menggunakan metode sederhana tersebut secara efektif. Metode sederhana dapat diterapkan oleh wanita di mana saja. Di negara berkembang, sangat penting untuk menerapkan kebijakan kesehatan penduduk untuk mengurangi angka kematian dan kesakitan. Sementara penggunaan

kontrasepsi di negara berkembang telah meningkat, berbagai faktor menghalangi banyak perempuan untuk mengakses alat kontrasepsi, seperti posisi perempuan dalam masyarakat, kualitas layanan yang buruk, efek samping yang dirasakan dan dialami, dan pertentangan budaya/agama. Metode sederhana memberi perempuan alternatif yang sama efektifnya dengan metode lain, tidak memiliki efek samping karena metode ini tidak memerlukan intervensi farmasi atau prosedural, murah, mudah dilakukan dan dalam banyak kasus didukung oleh kelompok agama (Shroff, 2017).

Metode sederhana memiliki manfaat meningkatkan pemahaman tentang proses reproduksi. Pengetahuan ini menciptakan kesempatan bagi pasangan untuk merencanakan kehidupan reproduksi mereka tanpa adanya intervensi secara medis. Dengan mengamati gejala biologis yang muncul secara rutin, wanita dapat mendeteksi masalah kesehatan reproduksi yang dialami dan segera memeriksakan diri ke dokter. Keterbatasan metode ini terkait dengan efektifitas tidak setinggi penggunaan metode modern dan perlu adanya ketelitian dalam pengamatan, komitmen dan siklus yang tertatur. Banyak faktor yang akan mempengaruhi hal-hal tersebut seperti penyakit, gangguan tidur, dan penggunaan obat-obatan dapat mengubah atau mengganggu pengamatan dan interpretasi beberapa faktor biologis (Smoley & Robinson, 2012).

Adapun metode sederhana yang dianjurkan oleh WHO (2020) ialah:

- a. Metode Amenorea Laktasi (MAL)
- b. Metode Kalender
- c. Metode Temperatur Basal Tubuh
- d. Metode *Sympto-thermal*

e. Koitus interruptus (*Withdrawal*).

Metode Amenora Laktasi (MAL)

Metode amenore laktasi (MAL) adalah metode kontrasepsi yang memanfaatkan kondisi menyusui secara eksklusif dimana bayi hanya diberikan ASI tanpa ada cairan atau makanan lain, bahkan air dan disusui secara teratur selama 6 bulan setelah melahirkan sehingga ibu masih amenorea atau belum mendapatkan haid (Van der Wijden & Manion, 2015; WHO, 2018). Metode amenore laktasi (MAL) dapat dengan mudah dilakukan oleh banyak perempuan dan tidak akan mempengaruhi ASI seperti metode sederhana pada umumnya, dan tidak memiliki efek samping. Metode amenore laktasi (MAL) memberikan lebih dari 98% perlindungan dari kehamilan dalam enam bulan pertama pasca persalinan jika dilakukan dengan benar. Efektivitas tergantung pada frekuensi menyusui. Kesuburan akan kembali bergantung pada seberapa banyak wanita menyusui. Semakin sering menyusui maka semakin lama kesuburan kembali (Glasier, 2016; WHO, 2018). Proses menyusui memberikan stimulus untuk mengurangi sekresi hormon GnRH/LH, sehingga menekan aktivitas ovarium dan mencegah pelepasan sel telur dari ovarium (ovulasi) (Van der Wijden & Manion, 2015).

Metode amenore laktasi (MAL) adalah metode kontrasepsi sementara yang sangat efektif untuk menghindari kehamilan namun pasangan yang menggunakan metode ini disarankan untuk merencanakan metode lain yang akan digunakan setelah masa 6 bulan. Oleh karena itu sangat penting dalam perencanaan keluarga sebelum hamil maupun saat hamil untuk memberikan informasi kepada perempuan tentang pilihan untuk mencegah kehamilan setelah MAL dan memastikan bahwa mereka tahu bagaimana dan di mana mengakses metode lain

setelah mereka tidak lagi dilindungi oleh MAL (Stuebe & Chen, 2022).

Perempuan disarankan untuk mulai menyusui bayinya segera setelah lahir dengan Inisiasi Menyusui Dini (IMD) untuk merangsang pengeluaran ASI yang lancar. Meskipun tidak melaksanakan IMD, perempuan yang belum mendapatkan haid dan telah menyusui bayinya sejak lahir dapat menggunakan metode ini jika sudah dipastikan tidak hamil (WHO, 2018).

Semua perempuan yang menyusui dapat menggunakan MAL, namun perempuan yang menderita infeksi HIV tidak disarankan menggunakan metode ini dengan resiko penularan HIV kepada bayi melalui ASI terlebih lagi jika tidak memakai terapi antiretroviral (ART). Perempuan yang sedang mengkonsumsi obat-obatan tertentu secara rutin seperti reserpin, ergotamine, anti-metabolit, siklosporin, kortikosteroid dosis tinggi, bromokriptin, obat radioaktif, litium, dan antikoagulan tertentu juga tidak disarankan untuk menggunakan metode MAL. Perempuan dengan bayi baru lahir dengan kondisi yang tidak memungkinkan untuk diberikan ASI seperti bayi prematur, BBLR, yang membutuhkan perawatan intensif atau bayi yang mengalami kelainan kongenital pada saluran pencernaan juga tidak disarankan untuk menggunakan metode MAL (WHO, 2018).

Metode Kalender

Standard Days Method (SDM) adalah metode kalender yang umumnya digunakan di setidaknya 100 negara berpenghasilan rendah dan menengah. Metode berbasis kalender merupakan pencatatan hari-hari siklus menstruasi untuk mengidentifikasi awal dan akhir masa subur dan menghindari hubungan seksual pada masa subur. Metode kalender didasarkan pada konsistensi

relatif dalam panjang fase luteal dari siklus reproduksi. Risiko kehamilan terjadi ketika adanya kesalahan dalam perhitungan dan pasangan melakukan hubungan seksual di masa subur tanpa menggunakan metode lain (Smoley & Robinson, 2012; WHO, 2018). Sekitar 85 dari 100 perempuan yang menggunakan metode ini berhasil menghindari kehamilan. Semua wanita dapat menggunakan metode berbasis kalender. Tidak ada kondisi medis yang mencegah penggunaan metode ini, namun beberapa kondisi dapat mempersulit penggunaan metode ini secara efektif sehingga konseling diperlukan untuk memastikan penggunaan metode yang benar (Marston & Church, 2016; WHO, 2018).

Perempuan dengan siklus menstruasi tidak teratur diharapkan untuk menggunakan metode ini bersama dengan penggunaan metode lain seperti kondom karena sulitnya mengidentifikasi masa subur. Perempuan yang baru saja melahirkan atau sedang menyusui yang ingin menggunakan metode ini sebaiknya menunda hingga mendapatkan 3 siklus menstruasi yang teratur untuk memastikan masa subur. Demikian pula pada perempuan yang baru saja mengalami keguguran dan perempuan dengan gangguan haid, maka penggunaannya ditunda hingga siklus berikutnya jika siklusnya teratur (WHO, 2018).

Sebelum menggunakan metode ini, perempuan sebaiknya mencatat data siklus menstruasi seperti berlangsung berapa lama, hari pertama haid terakhir, dan jumlah hari dalam 1 siklus, selama minimal 6 bulan. Hari pertama haid terakhir selalu dihitung sebagai hari 1. Kemudian dengan data yang ada, mengurangi 18 hari dari panjang siklus terpendeknya yang tercatat untuk mengetahui perkiraan hari pertama masanya, dan mengurangi 11 hari dari panjang siklus terpanjangnya yang tercatat untuk mengetahui perkiraan hari terakhir masa

suburnya. Perhitungan ini harus selalu diperbaharui setiap bulannya menggunakan data 6 bulan terakhir. Untuk seorang wanita dengan siklus 28 hari yang sangat konsisten, metode kalender memprediksi masa subur delapan hari dari hari ke 10 hingga 17. Semakin bervariasi panjang siklus, semakin meningkatkan lamanya masa subur. Metode Hari Standar adalah metode kalender yang disederhanakan yang mengasumsikan panjang siklus 26 hingga 32 hari dan menetapkan masa subur 12 hari dari hari ke 8 hingga 19 (Smoley & Robinson, 2012; WHO, 2018). Sebagai Contoh:

1. Jika siklus terpendek dari 6 siklus terakhirnya adalah 26 hari, maka $26 - 18 = 8$. Sehingga hari pertama masa subur dimulai pada hari ke-8.
2. Jika siklus terpanjang dari 6 siklus terakhirnya adalah 32 hari, maka $32 - 11 = 21$. Sehingga hari terakhir masa subur jatuh pada hari ke-21.
3. Oleh karena itu, hubungan seks tanpa alat kontrasepsi lain harus dihindari mulai hari ke-8 sampai hari ke-21 dari siklusnya.

Metode Temperatur Basal Tubuh

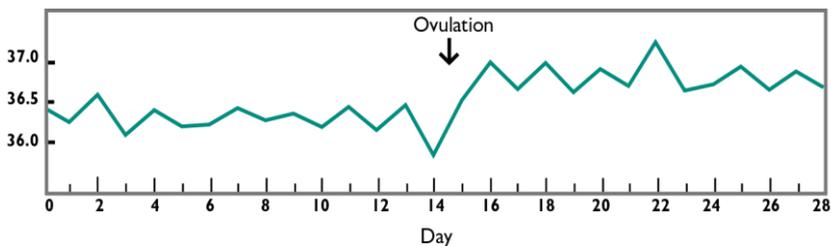
Pengukuran temperatur basal tubuh adalah teknik lama yang digunakan untuk memantau ovulasi. Hal ini berdasarkan prinsip peningkatan kadar progesteron yang lebih tinggi setelah ovulasi membuat suhu tubuh naik $0,5^{\circ}\text{F}$ ($\pm 0,3^{\circ}\text{C}$). Segera setelah ovulasi, korpus luteum terbentuk. Organ vital yang mensekresi hormon yang terdiri dari folikel teka dan sel granulosa folikel ini melepaskan progesteron untuk mempersiapkan tubuh menghadapi potensi kehamilan. Salah satu mekanisme persiapan menyebabkan progesteron bekerja pada hipotalamus untuk mengatur suhu tubuh basal yang lebih tinggi. Akibatnya, fase luteal dari siklus menstruasi

dikaitkan dengan peningkatan perasaan hangat dan berkeringat. Progesteron dan suhu tubuh tetap relatif tinggi sepanjang sisa siklus, dan pada akhirnya akan menurun dengan menstruasi jika tidak terjadi kehamilan. Peningkatan suhu tubuh basal yang tidak kembali ke baseline dengan perkiraan ovulasi bisa menjadi indikasi awal kehamilan. Pada wanita yang mengalami menstruasi tidak teratur, temperatur basal tubuh dianggap tidak seakurat karena ketidakpastian waktu ovulasi (Peters & Mahdy, 2021; Steward & Raja, 2021).

Temperatur basal tubuh adalah suhu yang diambil pada saat tubuh dalam keadaan istirahat (basal = istirahat), biasanya segera pada saat bangun tidur sebelum melakukan aktivitas apapun dan setelah tidur minimal 3 jam berturut-turut. Tingkat efektivitas tidak tersedia karena kurang reliabelnya metode ini. Suhu tubuh dapat dengan mudah berubah karena faktor lain. Kekurangan metode ini ialah hanya dapat menilai kapan terjadi ovulasi namun tidak memprediksi kapan dimulainya masa subur, dan jika seorang wanita mengalami demam atau perubahan suhu tubuh lainnya, metode temperatur basal tubuh akan sulit digunakan (Szmelskyj et al., 2015).

Suhu tubuh diukur pada waktu yang sama setiap pagi sebelum bangun dari tempat tidur dan sebelum dia makan apa pun, kemudian mencatat hasil pengukuran pada suatu grafik. Perhatikan bila terjadi kenaikan suhu tubuh $0,2^{\circ}$ sampai $0,5^{\circ}\text{C}$ ($0,4^{\circ}$ sampai $1,0^{\circ}\text{F}$) tepat setelah ovulasi (biasanya sekitar pertengahan siklus menstruasi). Pasangan tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 3 hari sebelum perkiraan kenaikan temperatur tubuh dan 3 hari setelah kenaikan temperatur tubuh atau atau menggunakan kondom atau diafragma. Ketika suhu tubuh telah meningkat di atas suhu biasa dan tetap lebih tinggi selama 3 hari penuh, ovulasi telah terjadi dan masa subur telah berlalu. Pasangan dapat melakukan

hubungan seks tanpa kondom pada hari ke-4 dan sampai menstruasi bulan berikutnya dimulai (WHO, 2018).



Gambar 1. Grafik Pengukuran Temperatur Basal Tubuh (WHO, 2018)

Metode *Sympto-thermal*

Metode *Sympto-thermal* adalah metode KB alami dan sehat berbasis kesadaran kesuburan yang memanfaatkan pengamatan terhadap lendir serviks, pengukuran suhu basal tubuh, dan tanda-tanda biologis lainnya (misalnya, perubahan serviks) untuk mengidentifikasi masa subur dan tidak subur dari siklusnya. Pasangan dapat menggunakan metode ini untuk mencapai atau menghindari kehamilan. Metode *Sympto-thermal* dapat digunakan sepanjang masa reproduksi pasangan. "*Sympto*" adalah gejala berupa cairan serviks, yang berubah di bawah pengaruh hormon reproduksi wanita, estrogen. "*Thermal*" adalah singkatan dari suhu basal tubuh, yang meningkat setelah seorang wanita berovulasi (ketika ovarium melepaskan sel telur). Studi menunjukkan bahwa pasangan yang menggunakan Metode *Sympto-thermal* untuk kontrasepsi mampu mengidentifikasi hari puncak kesuburan mereka dengan efektivitas metode 99,7% bila dilakukan dengan benar. Namun kurangnya pengetahuan tentang metode ini menghalangi penggunaannya (Shroff, 2017).

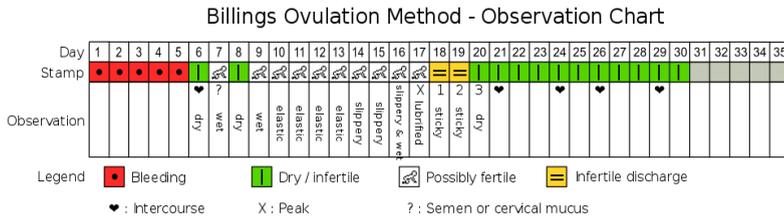
Dengan Metode *Sympto-thermal*, perempuan mengamati sekresi cairan serviks dan mencatat karakteristik

sekresinya dan mengukur temperatur basal tubuh setiap hari. Ini merupakan gabungan metode pengamatan cairan lendir serviks dan metode temperatur basal tubuh. Cairan serviks diproduksi di leher rahim wanita. Setelah menstruasi, jika tidak dirasakan atau terlihat cairan serviks di daerah vagina, maka kemungkinan tidak dalam masa subur. Munculnya cairan serviks menandai dimulainya masa subur dan cairan menjadi jernih dan melar, dapat diregangkan antara dua jari dengan panjang setidaknya enam sentimeter karena peningkatan estrogen pada akhir fase folikular sebelum ovulasi. Konsistensi lendir mukosa seperti ini dimaksudkan untuk memudahkan mobilisasi sperma untuk proses pembuahan. Perubahan lendir serviks yang disebutkan di atas dapat dideteksi sekitar empat hingga tujuh hari sebelum ovulasi. Setelah ovulasi, cairan mengering, menandakan akhir masa subur wanita. Metode ini sendiri disebut sebagai metode pengamatan lendir mukosa serviks atau dengan nama lain Metode ovulasi billing. Wanita dapat menggunakan tanda-tanda lain (misalnya, konsistensi dan posisi serviks) atau gejala (misalnya, nyeri payudara, nyeri ovulasi) untuk membantu dalam mengidentifikasi masa subur. Pada Metode *Symptothermal*, pengukuran dilakukan setiap hari, kemudian berdasarkan hasil yang didapatkan menuntukan hari kesuburan dan ketidaksuburan dan selanjutnya memutuskan apakah akan melakukan atau menghindari hubungan seksual tergantung pada tujuan keluarga berencana mereka. Untuk memprediksi siklus menstruasi yang akan datang dengan andal, disarankan agar pengumpulan data dilakukan selama kurang lebih enam hingga dua belas siklus (Malarcher et al., 2016; Peters & Mahdy, 2021; Smoley & Robinson, 2012).

Saat ini, *World Organization of the Ovulation Method Billings* (WOOMB), yang berlokasi di Australia, adalah

organisasi terbesar yang mempromosikan metode ini. Menentukan waktu ovulasi adalah inti dari metode ini. Fase teraman untuk melakukan hubungan seks tanpa kondom adalah setelah ovulasi benar-benar terjadi dan menggunakan metode barrier selama fase lainnya. Dari tiga teknik di atas, (pengamatan lendir serviks, grafik suhu tubuh basal, pemantauan ukuran dan perubahan tekstur serviks), pengamatan lendir (metode ovulasi billing) dianggap yang paling dapat diandalkan dan beberapa wanita menggunakannya secara eksklusif. Dua teknik lainnya pada dasarnya melengkapi pengamatan lendir (Corniawati et al., 2021; Malarcher et al., 2016; Shroff, 2017).

Pengamatan lendir serviks dilakukan setiap hari dimulai sejak hari pertama haid terakhir. Pencatatan lendir berupa konsistensi dari lendir serviks dan dicatat juga apakah melakukan hubungan intim atau tidak. Ketika pengamatan, jika dirasakan tidak ada lendir serviks atau kering, maka dapat dipastikan sedang tidak pada masa subur dan aman melakukan hubungan intim. Namun pada hari pengeluaran lendir mengalami perubahan tekstur dan konsistensi menjadi lebih elastis, licin atau lengket, maka akan ada kemungkinan masa subur. Pada puncak masa subur, dihitung selama 3 hari setelahnya kemudian pasangan dapat melakukan hubungan intim. Pada pengeluaran yang tidak jelas apakah sisa air mani atau lendir serviks diberikan tanda “?” dan dihindari melakukan hubungan intim. Begitu seterusnya dilakukan hingga akhir siklus dan catatan baru dimulai kembali saat hari pertama haid terakhir.



Gambar 2. Form observasi Metode Ovulasi Billing (Potrowl, 2018)

Koitus interruptus (*Withdrawal*)

Koitus interruptus (*Withdrawal*) merupakan salah satu metode kontrasepsi yang paling tidak efektif. Namun, beberapa pria menggunakan metode ini secara efektif. Koitus interruptus menawarkan perlindungan kehamilan yang lebih baik daripada tidak menggunakan metode sama sekali dan dapat digunakan sebagai metode utama atau sebagai metode cadangan. Metode koitus interruptus mengutamakan keterlibatan pria dan komunikasi pasangan (WHO, 2018).

Withdrawal, atau *coitus interruptus*, ketika penis dikeluarkan dari vagina sebelum ejakulasi, adalah metode yang umum digunakan, dengan hingga 60% wanita melaporkan pernah menggunakannya. Kerugian dari metode ini termasuk fakta bahwa itu membutuhkan motivasi tinggi dan membuat frustrasi beberapa pasangan. Kerugian lain adalah bahwa setiap sperma yang disimpan sebelum penarikan atau tertinggal di dinding vulva selama penarikan dapat mencapai serviks. Sehingga, agar efektif, penis harus ditarik tidak hanya dari vagina, tetapi juga dari alat kelamin luar. Faktor-faktor ini menyebabkan tingkat kegagalan coitus interruptus yang relatif tinggi. Sebanyak 24% wanita yang menggunakan metode ini mengalami kehamilan yang tidak diinginkan, yang merupakan tingkat kehamilan yang jauh lebih tinggi

daripada di antara pengguna metode kontrasepsi lainnya (Jones & Lopez, 2014).

Selama gairah seksual meningkat ketika berhubungan intim, sebelum ejakulasi, penis mengeluarkan cairan yang disebut cairan pra-ejakulasi. Cairan pra-ejakulasi adalah cairan bening, tidak berwarna, dan kental yang disekresikan oleh kelenjar bulbourethral (kelenjar Cowpers), dengan kelenjar Littre (kelenjar uretra yang mensekresi lendir) juga berkontribusi. Ada variasi besar dalam jumlah cairan pra-ejakulasi yang dihasilkan pria. Beberapa pria tidak menghasilkan cairan pra-ejakulasi sama sekali, sementara yang lain dapat mengeluarkan sebanyak 5 mL. Masih merpakan perdebatan apakah pada cairan pra-ejakulasi yang disekresikan pria mengandung sperma atau tidak dan apakah sperma ini mampu membuahi sel telur atau tidak, namun beberapa penelitian melaporkan ditemukannya sperma pada cairan pra-ejakulasi yang dapat menyebabkan terjadinya kehamilan (Lampiao, 2014).

Semua pasangan dapat menggunakan metode ini. Tidak ada kondisi medis yang mencegah penggunaannya. Namun metode ini mungkin sangat tepat untuk pasangan yang sedang tidak ada metode lain yang tersedia pada saat itu, sedang menunggu untuk memulai metode lain, jarang berhubungan intim, keberatan menggunakan metode lain atau memiliki kontraindikasi menggunakan metode lain. Sebelum berhubungan intim, pria diharuskan buang air kecil dan menyeka ujung penisnya untuk menghilangkan air mani yang tersisa. Pria harus menarik penisnya dari vagina wanita dan berejakulasi di luar vagina, dan harus menjauhkan air mani dari alat kelamin luar perempuan. Pasangan disarankan juga menggunakan metode lain sampai pria merasa bahwa ia dapat menggunakan metode ini dengan benar. Pasangan juga disarankan menggunakan metode keluarga berencana tambahan atau

alternatif karena efektifitas yang lebih rendah dari metode lainnya (WHO, 2018).

Konseling Metode Sederhana

Aspek mendasar dari penggunaan metode sederhana adalah komunikasi yang jelas antara pasangan. Umumnya, pria memegang kekuasaan lebih dari wanita mereka yang mengakibatkan kurangnya komunikasi langsung berhubungan dengan perencanaan kehamilan (Shroff, 2017).

Permasalahan yang sering timbul ialah kurangnya pengetahuan atau edukasi yang tersedia bagi pasangan oleh tenaga kesehatan di pelayanan kesehatan pada umumnya. Hal ini dikarenakan efektivitas perencanaan keluarga menggunakan c tidak setinggi metode modern yang disarankan. Metode sederhana hanya akan ditawarkan ketika pilihan metode modern yang tersedia tidak dapat diterapkan atau digunakan oleh pasangan karena adanya kontra indikasi. Namun, konseling yang diberikan setelahnya pun tidak terlalu memuaskan dan masih menimbulkan kebingungan bagi pasangan. Tersedianya Tim interprofesional yang menyediakan pendekatan holistik dan terpadu untuk keluarga berencana dan perawatan kontrasepsi dapat membantu mencapai hasil terbaik. Pasangan dapat mengkonsultasikan rencana kehamilan dengan tenaga kesehatan yang dapat memberikan penjelasan dan pilihan metode keluarga berencana yang tersedia dan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi dari tiap pasangan (Smoley & Robinson, 2012).

Ketika konseling pada pasien mengenai metode sederhana, penting untuk memahami motivasi pasien untuk memilih metode ini dan memberikan waktu yang cukup untuk memastikan pemahaman yang memadai

tentang kompleksitas metode ini. Kolaborasi, pengambilan keputusan bersama, dan komunikasi adalah prinsip berhasilnya metode sederhana. Perempuan harus diberikan selebaran informasi tertulis seperti leaflet atau booklet tentang berbagai metode kontrasepsi yang tersedia, dan tim interprofesional harus memastikan bahwa perempuan dan keluarganya didukung penuh selama proses pengambilan keputusan tentang metode terbaik yang cocok untuk mereka. Preferensi, keyakinan/adat kebudayaan, dan nilai-nilai perempuan dan keluarga mereka harus dihormati setiap saat (Smoley & Robinson, 2012; Sung & Abramovitz, 2021).

Daftar Pustaka

- Corniawati, I., Setiadi, R., Rahmawati, E., & Wati, R. (2021). Billings Ovulation Method Intervention as a Contraceptive Method. *International Conference on Midwifery*, 1(1), 106–111. <https://icomidp.poltekkesdepkes-sby.ac.id/index.php/icomid/article/view/20>
- Glasier, A. (2016). Contraception. In *Endocrinology: Adult and Pediatric* (hal. 2297-2309.e2). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-18907-1.00134-7>
- Jones, R. E., & Lopez, K. H. (2014). Contraception. In *Human Reproductive Biology* (hal. 245–269). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-382184-3.00013-1>
- Lampiao, F. (2014). Coitus Interruptus: Are there spermatozoa in the pre-ejaculate? *International Journal of Medicine and Biomedical Research*, 3(1), 1–4.
- Malarcher, S., Spieler, J., Fabic, M. S., Jordan, S., Starbird, E. H., & Kenon, C. (2016). Fertility awareness methods: distinctive modern contraceptives. *Global Health: Science and Practice*, 4(1), 13–15. <https://www.ghspjournal.org/content/4/1/13.abstract>
- Marston, C. A., & Church, K. (2016). Does the evidence support global promotion of the calendar-based Standard Days Method® of contraception? *Contraception*, 93(6), 492–497. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.01.006>
- Peters, A., & Mahdy, H. (2021). Symptothermal Contraception. *StatPearls*.

- Potrowl, P. (2018). *Billings Ovulation Method - Observation Chart*.
https://en.wikipedia.org/wiki/File:Billings_Ovulation_Method_-_Observation_Chart_-_en.svg
- Shroff, F. M. (2017). What is the Sympto-Thermal Method? Offering Patients an Alternative Birth Control Option. *Health Care*, 3(4), 555617.
- Smoley, B. A., & Robinson, C. M. (2012). Natural family planning. *American Family Physician*, 86(10), 924–928.
- Steward, K., & Raja, A. (2021). Physiology, Ovulation And Basal Body Temperature. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546686/>
- Stuebe, A. M., & Chen, M. J. (2022). Reproductive Function During Lactation. In *Breastfeeding* (hal. 651–661). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-68013-4.00021-3>
- Sung, S., & Abramovitz, A. (2021). Natural family planning. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546661/>
- Szmelskyj, I., Aquilina, L., & Szmelskyj, A. O. (2015). *Acupuncture for IVF and Assisted Reproduction*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/C2011-0-05861-1>
- Van der Wijden, C., & Manion, C. (2015). Lactational amenorrhoea method for family planning. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001329.pub2>
- WHO. (2018). *Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration*. World Health Organization. <https://fphandbook.org/welcome-fphandbookorg>

WHO. (2020). *Family planning/contraception methods*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

Profil Penulis



Rizky Febriyanti Supriadi, S.ST., M.Keb

Penulis menekuni bidang kebidanan dengan menempuh pendidikan D3 Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kaltim pada tahun 2010, yang kemudian D4 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2012, dan Magister Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang pada tahun 2019.

Wanita yang kerap disapa Kiki ini adalah anak pertama dari pasangan Supriadi (ayah) dan Rahmawati (ibu). Kiki memiliki pengalaman sebagai Dosen Tidak Tetap di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kaltim selama lebih dari 4 tahun dan sekarang sedang bekerja di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Mamuju sebagai Dosen.

Email Penulis: rizkyfebriyanti.s@gmail.com

METODE MODERN DAN METODE STERILISASI

Dr. Robi Adikari Sekeon, SKM., M.Kes., MM
STIKes Bala Keselamatan Palu

Pendahuluan

Indonesia memiliki luas wilayah terbesar dengan jumlah penduduk terbanyak di negara ASEAN dan urutan keempat di dunia (BKKBN, 2020). Menurut survei demografi kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 1991 Total Fertility Rate (TFR) Indonesia adalah 3,0 kemudian pada SDKI 1994 turun menjadi 2,9; pada SDKI 1997 turun menjadi 2,8 kemudian pada SDKI 2001 hingga 2012 menetap di 2,6; kemudian kembali turun di SDKI 2017 hingga 2,4. Total Fertility Rate (TFR) merupakan salah satu indikator pertumbuhan penduduk yang menunjukkan kemampuan seorang perempuan melahirkan anak selama usia subur. Indonesia berupaya menurunkan TFR hingga 2,1 pada tahun 2025 dan menurunkan LPP hingga di bawah 1,2% (Badan Pusat statistik, 2020).

Program keluarga berencana memiliki makna strategis, komprehensif, dan fundamental dalam mewujudkan manusia Indonesia yang sehat dan Sejahtera. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 52 tahun 2009, pasal 1 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga menyebutkan bahwa Keluarga

Berencana (KB) adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak-hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga berkualitas (BKKBN, 2018).

Program KB bukan semata-mata digunakan untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk, tetapi juga menyelamatkan nyawa para ibu. Program KB membantu para pasangan dan perorangan dalam mencapai kesehatan reproduksi, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan mengurangi insiden kehamilan berisiko tinggi, kesakitan dan kematian. Selain itu KB juga bertujuan untuk membuat pelayanan yang bermutu, terjangkau, diterima dan mudah diperoleh bagi semua orang yang membutuhkan, meningkatkan mutu, komunikasi, informasi, dan edukasi, konseling dan pelayanan, meningkatkan partisipasi dan tanggung jawab pria dalam praktek KB, dan meningkatkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) untuk penjarangan kehamilan (Wiknjosastro, 2014)

Oleh karena itu setiap akseptor memiliki hak untuk mendapatkan edukasi mengenai keuntungan dan kerugian setiap alat kontrasepsi sehingga dapat menentukan pilihan penggunaan alat kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi kesehatannya (Biran A, et.al, 2012). Pasangan yang menggunakan alat kontrasepsi yang tepat disertai dengan kepatuhan dalam pengimplementasikan akan menikmati manfaat alat kontrasepsi tersebut dan terhindar dari komplikasi yang tidak diharapkan. Kasus-kasus kegagalan yang terjadi dikarenakan ketidakpatuhannya akseptor KB dalam menggunakan kontrasepsi. Bahkan kegagalan kontrasepsi merupakan penyebab utama kehamilan tidak diinginkan di seluruh dunia (Handayani S, 2010).

Metode Modern

Berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) sejak tahun 1991 hingga tahun 2017, pengguna kontrasepsi modern di Indonesia terus meningkat. Pada tahun 1991, ada 49,1% wanita kawin usia 15- 49 tahun di Indonesia yang menggunakan kontrasepsi modern, meningkat hingga 63,6% pada tahun 2017 (Badan Pusat Statistik, 2020). Hal ini selaras dengan menurunnya angka fertilitas total atau TFR.

Berbagai contoh Kontrasepsi modern sebagai berikut:

1. Pil

Pil berupa tablet yang berisi bahan progestin dan progesteron yang bekerja dalam tubuh wanita untuk mencegah terjadinya ovulasi dan melakukan perubahan pada endometrium. Pil KB ditemukan oleh profesor Griory Pincus sejak 1935 dan berkembang hingga sekarang. Tahun 1960 pil kombinasi estrogen-progesteron mulai digunakan (Hartanto, 2004). Tahun 1963 pil sekuensial diperkenalkan. Sejak tahun 1965 hingga sekarang banyak dilakukan penyesuaian dosis, penggunaan progesteron saja, dan telah ditemukan pula pil mini. Perkembangan ini pada umumnya untuk mencari kontrasepsi hormonal dengan daya guna tinggi, efek samping minimal serta keluhan pasien sekecil-kecilnya. Pil kombinasi adalah jenis kontrasepsi yang paling umum digunakan, mengandung estrogen dan progesteron diminum setiap hari dalam 3 minggu dan diikuti periode 1 minggu tanpa pil. Estrogen yang biasa digunakan adalah ethinyl estradiol dengan dosis 0,05 mcg per tablet; progestin yang digunakan bervariasi. Kontraindikasinya seperti riwayat tromboflebitis, kelainan serebrovaskular, gangguan fungsi hati, dan keganasan payudara. Kontraindikasi relatif mencakup

hipertensi, diabetes, perdarahan vagina yang tidak jelas sumbernya, laktasi, fibromioma uterus, dan lainnya (Handayani, 2010). Pil mini mengandung progestin dosis kecil, sekitar 0,5 mg atau kurang, tanpa estrogen. Pil mini harus diminum setiap hari juga saat menstruasi. Efek sampingnya adalah perdarahan tidak teratur dan spotting. Tanpa kombinasi dengan estrogen, progestin lebih sering menimbulkan perdarahan tidak teratur. Pil ini bisa digunakan oleh wanita yang sedang menyusui (Kemenkes RI, 2018).

2. Suntik

Kontrasepsi dalam bentuk injeksi mengandung hormon progesteron dan telah digunakan sejak tahun 1960, dan juga saat ini terdapat kontrasepsi injeksi yang mengandung estrogen dan progesteron. Kontrasepsi injeksi adalah kontrasepsi yang populer di Indonesia (Handayani, 2010). Kontrasepsi injeksi terdiri dari beberapa jenis, yaitu: kontrasepsi Injeksi Tunggal Depo-Medroxyprogesterone Acetate (DMPA) merupakan metode kontrasepsi hormonal yang hanya mengandung progesteron 150 mg, disuntikkan secara intramuskular setiap 3 bulan. Efek samping DMPA adalah gangguan pola menstruasi dan kenaikan berat badan (Kemenkes RI, 2018). Kontrasepsi Injeksi Kombinasi mirip dengan pil kombinasi yang mengandung estrogen dan progestin lebih sedikit dibandingkan DMPA, sehingga dapat mengurangi efek samping perdarahan tidak teratur. Injeksi dilakukan satu kali setiap 28 hingga 30 hari.

Kontrasepsi injeksi dan pil adalah cara KB modern yang paling diketahui oleh masyarakat di semua golongan usia, termasuk pada usia risiko tinggi di atas 35 tahun; menurut SDKI tahun 2018, lebih dari 80% memilih kontrasepsi injeksi (63,17%) dan pil

(17,42%),²⁴ padahal suntikan dan pil termasuk dalam metode kontrasepsi jangka pendek sehingga tingkat efektivitas suntikan dan pil dalam pengendalian kehamilan lebih rendah dibandingkan jenis kontrasepsi lainnya (Biran Affandi, et.al, 2012).

3. Alat kontrasepsi bawah kulit (implan)

Alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK) atau disebut juga implan, dipasang di bawah kulit lengan atas dengan anestesi lokal. Implan adalah kontrasepsi mengandung levonorgestrel, merupakan salah satu metode kontrasepsi yang paling tinggi daya gunanya. Implan (susuk), berupa levomorgestrel, terdiri dari enam kapsul dari lipatan siku yang diinsersikan di bawah kulit lengan bagian dalam kira-kira 6 sampai 10 cm (Handayani, 2010)

Efek samping AKBK adalah perubahan haid, nyeri kepala, pusing, perubahan suasana hati, perubahan berat badan, jerawat, nyeri payudara, nyeri perut, dan mual.

4. Alat kontrasepsi dalam Rahim (IUD)

Suatu alat atau benda yang dimasukkan ke dalam rahim; sangat efektif, reversible, berjangka panjang, dan dapat digunakan oleh semua perempuan usia produktif (Asih dan Oesman, 2009). AKDR merupakan salah satu jenis MKJP. Mekanisme AKDR berbeda tergantung pada jenis AKDR. Secara umum AKDR memiliki lilitan kawat tembaga. Tembaga dalam konsentrasi kecil yang dilepaskan ke dalam rongga uterus selain menimbulkan reaksi radang juga menghambat carbonic anhydrase dan alkali fosfatase. Terdapat pula jenis AKDR mengandung sejumlah kecil hormon progestogen, sehingga menyebabkan penebalan lendir serviks yang dapat menghalangi jalannya sperma (Hartatnto, 2004).

Beberapa efek samping yang muncul adalah nyeri saat pemasangan, kejang rahim pada bulan-bulan pertama pemasangan, nyeri pelvik, perdarahan di luar haid (spotting), darah haid lebih banyak (menorrhagia), dan sekret vagina lebih banyak. Selain itu, terdapat efek samping serius namun sangat jarang, yaitu perforasi uterus, infeksi pelvis, dan endometritis (Kutanegara PM, 2010).

5. Kondom

Kondom telah dipakai sejak tahun 13.550 SM di Mesir. Baru pada abad ke-18 sarung ini diberi nama kondom yang saat itu dipakai dengan tujuan mencegah penularan penyakit kelamin. Kondom bekerja menghalangi masuknya sperma ke dalam vagina, Sebagian besar kondom dibuat dengan bahan karet elastis, murah, dan mudah digunakan. Hal-hal yang berpengaruh adalah pemakaian tidak teratur, motivasi, umur, paritas sosio-ekonomi, pendidikan, dan sebagainya. Keuntungan menggunakan kondom antara lain murah, mudah didapat tanpa perlu resep dokter, tidak memerlukan pengawasan, dan menurunkan kemungkinan tertular penyakit (Handayani, 2010)

6. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Metode amenorea laktasi (MAL) atau lactational amenorrhea method (LAM) adalah metode kontrasepsi sederhana dengan memanfaatkan masa menyusui (Handayani, 2010). Menyusui Eksklusif merupakan metode kontrasepsi sementara yang cukup efektif, dapat mencapai 98%, selama wanita tersebut belum mendapat haid dan kurang dari enam bulan pasca-persalinan (Brian Affandi, et.al, 2012). Peningkatan kadar prolaktin selama menyusui menghambat sekresi gonadotropin releasing hormone

(GnRH) dari hipotalamus serta menghambat sekresi estrogen dan ovulasi (Wiknjosastro, 2014). Keberhasilan metode amenore laktasi sangat tergantung pada pemberian ASI yang meliputi pemberian ASI secara eksklusif sedini mungkin, sesuai kebutuhan bayi, tanpa tambahan pemberian susu formula atau makanan tambahan. Pemberian ASI eksklusif menjamin kesinambungan sekresi prolaktin yang merupakan hormon antagonis terhadap ovulasi (Brian Affandi, et.al, 2012).

7. Kontrasepsi Hormonal Koyo Microneedle.

Pengembangan metode kontrasepsi hormonal terus dilakukan agar mampu memenuhi kebutuhan wanita selama usia reproduktifnya, sehingga dapat menekan kehamilan yang tidak direncanakan (Hartanto, 2004). Karakteristik kontrasepsi yang penting agar dapat memenuhi kebutuhan tersebut adalah efikasi tinggi dan profil keamanan yang baik dengan efek samping minimal, administrasi mudah sehingga dapat digunakan sendiri, digunakan lebih dari 1 bulan (jangka panjang), sehingga meningkatkan kepatuhan pengguna, tidak menimbulkan limbah berbahaya yang tajam seperti bekas jarum suntik, murah, dan dapat diterima dengan baik oleh wanita di usia reproduktif (Kutanegara, 2010). Saat ini telah dikembangkan metode kontrasepsi hormonal baru yaitu menggunakan koyo microneedle dengan lapisan mengandung levonorgestrel. Koyo microneedle ini mengandung ratusan jarum kecil dalam ukuran mikrometer mengandung levonorgestrel di bagian belakangnya. Cara penggunaannya yaitu dengan menempelkan kemudian menekan koyo ke arah kulit, sehingga microneedle terpenetrasi ke dalam kulit dan dapat melepaskan zat aktifnya. Setelah beberapa saat koyo dapat dilepaskan, namun microneedle yang

sudah terpenetrasi ke dalam kulit akan tertinggal dan secara konstan melepaskan zat aktif, yaitu levonorgestrel (Kemenkes RI, 2018).

Metode Sterilisasi

Sterilisasi atau kontrasepsi mantap dapat diartikan juga sebagai metode pemandulan pria dan wanita dengan jalan operasi agar tidak dapat menghasilkan keturunan. Secara sederhana kontrasepsi mantap atau sterilisasi dapat diartikan sebagai cara atau metode ber-KB dengan melakukan pembedahan pada saluran benih, baik berupa pemotongan dan atau pengambilan sebagian atau hanya melakukan pengikatan (Indrayani, 2014).

Sejarah Kontrasepsi Mantap

Sterilisasi pada abad ke-19 dilakukan dengan mengangkat uterus atau kedua ovarium. Pada tahun 50-an dilakukan dengan memasukan AgNo melalui kenalis servikalis ke dalam tuba uterina. Pada akhir abad ke-19 dilakukan dengan mengikat tuba uterina namun cara ini mengalami banyak kegagalan sehingga dilakukan pemotongan dan pengikatan tuba uterina. Pada awalnya, sterilisasi dibantu oleh anestesi umum dengan membuat sayatan atau insisi yang lebar dan harus dirawat di rumah sakit. Kini operasi tanpa dibantu anestesi umum dengan hanya membuat insisi kecil dan tidak perlu dirawat di rumah sakit. Metode dan teknik sterilisasi berkembang pesat setelah didirikan Perkumpulan Untuk Sterilisasi Sukarela Indonesia (PUSSI) pada bulan oktober 1974. Untuk mencocokkan dengan keadaan namanya kemudian diganti dengan Perkumpulan Kontrasepsi Mantap Indonesia (PKMI) (Indrayani, 2014).

1. Metode Operasi Wanita (MOW)

Tubektomi pada wanita adalah tindakan pada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan yang bersangkutan tidak akan mendapatkan keturunan lagi. Kontrasepsi ini untuk jangka panjang dan sering disebut sterilisasi (Asih dan Oesman, 2009). Peserta harus memenuhi persyaratan yaitu calon peserta harus sukarela memutuskannya, terikat dalam perkawinan yang sah dan harmonis, memiliki sekurangnya dua anak yang sehat fisik dan mental dan calon peserta dalam keadaan sehat yang dinyatakan oleh pemeriksaan dokter (Handayani, 2010). MOW merupakan tindakan penutupan terhadap kedua saluran telur kanan dan kiri yang menyebabkan sel telur tidak dapat melewati saluran telur, dengan demikian sel telur tidak dapat bertemu dengan sperma laki-laki sehingga tidak terjadi kehamilan, oleh karena itu gairah seks wanita tidak akan turun (Asih dan Oesman, 2009).

- a. **Keuntungan MOW**, antara lain: tidak ada efek samping dan perubahan dalam fungsi hasrat seksual, dapat dilakukan pada perempuan diatas 26 tahun, tidak mempengaruhi air susu ibu (ASI), perlindungan terhadap terjadinya kehamilan sangat tinggi, dapat digunakan seumur hidup, dan tidak mempengaruhi atau mengganggu kehidupan suami istri (Hartanto, 2004).
- b. **Waktu pelaksanaan MOW** dapat dilakukan pada saat, Masa Interval (selama waktu siklus menstruasi), Pasca persalinan (post partum). Tubektomi pasca persalinan sebaiknya dilakukan dalam 24 jam, atau selambat lambatnya dalam 48 jam pasca persalinan, Pasca keguguran sesudah abortus dapat langsung dilakukan sterilisasi, waktu operasi membuka perut. Setiap operasi

yang dilakukan hendaknya harus dipikirkan apakah wanita tersebut sudah mempunyai indikasi untuk dilakukan sterilisasi. Hal ini harus diterangkan kepada pasangan suami istri karena kesempatan ini dapat dipergunakan untuk melakukan kontrasepsi mantap (Hartanto, 2004)

- c. Indikasi dilakukan MOW** yaitu sebagai berikut: 1) indikasi medis umum adanya gangguan fisik atau psikis yang akan menjadi lebih berat bila wanita ini hamil lagi; 2) gangguan fisik yang dialami seperti tuberculosis pulmonum, penyakit jantung, dan sebagainya; 3) gangguan psikis yang dialami yaitu seperti skizofrenia (psikosis), sering menderita psikosa nifas, dan lain-lain.; 4) indikasi medis obstetric yaitu toksemia gravidarum yang berulang, seksio sesarea yang berulang, histerektomi obstetri; 5) indikasi medis ginekologik pada waktu melakukan operasi ginekologik dapat pula dipertimbangkan untuk sekaligus melakukan sterilisasi; 6) indikasi sosial ekonomi adalah indikasi berdasarkan beban sosial ekonomi yang sekarang ini terasa bertambah berat (Hartanto, 2004).
- d. Kontraindikasi dalam melakukan MOW** yaitu dibagi 2 yang meliputi indikasi mutlak dan indikasi relatif. Kontraindikasi mutlak meliputi: peradangan dalam rongga panggul, peradangan liang senggama, kavum duaglas tidak bebas, ada perlekatan, kontraindikasi relative, obesitas berlebihan, bekas laparotomi (Kemenkes RI, 2018).
- e. Keuntungan dari kontrasepsi mantap** ini antara lain: perlindungan terhadap terjadinya kehamilan sangat tinggi, tidak mengganggu kehidupan suami istri, tidak mempengaruhi ASI, lebih aman

(keluhan lebih sedikit), praktis (hanya memerlukan satu kali tindakan), lebih efektif (tingkat kegagalan sangat kecil), lebih ekonomis (Hartanto, 2004).

f. Kerugian dalam menggunakan Kontrasepsi mantap yaitu antara lain, harus di pertimbangkan sifat permanen metode kontrasepsi ini tidak dapat dipulihkan kembali, klien dapat menyesal dikemudian hari, resiko komplikasi kecil meningkat apabila digunakan anastesi umum, rasa sakit/ketidnyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan, tidak melindungi diri dari IMS (Kutanegara, 2010).

2. Metode Operasi Pria (MOP)

Vasektomi adalah istilah dalam ilmu bedah yang terbentuk dari dua kata yaitu vas dan ektomi. Vasektomi adalah pemotongan sebagian (0,5cm-1cm) pada vasa deferensia atau tindakan operasi ringan dengan cara mengikat dan memotong vas deferens sehingga sperma tidak dapat lewat dan air mani tidak mengandung spermatozoa, sehingga tidak terjadi pembuahan, operasi berlangsung kurang lebih 15 menit dan pasien tak perlu dirawat. Sperma yang sudah dibentuk tidak akan dikeluarkan oleh tubuh, tetapi diserap dan dihancurkan oleh tubuh Metode kontrasepsi operati minor pada pria yang sangat aman, sederhana, singkat, dan tidak memerlukan anastesi umum. MOP juga memerlukan syarat yang harus dipenuhi calon peserta seperti halnya MOW. Vasektomi dalam sejarah medis pertama kali dilakukan pada tahun 1893 di Inggris. Pada mulanya, tindakan tersebut bertujuan untuk menanggulangi kelainan kelainan yang terjadi pada kelenjar prostat. Setelah itu vasektomi sering digunakan sebagai hukuman bagi pelaku kejahatan seksual, atau untuk

mencegah onani. Pada saat masa perang dunia kedua usai, vasektomi menjadi alat untuk ber-KB (Indrayani, 2014)

a. Jenis-jenis Metode Operasi Pria (MOP)

- 1) Vasektomi Tanpa Pisau (VTP atau No-scalpel Vasectomy)

Vasektomi tanpa pisau (diciptakan Key-Hole), di mana hemostat tajam, untuk menusuk skrotum, sehingga mampu mengurangi waktu penyembuhan serta menurunkan kesempatan infeksi (sayatan).

- 2) Vasektomi dengan insisi skrotum (tradisional)
Vasektomi dengan insisi skrotum, dimana dilakukan pembedahan kecil pada deferensia vasa manusia yang terputus, dan kemudian diikat / ditutup dengan cara seperti itu untuk mencegah sperma dari memasuki aliran mani (ejakulasi).
- 3) Vasektomi semi permanen
Vasektomi Semi Permanen yakni vas deferens yang diikat dan bisa dibuka kembali untuk berfungsi secara normal kembali dan tergantung dengan lama tidaknya pengikatan vas deferens, karena semakin lama vasektomi diikat, maka keberhasilan semakin kecil, sebab vas deferens yang sudah lama tidak dilewati sperma akan menganggap sperma adalah benda asing dan akan menghancurkan benda asing

b. Keuntungan dan kerugian menggunakan Metode Operasi Pria (MOP)

Keuntungan menggunakan metode KB Metode Operasi Pria (MOP) atau vasektomi yaitu lebih efektif, aman bagi pengguna, sederhana, waktu operasi cepat hanya memerlukan waktu 5-10

menit, menggunakan anestesi lokal, biaya rendah hingga gratis, secara budaya sangat dianjurkan untuk negara yang penduduk wanitanya malu ditangani tenaga medis pria. Keuntungan lainnya yaitu komplikasi yang dijumpai sedikit dan ringan, baik dilakukan oleh laki-laki yang tidak ingin punya anak dan tidak mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menikmati hubungan seksual.

c. Kerugian kontrasepsi mantap pria yaitu diperlukan suatu tindakan operatif, kadang-kadang menyebabkan komplikasi seperti rasa nyeri dan tidak nyaman, bengkak, perdarahan atau infeksi dan tidak memberikan perlindungan terhadap infeksi menular seksual dan HIV. Kontrasepsi mantap pria belum memberikan perlindungan total sampai semua spermatozoa yang sudah ada di dalam system reproduksi distal dari tempat oklusi vas deferens dikeluarkan, sehingga pasien diminta untuk memakai kondom terlebih dahulu untuk membersihkan tabung dari sisa sperma yang ada. Mengetahui yang steril atau tidak, pemeriksaan mikroskopis biasanya dilakukan 16 minggu setelah operasi dengan 24 kali ejakulasi (Indrayani, 2014).

d. Efek samping Metode Operasi Pria (MOP)

Efek samping pada pengguna vasektomi tidak memiliki efek yang bersifat merugikan, sperma yang diproduksi akan kembali diserap tubuh tanpa menyebabkan gangguan metabolisme, rasa nyeri atau ketidaknyamanan akibat pembedahan yang biasanya hanya berlangsung beberapa hari, infeksi akibat perawat bekas operasi yang tidak bagus atau disebabkan karena dari lingkungan luar bukan dari vasektomi dan vasektomi tidak

berpengaruh terhadap kemampuan laki-laki untuk melakukan hubungan seksual (Indrayani, 2014).

e. Indikasi dan kontraindikasi Metode Operasi Pria (MOP)

- 1) Indikasi MOP yaitu menunda kehamilan, mengakhiri kesuburan, membatasi kehamilan dan setiap pria, suami dari suatu pasangan usia subur yang telah memiliki jumlah anak cukup dan tidak ingin menambah anak.
- 2) Kontra indikasi MOP yaitu infeksi kulit lokal misalnya scabies, infeksi traktus genitalia, kelainan skrotum atau sekitarnya (varicocele, hydrocele besar, filariasis, hernia inguinalis, orchiopexy, luka parut bekas operasi hernia, skrotum yang sangat tebal), penyakit sistemik (penyakit-penyakit perdarahan, diabetes mellitus, penyakit jantung koroner yang baru) dan riwayat perkawinan, psikologi atau seksual yang tidak stabil.

f. Komplikasi Metode Operasi Pria (MOP)

Komplikasi yang terjadi pada pria yang menggunakan Metode Operasi Pria (MOP) antara lain :

- 1) Komplikasi minor : 5% dan 10% pria mengalami masalah lokal minor setelah prosedur. Setelah efek anestesia lokal hilang (sekitar dua jam), pasien akan merasa sedikit tidak nyaman yang biasanya dibantu dengan mengkonsumsi penghilang rasa sakit ringan (paracetamol atau aspirin). Sebagian besar pria menyadari adanya pembengkakan dan

memar ringan di sekitar area operasi yang berlangsung selama beberapa hari. Terkadang terjadi infeksi dan membutuhkan antibiotik. Apabila merasakan adanya nyeri, bengkak atau kemerahan yang menetap, segera hubungi dokter umum.

- 2) Komplikasi mayor : hematoma (terjadi masa bekuan darah dalam kantong skrotum yang berasal dari pembuluh darah yang pecah), terapi untuk hematoma kecil adalah kompres es dan istirahat beberapa hari, untuk hematoma besar skrotum kembali dibuka, ikat pembuluh darah dan lakukan drainase. Komplikasi lainnya yaitu infeksi, sperm granuloma (bocornya spermatozoa kedalam jaringan sekitarnya). Terapi untuk granuloma yang kecil adalah kompres es, istirahat cukup, dan pemberian NSAID, dan untuk granuloma besar harus dilakukan eksisi (Wiknjosastro, 2014). Komplikasi awal vasektomi meliputi hematoma dan infeksi, dengan kejadian rata-rata pada laporan yang dipublikasikan yaitu sekitar 2% dan 3,4%. Nyeri testis kronis atau sindrom nyeri post vasektomi adalah salah satu komplikasi vasektomi postoperatif yang paling sering dialami oleh pasien post vasektomi (Indrayani, 2014).

g. Syarat melakukan Metode Operasi Pria

Syarat untuk melakukan vasektomi antara lain:

- 1) Syarat sukarela yaitu klien benar-benar bersedia memakai kontrasepsi mantap secara sukarela, tidak ada paksaan dan klien telah mengetahui semua yang berhubungan dengan kontrasepsi mantap.

- 2) Syarat bahagia yaitu perkawinan sah dan harmonis, memiliki anak hidup dua orang, umur anak terkecil > 2 tahun, keadaan fisik dan mental anak sehat, mendapat persetujuan istri dan umur istri 25-45 c. Syarat sehat yaitu dilakukan melalui pemeriksaan pra-bedah oleh dokter.

Hingga saat ini belum ada kontrasepsi yang 100% ideal (Indrayani, 2014). Ciri-ciri suatu kontrasepsi ideal meliputi daya guna, aman, murah, estetik, mudah didapat, tidak memerlukan motivasi terus-menerus, dan efek samping minimal. Banyak hal yang harus dipertimbangkan dalam pemilihan kontrasepsi agar dapat memenuhi kebutuhan dan keinginan masyarakat (Handayani, 2010). Hal ini menunjukkan perlunya usaha lebih optimal untuk meningkatkan minat menggunakan kontrasepsi jangka panjang, sesuai kebijakan pemerintah. Dengan menggunakan kontrasepsi jangka panjang, pengguna tidak perlu sering-sering pergi ke tempat pelayanan KB. Kondisi ini juga sekaligus dapat menurunkan tingkat putus pakai kontrasepsi. Untuk itu, kualitas, dan efektivitas kontrasepsi perlu diperhatikan (Asih dan Oesman, 2009).

Daftar Pustaka

- Asih dan Oesman. (2009). Faktor-faktor yang mempengaruhi pemakaian metode kontrasepsi jangka panjang. Jakarta: Puslitbang KB dan Kesehatan Reproduksi Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional.
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. (2020). Sejarah Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional [Internet]. [cited 2020 June 26]. Available from: <https://www.bkkbn.go.id/pages/sejarah-bkkbn>
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional. (2018). Jurnal Keluarga: Waspada Ledakan Penduduk; 2018
- Badan Pusat Statistik. (2020) Proyeksi penduduk Indonesia 2010-2035 [Internet]. 2013 [cited 2020 June 25]. Available from: <https://www.bps.go.id/publication/2013/10/07/053d25bed2e4d62aab3346ec/proyeksi-penduduk-indonesia-2010-2035.html> 6
- Badan Pusat Statistik. (2017) Laju pertumbuhan penduduk menurut provinsi [Internet]. 2017 [cited 2020 June 25]. Available from: <https://www.bps.go.id/statictable/2009/02/20/1268/laju-pertumbuhan-penduduk-menurut-provinsi.html> 8.
- Badan Pusat Statistik. (2020). Total fertility rate [Internet]. 2020 [cited 2020 June 26]. Available from: <https://sirusa.bps.go.id/sirusa/index.php/indikator/1156> 9.
- Badan Pusat Statistik. (2012). Angka fertilitas total menurut provinsi 1971, 1980, 1990, 1991, 1994, 1997, 2000, 2002, 2007, 2010 dan 2012 [Internet]. 2014 [cited 2020 June 27]. Available from:

<https://www.bps.go.id/statictable/2009/02/20/1271/angka-fertilitas-total-menurut-provinsi-1971-1980-1985-1990-1991-1994-1997-1998-1999-2000-2002-2007-2010-dan-2012.html> 10.

BKKBN. (2011). Arah Kebijakan dan Strategi Program Kependudukan dan KB Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.

Biran Affandi, et.al., (2012). Buku Layanan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo,

Department of Economic and Social Affairs United Nations. World Population Prospect 2019. Population Dynamics. 2020 3.

Handayani S.(2010). Buku ajar pelayanan KB. Pustaka Rihana;

Hartanto H. (2004). Keluarga berencana dan kontrasepsi. Pustaka Sinar Harapan

Indrayani, (2014).Vasektomi Tindakan sederhana dan Menguntungkan Bagi Pria, Jakarta: CV Trans Info Media,

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.(2013. Buletin jendela data dan informasi kesehatan, kesehatan reproduksi. Jakarta; 2013(2). 11.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Pedoman Manajemen Pelayanan Keluarga Berencana. Jakarta;

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2018). Pelayanan kontrasepsi. Profil Kesehatan Republik Indonesia;

Kutanegara PM. (2010). Keluarga berencana dan kesehatan reproduksi. Pustaka Pelajar

Statistik Indonesia. (2019). Badan pusat statistik [Internet]. 2020 [cited 2020 June 25]. Available from: <https://www.bps.go.id/subject/12/kependudukan.html> 7.

The World Bank. (2020). World development indicators [Internet]. [cited 2020 June 25]. Available from: <http://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/> 2.

Wiknjosastro H.(2014). Ilmu kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.

Profil penulis



Dr. Robi Adikari Sekeon, SKM., M.Kes., MM

Penulis dibesarkan bersama 4 (empat) keluarga kandung yang saat itu program Keluarga Berencana belum berjalan dengan baik. Penulis mengawali Pendidikan tinggi di Akper Manado dan lulus tahun 1989. Selanjutnya mengambil jurusan Administrasi Kebijakan Kesehatan di STIK IJ Palu dan lulus pada tahun 2001. Penulis mengambil Magister Kesehatan di Universitas Hasanuddin Jurusan Promosi Kesehatan dan lulus pada tahun 2008. Bersamaan dengan itu penulis juga mengambil Magister Manajemen di Universitas tadulako dan lulus pada tahun 2009. Selanjutnya penulis mengambil Pendidikan S3 di UMI Makasar dan mendapat gelar Doktor di bidang Manajemen pada tahun 2016. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di STIKes Bala Keselamatan Palu dan aktif dalam mengajar di bidang keperawatan dan Kesehatan. Selain sebagai seorang dosen, penulis juga menjalankan Tri Dharma Perguruan Tinggi secara aktif dengan melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat. Penulis juga dipercayakan oleh Gereja Bala Keselamatan untuk menjadi Direktur Pendidikan Tinggi Bala Keselamatan di Indonesia sejak tahun 2021 – sekarang. Pengalaman menulis akan terus penulis tingkatkan untuk membagi ilmu dan mencerdaskan anak bangsa.

Email Penulis: eslinmua@gmail.com

PENANGGULANGAN AKSEPTOR BERMASALAH

Bdn. Dian Fitriyani, S.ST., M.Keb
Politeknik Bhakti Asih Purwakarta

Pendahuluan

Setiap metode kontrasepsi yang ditawarkan memiliki keunggulan dan kekurangan. Respon di tubuh akseptor berbeda-beda sesuai dengan keadaan kesehatannya secara menyeluruh. Kekurangan dari metode kontrasepsi yang ditawarkan diantaranya bahwa metode kontrasepsi memiliki angka kegagalan dan memiliki efek samping penggunaan, serta komplikasi yang dapat timbul akibat dari interaksi metode KB dengan keadaan akseptor (penyakit, obat yang dikonsumsi, gaya hidup). Namun dalam hal ini, setiap efek samping dan komplikasi yang ditimbulkan dari penggunaan metode kontrasepsi, dapat diatasi/ditanggulangi. Bidan sebagai salah satu pemberi pelayanan KB di masyarakat, juga bertugas menangani efek samping/komplikasi yang dialami akseptor atas penggunaan metode kontrasepsi, sesuai dengan kewenangannya. (Arum, 2011).

Penanganan Efek Samping Metode KB Sederhana

1. Kondom

- a. Iritasi lokal pada penis: pastikan pada kondom tidak terdapat bahan tambahan, jika timbul reaksi pada setiap penggunaan, gunakan metode lain dan bantu klien memilih metode lain.
- b. Kondom rusak atau bocor sebelum pemakaian: buang dan pakai kondom yang baru atau gunakan spermisida.
- c. Kondom bocor saat berhubungan: pertimbangkan pemberian *Morning After Pil*. (Joewono, 1995)
- d. Mengurangi kenikmatan berhubungan seksual: gunakan kondom yang lebih tipis atau ganti metode kontrasepsi lain.

2. Diafragma

- a. Infeksi saluran kemih: berikan antibiotik, sarankan mengosongkan kandung kemih pasca senggama atau gunakan metode kontrasepsi lain.
- b. Rasa nyeri pada tekanan terhadap kandung kemih/rektum: lakukan penilaian kesesuaian ukuran forniks dan diafragma, bila terlalu besar, coba ukuran yang lebih kecil. Lakukan *follow up* masalah yang telah ditangani.
- c. Timbul cairan vagina yang berbau: periksa adanya IMS (Infeksi Menular Seksual) atau benda asing dalam vagina. Sarankan lepas segera diafragma pasca senggama. Apabila kemungkinan ada IMS, lakukan pemrosesan alat sesuai dengan pencegahan infeksi.
- d. Luka dinding vagina akibat tekanan pegas diafragma: hentikan penggunaan diafragma untuk sementara dan gunakan metode lain. Bila

sudah sembuh, periksa kesesuaian ukuran forniks dan diafragma (Joewono, 1995).

Penanganan Efek Samping Metode KB Modern

1. Pil

a. Terjadi Amenorrhea

- 1) Pastikan hamil atau tidak, jika tidak hamil maka tidak diperlukan tindakan khusus, cukup lakukan konseling.
- 2) Bila amenorrhoe berlanjut, atau hal tersebut membuat klien khawatir, maka lakukan rujukan ke dokter kandungan.
- 3) Bila hamil, hentikan pil, lanjutkan kehamilan dan yakinkan klien bahwa pil yang telah diminumnya tidak memberikan efek terhadap janin. (Saifuddin, 2008).
- 4) Bila diduga terjadi kehamilan ektopik, lakukan rujukan.

b. Perdarahan Bercak / Spotting

- 1) Lakukan tes kehamilan atau pemeriksaan ginekologik.
- 2) Apabila tidak menimbulkan masalah kesehatan/tidak hamil, tidak perlu tindakan khusus.
- 3) Jelaskan kembali bahwa efek samping ini biasa terjadi pada penggunaan 3 bulan pertama dan akan berhenti.
- 4) Apabila klien tetap tidak menerima keadaan tersebut, bantu memilih metode kontrasepsi lain. (Saifuddin, 2008).

c. Mual, Pusing/Muntah

Tes kehamilan atau pemeriksaan ginekologi, bila tidak hamil berikan konseling cara minum pil yang benar.

2. Suntik

a. Amenorrhoe

- 1) Jelaskan kembali efek samping KB suntik.
- 2) Pastikan kehamilan, jika tidak hamil maka tidak perlu diberi pengobatan khusus, jelaskan bahwa darah haid tidak berkumpul dalam rahim.
- 3) Bila klien tidak menerima kelainan haid tersebut, suntikan sebaiknya tidak dilanjutkan, bantu klien memilih jenis alat kontrasepsi yang lain.
- 4) Bila klien hamil, hentikan penyuntikan dan jelaskan bahwa hormon yang terdapat dalam suntik KB sedikit sekali pengaruhnya terhadap janin. (Saifuddin, 2008)

b. Perdarahan

- 1) Bahwa perdarahan ringan/bercak (*spotting*) sering dijumpai, namun tidak berbahaya. Apabila tetap berlanjut lebih dari 3 bulan pemakaian, perlu dicari penyebab perdarahan tersebut. Sedangkan apabila tidak ditemukan penyebabnya, maka tanyakan pada klien apakah masih tetap ingin menggunakan metode kontrasepsi suntik, jika tidak bantu klien memilih metode kontrasepsi yang lain (Saifuddin, 2008).
- 2) Bila ditemukan penyakit radang panggul atau penyakit akibat hubungan seksual, klien

perlu diberi pengobatan yang sesuai, klien dapat terus melanjutkan penggunaan kontrasepsi suntik.

- 3) Bila perdarahan banyak/memanjang (lebih dari 8 hari) atau dua kali lebih banyak dari perdarahan yang biasanya dialami pada siklus haid normal, jelaskan bahwa hal tersebut biasa terjadi pada bulan pertama suntikan (Saifuddin, 2008).
- 4) Bila gangguan tersebut menetap, perlu dicari penyebabnya, dan bila ditemukan kelainan ginekologik, klien perlu diobati/dirujuk.
- 5) Bila perdarahan yang terjadi tidak dapat diterima klien/mengancam kesehatan klien, maka hentikan penyuntikan, bantu klien memilih metode kontrasepsi yang sesuai (Saifuddin, 2008).

3. Implant

a. Amenorrhea

- 1) Pastikan kehamilan, apabila tidak hamil, lakukan konseling tidak perlu penanganan khusus.
- 2) Bila klien tidak dapat menerima keadaannya, cabut implant dan anjurkan menggunakan kontrasepsi lain.
- 3) Bila terjadi kehamilan, dan klien ingin melanjutkan kehamilan, cabut implant dan jelaskan bahwa hormon progesterin sintetik pada implant tidak berbahaya bagi janin.
- 4) Bila diduga terjadi kehamilan ektopik, rujuk klien.

b. Perdarahan Bercak / Spotting

- 1) Jelaskan kembali bahwa perdarahan ringan/bercak sering ditemukan terutama pada tahun pertama penggunaan.
- 2) Bila klien tetap saja mengeluh dan merasa tidak nyaman atas keluhannya dan ingin tetap melanjutkan pemakaian, maka dapat diberikan pil kombinasi selama satu siklus dan berikan Ibuprofen 3x800mg selama 5 hari, perdarahan akan terjadi setelah pil kombinasi habis.
- 3) Apabila terjadi perdarahan lebih dari biasanya, maka berikan 2 tablet pil kombinasi untuk 3 – 7 hari dan kemudian dilanjutkan dengan satu siklus pil kombinasi, dan atau berikan 50µg ethynilestradiol atau 1,25mg estrogen equein konjugasi untuk 14 – 21 hari.

c. Ekspulsi Batang Implan

- 1) Cabut kapsul yang ekspulsi, periksa apakah kapsul yang lain masih di tempat, dan apakah terdapat tanda-tanda infeksi pada daerah insisi.
- 2) Apabila tidak ditemukan adanya tanda-tanda infeksi dan kapsul yang lain masih berada pada tempatnya, pasang kapsul baru satu buah pada tempat insersi yang berbeda.
- 3) Bila ada infeksi, cabut seluruh kapsul yang ada dan pasang kapsul baru pada lengan yang lain, atau anjurkan klien menggunakan metode kontrasepsi lain.

d. Infeksi Pada Daerah Insersi

- 1) Bila terjadi infeksi tanpa nanah, bersihkan dengan sabun dan air, kemudian berikan antiseptik, lalu berikan antibiotik oral yang sesuai untuk 7 hari.
- 2) Untuk sementara implant tidak dilepas, ditunggu satu minggu, klien diinstruksikan kembali dalam satu minggu.
- 3) Apabila setelah satu minggu keadaan luka tidak membaik, cabut implant dan pasang implant yang baru pada sisi lengan yang lain atau cari metode kontrasepsi lain yang sesuai.
- 4) Apabila ditemukan abses, bersihkan dengan antiseptic, lakukan insisi dan alirkan pus keluar, cabut implant, lakukan perawatan luka, dan berikan antibiotika oral yang sesuai selama 7 hari.

e. Berat Badan Naik/ Turun

- 1) Informasikan kembali pada klien tentang efek samping implant terhadap peningkatan berat badan, apabila terjadi perubahan berat badan 1-2 kg, maka hal ini masih dapat dikatakan normal.
- 2) Kaji ulang diet klien apabila terjadi perubahan berat badan 2 kg atau lebih.
- 3) Apabila perubahan berat badan ini tidak dapat diterima, maka bantu klien mencari metode kontrasepsi lain.

4. Intra Uterine Devices (IUD)

a. Perdarahan

- 1) Yakinkan klien bahwa jumlah darah haid atau perdarahan diantara haid menjadi lebih banyak pada pengguna AKDR terutama pada beberapa bulan pertama.
- 2) Lakukan evaluasi penyebab-penyebab perdarahan lainnya dan lakukan penanganan yang sesuai jika diperlukan.
- 3) Jika tidak ditemukan penyebab lainnya, beri NSAID (*Non Steroid Anti Inflammatory*) seperti ibuprofen selama 5-7 hari.
- 4) Jika perdarahan masih terjadi dan klien merasa sangat terganggu, tawarkan metode pengganti bila klien ingin menghentikan penggunaan AKDR.

b. Kram dan Nyeri

- 1) Jelaskan bahwa spasme otot rahim dan dismenorhoe dapat terjadi pada pengguna AKDR, khususnya dalam beberapa bulan pertama.
- 2) Cari penyebab perdarahan dan beri penanganan yang sesuai jika diperlukan.
- 3) Jika tidak ditemukan penyebab yang lainnya, lakukan rujukan, sementara berikan Asetaminophen atau Ibuprofen setiap hari pada beberapa hari pertama menstruasi.
- 4) Jika perdarahan masih terjadi dan klien merasa sangat terganggu, tawarkan metoda pengganti bila klien ingin menghentikan penggunaan AKDR.

c. Penanganan Keluhan Benang AKDR

- 1) Jelaskan bahwa keluhan ini umum terjadi dan bukan masalah yang serius. Petugas akan mencoba untuk memeriksa kembali dan mencoba menghilangkan keluhan yang ada.
- 2) Pastikan AKDR terpasang baik dan tidak ada bagian-bagian yang terlepas sebagian.
- 3) Jika AKDR terpasang baik pada tempatnya, lakukan perbaikan dengan menggunting benang hingga tidak menimbulkan gangguan atau terlepas AKDR apabila setelah perbaikan masih ada keluhan.
- 4) Saat dilakukan perbaikan benang dengan memotong benang, maka guntinglah benang dengan tepat sehingga tidak menonjol keluar dari mulut rahim (muara cerviks). Jelaskan pula bahwa benang AKDR tidak lagi keluar dari mulut rahim dan pasangannya tidak akan merasakan juluran benang tersebut. Kemudian buatlah catatan untuk klien bahwa benang telah terpotong rata setinggi permukaan cerviks (penting dicantumkan guna kemudahan saat mencabut AKDR).

Penanganan Efek Samping Metode Kontrasepsi Mantap (Kontap)

1. Tubektomi

a. Reaksi Alergi Anestesi

- 1) Menjelaskan sebab terjadinya bahwa adanya reaksi hipersensitif atau alergi karena masuknya larutan anestesi lokal ke dalam sirkulasi darah atau pemberian anestesi lokal yang melebihi dosis (BKKBN, 2004).

- 2) Reaksi ini dapat terjadi pada saat dilakukan tindakan operasi baik operasi besar atau kecil.

b. Infeksi atau Abses pada Luka

Menjelaskan sebab terjadinya karena tidak terpenuhinya standar sterilitasi alat dan ruangan operasi serta pencegahan infeksi, atau kurang sempurnanya teknik perawatan luka pasca operasi.

c. Perforasi Rahim

- 1) Menjelaskan sebab terjadinya, karena elevator rahim didorong terlalu kuat ke arah yang salah, teknik operasi yang cukup sulit dan peralatan yang kurang memadai, serta keadaan anatomi tubuh yang rumit (biasanya posisi rahim hiperretrofleksi, adanya perlengketan pada rahim, dan pasca keguguran).
- 2) Terangkan mengenai teknik yang dipakai pada tubektomi serta anatomi tubuh manusia.

d. Perlukaan Kandung Kencing

- 1) Menjelaskan sebab terjadinya, karena tidak sempurnanya pengosongan kandung kencing.
- 2) Terangkan mengenai teknik yang dipakai pada tubektomi serta anatomi tubuh manusia.

e. Perlukaan Usus

- 1) Menjelaskan sebab terjadinya karena tindakan yang tidak sesuai prosedur, teknik operasi yang cukup sulit dan peralatan yang kurang memadai, serta keadaan anatomi tubuh yang rumit.

- 2) Terangkan mengenai teknik yang dipakai pada tubektomi serta anatomi tubuh manusia.

f. Perdarahan Mesosalping

Menjelaskan sebab terjadinya karena terpotongnya pembuluh darah di daerah mesosalping (BKKBN, 2004).

2. Vasektomi

a. Reaksi Alergi Anestesi

Reaksi ini terjadi karena adanya reaksi hipersensitif/alergi karena masuknya larutan anestesi lokal ke dalam sirkulasi darah atau pemberian anestesi lokal yang melebihi dosis. Penanggulangan dan pengobatannya adalah dengan Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) untuk menjelaskan sebab terjadinya reaksi (BKKBN, 2004).

b. Perdarahan

- 1) Biasanya terjadi perdarahan pada luka insisi di tempat operasi, dan perdarahan dalam skrotum. Penyebab terjadinya perdarahan tersebut karena terpotongnya pembuluh darah di daerah saluran mani dan atau daerah insisi.
- 2) Penanggulangannya perdarahan dihentikan dengan penekanan pada pembuluh darah yang luka apabila terjadi pada saat operasi.

c. Hematoma

Hematoma ditandai dengan adanya bengkak kebiruan pada luka insisi kulit skrotum. Hal ini disebabkan karena pecahnya pembuluh darah kapiler. Penanggulangannya dilakukan dengan

tindakan medis yaitu memberikan kompres hangat, kemudian beri penyangga skrotum, dan bila perlu dapat diberikan salep anti hematoma.

d. Infeksi

Gejala/keluhan apabila terjadi infeksi yaitu adanya tanda-tanda infeksi seperti panas, nyeri, bengkak, merah dan bernanah pada luka insisi pada kulit skrotum. Penyebab infeksi ini karena tidak dipenuhinya standar sterilisasi peralatan, standar pencegahan infeksi dan kurang sempurnanya teknik perawatan pasca operasi (BKKBN, 2004).

e. Granuloma Sperma

- 1) Granuloma sperma yaitu adanya benjolan kenyal yang kadang disertai rasa nyeri di dalam skrotum. Penyebabnya adalah keluarnya spermatozoa dari saluran dan masuk ke dalam jaringan sebagai akibat tidak sempurnanya ikatan vas deferens.
- 2) Apabila granuloma sperma kecil akan diabsorpsi spontan secara sempurna. Bila granuloma besar rujuk ke RS untuk dilakukan eksisi sperma granuloma dan mengikat kembali vas deferens, namun biasanya akan sembuh sendiri. Rasa nyeri dapat diatasi dengan pemberian analgetik (BKKBN, 2004).

f. Gangguan Penis

- 1) Meningkatnya gairah seksual (libido) dan menurunnya kemampuan ereksi (impotensi) merupakan keluhan yang sering dialami oleh pria setelah operasi. Kemungkinan besar disebabkan oleh gangguan psikologis (baik

yang meningkat libidonya ataupun yang impotensi), karena secara biologis pada vasektomi produksi testoteron tidak terganggu sehingga libido (nafsu seksual) tetap ada (BKKBN, 2004).

- 2) Penanggulangan dari efek samping ini tidak perlu dilakukan tindakan medis, namun perlu dilakukan psikoterapi.

Rujukan Akseptor KB Bermasalah

Pada beberapa laporan ilmiah dijelaskan bahwa terjadi peningkatan akseptor Metode Kontrasepsi Efektif Terpadu (MKET), yang berupa metode kontrasepsi hormonal, IUD dan steril. Dengan meningkatnya jumlah akseptor KB tersebut, maka pemerintah/ pemberi pelayanan KB dituntut untuk meningkatkan pelayanan yang lebih tinggi kualitasnya dan suatu upaya pengayoman akseptor yang lebih baik. Dalam rangka peningkatan kualitas layanan dan upaya pengayoman akseptor ini, maka sistim rujukan merupakan salah satu hal yang penting yang perlu diketahui oleh setiap elemen yang terkait dengan pelayanan KB (petugas, calon/akseptor, lembaga, dan masyarakat). (Hartanto, 2004).

Sistem rujukan dalam mekanisme pelayanan MKET merupakan suatu sistim pelimpahan tanggung jawab timbal balik, baik secara vertikal maupun horizontal kepada fasilitas/unit pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau dan rasional, serta tidak dibatasi oleh wilayah administrasi, yang terjadi pada kasus atau masalah yang berhubungan dengan penggunaan MKET. Unit pelayanan yang dimaksud disini yaitu menurut tingkat kemampuan dari yang paling sederhana berturut-turut ke unit pelayanan yang paling mampu. (Hartanto, 2004)

a. Tujuan Rujukan

- 1) Terwujudnya suatu jaringan pelayanan MKET yang terpadu disetiap tingkat wilayah, sehingga setiap unit pelayanan memberikan pelayanan secara berhasil guna dan berdaya guna maksimal, sesuai dengan tingkat kemampuannya masing-masing.
- 2) Peningkatan dukungan terhadap arah dan pendekatan gerakan KB Nasional dalam hal perluasan jangkauan dan pembinaan peserta KB dengan pelayanan yang makin bermutu tinggi serta pengayoman penuh kepada masyarakat. (Hartanto, 2004).

b. Jenis Rujukan

Rujukan MKET dapat dibedakan atas 3 jenis yaitu sebagai berikut :

1. Pelimpahan kasus
2. Pelimpahan pengetahuan dan keterampilan
3. Pelimpahan bahan-bahan penunjang diagnostik (Varney, 2007).

c. Sasaran Rujukan

1. Sasaran Obyektif
 - a) PUS yang akan memperoleh pelayanan MKET
 - b) Peserta KB yang akan ganti cara ke MKET
 - c) Peserta KB MKET untuk mendapatkan pengamatan lanjutan. (Arum, 2011)
2. Sasaran subyektif

Petugas-petugas pelayanan MKET di semua tingkat wilayah. (Varney, 2007)

d. Tata Laksana Rujukan

1. Internal antar petugas di satu Puskesmas
2. Antara Puskesmas Pembantu dan Puskesmas
3. Antara masyarakat dan Puskesmas
4. Antara satu Puskesmas dan Puskesmas yang lain
5. Antara Puskesmas dan Rumah Sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatan yang lain
6. Internal antara bagian/unit pelayanan di dalam satu rumah sakit
7. Antar rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan lain dan Rumah Sakit, Laboratorium atau fasilitas pelayanan yang lain.

Rujukan bukan berarti melepaskan tanggung jawab dengan menyerahkan klien-klien ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, akan tetapi karena kondisi klien yang mengharuskan pemberian pelayanan yang lebih kompeten dan bermutu melalui upaya rujukan. Untuk itu, dalam melaksanakan rujukan harus telah pula diberikan: (Varney, 2007)

1. Konseling tentang kondisi klien-klien yang menyebabkan perlu dirujuk
2. Konseling tentang kondisi yang diharapkan diperoleh di tempat rujukan
3. Informasi tentang fasilitas pelayanan kesehatan tempat rujukan yang dituju
4. Pengantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang dituju mengenai kondisi klien saat ini, riwayat kesehatan sebelumnya, serta upaya/tindakan yang telah diberikan

5. Bila perlu diberikan upaya mempertahankan keadaan umum klien
6. Bila perlu, karena kondisi klien, dalam perjalanan menuju tempat rujukan harus didampingi perawat/bidan
7. Menghubungi fasilitas pelayanan tempat rujukan dituju agar memungkinkan segera menerima rujukan klien. (Varney, 2007)

Fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima rujukan, setelah memberikan upaya penanggulangan dan kondisi klien telah memungkinkan, harus segera mengembalikan klien ke tempat fasilitas pelayanan asalnya dengan terlebih dahulu memberikan:

1. Konseling tentang kondisi klien sebelum dan sesudah diberi upaya penanggulangan.
2. Nasehat yang perlu diperhatikan klien mengenai kelanjutan penggunaan kontrasepsi
3. Pengantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang merujuk mengenai kondisi klien berikut upaya penanggulangan yang telah diberikan serta saran-saran upaya pelayanan lanjutan yang harus dilaksanakan, terutama tentang penggunaan kontrasepsi. (Hartanto, 2004).

Simpulan

Beberapa efek samping yang ditimbulkan dari penggunaan metode kontrasepsi idealnya dapat diatasi oleh akseptor dengan tepat. Untuk itu diperlukan kemampuan bidan dalam memberikan konseling kepada akseptor tentang penanganan efek samping dan komplikasi dari setiap metode kontrasepsi. Motivasi dan apresiasi dari bidan sebagai salah satu pemberi pelayanan KB di masyarakat yang cukup berpengaruh penting

diberikan kepada akseptor atas keikutsertaannya menjadi bagian dari proram KB. Bidan juga dituntut untuk dapat melakukan kerja sama dengan pemberi pelayanan KB yang lain. Hal ini sebagai upaya penanganan rujukan KB yang adekuat atas penanganan komplikasi yang mungkin timbul yang bukan menjadi kewenangan bidan (Hartanto, 2004).

Daftar Pustaka

- Arum, D. (2011). *Panduan Lengkap Pelayanan KB Terkini*. Jogjakarta: Nuha Medika.
- BKKBN. (2004). *Panduan Upaya Peningkatan Peserta Kontrasepsi Mantap*. Jakarta: BKKBN.
- Hartanto, H. (2004). *Panduan Upaya Peningkatan Peserta Kontrasepsi Mantap*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Joewono. (1995). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Saifuddin. (2008). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka.
- Varney, H. (2007). *Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC.

Profil Penulis



Bdn. Dian Fitriyani, S.ST., M.Keb

Penulis lahir di Indramayu tanggal 16 Maret 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan, Politeknik Bhakti Asih Purwakarta. Penulis telah Menyelesaikan pendidikan D3, D4 dan Magister Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung dan melanjutkan Profesi Kebidanan di Universitas Kadiri. Penulis aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan sejak Februari 2011.

Anak pertama dari empat bersaudara dari pasangan Tisno Hadi Saputra dan Khumaeroh ini, mempunyai hobby di Bidang Fotografi dan Travelling, selain aktif mengajar, penulis merupakan seorang Bidan yang juga anggota IBI (Ikatan Bidan Indonesia) cabang Kota Indramayu. Selain menulis buku Adapun buku yang sudah diterbitkan yaitu : Kebutuhan Gizi Seimbang, Epidemiologi Gizi dan Asuhan Kebidanan penulis juga aktif sebagai pembimbing mahasiswa, *clinical instructure* dan aktif melakukan penelitian dan pengabdian kepada Masyarakat. Beberapa penelitian yang telah dilakukan yang didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga oleh Kemenristek DIKTI. Selain itu, penulis juga merupakan seorang istri sekaligus ibu dari satu orang anak Bernama Arsyah Ahmad Alfatih, Penulis juga seorang Bidan entrepreneur yang membuka TPMB serta owner dari D&A Mom and Babyspa, ilmu yang di dapat harapannya bisa bermanfaat bagi masyarakat sekitar khususnya, serta bagi agama, bangsa dan negara umumnya.

Email: dfy.fitriyani@gmail.com

- 1 KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI
Yulianti Anwar
- 2 KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERSPEKTIF GENDER
Sri Purwiningsih
- 3 DIMENSI SOSIAL PEREMPUAN DAN PERMASALAHANNYA
Meilin Anggreyni
- 4 MASALAH YANG LAZIM PADA REPRODUKSI WANITA
Fitri Arni HR
- 5 KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA
Beauty Octavia Mahardany
- 6 MASALAH KESEHATAN LANJUT USIA
Andi Nasir
- 7 MENOPAUSE
Estelle Lilian Mua
- 8 POSYANDU LANJUT USIA
Ni Putu Aryani
- 9 SEJARAH DAN PROGRAM KB DI INDONESIA
Ervin Rufaindah
- 10 METODE SEDERHANA
Rizky Febriyanti Supriadi
- 11 METODE MODERN DAN METODE STERILISASI
Robi Adikari Sekeon
- 12 PENANGGULANGAN AKSEPTOR BERMASALAH
Dian Fitriyani

Editor :

Ashriady

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

