

BUNGA RAMPAI

# PELAYANAN KELUARGA BERENCANA



Sesca Diana Solang, S.SiT, M.Kes  
Nurdahliana., S.K.M, M.Kes, CHE  
Evi Avicenna Agustin, AM. Keb., S. Si. T., M.KM  
Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kep  
Adriana M.S Boimau, SST., M.Kes  
Andi Syintha Ida, S.ST., M.Kes  
Dewi Syafitriani, SKM., MKM  
Hapisah, S.Si.T., MPH  
Isye Fadmiyanor, S.Si.T, Bdn, M.Kes

Hafsah Us, S.SiT., M.Kes  
dr. Vyanda Sri Weningtyas  
Lina Marlina, SST, M.Kes  
Nurbaiti, SKM, M. Kes  
Freike S. N Lumy, S.SiT, M.Kes  
Serlyansie V. Boimau, SST., M.Pd  
Berlina Putrianti, S.ST., M.Kes  
Marieta Kristina Sulastiawati Bai, S.Si.T., M.Kes  
Iyam Manueke, SSiT., M.Kes

**BUNGA RAMPAI**  
**PELAYANAN KELUARGA BERENCANA**

Sesca Diana Solang, S.SiT, M.Kes  
Nurdahlia, S.K.M, M.Kes, CHE  
Evi Avicenna Agustin, AM. Keb., S. Si. T., M.KM  
Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kep  
Adriana M.S Boimau, SST., M.Kes  
Andi Syntha Ida, S.ST., M.Kes  
Dewi Syafitriani, SKM., MKM  
Hapisah, S.Si.T., MPH  
Isye Fadmiyanor, S.Si.T, Bdn, M.Kes  
Hafsah Us, S.SiT., M.Kes  
dr. Vyanda Sri Weningtyas  
Lina Marlina, SST, M.Kes  
Nurbaiti, SKM, M. Kes  
Freike S. N Lumy, S.SiT, M.Kes  
Serlyansie V. Boimau, SST, M.Pd  
Berlina Putrianti, S.ST., M.Kes  
Marieta Kristina Sulastiawati Bai, S.Si.T., M.Kes  
Iyam Manueke, S.SiT., M.Kes

**Editor :**

Ns. Rahmawati, S.Kep., M.Kes



**BUNGA RAMPAI**  
**PELAYANAN KELUARGA BERENCANA**

**Penulis:**

Sesca Diana Solang, S.SiT, M.Kes  
Nurdahlia, S.K.M, M.Kes, CHE  
Evi Avicenna Agustin, AM. Keb., S. Si. T., M.KM  
Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kep  
Adriana M.S Boimau, SST., M.Kes  
Andi Syintha Ida, S.ST., M.Kes  
Dewi Syafitriani, SKM., MKM  
Hapisah, S.Si.T., MPH  
Isye Fadmiyanor, S.Si.T, Bdn, M.Kes  
Hafsah Us, S.SiT., M.Kes  
dr. Vyanda Sri Weningtyas  
Lina Marlina, SST, M.Kes  
Nurbaiti, SKM, M. Kes  
Freike S. N Lumy, S.SiT, M.Kes  
Serlyansie V. Boimau, SST, M.Pd  
Berlina Putrianti, S.ST., M.Kes  
Marieta Kristina Sulastiawati Bai, S.Si.T., M.Kes  
Iyam Manueke, SSiT., M.Kes

**ISBN :**

978-623-8568-56-7

**Editor Buku:**

Ns. Rahmawati, S.Kep., M.Kes

**Cetakan Pertama : 2024**

**Diterbitkan Oleh :**

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: [www.mediapustakaindo.com](http://www.mediapustakaindo.com)

E-mail: [mediapustakaindo@gmail.com](mailto:mediapustakaindo@gmail.com)

**Anggota IKAPI: 263/JTE/2023**

**Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang.** Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku Bunga Rampai ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku Bunga Rampai ini berjudul Pelayanan Keluarga Berencana mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Pelayanan Keluarga Berencana. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep Pelayanan Keluarga Berencana serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 2 April 2024

Penulis

## DAFTAR ISI

|  |    |
|--|----|
| BAB 1 Konsep Kesehatan Reproduksi .....                | 1  |
| A. Pendahuluan.....                                    | 1  |
| B. Kesehatan Reproduksi .....                          | 1  |
| BAB 2 Hak-hak Dalam Kesehatan Reproduksi.....          | 10 |
| A. Pendahuluan.....                                    | 10 |
| B. Hak- hak dalam Kesehatan Reproduksi .....           | 10 |
| BAB 3 Siklus Menstruasi .....                          | 18 |
| A. Pendahuluan.....                                    | 18 |
| B. Konsep Dasar Siklus Menstruasi .....                | 19 |
| BAB 4 Konsep Gender dalam Kesehatan Reproduksi .....   | 27 |
| A. Pendahuluan.....                                    | 27 |
| B. Konsep Gender dalam Kesehatan Reproduksi .....      | 28 |
| BAB 5 Isu-isu Kesehatan Perempuan.....                 | 36 |
| A. Pendahuluan.....                                    | 36 |
| B. Isu-isu Kesehatan Perempuan.....                    | 36 |
| BAB 6 Morbiditas dan Mortalitas Ibu dan Anak .....     | 46 |
| A. Pendahuluan.....                                    | 46 |
| B. Konsep Morbiditas .....                             | 46 |
| C. Konsep Mortalitas.....                              | 49 |
| BAB 7 Infertilitas .....                               | 56 |
| A. Pendahuluan.....                                    | 56 |
| B. Infertilitas .....                                  | 56 |
| BAB 8 Masalah kesehatan reproduksi Gangguan haid ..... | 63 |
| A. Pendahuluan.....                                    | 63 |
| B. Gangguan haid .....                                 | 64 |
| C. Gangguan volume dan lama haid .....                 | 69 |

|   |     |
|---|-----|
| D. Gangguan lain terkait haid.....                                      | 71  |
| BAB 9 Masalah Kesehatan Reproduksi : PID .....                          | 83  |
| A. Pendahuluan.....   | 83  |
| B. Pelvic Inflammatory Disease (PID) .....                              | 83  |
| BAB 10 Unwanted Pregnancy .....   | 91  |
| A. Pendahuluan.....   | 91  |
| B. Konsep Unwanted Pregnancy.....                                       | 93  |
| BAB 11 Deteksi Dini Gangguan Kesehatan Reproduksi: Kanker Serviks ..... | 103 |
| A. Pendahuluan.....   | 103 |
| B. Kanker Serviks .....   | 104 |
| BAB 12 Deteksi Dini Gangguan Kesehatan Reproduksi PMS .....             | 115 |
| A. Pendahuluan.....   | 115 |
| B. Penyakit Menular Seksual .....                                       | 115 |
| BAB 13 Konsep Pelayanan Keluarga Berencana .....                        | 126 |
| A. Pendahuluan.....   | 126 |
| B. Konsep Keluarga Berencana.....                                       | 127 |
| BAB 14 Konsep Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE) .....          | 138 |
| A. Pendahuluan.....   | 138 |
| B. Konsep Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE).....               | 138 |
| BAB 15 Pelayanan Kontrasepsi Metode Modern.....                         | 148 |
| A. Pendahuluan.....   | 148 |
| B. Metode Modern.....   | 148 |
| BAB 16 Pendekatan Manajemen Kebidanan .....                             | 158 |
| A. Pendahuluan.....   | 158 |
| B. Pendekatan Manajemen Asuhan Kebidanan Akseptor KB158 .....           | 158 |
| BAB 17 Pembinaan Akseptor .....   | 165 |
| A. Pendahuluan.....   | 165 |
| B. Pembinaan Akseptor .....   | 166 |

|  |     |
|--|-----|
| BAB 18 Konsep Rujukan Dalam Pelayanan KB ..... | 177 |
| A. Pendahuluan.....                            | 177 |
| B. Sistim Rujukan .....                        | 177 |

# BAB 1

## Konsep Kesehatan Reproduksi

\* Sesca Diana Solang,S.SiT,M.Kes \*

### A. Pendahuluan

Dalam upaya menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) dibutuhkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, khususnya dalam kesehatan reproduksi. Sebagai tenaga kesehatan yang memiliki posisi strategis bidang harus mempunyai kompetensi dalam hal kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Manfaat yang diperoleh setelah mempelajari buku ajar kesehatan reproduksi dan keluarga berencana ini mahasiswa mampu menjelaskan konsep dari kesehatan reproduksi dan keluarga berencana secara umum dan khusus.

### B. Kesehatan Reproduksi

#### 1. Pengertian Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi menurut adalah suatu keadaan dimana fisik, mental dan sosial berada pada kondisi yang utuh dan bebas dari penyakit dalam segala aspek yang berhubungan yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya (Kumalasari & Andhyantoro, 2012)

Menurut Kusmiran (2012) implikasi dari pengertian kesehatan reproduksi adalah setiap individu tau orang yang mampu untuk memiliki kehidupan seksual yang memuaskan dan aman serta mampu memenuhi kebutuhan seksual tanpa adanya hambatan apapun, kapan dan berapa sering untuk memiliki keturunan. Sedangkan pengertian sehat itu sendiri menurut Fauzi (2008) pengertian sehat tersebut tidak semata-mata sehat yang bebas dari penyakit atau bebas dari



kecacatan namun sehat secara mental dan sosial kultural (Marmi, 2013).

## 2. Tujuan Kesehatan Reproduksi

Tujuan kesehatan reproduksi terbagi menjadi 2 yaitu tujuan umum dan tujuan khusus. Tujuan umum dari kesehatan reproduksi adalah memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada perempuan termasuk kehidupan seksual dan hak hak reproduksi perempuan sehingga dapat meningkatkan kemandirian perempuan dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya yang pada akhirnya dapat membawa pada peningkatan kualitas kehidupannya. Sedangkan tujuan khusus dari kesehatan reproduksi adalah meningkatkan kemandirian perempuan khususnya dalam peranan dan fungsi reproduksinya, meningkatkan peran dan tanggung jawab social perempuan dalam konteks: kapan ingin hamil, berapa jumlah anak yang diinginkan, dan berapa jarak antar kehamilan, meningkatkan peran dan tanggung jawab social laki laki serta menciptakan dukungan laki laki dalam membuat keputusan mencari informasi dan pelayanan yang memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksinya.

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

## 3. Sasaran Kesehatan Reproduksi

Sasaran pembinaan kesehatan reproduksi adalah remaja usia 10-24 tahun dan kelompok masyarakat/orang dewasa yang peduli dengan permasalahan remaja. Adapun sasaran kesehatan reproduksi terbagi menjadi 2 bagian:

- a. Sasaran Utama: laki laki dan perempuan dalam usia subur, yaitu remaja putra dan putri yang belum menikah,

termasuk juga pekerja seks dan masyarakat yang termasuk keluarga prasejahtera. Adapun komponen kesehatan reproduksi remaja adalah remaja yang beresiko atau menderita HIV/ AIDS, remaja yang beresiko dan remaja pengguna NAPZA dan masalah seksualitas.

- b. Sasaran Antara yaitu para tenaga kesehatan: Dokter Ahli, dokter umum, perawat, bidan dan pemberi layanan kepada masyarakat: kader posyandu/ kader kesehatan, dukun terlatih, LSM, tokoh agama ataupun tokoh masyarakat.

#### 4. Komponen Kesehatan Reproduksi

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

##### a. Kesehatan Ibu dan Anak

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

atau upaya intervensi dapat berupa pelayanan ante natal, pelayanan persalinan dan masa nifas.

b. Program Keluarga Berencana

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

c. Program Kesehatan Reproduksi Remaja

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

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

Program pencegahan dan penanggulangan penyakit menular seksual (PMS) ditujukan pada penyakit dan gangguan yang yang berhubungan dengan

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

e. Lanjut usia

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

5. Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

a. Faktor Demografis - Ekonomi

Kesehatan reproduksi dapat dipengaruhi oleh faktor ekonomi. Faktor ini mencakup kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan kurangnya pengetahuan tentang perkembangan seksual dan proses

reproduksi, usia pertama melakukan hubungan seksual, usia pertama menikah, usia pertama hamil. Sedangkan faktor demografi yang dapat mempengaruhi Kesehatan Reproduksi adalah akses terhadap pelayanan kesehatan, rasio remaja tidak sekolah, lokasi/tempat tinggal yang terpencil.

b. Faktor Budaya dan Lingkungan

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

c. Faktor Psikologis

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

d. Faktor Biologis

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

## 6. Ruang Lingkup

Ruang lingkup kesehatan reproduksi Menurut Rohan & Siyoto (2013), ruang lingkup kesehatan reproduksi pada sekitar lingkup kehidupan tersebut terdiri atas :

- a. Kesehatan ibu dan anak.
- b. Kesehatan keluarga berencana; pelayanan kesehatan keluarga berencana diantaranya konseling KB dan penyediaan alat kontrasepsi, serta apabila terjadi efek samping yang dialami oleh keluarga dari pelayanannya akan ditindaklanjuti secara menyeluruh (Imron, 2014).
- c. Pencegahan dan penanganan penyakit infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS.
- d. Kesehatan reproduksi remaja; menurut Sastriyani, dkk (2006) pelayanan kesehatan reproduksi pada remaja bisa dengan pemberian penkes atau pendidikan kesehatan kepada para remaja terkait dengan kesehatan reproduksi atau pendidikan seks sedari dini, dan penyakitpenyakit menular diakibatkan oleh pergaulan bebas serta narkoba, juga pernikahan di usia muda yang mempengaruhi tingkat kematian pada ibu melahirkan, ketidaksiapan mental dan psikologis remaja, serta peningkatan perceraian yang berdampak pada social (Imron, 2014).
- e. Pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi.
- f. Pencegahan dan penanganan infertilitasi.
- g. Kesehatan reproduksi usia lanjut.
- h. Deteksi dini kanker saluran reproduksi serta kesehatan reproduksi lainnya seperti kekerasan seksual, sunat perempuan dan lain-lain.

## DAFTAR PUSTAKA

- Permatasari, D., Hutomo, S. D., Istiqomah, T. S., Purba, J., Akhlaq, N. M., Argaheni, B. N., Zubaeda, Gultom, L. (2022). Kesehatan Reproduksi dan keluarga Berencana. Penerbit: Yayasan Kita Menulis
- Baiq D. Harnani, dkk (2022). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Penerbit : Zahir Publishing.
- Kumalasari I, Andhyantoro I. Kesehatan Reproduksi. Jakarta Salemba Medika; 2012.

## BIODATA PENULIS



**Sesca Diana Solang, S.SiT,M.Kes** lahir di Manado, pada tanggal 15 September 1970. Iulusan Universitas Gadjadara, Diploma IV Bidan Pendidik dan S2 Kesehatan Masyarakat. Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Manado sejak tahun 2005 s/d sekarang. Pernah bekerja di Puskesmas Ongkaw Kecamatan Tenga Kabupaten Minahasa Sulawesi Utara tahun 1992 s/d 1997. Aktif di kegiatan Ikatan Bidan Indonesia sebagai Pengurus Daerah IBI Provisi Sulawesi utara.



# BAB 2

## Hak-hak Dalam Kesehatan Reproduksi

\*Nurdahliaana., S.K.M, M.Kes, CHE\*

### A. Pendahuluan

. Setiap makhluk hidup melekat pada diri individu hak-hak tentang kelayakan hidup sehat dan sejahtera, sehat fisik, jiwa raga dan sosial. Pelayanan kesehatan reproduksi diperlukan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan perempuan dan laki-laki berhubungan dengan masalah seksualitas dan penjarangan kehamilan.

Center for Reproductive Rights mendukung undang-undang dan peraturan yang menjamin akses yang adil dan non-diskriminatif terhadap layanan reproduksi bagi orang yang baru berkeluarga dan memastikan bahwa hak asasi manusia yang terkena dampak dihormati, dilindungi dan dipenuhi kebutuhannya (Center for Reproductive Rights, 2024)

### B. Hak-hak dalam Kesehatan Reproduksi

#### 1. Reproduksi

Reproduksi (Perkebangbiakan) adalah proses biologis individu digunakan organisme untuk menghasilkan keturunan baru. Reproduksi manusia berarti membahas suatu sistem yang mempunyai struktur dan fungsi yang berbeda antara laki-laki dan perempuan. Sistem reproduksi adalah kumpulan organ dalam dan luar yang bekerja sama untuk tujuan reproduksi.

Secara spesifik, reproduksi manusia melibatkan pembentukan sel reproduksi yang disebut sel telur (ovum) pada wanita dan sel sperma pada pria. Ketika sel telur dan sperma bertemu dalam kondisi yang sesuai, proses

pembuahan terjadi dan pembentukan embrio dimulai. Reproduksi manusia juga mencakup pertumbuhan dan perkembangan janin dalam tubuh wanita selama proses kehamilan.

Sistem reproduksi pria dan wanita seperti uraian di bawah ini :

a. Sistem Reproduksi Pria

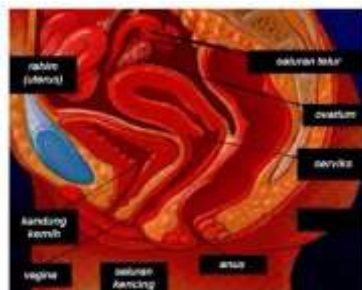
Sistem reproduksi pria terdiri dari penis, skrotum, testis, tubulus seminiferus, epididimis, pembuluh darah, kantung kemih, prostat, dan uretra.



Gambar 1. Reproduksi Pria (Sumber: Surtiretna, 2013)

b. Sistem Reproduksi Wanita

Sistem reproduksi wanita terdiri dari vagina, leher rahim, rahim, saluran tuba, dan ovarium



Gambar 1. Reproduksi Wanita (Sumber: Surtiretna, 2013)

Cakupan kesehatan reproduksi sangat luas dan mencakup seluruh rentang hidup manusia sejak lahir

hingga meninggal. Untuk menggambarkan cakupan kesehatan reproduksi secara lebih rinci, gunakan pendekatan siklus hidup (lifecycle) untuk menciptakan komponen layanan yang nyata dan praktis.

Prioritas kesehatan reproduksi: Kesehatan ibu dan bayi baru lahir, Keluarga berencana, Kesehatan reproduksi remaja, dan Pencegahan dan pengobatan penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS.

## 2. Cara Merawat Organ Reproduksi

Organ reproduksi merupakan salah satu hal yang sangat penting bagi masa depan umat manusia. Semua orang wajib menjaga organ reproduksinya untuk mencegah terjadinya kejadian buruk seperti: terkena penyakit tertentu atau tidak berfungsinya alat reproduksi sebagai mestinya.

Salah satu cara merawatnya adalah dengan menjaga kebersihan setiap alat reproduksi:

### a. Untuk laki-laki

- 1) Cuci alat kelamin setelah buang air kecil dan besar.
- 2) Jangan menahan air kencingmu.
- 3) Terutama jangan menahan diri terlalu lama. Akibat melakukannya terlalu sering bisa membuat lebih rentan terkena infeksi saluran kemih.
- 4) Sunat untuk menghilangkan sisa kotoran pada ujung alat kelamin.
- 5) Ganti pakaian dalam bila sudah basah dan kotor, jaga agar tetap kering dan jauh dari kelembapan untuk mencegah tumbuhnya jamur dan bakteri.

### b. Untuk Perempuan

- 1) Cuci alat kelamin setelah buang air kecil dan besar.
- 2) Jangan menahan kencing terlalu lama.
- 3) Jika keputihan terasa gatal atau berbau tidak sedap, sebaiknya konsultasikan ke dokter.
- 4) Ganti pakaian dalam bila sudah basah dan kotor, untuk mencegah tumbuhnya jamur dan bakteri (Savitri, 2022).

### 3. Hak-hak Reproduksi

Hak-hak reproduksi merupakan bagian dari hak asasi manusia yang diakui oleh undang-undang nasional, instrumen hak asasi manusia internasional, serta perjanjian dan instrumen lainnya. Hak-hak ini menjamin hak dasar semua pasangan dan individu untuk secara bebas dan bertanggung jawab memutuskan dan mendapatkan informasi mengenai jumlah, jarak kelahiran dan waktu kelahiran anak, serta untuk melindungi hak-hak reproduksi dan seksual individu. Termasuk hak untuk membuat keputusan reproduksi yang bebas dari diskriminasi, pelecehan dan kekerasan

Hak atas kehidupan seks dan kesehatan reproduksi terbaik, serta hak atas layanan dan informasi untuk membantu mencapai hal ini. Hal ini akan mewajibkan negara untuk melaksanakan hak-hak reproduksi sebagaimana disebutkan dalam Rencana Aksi International Conference for Population & Development (ICPD).

Terdapat 12 hak-hak reproduksi yang telah dirumuskan, yaitu:

a. Hak untuk hidup

Setiap wanita memiliki hak untuk bebas dari penyebab kematian karena kehamilan.

b. Hak atas kemerdekaan dan keamanan

Semua individu berhak menikmati dan mengatur kehidupan seksual dan reproduksinya, dan tidak seorang pun boleh memaksakan kehamilan, sterilisasi, atau pengguguran kehamilan.

c. Hak atas kesetaraan dan bebas dari segala bentuk diskriminasi

Setiap orang mempunyai hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi termasuk kehidupan seksual dan reproduksi.

d. Hak atas kerahasiaan pribadi

Semua individu berhak mengakses layanan kesehatan seksual dan reproduksi dengan tetap menjaga kerahasiaan pribadi. Semua perempuan mempunyai

- hak untuk membuat keputusan reproduksi mereka sendiri
- e. Hak atas kebebasan berpikir  
Setiap individu bebas dari penafsiran sempit terhadap ajaran agama, keyakinan, filosofi, dan tradisi yang membatasi kebebasan berpikir mengenai layanan kesehatan reproduksi dan seksual.
  - f. Hak mendapatkan informasi dan pendidikan  
Semua individu berhak atas informasi dan pendidikan mengenai kesehatan reproduksi dan seksual, termasuk memastikan kesehatan dan kesejahteraan pribadi dan keluarga.
  - g. Hak untuk menikah atau tidak menikah serta membentuk dan merencanakan keluarga  
Setiap orang berhak untuk tidak dipaksa menikah pada umur anak sekitar 19 tahun.
  - h. Hak untuk memutuskan mempunyai anak atau tidak dan kapan mempunyai anak  
Setiap orang berhak untuk membuat pilihan mau memiliki anak atau tidak.
  - i. Hak atas pelayanan dan perlindungan kesehatan  
Setiap individu berhak memperoleh informasi, keterjangkauan, pilihan, keamanan, kerahasiaan, kepercayaan, harga diri, kenyamanan, dan kesinambungan pelayanan.
  - j. Hak untuk mendapatkan manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan  
Setiap individu berhak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi dengan teknologi canggih yang aman dan terpercaya.
  - k. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik  
Setiap orang berhak untuk mendesak pemerintah supaya mengutamakan kebijakan yang berkaitan dengan hak-hak kesehatan seksual dan reproduksi.

1. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk

Termasuk hak-hak melindungi anak dari eksploitasi dan penganiayaan seksual. Setiap individu mempunyai hak untuk dilindungi dari perkosaan, kekerasan, penyiksaan, dan pelecehan seksual.

## DAFTAR PUSTAKA

- Center for Reproductive Rights (2024). *Reproduksi Terbantuh*. <https://reproductiverights.org/our-issues/assisted-reproduction/>
- Surtiretna, N dkk (2013). *Mengenal Sistem Reproduksi*. Bandung : KIBLAT BUKU UTAMA
- YKP (2020). *Hak Reproduksi*. <https://ykp.or.id/datainfo/materi/18>

## **BIODATA PENULIS**



Nurdahlia, S.K.M, M.Kes, CHE. Lahir di Banda Aceh, pada 07 September 1969. Pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Serambi Mekkah Banda Aceh, dan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Aceh



# BAB 3

## Siklus Menstruasi

\*Evi Avicenna Agustin, AM. Keb., S. Si. T., M.KM.\*

### A. Pendahuluan

Siklus menstruasi adalah proses alami yang kompleks terjadi di dalam tubuh perempuan berkala setiap bulannya sebagai bagian dari sistem reproduksi. Dan ini berlangsung selama usia reproduksi yang di mulai sebagai tanda pubertas pada perempuan berlangsung hingga masa menopause. Siklus ini melibatkan serangkaian perubahan fisiologis dan hormon yang terjadi dalam tubuh, dimulai dari hari pertama menstruasi (haid) hingga hari sebelum menstruasi berikutnya di mulai. Penting untuk memahami siklus menstruasi karena berperan penting dalam kesehatan reproduksi dan keselamatan Perempuan.

Siklus menstruasi yang normal menunjukkan fungsi normal dari system reproduksi dan ini menjadi indikator Kesehatan reproduksi pada Perempuan. Ketidaknormalan dalam siklus ini dapat memerlukan perhatian medis terkait masalah Kesehatan reproduksi. Selain itu dengan memahami siklus menstruasi membantu dalam menentukan periode subur. Ini memungkinkan Perempuan untuk merencanakan atau mencegah kehamilan lebih efektif. Dengan menjaga siklus menstruasi yang sehat dan teratur dapat membantu menjaga Kesehatan reproduksi secara keseluruhan, termasuk Kesehatan ovarium, Rahim dan hormon.

## B. Konsep Dasar Siklus Menstruasi

### 1. Pengertian Siklus Menstruasi

Menurut Felicia, dkk (2015) menstruasi adalah perdarahan yang terjadi secara periodik dan berkala akibat meluruhnya lapisan endometrium pada dinding uterus yang akan berlangsung sekitar 14 hari setelah terjadi proses ovulasi.

Menstruasi adalah pelepasan dinding Rahim (endometrium) yang disertai dengan perdarahan dan terjadi secara berulang-ulang setiap bulan kecuali pada saat kehamilan. Menstruasi merupakan luruhnya dinding dalam Rahim yang banyak mengandung pembuluh darah (BKKBN, 2017)

Peristiwa ini terjadi setiap bulan yang berlangsung selama kurang lebih 307 hari, jarak satu haid ke haid berikutnya berlangsung kurang lebih 28 hari (antara 21-35 hari) tetapi pada masa remaja biasanya siklus ini belum teratur (BKKBN, 2017)

Menurut Sinaga (2017), siklus menstruasi merupakan waktu sejak hari pertama menstruasi sampai datang menstruasi periode selanjutnya, sedangkan Panjang siklus menstruasi adalah jarak antara hari pertama menstruasi sampai perdarahan menstruasi berhenti berlangsung sekitar 3-7 hari, dengan jumlah darah yang dikeluarkan selama menstruasi berlangsung tidak lebih dari 80 ml.

### 2. Tahapan siklus menstruasi (Ganong, 2015)

#### a. Siklus Endometrium

- Fase Menstruasi

Fase ini adalah fase yang harus dialami oleh seorang perempuan dewasa setiap bulannya. Sebab melalui fase ini Perempuan baru diaktakan produktif. Oleh karena itu fase menstruasi ini selalu dinanti oleh para Perempuan, walaupun kedatangannya membuat para perempuan merasa tidak nyaman untuk beraktifitas. Biasanya ketidaknyamanan ini terjadi hanya 1-2 hari, Dimana pada awal menstruasi perdarahan yang keluar lebih banyak dan gumpalan

darah lebih sering keluar. Pada fase menstruasi , endometrium terlepas dari dinding uterus dengan disertai perdarahan. Rata-rata fase ini berlangsung, selama lima hari (rentang 3-6 hari). Pada awal fase menstruasi kadar estrogen, progesterone, LH (*Lutenizing Hormon*) menurun atau pada kadar terendahnya, sedangkan siklus dan kadar FSH (*Folikel Stimulating Hormon*) baru meningkat.

- Fase Proliferasi

Fase iniovarium sedang melakukan proses pembentukan dan pematangan ovum. Fase proliferasi merupakan periode pertumbuhan cepat yang berlangsung sejak hari ke 5 sampai hari ke 14 dari siklus haid. Permukaan endometrium secara lengkap Kembali normal sekitar empat hari atau menjelang perdarahan berhenti. Endometrium tumbuh menjadi tebal  $\pm 3,5$  mm atau sekitar 8-10 kali lipat dari semula, yang akan berakhir saat ovulasi. Pada fase proliferasi terjadi peningkatan kadar hormon estrogen, karena fase ini tergantung pada stimulasi estrogen yang berasal dari folikel ovarium.

- Fase Sekresi/Luteal

Fase ini berlangsung sejak hari ovulasi sampai sekitar tiga hari sebelum periode menstruasi berikutnya. Pada akhir fase sekresi, endometrium sekretorius yang matang dengan sempurna mencapai ketebalan seperti buludru yang tebal dan halus. Endometrium menjadi kaya dengan darah dan sekresi kelenjar. Umumnya pada fase pasca ovulasi Perempuan akan lebih sensitive, sebab pada fase ini hormon reproduksi (FSH, LH, estrogen dan progesterone) mengalami peningkatan, fase ini Perempuan mengalami *Pre Menstrual Syndrome* (PMS) Beberapa hari kemudian setelah gejala PMS maka lapisan dinding rahim akan luruh kembali.

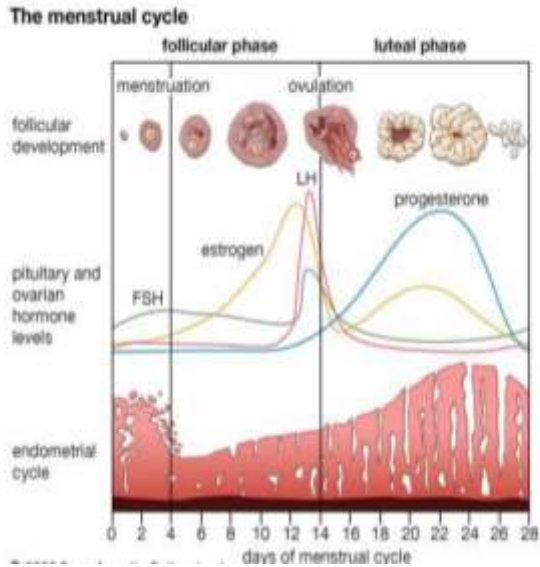
- Fase Iskemi/Premenstrual

Apabila tidak terjadi pembuahan dan implantasi, Korpus Luteum yang mensekresi estrogen dan progesteron menyusut. Seiring penyusutan kadar

estrogen dan progesterone yang cepat, arteri spiral menjadi spasme, sehingga suplai darah ke endometrium fungsional terhenti dan terjadi nekrosis. Lapisan fungsional terpisah dari lapisan basal dan perdarahan menstruasi dimulai.

b. Siklus Ovarium

Ovulasi merupakan peningkatan kadar estrogen yang menghambat pengeluaran FSH, kemudian kelenjar hipofisis mengeluarkan LH. Peningkatan kadar LH merangsang pelepasan oosit sekunder dari folikel. Sebelum ovulasi, satu sampai 30 folikel mulai matur di dalam ovarium di bawah pengaruh FSH dan estrogen. Lonjakan LH sebelum terjadi ovulasi mempengaruhi folikel yang terpilih. Di dalam folikel yang terpilih, oosit matur (Folikel de Graaf) terjadi ovulasi, sisa folikel yang kosong di dalam ovarium berformasi menjadi korpus luteum. Korpus luteum mencapai puncak aktifitas fungsional pada 8 hari setelah ovulasi dan mensekresi hormon estrogen dan progesterone. Apabila tidak terjadi implantasi, korpus luteum berkurang dan kadar hormon progesterone menurun, sehingga lapisan fungsional endometrium tidak dapat bertahan dan akhirnya meluruh. Peristiwa ini dapat dijelaskan pada gambar di bawah ini.



**Gambar 1.** Siklus Menstruasi

3. Hormon yang mempengaruhi Siklus Menstruasi
  - a. Estrogen. Hormon ini diproduksi oleh ovarium. Selama fase pertama siklus menstruasi (fase proliferasi) estrogen meningkat dan merangsang pertumbuhan lapisan endometrium dalam Rahim. Estrogen juga membantu mengatur pelepasan hormon-hormon lain seperti LH dan FSH.
  - b. Progesteron. Hormon ini juga diproduksi oleh ovarium, terutama oleh korpus luteum setelah ovulasi terjadi. Progesterone membantu mempertahankan endometrium yang tebal dan Bersiap untuk menerima embrio jika terjadi pembuahan. Ketika tidak ada pembuahan, penurunan kadar progesterone menyebabkan menstruasi terjadi.
  - c. *Luteining Hormone* (LH). LH di produksi oleh kelenjar pituitary, sebuah kelenjar di otak. Tingkat LH meningkat mendekati puncak siklus menstruasi, yang memicu ovulasi atau pelepasan telur yang matang dari

ovarium. Peningkatan drastis LH biasanya terjadi sekitar 24-36 jam sebelum ovulasi.

- d. *Follicle Stimulating Hormon (FSH)*. FSH juga diproduksi oleh kelenjar pituitari. Hormon ini berfungsi untuk merangsang pertumbuhan folikel ovarium pada fase awal siklus menstruasi. Folikel mengandung sel telur yang akan dilepaskan pada saat ovulasi.

Interaksi kompleks antara hormon-hormon ini mengatur siklus menstruasi secara keseluruhan. Fluktuasi dalam kadar hormon-hormon ini menyebabkan perubahan fisiologis dalam tubuh Perempuan yang terlihat dalam siklus menstruasi termasuk pada menstruasi, ovulasi maupun fase-fase siklus menstruasi. Gangguan atau ketidakseimbangan dalam hormon-hormon ini dapat menyebabkan ketidaknormalan dalam siklus menstruasi seperti siklus tidak teratur, ketidakteraturan ovulasi atau masalah kesehatan reproduksi lainnya.

4. Faktor-faktor yang mempengaruhi Siklus Menstruasi  
Faktor-faktor yang mempengaruhi menstruasi dapat bervariasi dari satu individu ke individu lainnya. Beberapa faktor yang umumnya dapat mempengaruhi siklus menstruasi meliputi :
  - a. Gizi dan Pola Makan. Asupan nutrisi yang seimbang, termasuk vitamin dan mineral tertentu, penting untuk Kesehatan siklus menstruasi. Kekurangan gizi atau gangguan makan seperti anoreksia atau bulimia dapat menyebabkan ketidakseimbangan hormon dan gangguan menstruasi.
  - b. Berat Badan. Berat badan yang sangat rendah atau kegemukan dapat mempengaruhi produksi hormon dalam tubuh, yang pada gilirannya dapat mempengaruhi siklus menstruasi. Obesitas juga terkait dengan risiko gangguan menstruasi seperti *Sindrom Ovarium Polikistik (PCOS)*.
  - c. Stres. Emosional dapat mengganggu sumbu hormon yang mengatur siklus menstruasi, menyebabkan

penundaan atau ketidakteraturan menstruasi. Kondisi kronis seperti kelelahan atau stress yang berkepanjangan juga dapat mempengaruhi siklus menstruasi.

- d. Aktivitas fisik. Aktifitas fisik yang berlebihan atau kekurangan dapat mempengaruhi hormon dalam tubuh, yang pada gilirannya dapat mempengaruhi siklus menstruasi. Olahraga berat atau aktifitas fisik lainnya yang mengeluarkan tenaga berlebihan membuat tubuh menjadi tidak seimbang dengan asupan kalori juga dapat mempengaruhi siklus menstruasi.
- e. Penyakit atau gangguan Kesehatan. Beberapa kondisi medis seperti *Sindrom Ovarium Polykistik (PCOS)*, gangguan tiroid, diabetes atau gangguan hormon lainnya dapat menyebabkan ketidaknormalan dalam siklus menstruasi. Penyakit menular atau infeksi pada organ reproduksi juga dapat mempengaruhi siklus menstruasi.
- f. Obat-obatan atau suplemen. Penggunaan obat-obatan tertentu seperti kontrasepsi hormonal, obat-obatan psikotropika, obat-obatan kemoterapi atau konsumsi suplemen tertentu tanpa resep yang tidak tepat dapat mempengaruhi siklus menstruasi.
- g. Perubahan lingkungan. Perubahan lingkungan seperti zona waktu yang signifikan atau perubahan pola tidur dapat mempengaruhi ritme siklus tubuh yang sangat berkaitan dengan siklus reproduksi.
- h. Genetika. Faktor genetika dapat memainkan peran dalam menentukan kecenderungan terhadap siklus menstruasi tertentu, termasuk gangguan menstruasi.

Dengan memahami faktor-faktor yang dapat memengaruhi menstruasi penting untuk membantu menjaga kesehatan reproduksi. Jika seorang Perempuan mengalami ketidaknormalan dalam siklus menstruasinya, konsultasikan dengan tenaga medis untuk evaluasi lebih lanjut dan penanganan yang sesuai.

## DAFTAR PUSTAKA

- Felicia, Esther dkk. (2015). Hubungan Status Gizi dengan siklus Menstruasi pada Remaja Putri di PSIK UNSRAT Manado. *Jurnal Kesehatan*
- BKKBN: *Reproductive Health (ARH)*., (2017). Remaja memerlukan Informasi Kesehatan Reproduksi. Semarang.
- Ganong, Kim E, dkk (2015). Buku Ajar Fisiologi Kedokteran (Edisi 24). Scott Boitano: Heddwen L. Brooks.
- Manuaba, I.B.G.(2016). Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita. Jakarta: Arian.
- Sinaga, E. (2017). Manajemen Kesehatan Menstruasi. Jakarta: Iwwash.



## BIODATA PENULIS



**Evi Avicenna Agustin, A. M. Keb., S. Si., T. M. KM.**

Lahir di Jakarta, pada 7 Agustus 1983.

Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Cipto Mangunkusumo, D4 Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Maju (STIKIM) serta S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Prof. DR. Hamka (UHAMKA) Jakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Sarjana Terapan Pendidikan Kebidanan Poltekkes Aisyiyah Banten sejak tahun 2007 dan aktif di salah satu organisasi perempuan yang berbasis di Indonesia yaitu 'Aisyiyah.

# BAB 4

## Konsep Gender dalam Kesehatan Reproduksi

*\*Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kep\**

### A. Pendahuluan

Gender adalah salah satu penentu masalah kesehatan global. Isu gender masih menjadi topik perbincangan yang hangat di semua kalangan. Gender tidak hanya masalah perbedaan jenis kelamin, namun lebih kepada bentuk individu yang terbangun oleh perspective manusia lain. Perspektif atau sudut pandang penilaian inilah yang menyebabkan terjadinya ketimpangan sosial/diskriminasi.

Ketimpangan sosial karena isu gender menjadikan perempuan saat ini terdiskriminasi. Masih tingginya diskriminasi pada perempuan terjadi dalam berbagai aspek diantaranya adalah aspek domestic, kesehatan, maupun pendidikan. Ketimpangan dalam aspek kesehatan bisa kita lihat pada kesehatan reproduksi (Kartini and Maulana, 2019).

Kesehatan reproduksi merupakan salah satu kondisi yang memiliki dampak luas. terganggunya Kesehatan reproduksi akan memunculkan masalah seperti infertilitas, kehamilan ektopik, bahkan kematian saat bayi lahir. Apakah ini menjadi tanggungjawab perempuan saja ataupun laki-laki juga harus bertanggungjawab atas masalah Kesehatan reproduksi? Hal ini penting untuk menjadi telaah Bersama agar terjadi keharmonisan antara Perempuan dan laki-laki dalam kehidupan dimasyarakat berdasarkan Kesehatan reproduksi.

## **B. Konsep Gender dalam Kesehatan Reproduksi**

### **1. Pengertian Gender**

Gender diartikan sebagai sebuah sifat yang dilekatkan pada laki-laki atau perempuan dilihat dari segi sosial dan budaya, mentalitas dan emosi, nilai dan kepercayaan, serta faktor lainnya misalnya kesehatan. Gender merupakan bentukan budaya yang telah diperkenalkan sejak kecil. Gender melahirkan perbedaan peran, tanggung jawab dan fungsi antara perempuan dan laki-laki. Gender berkaitan dengan peran sosial berdasarkan jenis kelamin. Perbedaan biologis pada kedua jenis kelamin tersebut membawa konsekuensi fungsi alat reproduksi yang berbeda (Kartini and Maulana, 2019). Sehingga gender dipahami sebagai sebuah konstruksi sosial baik pada laki-laki maupun Perempuan dari segi peran dan tanggungjawabnya.

### **2. Teori Gender**

Membahas tentang gender, terdapat tiga teori yaitu teori nurture, teori nature, dan ekuilibrium (Kartini and Maulana, 2019).

#### **a. Teori nurture**

Berdasarkan teori ini maka terjadi konstruksi sosial pada laki-laki dan perempuan yang menyebabkan munculnya kesenjangan/diskriminasi baik peran, tanggungjawab, serta fungsinya. Misalnya seorang laki-laki (suami) karena tidak bekerja, maka perannya adalah mengasuh anak dirumah, memasak, serta mencuci. Atau, seorang perempuan yang karena ingin membantu suami mencari nafkah maka dia berperan sebagai pekerja. Hal ini akan menjadi bahan pembicaraan bagi orang lain, karena berdasarkan atribut yang telah dibentuk sosial, bahwa laki-laki tugasnya adalah bekerja, dan perempuan tugasnya adalah mengurus urusan domestik.

#### **b. Teori nature**

Berdasarkan teori ini, laki-laki dan perempuan merupakan kodrat yang harus diterima. Mereka harus melakukan tugasnya sesuai dengan jenis kelamin

masing-masing. Misalnya perempuan kodratnya adalah hamil, melahirkan, menyusui, dan menstruasi. Kondisi perempuan tersebut tidak bisa digantikan oleh laki-laki.

c. Teori Equilibrium

Berdasarkan teori ini, perempuan dan laki-laki menekankan pada konsep keseimbangan dan keharmonisan. Hubungan antara laki-laki dan perempuan bukan dilandasi konflik dikotomis, ataupun struktur fungsional, namun dilandasi saling melengkapi. Setiap individu baik laki-laki dan Perempuan memiliki kelebihan dan kekurangan, untuk mewujudkan keseimbangan dan keharmonisan maka harus saling melengkapi.

3. Permasalahan Gender

Kesetaraan gender akan terjadi jika tidak ada diskriminasi baik pada laki-laki maupun Perempuan. Mereka mendapat kesamaan akses terhadap perkembangan dan manfaat dari perkembangan tersebut. Namun kenyataannya, kaum perempuan banyak disudutkan pada berbagai aspek (Syafe'i *et al.*, 2021). Beberapa permasalahan gender diantaranya adalah (Nur A, 2020):

a. Kekerasan pada perempuan

Jenis kekerasan pada perempuan yang sering ditemui mulai dari kekerasan dalam rumah tangga hingga kekejaran saat berhubungan pacarana. Beberapa kekerasan diantaranya adalah pencabulan, pemerkosaan, pelecehan seksual, dan aksi *cyber crime* (ancaman terhadap penyebaran foto dan video porno korban) (Komnas Perempuan, 2019).

b. Marginalisasi atau pemiskinan terhadap perempuan

Permasalahan terhadap marginalisasi ini menyebabkan perempuan memiliki keterbatasan terhadap aktualisasi diri dan pemenuhan harga diri. Ini disebabkan karena keterbatasan partisipasi perempuan dalam ranah domestik maupun publik. Contoh lain marginalisasi perempuan adalah tulisan

dalam novel atau buku yang menggambarkan Perempuan wanita yang kurang dapat beraktualisasi diri.

c. Subordinasi perempuan

Jenis permasalahan ini berupa penomorduaan seorang perempuan. Perempuan dipandang sebelah mata oleh masyarakat. Contoh permasalahan ini adalah adanya komodifikasi perempuan dalam ruang digital seperti menjadikan perempuan sebagai stiker *whatsapp* dengan muatan seksual (Wati and Saifulloh, 2020).

d. Adanya stereotip terhadap perempuan

Tip negative terhadap Perempuan masih massif di media masa yang memperlihatkan bahwa perempuan adalah makhluk domestik yang lemah dan tergantung pada suami. Citra perempuan yang dianggap bahwa mereka sensitif, lemah, tidak rasional, serta tidak independen merupakan penilaian yang masih banyak terjadi.

e. Beban ganda (*double burden*) yang harus ditanggung oleh perempuan

Perempuan yang memiliki beban ganda biasanya mereka yang mempunyai beban diluar domestik. Ada beberapa hal yang menyebabkan seseorang mengalami beban ganda diantaranya adalah faktor ekonomi (hal ini disebabkan kebutuhan finansial yang belum dapat dicukupi di keluarganya/menggantikan suami bekerja), eksistensi diri (sebagai bentuk pemenuhan kebutuhan tertinggi yaitu aktualisasi diri untuk memenuhi kepuasan dirinya), sosial (ini merupakan kebutuhan untuk dapat berinteraksi sosial dengan kalangannya), dan budaya (sebuah budaya yang memiliki konstruksi sosial terhadap perempuan bahwa perempuan itu harus bekerja, maka para perempuan akan bekerja walaupun dengan keterpaksaan).

#### 4. Kesehatan Reproduksi

Berdasarkan Undang-Undang RI No 61 tahun 2014 disebutkan bahwa Kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi (Peraturan Pemerintah No. 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi, 2014).

Beberapa ruang lingkup Kesehatan reproduksi adalah (Permatasari *et al.*, 2022):

a. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Kesehatan ibu pada saat kehamilan dan persalinan merupakan hal yang menjadi perhatian dalam masalah Kesehatan reproduksi. Meningkatkan Kesehatan ibu pada fase ini akan berpengaruh terhadap Kesehatan bayi juga. Perawatan kehamilan dalam kunjungan antenatal sebagai salah satu Upaya untuk memantau Kesehatan ibu dan bayinya (Ismawati *et al.*, 2023). Mendorong pemberdayaan Perempuan dan keterlibatan keluarga dalam meningkatkan pengetahuan perilaku sehat dan pemanfaatan fasilitas Kesehatan ibu serta bayi menjadi salah satu program dalam kegiatan antenatal (Lestari, 2020).

b. Pencegahan dan penanggulangan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) termasuk PMS-HIV/AIDS.

Infeksi saluran reproduksi merupakan salah satu masalah kesehatan yang memiliki dampak yang sangat luas mulai dari kesakitan hingga kematian. Beberapa kondisi yang merupakan dampak dari ISR adalah infertilitas pada laki-laki, kehamilan ekopik pada Perempuan, serta bayi lahir premature atau lahir mati (Depkes RI, 2014).

c. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi

Data kami menunjukkan tingginya tingkat komplikasi terkait aborsi di dua fasilitas rujukan tersebut lingkungan yang rapuh dan terkena dampak konflik.

Faktor-faktor yang dapat berkontribusi terhadap tingkat keparahan yang tinggi dalam konteks ini adalah semakin besar penundaan dalam mengakses layanan pasca-aborsi, berkurangnya akses terhadap kontrasepsi dan layanan aborsi yang aman (Pasquier *et al.*, 2023)

d. Kesehatan reproduksi remaja

Reproduksi yang sehat berdasarkan perspektif masyarakat adalah kemampuan seseorang untuk dapat melakukan hubungan seksual dengan aman, serta hamil sesuai dengan waktu yang direncanakan. Dengan demikian maka seseorang akan melakukan hal yang penting untuk Kesehatan tersebut, diantaranya adalah melakukan keluarga berencana, mencegah penyakit-penyakit infeksi reproduksi. Permasalahan reproduksi pada remaja ini sebaiknya tidak diselesaikan hanya oleh dokter namun juga sosiolog, sehingga permasalahan ini dapat diatasi juga dengan sudut pandang sosial. (Utami and Ayu, 2018)

e. Pencegahan dan penanganan infertilitas

Infertilitas merupakan permasalahan yang dapat disebabkan oleh laki-laki maupun perempuan. Kondisi ini tidak hanya menyebabkan masalah medis, namun juga masalah ekonomi dan psikologis (Hendarto *et al.*, 2019).

## DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI (2014) 'Panduan Layanan Integrasi: Infeksi Saluran Reproduksi /Infeksi MENULAR seksual (ISR/IMS), Deteksi Dini Kanker Leher Rahim dengan Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA), dan Deteksi Dini Kanker Payudara', *UNFPA dan KPA Nasional*, pp. 3–56.
- Hendarto, H. *et al.* (2019) *Konsensus penanganan infertilitas: Himpunan Endokrinologi. Reproduksi dan Fertilitas Indonesia*.
- Ismawati *et al.* (2023) *Epidemiologi Kesehatan Reproduksi, Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952. Available at: <https://medium.com/@arifwicaksanaa/pengertian-use-case-a7e576e1b6bf>.
- Kartini, A. and Maulana, A. (2019) 'Redefedensi Gender dan Seks', *Jurnal Kajian Perempuan & Keislaman*, 12(2), pp. 217–239.
- Lestari, T. R. P. (2020) 'Achievement of Mother and Baby Health Status As One of the Successes of Mother and Child Health Programs', *Kajian*, 25(1), pp. 75–89. Available at: <https://www.guesehat.com/polemik-kesehatan->
- Nur A, I. (2020) 'Problem Gender dalam Perspektif Psikologi', *Az-Zahra: Journal of Gender and Family Studies*, 1(1), pp. 46–54. doi: 10.15575/azzahra.v1i1.9253.
- Pasquier, E. *et al.* (2023) 'High severity of abortion complications in fragile and conflict-affected settings: a cross-sectional study in two referral hospitals in sub-Saharan Africa (AMoCo study)', *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), pp. 1–15. doi: 10.1186/s12884-023-05427-6.
- Peraturan Pemerintah No. 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi (2014) 'PP No. 61 Th 2014 ttg Kesehatan Reproduksi.pdf', *Peraturan Pemerintah*. Available at: [http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/PP No. 61 Th 2014 ttg Kesehatan Reproduksi.pdf](http://kesga.kemkes.go.id/images/pedoman/PP%20No.%2061%20Th%202014%20ttg%20Kesehatan%20Reproduksi.pdf).
- Permatasari, D. *et al.* (2022) *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Edited by A. Karim. Yayasan Kita Menulis.
- Syafe'i, I. *et al.* (2021) 'Gender Dalam Perspektif Pendidikan Islam', *HAWARI: Jurnal Pendidikan Agama dan Keagamaan Islam*, 2(1), pp. 243–257. doi: 10.35706/hw.v2i1.5290.
- Utami, F. P. and Ayu, S. M. A. (2018) *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi*.



Wati, L. and Saifulloh, M. (2020) 'Subordinat Perempuan Dalam Aplikasi Percakapan Grup Whatsapp (Studi Kasus Penggunaan Sticker Sensual Di Grup Whatsapp)', *LUGAS Jurnal Komunikasi*, 4(1), pp. 43–48. doi: 10.31334/lugas.v4i1.940.

## BIODATA PENULIS



**Wahyuningsih, S.Kep., Ns., M.Kep.** di lahirkan di Yogyakarta, 06 Agustus. Menyelesaikan pendidikan Strata Satu dan Profesi Ners pada tahun 2009 di STIKES Aisyiyah Yogyakarta. Selanjutnya menyelesaikan Program Pascasarjana bidang Keperawatan di UGM tahun 2014. Tahun 2010 hingga saat ini aktif mengajar pada program Studi S1 Ilmu Keperawatan Universitas Alma Ata.

# BAB 5

## Isu-isu Kesehatan Perempuan

\*Adriana M.S Boimau, SST., M.Kes\*

### A. Pendahuluan

Fenomena kekerasan terhadap perempuan bukan hanya menjadi persoalan nasional tetapi juga telah menjadi kecemasan bagi setiap Negara di seluruh dunia. Kekerasan terhadap perempuan bias dilakukan oleh siapapun, bahkan pelakunya adalah orang terdekat seperti ayah, suami, saudara laki-laki dan bahkan perempuan terhadap perempuan lainnya. Selain itu kekerasan seksual juga dapat terjadi dimanapun baik di tempat kerja/ kantor, di tempat umum, maupun di dalam rumah tangga (Fibrianti, 2020) .

Diperkirakan 2-3 juta perempuan diperdagangkan di berbagai penjuru dunia per tahunnya dan jumlahnya semakin bertambah. Hal ini merupakan masalah kesehatan masyarakat dan pelanggaran hak asasi manusia yang memberikan dampak sangat merugikan terhadap kesehatan perempuan termasuk kesehatan reproduksinya. Dengan bermacam alasan dalam kenyataannya korban merasa malu, sendirian, takut untuk membicarakannya. Banyak petugas kesehatan yang tidak mengakui kenyataan bahwa tindakan kekerasan adalah suatu masalah kesehatan wanita yang serius. Hal ini karena kurangnya pengetahuan petugas kesehatan (Tabelak Tirza VI, 2022).

### B. Isu-isu Kesehatan Perempuan

#### 1. Perkosaan

##### a. Definisi

Perkosaan adalah "serangan/penganiayaan" seksual karena perkosaan merupakan suatu tindakan kekerasan, dengan menggunakan seks sebagai alat kekerasan.

- b. Remaja perempuan rentan mengalami perkosaan oleh sang pacar, karena dibujuk dengan alasan untuk menunjukkan bukti cinta (Aisyaroh Noveri, 2017).
  - c. Wanita yang beresiko : Wanita yang menderita cacat, Wanita di tempat pengungsian, Wanita yang hidup di jalanan, Pembantu Rumah Tangga, Wanita yang berpenampilan sensual
  - d. Jenis perkosaan dan kekerasan seksual: Perkosaan oleh suami atau bekas suami, teman, pacar, ataupun orang yang tidak dikenal. Perkosaan dapat terjadi di tempat kerja, dirumah, sekolah, dll.
  - e. Masalah kesehatan pada perkosaan: Aborsi, Kehamilan, Penyakit menular seksual, Luka robek dan luka sayat.
  - f. Masalah sosial berupa diskriminasi oleh lingkungan
  - g. Masalah psikologi : stress hingga gangguan jiwa
2. Pelecehan seksual
- a. Macam-macam pelecehan seksual
    - 1) Homoseksualitas (Lesbianisme)  
 Homoseksual adalah ketertarikan seksual terhadap jenis kelamin yang sama (Bulantika, no date)  
 Sekitar 5 % wanita atau mungkin lebih, adalah biseksual, artinya pada saat-saat tertentu atau pada periode tertentu dalam kehidupan mereka, mereka memilih untuk menjalin hubungan seksual dengan seorang pria dan disaat yang sama berhubungan seksual dengan seorang wanita.  
 Sekitar 5 %, wanita sama sekali tidak pernah tertarik kepada pria, meskipun mereka mempunyai teman pria. Minat seks, kebutuhan menjalin hubungan, dipenuhi dari wanita lain.
    - 2) Transeksualisme  
 Yaitu seseorang wanita percaya bahwa dia menempati tubuh seseorang dari jenis kelamin lain. Secara psikologis dan emosional dia merasa sebagai seorang pria.

### 3. Singel parent

a. Single Parent (Orang tua tunggal) adalah orang yang melakukan tugas sebagai orang tua (ayah atau ibu) seorang diri, karena kehilangan/ terpisah dengan pasangannya.

#### b. Penyebab Single Parent

Penyebab terjadinya Single Parent: Perceraian, Orang Tua Meninggal, Orang Tua Masuk Penjara, Study ke Pulau lain atau ke Negara Lain, Kerja di Luar Daerah atau Luar Negeri, Adanya ketidakharmonisan dalam keluarga.

#### c. Hal-hal yang perlu dilakukan oleh Single Parent

- 1) Keterbukaan
- 2) Mengisi waktu
- 3) Membuka diri untuk masa depan

#### d. Dampak Single Parent

- 1) Perubahan perilaku anak menjadi pemaarah, barkata kasar, suka melamun, agresif, suka memukul, menendang, menyakiti temanya.
- 2) Perempuan merasa terkucil, terkadang mendapatkan cemooh dan ejekan.
- 3) Psikologi anak terganggu karena sering mendapat ejekan dari teman sehingga anak menjadi murung, sedih yang dapat mengakibatkan anak menjadi kurang percaya diri dan kurang kreatif.
- 4) Anak terhindar dari komunikasi yang kontradiktif dari orang tua, misalnya ibunya mengizinkan tetapi ayahnya melarangnya.
- 5) Ibu berperan penuh dalam pengambilan keputusan dan tegar.
- 6) Anak lebih mandiri dan berkepribadian kuat, karena terbiasa tidak selalu didampingi, terbiasa menyelesaikan berbagai masalah kehidupan.

### 4. Perkawinan Usia Muda dan Tua

#### a. Pengertian

Perkawinan usia muda adalah pernikahan yang dilakukan oleh remaja di bawah umur (antara 13-18 tahun). Perempuan dengan usia kurang dari 20 tahun yang

menjalani kehamilan sering mengalami kekurangan gizi dan anemia (Aisyaroh Noveri, 2017).

- b. Dampak yang terjadi karena perkawinan usia muda:
    - 1) Kehamilan dini.
    - 2) Resiko anemia dan meningkatnya kejadian depresi
    - 3) Beresiko pada kematian usia dini
    - 4) Meningkatkan Angka Kematian Ibu (AKI)
    - 5) Semakin muda wanita memiliki anak pertama, semakin rentan terkena kanker serviks.
    - 6) Resiko terkena penyakit menular seksual
    - 7) lurus dengan tingginya angka perceraian.
    - 8) Perceraian.
  - c. Perkawinan usia tua adalah perkawinan yang dilakukan bila perempuan berumur lebih dari 35 tahun.
    - 1) Alasan pernikahan usia tua : Karir, Pendidikan, ingin mendapatkan pasangan yang ideal.
    - 2) Kelebihan perkawinan usia tua: kematangan fisik, kematangan psikologis, kematangan sosial, kematangan financial.
    - 3) Kekurangan pernikahan usia tua: meningkatkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi.
5. Wanita di tempat kerja
- a. Definisi  
Wanita di tempat kerja adalah wanita yang kerja mengandalkan kemampuan dan keahlian untuk menghasilkan uang agar dapat memenuhi kebutuhan hidup.
  - b. Jenis-jenis pekerjaan wanita
    - 1) Full time worker : jenis pekerjaan yang biasa dilakukan oleh para wanita secara penuh seharian. Misal bekerja dikantor, pabrik, pekerja lapangan.
    - 2) Half time worker : jenis pekerjaan yang dilakukan oleh para wanita secara part time( setengah hari) jenis pekerjaan ini. contohnya : pelayan restoran, dll.
    - 3) Freelance : jenis pekerjaan yang fleksibel dalam hal waktu bekerja, pekerjaan ini tidak menentukan waktu

bekerja yang spesifik.

c. Faktor yang mempengaruhi kerja wanita

- 1) Teknologi
- 2) Kebijakan produksi
- 3) Lingkungan kerja
- 4) Beban Kerja Wanita

Wanita pekerja menghadapi tantangan berat dalam mempertahankan keseimbangan antara kesehatan dan pekerjaan mereka yaitu kehidupan pribadi dan profesional. Gerakan Pekerja/Buruh Perempuan Sehat Produktif (GP2SP). GP2SP adalah upaya dari pemerintah, masyarakat, maupun pemberi kerja dan serikat pekerja/serikat buruh untuk menggalang dan berperan serta guna meningkatkan kepedulian dan mewujudkan upaya perbaikan kesehatan pekerja/buruh perempuan sehingga dapat meningkatkan produktivitas kerja dan kualitas generasi penerus.

(Rizky, 2023).

6. Incest

a. Definisi

Incest adalah hubungan badan atau hubungan seksual yang terjadi antara dua orang yang mempunyai ikatan pertalian darah

b. Faktor penyebab terjadinya Incest: Faktor rendahnya pendidikan dan ekonomi, Faktor lingkungan atau tempat tinggal, Faktor alkohol, Faktor kurangnya pemahaman tentang agama, Peranan korban.

c. Jenis-jenis incest berdasarkan penyebabnya adalah :

- 1) Incest yang terjadi secara tidak sengaja.
- 2) Incest akibat psikopatologi berat..
- 3) Incest akibat pedofilia.
- 4) Incest akibat contoh buruk dari ayah.
- 5) Incest akibat patologi keluarga dan hubungan perkawinan yang tidak harmonis. (Zalzabella, 2020).

d. Dampak Incest

Korban incest tersebut berpotensi mengalami kesulitan perilaku di masa depan, stigma negatif bagi perempuan yang mengalami kekerasan seksual (Sri, Ali and Zakaria, 2023).

7. Homeless

a. Definisi

Homeless pada wanita juga menjadi masalah dalam dimensi sosialnya. Wanita homeless atau tunawisma atau gelandangan yang tidak memiliki tempat tinggal tetap dan hidup dengan fisik dan psikis yang tidak sesuai dengan norma yang berlaku dimasyarakat.

b. Penyebab

Penyebab homeless pada wanita antara lain: faktor kemiskinan, kegagalan para perantau dalam mencari pekerjaan, Penyediaan lapangan pekerjaan, bencana ala, yatim piatu, kurang kasih sayang, tinggal di daerah konflik, anak yang ditinggalkan orang tuanya, Lansia yang ditelantarkan oleh keluarganya, Penggusuran, Pengangguran.

c. Penanggulangan Homeless

Penanggulangan homeless perlu dilakukan pada kelompok bersiko dengan memberikan konseling dan keterampilan dalam bentuk pelatihan atau kursus kerja sehingga memiliki skill yang di butuhkan dunia kerja. Melakukan pembinaan pada kelompok berisiko homeless juga perlu dilakukan terutama melibatkan pemerintah melalui dinas sosial (Sri, Ali and Zakaria, 2023).

d. Dampak Homeless

Kebersihan dan kesehatan yang tidak terjamin, gizi kurang, tindak kekerasan sesama tunawisma, pengguna narkoba, dimanfaatkan, pelecehan seksual

8. Wanita di Pusat Rehabilitasi

Rehabilitasi mengandung makna pemulihan kepada kedudukan (keadaan, nama baik) yang dahulu (semula) atau perbaikan anggota tubuh yang cacat dan sebagainya atas



individu supaya menjadi manusia yang berguna dan memiliki tempat di masyarakat.

9. Wanita Sex Komersial

PSK juga disebut sebagai Wanita Tuna Susila atau sering juga disebut pelacur yang profesinya selalu menjadi pro dan kontra dalam kehidupan bermasyarakat, beragama dan bernegara.

Penyebab wanita menjadi PSK secara dominan disebabkan faktor ekonomi. Kerasnya dunia PSK tidak menutup kemungkinan juga terdapat kasus perdagangan wanita (trafficking in women). (Sri, Ali and Zakaria, 2023).

10. Drug Abuse

Penyalahgunaan obat dimaksud bila suatu obat digunakan tidak untuk tujuan mengobati penyakit, akan tetapi digunakan dengan sengaja untuk mencari atau mencapai kesadaran tertentu karena pengaruh obat pada jiwa.

Narkotika dibedakan menjadi :

- a. Narkotika golongan I adalah narkotika yang hanya dapat digunakan untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak digunakan dalam terapi, serta mempunyai potensi sangat tinggi mengakibatkan ketergantungan.
- b. Narkotika golongan II adalah narkotika yang berkhasiat pengobatan digunakan sebagai pilihan terakhir dan dapat digunakan dalam terapi dan/atau untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi tinggi mengakibatkan ketergantungan.
- c. Narkotika golongan III adalah narkotika yang berkhasiat pengobatan dan banyak digunakan dalam terapi dan/atau tujuan pengembangan ilmu pengetahuan serta mempunyai potensi ringan mengakibatkan ketergantungan.

Upaya-upaya pencegahan tindak penyalahgunaan obat terlarang yang dapat ditempuh antar lain:

- 1) Melakukan kerjasama dengan pihak yang berwenang untuk melakukan penyuluhan tentang bahaya narkoba.
- 2) Mengadakan razia mendadak secara rutin.
- 3) Pendampingan dari orangtua siswa itu sendiri dengan

memberikan perhatian dan kasih social.

- 4) Pihak sekolah harus melakukan pengawasan yang ketat terhadap gerak-gerik anak didiknya,
- 5) Pendidikan moral keagamaan harus lebih ditekankan kepada siswa.

#### 11. Pendidikan

Pendidikan merupakan proses sadar dan sistematis disekolah, keluarga, dan masyarakat untuk menyampaikan suatu maksud dari suatu konsep yang sudah diterapkan.

#### 12. Upah

Fenomena perempuan bekerja bukanlah barang baru ditengah masyarakat kita. Sebenarnya tidak ada perempuan yang benar-benar menganggur, biasanya para perempuan juga memiliki pekerjaan untuk memenuhi kebutuhan rumah tangganya entah itu dengan mengelola sawah, membuka warung dirumah, mengkreditkan pakaian dan lain sebagainya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aisyaroh Noveri (2017) 'Kesehatan Reproduksi Remaja', *Jurnal Kesehatan Poltekkes Ternate*, 10(1), p. 30. doi:10.32763/juke.v10i1.15.
- Bulantika, S.Z. (no date) '3093-6248-1-Sm', pp. 158-173.
- Fibrianti (2020) 'Kekerasan Seksual Sebagai Salah satu Bentuk Kekerasan Terhadap Perempuan', *Hamzar STIKES*, p. 1. Available at: <https://stikeshamzar.ac.id/informasi/artikel/kekerasan-seksual-sebagai-salah-satu-bentuk-kekerasan-terhadap-perempuan-problem-kesehatan-reproduksi-perempuan/>.
- Rizky, A. (2023) *Kesehatan Reproduksi Dan Kesehatan Wanita, Repository Alungcipta*. doi:10.59000/ra.v1i1.3.
- Sri, R.L., Ali, C. and Zakaria, F. (2023) 'Perlindungan Hukum Korban Pemerkosaan Incest yang Melakukan Aborsi Dihubungkan dengan Asas Keadilan', 01(1), pp. 13-18. Available at: <https://journal.sbpublisher.com/index.php/LOL>.
- Tabelak Tirza VI, E. (2022) *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi*. 1st edn. Edited by B.Z. Rachma. Kupang: CV. Literasi Nusantara Abadi.
- Zalzabella, D.C. (2020) 'Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Perkosaan Incest', *Indonesian Journal of Criminal Law and Criminology (IJCLC)*, 1(1), pp. 01-09. doi:10.18196/ijclc.v1i1.9156.

## **BIODATA PENULIS**



**Adriana M.S Boimau, SST, M.Kes** lahir di Soe, pada 01 Agustus 1977. Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Poltekkes Makassar dan S2 di Universitas Nusa Cendana Kupang-NTT. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang.

# BAB 6

## Morbiditas dan Mortalitas Ibu dan Anak

\*Andi Syintha Ida, S.ST., M.Kes\*

### A. Pendahuluan

Mortalitas dan morbiditas merupakan suatu indikator yang dapat menggambarkan tingkat derajat kesehatan masyarakat dalam suatu wilayah. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016, derajat Kesehatan dapat diukur dari beberapa indikator antara lain angka kematian dan angka kesakitan pada Ibu dan anak. Tinggi rendahnya frekuensi angka kematian dan angka kesakitan pada Ibu dan anak di suatu wilayah merupakan suatu masalah yang harus segera mendapatkan penanganan, dengan dilakukannya upaya-upaya berbentuk upaya preventif, kuratif, dan rehabilitative.

### B. Konsep Morbiditas

#### 1. Pengertian

Morbiditas menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, adalah tingkat yang sakit dan yang sehat dalam suatu populasi. Badan Pusat Statistik (BPS) menjelaskan angka kesakitan/morbiditas adalah persentase penduduk yang mempunyai keluhan kesehatan. Keluhan kesehatan adalah gangguan terhadap kondisi fisik maupun jiwa, termasuk karena kecelakaan, atau hal lain yang menyebabkan terganggunya kegiatan sehari-hari. Pada umumnya keluhan Kesehatan yang banyak dialami oleh penduduk adalah panas, sakit kepala, batuk, pilek, diare, asma/sesak nafas, sakit gigi sedangkan yang mengalami penyakit kronis dianggap mempunyai keluhan kesehatan walaupun

pada waktu survei (satu bulan terakhir) yang bersangkutan tidak kambuh penyakitnya (Noor, 2021).

Morbiditas sendiri berasal dari kata dalam Bahasa Inggris yaitu *morbidity* yang merujuk pada suatu penyakit maupun gejala penyakit termasuk jumlah penyakit pada sebuah populasi, istilah morbiditas juga sering digunakan pada masalah medis atau kesehatan yang disebabkan oleh aktivitas pengobatan. Ada juga Morbiditas maternal merupakan kesakitan atau masalah yang berhubungan dengan kondisi kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan sampai dengan nifas. Faktor resiko kematian Ibu tertinggi disebabkan kejadian morbiditas maternal seperti perdarahan, preeklamsia dan Infeksi.

Morbiditas yang dipahami sebagai angka atau tingkat kesakitan menjadi indikasi penting yang dapat digunakan sebagai penilaian maupun perencanaan pada program tertentu dan dengan demikian maka tingkat kesakitan sekaligus tingkat kematian pada suatu wilayah dapat diturunkan (Cermati, 2020).

## 2. Angka Morbiditas

Berikut merupakan rumus angka morbiditas:

*Angka Morbiditas = (jumlah penduduk yang mengalami keluhan kesehatan dan terganggunya aktivitas / jumlah penduduk) × 100*

Ukuran morbiditas dalam epidemiologi terbagi atas:

### a. Prevalensi

Prevalensi adalah proporsi/ persentase populasi yang sedang menderita sakit pada satu saat tertentu. Prevalensi menggambarkan jumlah kasus yang ada pada satu saat tertentu.

Kegunaan prevalensi adalah untuk:

- 1) Menentukan situasi penyakit yang ada pada satu waktu tertentu
  - 2) Merencanakan fasilitas kesehatan dan ketenagaan
- Faktor yang mempengaruhi prevalensi adalah:
- 1) Kasus baru yang dijumpai pada populasi sehingga angka insidensi meningkat
  - 2) Durasi penyakit

3) Intervensi dan perlakuan yang mempunyai efek pada prevalensi

4) Jumlah populasi yang sehat

Prevalensi terbagi menjadi 2 yaitu :

1) *Point prevalence (Prevalence Rate)* adalah proporsi populasi yang sedang menderita sakit pada satu saat tertentu.

2) *Period Prevalence (Prevalence Risk)* adalah proporsi populasi yang sakit pada satu periode tertentu.

b. Insidensi

Insidensi menggambarkan jumlah kasus baru yang terjadi dalam satu periode tertentu.

Jenis insidensi:

1) *Cumulative Incidence/Incidence Risk*

Suatu angka untuk mengukur risiko untuk sakit. Probabilitas dari seorang yang tidak sakit untuk menjadi sakit selama periode waktu tertentu, dengan syarat orang tersebut tidak mati oleh karena penyebab lain. Risiko ini biasanya digunakan untuk mengukur serangan penyakit yang pertama pada orang sehat tersebut.

2) *Attack Rate* merupakan *Cumulative Incidence/Incidence Risk* yang khusus berguna selama pandemik. Epidemik adalah suatu keadaan dimana suatu masalah kesehatan (umumnya penyakit) yang ditemukan pada suatu daerah tertentu dalam waktu yang singkat berada dalam frekuensi yang meningkat

3) *Incidence Rate/Incidence Density/Insidens Orang - Waktu* adalah Suatu angka untuk mengukur kecepatan untuk sakit dan menyatakan suatu jumlah kasus baru per orang-waktu. Insidens rate dari kejadian penyakit adalah potensi perubahan status penyakit per satuan waktu, relatif terhadap besarnya populasi individu yang sehat pada waktu itu (Noor, 2021).

### C. Konsep Mortalitas

#### 1. Pengertian :

Mortalitas atau kematian dalam wikipedia diartikan sebagai peristiwa hilangnya segala tanda-tanda kehidupan secara permanen.

Mortalitas mengukur jumlah kematian dalam suatu populasi dan digunakan untuk menghitung angka kematian dalam skala yang lebih besar. Angka kematian dapat dihitung dengan membagi jumlah kematian dalam suatu periode waktu dengan jumlah orang dalam populasi pada awal periode waktu tersebut. Angka kematian seperti Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi biasanya dihitung dalam ukuran perseribu atau persepuluh ribu orang penduduk (Noor, 2021).

#### 2. Kematian Ibu

Kematian ibu didefinisikan sebagai semua kematian selama periode kehamilan, persalinan, dan nifas yang disebabkan oleh pengelolaannya dan bukan karena sebab lain seperti kecelakaan atau insidental. AKI adalah semua kematian dalam ruang lingkup tersebut di setiap 100.000 kelahiran hidup.

AKI digunakan dalam menilai keberhasilan program kesehatan, juga dijadikan sebagai indikator dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat dalam suatu wilayah, karena sensitivitasnya terhadap perbaikan pelayanan kesehatan, baik dari sisi aksesibilitas maupun kualitas.

Secara umum terjadi penurunan kematian ibu selama periode 1991-2020 dari 390 menjadi 189 per 100.000 kelahiran hidup. Angka ini hampir mencapai target RPJMN 2024 sebesar 183 per 100.000 kelahiran hidup. Walaupun terjadi kecenderungan penurunan angka kematian ibu, masih diperlukan upaya dalam percepatan penurunan AKI untuk mencapai target SDGs yaitu sebesar 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030.



Penyebab kematian ibu terbanyak pada tahun 2022 adalah hipertensi dalam kehamilan sebanyak 801 kasus, perdarahan sebanyak 741 kasus, jantung sebanyak 232 kasus, dan penyebab lain lain sebanyak 1.504 kasus.

Upaya percepatan penurunan AKI dilakukan dengan menjamin agar setiap ibu mampu mengakses pelayanan kesehatan yang berkualitas, seperti pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih di fasilitas pelayanan kesehatan, perawatan pasca persalinan bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan jika terjadi komplikasi, dan pelayanan keluarga berencana (KB) termasuk KB pasca persalinan. (Profil Kesehatan, 2022).

### 3. Kematian Bayi

Kematian Bayi juga merupakan salah satu indikator dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat dalam suatu wilayah sehingga banyak upaya yang dilakukan agar Angka Kematian Bayi (AKB) dapat ditekan.

Pelayanan kesehatan bayi, anak balita, dan prasekolah melalui upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif bertujuan untuk menurunkan terjadinya kematian bayi dan balita, menurunkan prevalensi stunting dan wasting, meningkatkan kualitas hidup balita, sehingga semua hak anak dapat terpenuhi.

Ditjen Kesehatan Masyarakat, Kemenkes RI, dalam profil Kesehatan tahun 2022 menuliskan data total kematian balita usia 0-59 bulan pada tahun 2022 adalah sebanyak 21.447 kematian. Sebagian besar kematian terjadi pada masa neonatal (0-28 hari) sebanyak 18.281 kematian (75,5% kematian bayi usia 0-7 hari dan 24,5% kematian bayi usia 8-28 hari). Sementara kematian pada masa post neonatal (29 hari-11 bulan) sebanyak 2.446 kematian, dan kematian pada usia 12-59 bulan sebanyak 720 kematian. Jumlah ini cukup jauh menurun dari jumlah kematian balita pada tahun 2021 sebanyak 27.566 kematian.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak, dikatakan bahwa setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang, serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. Sejalan dengan hal tersebut, perlu dilakukan upaya kesehatan anak dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif secara terpadu, menyeluruh, dan berkesinambungan. Upaya ini dilaksanakan sejak janin dalam kandungan hingga anak berusia 18 tahun. Salah satu tujuan upaya kesehatan anak adalah menjamin kelangsungan dan kualitas hidup anak melalui upaya penurunan angka kematian, perbaikan gizi, pemenuhan standar pelayanan minimal pada bayi baru lahir, bayi, dan balita. Tren Angka Kematian Bayi (AKB) di Indonesia sudah mengalami penurunan, namun masih memerlukan upaya percepatan dan upaya untuk mempertahankan agar target 16/1000 kelahiran hidup dapat tercapai di akhir tahun 2024 (Profil Kesehatan 2021).

4. Angka Mortalitas menurut Meitria Syahadatina Noor dkk terbagi atas :

a. *Crude Death Rate (CDR)*

*Crude death rate (CDR)* adalah jumlah semua kematian yang ditemukan pada satu jangka waktu (umumnya 1 tahun) dibandingkan dengan jumlah penduduk pada pertengahan waktu yang bersangkutan. Istilah *crude* (kasar) digunakan karena setiap aspek kematian tidak memperhitungkan usia, jenis kelamin, atau variabel lain.

Rumus:

$$\text{CDR/AKK} = \frac{\text{Jumlah Seluruh Kematian}}{\text{Jumlah penduduk pertengahan}} \times 10^n$$

- h. *Perinatal Mortality Rate (PMR) /Angka Kematian Perinatal (AKP)*

Merupakan periode yang paling besar resiko kematiannya bagi umat manusia. PMR adalah jumlah kematian janin yang dilahirkan pada usia kehamilan 28 minggu atau lebih ditambah dengan jumlah kematian bayi yang berumur kurang dari 7 hari yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama

Rumus :

$$\text{PMR/ AKP} = \frac{\text{Jumlah Kematian Janin}}{\text{Jumlah bayi lahir hidup pada tahun yang sama}} \times 10^{\text{K}}$$

- i. *Neonatal Mortality Rate (NMR) /Angka Kematian Neonatal*

*Neonatal Mortality rate* adalah jumlah kematian bayi yang berumur kurang dari 28 hari yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

Rumus :

$$\text{NMR} = \frac{\text{Jumlah Kematian Bayi umur kurang dari 28 hari}}{\text{jumlah bayi lahir hidup pada tahun yang sama}} \times 10^{\text{K}}$$

- j. *Infant Mortality Rate (IMR) /Angka kematian Bayi*

*Infant Mortality rate* adalah jumlah seluruh kematian bayi berumur kurang dari 1 tahun yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama

Rumus :

$$\text{IMR/ AKB} = \frac{\text{Jml Kematian bayi umur 0-1 tahun dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama}} \times \text{K}$$

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

*Under five mortality rate* adalah jumlah kematian balita yang dicatat selama 1 tahun per 1000 penduduk balita pada tahun yang sama.

Rumus :

$$\text{UFMR} = \frac{\text{Jml Kematian balita yang dicatat dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah bayi lahir hidup pada tahun yang sama}} \times K$$

l. *Postneonatal Mortality Rate* / Angka Kematian Pasca Neonatal

*Post neonatal Mortality Rate* adalah kematian yang terjadi pada bayi usia 28 hari sampai 1 tahun per 1000 kelahiran hidup dalam satu tahun

Rumus:

$$\text{PMR} = \frac{\text{Jumlah Kematian bayi usia 28 hari s/d 1 tahun}}{\text{Jumlah bayi lahir hidup pada tahun yang sama}} \times K$$

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

*Maternal Mortality Rate* adalah jumlah kematian ibu sebagai akibat dari komplikasi kehamilan, persalinan dan masa nifas dalam 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama

Rumus:

$$\text{MMR} = \frac{\text{Jml Kematian Ibu hamil, persalinan dan nifas dalam 1 tahun}}{\text{Jumlah lahir hidup pada tahun yang sama}} \times K$$

## DAFTAR PUSTAKA

- Cermati (2023). *Indikasi Kondisi Medis, Arti Morbiditas, Cara Hitung, Beda Dengan Mortalitas*. Diakses tanggal 14 Maret 2024, <https://www.cermati.com/artikel/morbiditas>
- Kementrian Kesehatan RI (2022). *Profil Kesehatan Indonesia 2022*. Jakarta : Kementrian Kesehatan RI
- Noor, Meitria Syahadatina (2021). *Buku Ajar Dasar – Dasar Kesehatan Masyarakat*. Yogyakarta : CV Mine

## BIODATA PENULIS



**Andi Syintha Ida**, lahir di Ujung Pandang, pada tanggal 03 Juni 1977. Menyelesaikan Pendidikan D.IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Makassar, S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Jurusan Kesehatan Reproduksi dan Gizi Keluarga di Universitas Muslim Indonesia Makassar dan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Sampai saat ini penulis aktif sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Makassar.

# BAB 7

## Infertilitas

\* Dewi Syafitriani, SKM., MKM \*

### A. Pendahuluan

Infertilitas adalah gangguan dari sistem reproduksi yang ditandai dengan kegagalan mengalami kehamilan setelah 12 bulan atau lebih dan telah melakukan hubungan sanggama tanpa kontrasepsi secara teratur (Cavallini & Beretta, 2015). Infertilitas dapat dibagi menjadi infertilitas primer dan infertilitas sekunder. Infertilitas primer adalah jika seorang wanita belum pernah memiliki anak karena tidak pernah terjadi kehamilan atau pernah mengalami kehamilan tetapi tidak pernah terjadi kelahiran hidup. Sedangkan infertilitas sekunder jika seorang wanita tidak mampu untuk memiliki anak yang disebabkan karena tidak terjadinya kehamilan atau pernah mengalami kehamilan tetapi tidak terjadi kelahiran hidup dengan syarat sebelumnya wanita tersebut pernah mengalami kehamilan atau pernah terjadi kelahiran hidup (Mascarenhas et al., 2012).

Infertilitas tidak hanya merupakan suatu masalah kesehatan, tetapi juga suatu masalah sosial. Masalah infertilitas dapat mempengaruhi hubungan interpersonal, perkawinan dan sosial, serta dapat menyebabkan gangguan secara emosional dan psikologis yang signifikan (Karimi et al., 2015). Dari semua pasangan yang aktif secara seksual, 12 - 15 % mengalami infertilitas (Parekattil & Agarwal, 2012).

### B. Infertilitas

#### 1. Definisi Infertilitas

Menurut beberapa ahli infertilitas adalah kegagalan dari pasangan suami istri untuk mengalami kehamilan

setelah melakukan hubungan seksual, tanpa kontrasepsi selama satu tahun, Djuwantono (2008). Infertilitas (ketidaksuburan) merupakan suatu kondisi dimana pasangan suami istri belum mampu memiliki anak walaupun telah melakukan hubungan seksual sebanyak 2-3 kali seminggu dalam kurun waktu satu tahun dengan tanpa menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun. Atau infertilitas merupakan ketidakmampuan untuk menghasilkan keturunan.

## 2. Jenis-jenis Infertilitas

Munurut Djuwantono (2008) Secara medis infertil terbagi menjadi dua jenis, yaitu :

### a. Infertil Primer

Yaitu pasangan suami istri yang belum mampu dan belum pernah memliki anak setelah satu tahun berhubungan seksual sebanyak 2-3 kali perminggu tanpa menggunakan alat kontrasepsi dalam bentuk apapun.

### b. Infertil sekunder

Yaitu pasangan suami istri yang telah memiliki anak sebelumnya tetapi saat ini belum mampu memiliki anak lagi setelah satu tahun berhubungan seksual sebanyak 2-3 kali perminggu tanpa menggunakan alat kontrasepsi. Sebanyak 60% - 70% pasangan yang telah menikah akan memiliki anak pada satu tahun usia pernikahan mereka. Sebanyak 20% akan memiliki anak pada tahun ke-2 pernikahan mereka. Sebanyak 10% - 20% sisanya akan memiliki anak pada tahun ke-3 atau lebih atau tidak akan memiliki anak, Djuwantono (2008).

## 3. Ciri-ciri Pasangan yang Mengalami Infertilitas

Pasangan yang mengalami infertilitas memiliki ciri-ciri berikut:

- a. Pasangan tersebut memiliki keinginan untuk memiliki anak.
- b. Selama satu tahun atau lebih berhubungan seksual, isteri belum mendapatkan kehamilan
- c. Melakukan hubungan seksual 2-3 kali dalam seminggu dalam kurun waktu satu tahun



- d. Istri maupun suami tidak pernah menggunakan alat ataupun metode kontrasepsi, baik kondom, obat-obatan dan alat lain yang berfungsi untuk mencegah kehamilan.
4. Faktor-faktor yang Menyebabkan Infertilitas

Faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya infertilitas pada wanita adalah karena terjadinya beberapa gangguan, yaitu :

- a. Gangguan Organ Reproduksi
  - 1) Terjadinya infeksi pada vagina sehingga meningkatkan keasaman vagina yang akan membunuh sperma, serta pengkerutan vagina yang akan menyebabkan terhambatnya transportasi sperma ke vagina.
  - 2) Kelainan pada serviks akibat defisiensi hormon esterogen yang mengganggu pengeluaran mukus serviks. Apabila mucus yang berada di serviks sedikit, maka perjalanan sperma ke dalam rahim akan terganggu. Selain itu bekas operasi pada serviks yang menyisakan jaringan parut juga dapat menutup serviks sehingga sperma tidak bias masuk ke dalam rahim.
  - 3) Kelainan pada uterus, misalnya diakibatkan oleh malformasi uterus yang mengganggu pertumbuhan fetus, mioma uteri dan adhesi uterus yang menyebabkan terjadinya gangguan suplai darah untuk perkembangan fetus dan akhirnya terjadi abortus berulang. Kelainan tuba falopii akibat infeksi yang menyebabkan adhesi tuba falopii dan terjadi abstruksi sehingga ovum dan sperma tidak dapat bertemu.
- b. Gangguan Ovulasi

Gangguan ovulasi dapat terjadi karena ketidakseimbangan hormonal seperti adanya hambatan pada sekresi hormone FSH dan LH yang memiliki pengaruh besar terhadap ovulasi. Hambatan ini dapat terjadi karena adanya tumor cranial, stress, dan pengguna obat-obatan yang menyebabkan terjadinya

disfungsi hipotalamus dan hipofise. Bila terjadi gangguan sekresi kedua hormon ini, maka folikel mengalami hambatan untuk matang dan berakhir pada gangguan ovulasi.

c. Kegagalan Implantasi

Wanita dengan kadar progesteron yang rendah mengalami kegagalan dalam mempersiapkan endometrium untuk nidasi. Setelah terjadi pembuahan proses nidasi pada endometrium tidak berlangsung baik. Akibatnya fetus tidak berkembang dengan baik dan terjadilah abortus.

1) Faktor immunologis

Apabila embrio memiliki antigen yang berbeda dari ibu, maka tubuh ibu memberikan reaksi sebagai respon terhadap benda asing. Reaksi ini dapat menyebabkan abortus spontan pada wanita hamil.

2) Faktor lingkungan

Paparan radiasi dalam dosis tinggi, asap rokok, gas anastesi, zat kimia, dan pestisida dapat menyebabkan toxic pada seluruh bagian tubuh termasuk organ reproduksi yang akan mempengaruhi kesuburan. Adapun pada pria, faktor-faktor yang menyebabkan infertilitas yaitu karena adanya beberapa kelainan umum :

- a) Abnormalitas sperma ; morfologi dan motilitas.
- b) Abnormalitas ejakulasi ; ejakulasi retrograde dan hipospadia.
- c) Abnormalitas ereksi
- d) Abnormalitas cairan semenperubahan PH dan perubahan komposisi kimiawi.
- e) Infeksi pada saluran genital yang meninggalkan jaringan parut sehingga terjadi penyempitan obstruksi pada saluran genital
- f) Lingkungan : radiasi, zat kimia dan obat-obatan.

## 5. Penanganan Infertilitas

Menurut Permadi (2008) beberapa cara dalam menangani infertilis, yaitu:

- a. Penanganan infertilitas pada wanita
  - 1) Pengetahuan tentang siklus menstruasi, gejala lendir serviks puncak dan waktu yang tepat untuk coital.
  - 2) Pemberian terapi obat
- b. Penanganan infertilitas pada pria
  - 1) Penekanan produksi sperma untuk mengurangi jumlah antibodi autoimun, diharapkan kualitas sperma meningkat.
  - 2) Testosteron Enantat dan testosteron spionat untuk stimulasi kejantanan.
  - 3) FSH dan HCG untuk menyelesaikan spermatogenesis
  - 4) Bromokriptin, digunakan untuk mengobati tumor hipofisis atau hipotalamus
  - 5) Perbaikan varikokel menghasilkan perbaikan kualitas sperma.
  - 6) Perubahan gaya hidup yang sederhana dan yang terkoreksi. Seperti perbaikan nutrisi, tidak membiasakan penggunaan celana yang panas dan ketat.

## 6. Pencegahan Infertilitas

Ada beberapa cara pencegahan infertilitas menurut Steven R.B (2002). Berbagai macam infeksi diketahui menyebabkan infertilitas terutama infeksi prostate, buah zakar, maupun saluran sperma. Karena itu setiap infeksi di daerah tersebut harus ditangani serius.

- a. Beberapa zat dapat meracuni sperma. Banyak penelitian menunjukkan pengaruh buruk rokok terhadap jumlah dan kualitas sperma.
- b. Alkohol dalam jumlah banyak dihubungkan dengan rendahnya kadar hormone testostosterone yang tentunya akan mengganggu pertumbuhan sperma.
- c. Berperilaku dan pola hidup sehat

## DAFTAR PUSTAKA

- Cavallini G, Beretta G (eds) (2015). Clinical management of male infertility. New York: Springer
- Djuwantono (2008). Memahami Infertilitas. Bandung: PT. Refika Aditama.
- Karimi FZ, Taghipour A, Roudsari RL, Kimiaei SA, Mazlom SR, Amirian M (2015). Cognitive emotional consequences of male infertility in their female partners: A qualitative content analysis. *Electronic Physician*, 7(7) : 1449-1457.
- Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: A systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS medicine*, 9(12): e1001356.
- Parekattil SJ, Agarwal A (eds) (2012). Male infertility: Clinical approaches, andrology, ART, & antioxidants. New York: Springer.
- Permadi, W. (2008) Hanya 7 hari memahami *infertilitas*. Bandung. : PT. Refika aditama

## BIODATA PENULIS



Dewi Syafitriani, SKM., MKM lahir di Jambi pada tanggal 17 Juli 1983 dari pasangan Usman Musa dan Jusni, isteri dari dr. Sudarto, Sp.P. Menyelesaikan D3 Politeknik Kesehatan Jambi Jurusan Kebidanan tahun 2004 kemudian mengabdikan sebagai Bidan PTT di Kabupaten Tanjung Jabung Timur Provinsi Jambi. Tahun 2009 menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi di Universitas Indonesia untuk selanjutnya mengabdikan sebagai ASN dilingkup wilayah Kabupaten Batanghari selama 14 tahun. Kemudian tahun 2019 pindah tugas ke Universitas Jambi, melanjutkan studi Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia lulus tahun 2021 dan mengabdikan sebagai ASN pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan sampai – sekarang.

# BAB 8

## Masalah kesehatan reproduksi Gangguan haid

Hapisah, S.Si.T.,MPH

### A. Pendahuluan

Haid atau menstruasi adalah perdarahan yang teratur setiap bulan dan terjadi alamiah pada wanita. Haid adalah perdarahan yang disebabkan oleh pelepasan endometrium secara berkala. Jarak antar haid disebut siklus haid, yang idealnya teratur bila panjang bulan 21-35 hari dan rata-rata siklus 28 hari. Secara umum, kurang dari 15 persen wanita usia subur memiliki siklus menstruasi teratur tepat 28 hari (Yudita, Yanis, & Iryani, 2017).

Dalam siklus haid masih sering ditemukan gangguan, angka kejadian cukup tinggi sekitar 75% terutama dialami oleh remaja. menstruasi. Banyak dari Wanita yang mengalami gangguan menstruasi saat masa menstruasinya. Gangguan menstruasi meliputi ketidakteraturan siklus menstruasi (durasi ataupun panjang), hiper-atau hypomenorrhoe, poli atau oligomenorea, dismenorea, amenorea, dan sindrom pramenstruasi (Karout et al., 2012)

Gangguan menstruasi biasanya terjadi karena adanya ketidakseimbangan hormon dalam pengatur menstruasi, beberapa sebab gangguan haid bisa juga kondisi medis lainnya. Secara fisiologis gangguan haid berkaitan dengan usia yaitu terjadi sebelum masa pubertas atau pada masa menopause, pada masa kehamilan, pada masa menyusui atau gangguan pada *axis hipotalamus-hipofisis-ovarium*, kelainan bawaan dan kelainan sistem hormonal. Gangguan haid berhubungan juga gangguan kesuburan endometrium,

penyakit lainnya seperti terdapat tumor pada alat kelamin, terdapat penyakit kronis, ketidakstabilan emosi dan kurang makan (gangguan gizi), gangguan metabolisme, serta mempunyai nilai gizi lebih yang berhubungan dengan status ekonomi dan pekerjaan. (Yamamoto, K, 2009).

## **B. Gangguan haid**

Gangguan siklus menstruasi adalah suatu kondisi dimana terdapat kelainan atau anomali pada siklus menstruasi. Gangguan tersebut dapat berupa perdarahan menstruasi yang terlalu banyak atau terlalu sedikit, menstruasi yang tidak teratur, bahkan tidak menstruasi sama sekali. Keluhan gangguan menstruasi berkisar dari yang ringan hingga berat dan seringkali menimbulkan gangguan kesehatan yang mempengaruhi aktivitas sehari-hari dan mengganggu emosi penderitanya. (Sarwono, 2011). Gangguan haid dan siklusnya dalam masa reproduksi dapat digolongkan dalam:

### **1. Gangguan siklus haid**

#### **a. Polimenorea**

Menurut Fatmawati (2019) Polimenorea adalah siklus menstruasi yang lebih pendek dari biasa yaitu kurang 21 hari, sedangkan jumlah perdarahan relatif sama atau lebih banyak dari biasa. Sedangkan menurut Wahyuni (2022) Polimenore merupakan lamanya siklus haid yang diperpendek dari lamanya siklus haid klasik yaitu kurang dari 21 hari setiap siklusnya, sedangkan volume perdarahannya kurang lebih sama atau lebih banyak dari volume perdarahan menstruasi normal. Polimenore yang disertai keluarnya darah menstruasi lebih banyak dari biasanya disebut polimenorrhagia (epimenorrhagia).

Menurut Sigana (2017) Polimenore merupakan gangguan siklus menstruasi yang menyebabkan wanita mengalami menstruasi berkali-kali dalam sebulan, mungkin dua atau tiga kali atau bahkan lebih. Normalnya, siklus menstruasi berlangsung selama 21-35 hari dengan durasi sekitar 2-8 hari. Wanita yang

mengalami polimenore mempunyai siklus menstruasi yang lebih pendek dari 21 hari dengan pola yang teratur dan jumlah perdarahan yang relatif sama atau lebih banyak dari biasanya.

Polimenore berbeda dengan metrorragia. Metrorragia adalah pendarahan tidak teratur yang terjadi di antara dua periode menstruasi. Pada metrorragia, menstruasi terjadi dalam waktu yang lebih singkat dengan jumlah darah yang dikeluarkan lebih sedikit. Polimenore juga berbeda dengan menorrhagia. Menorrhagia adalah istilah medis untuk pendarahan menstruasi yang berlebihan. Pada siklus menstruasi normal, wanita rata-rata kehilangan darah sekitar 30-40 ml selama kurang lebih 7 hari menstruasi, namun pada menorrhagia perdarahannya bisa melebihi 7 hari dan jumlahnya lebih banyak (melebihi 80 ml).

Polimenore dapat disebabkan oleh ketidakseimbangan sistem hormonal pada poros hipotalamus-hipofisis ovarium. Ketidakseimbangan hormonal ini dapat menyebabkan gangguan pada proses ovulasi (pelepasan sel telur) atau memperpendek waktu terjadinya siklus menstruasi normal sehingga mengakibatkan menstruasi menjadi lebih sering. Gangguan keseimbangan hormon dapat terjadi pada beberapa kondisi seperti 3-5 tahun pertama setelah mendapatkan haid, gangguan ovarium menjelang menopause, stres dan depresi, obesitas, penurunan berat badan berlebihan, gangguan makan seperti bulimia dan anorexia nervosa, olahraga berlebihan serta penggunaan obat-obatan tertentu seperti aspirin, antikoagulan, NSAID, dan sebagainya.

Polimenore umumnya bersifat sementara dan dapat sembuh dengan sendirinya. Namun jika gangguan ini terjadi terus menerus, penderitanya harus segera berkonsultasi ke dokter. Jika gangguan menstruasi ini dibiarkan terus menerus, maka dapat menyebabkan



gangguan hemodinamik pada tubuh akibat pendarahan yang terus menerus. Selain itu, polimenore juga dapat menyebabkan gangguan kesuburan akibat gangguan ovulasi yang dapat menyebabkan wanita sulit mempunyai anak.

b. Oligomenorea

Oligomenorrhoe adalah suatu keadaan dimana menstruasi jarang terjadi dan siklusnya panjang lebih dari 35 hari sedangkan jumlah perdarahannya tetap (Wahyuni, 2022). Wanita yang mengalami oligomenore akan mengalami frekuensi menstruasi yang lebih sedikit dibandingkan biasanya. Namun jika berhentinya siklus menstruasi berlangsung lebih dari tiga bulan, maka kondisi tersebut disebut dengan amenore sekunder.

Menurut Marmi (2015) Penyebab Oligomenorrhoe adalah Perpanjangan stadium folikuler, perpanjangan stadium luteal, kedua stadium menjadi panjang, pengaruh psikis dan pengaruh penyakit seperti TBC. Oligomenorea yang disebabkan ovulatoar tidak memerlukan terapi, sedangkan bila mendekati amenorea diusahakan dengan ovulasi.

c. Amenorea

Menurut Wahyuni (2022) Amenore adalah suatu kondisi dimana tidak terjadi menstruasi pada seorang wanita. Hal ini biasanya terjadi sebelum masa pubertas, kehamilan dan menyusui, serta setelah menopause. Siklus menstruasi normal mencakup interaksi antara kompleks hipotalamus-hipofalaksis ovarium dan organ reproduksi yang sehat. Menurut Sigana (2017) Amenore adalah suatu keadaan dimana menstruasi berhenti atau tidak terjadi pada masa subur atau pada saat seharusnya menstruasi terjadi secara teratur. Hal ini tentu saja tidak termasuk berhentinya menstruasi pada wanita yang sedang hamil, menyusui, atau menopause.

Terdapat dua jenis Amenorea (Fatmawati, 2019) yaitu;

1) Amenorea primer

Amenorea primer adalah keadaan tidak terjadinya menstruasi pada wanita usia 16 tahun. Amenorea primer terjadi pada 0.1-2.5% wanita usia reproduksi.

2) Amenorea sekunder

Amenorea sekunder adalah tidak terjadinya menstruasi selama tiga siklus (pada kasus oligomenorea jumlah darah menstruasi sedikit), atau enam siklus setelah sebelumnya mendapatkan siklus menstruasi biasa.

Ada banyak faktor yang dapat menjadi penyebab amenorea, antara lain:

- 1) Penyakit pada indung telur (ovarium) atau uterus (rahim), misalnya tumor ovarium, fibrosis kistik, dan tumor adrenal.
- 2) Gangguan produksi hormon akibat kelainan di otak, kelenjar hipofisis, kelenjar tiroid, kelenjar adrenal, ovarium (indung telur) maupun bagian dari sistem reproduksi lainnya. Contohnya kondisi hipogonadisme, hipogonadotropik, hipotiroidisme, sindrom adrenogenital, penyakit ovarium polikistik, hiperplasia adrenal, dan lain lain.
- 3) Penyakit ginjal kronik, hipoglikemia, obesitas, dan malnutrisi.
- 4) Konsumsi obat-obatan untuk penyakit kronik atau setelah berhenti minum kontrasepsi oral.
- 5) Pengangkatan kandung rahim atau indung telur.
- 6) Kelainan bawaan pada sistem reproduksi, misalnya tidak memiliki rahim atau vagina, adanya sekat pada vagina, serviks yang sempit, dan lubang pada selaput yang menutupi vagina terlalu sempit/himen imperforata.

- 7) Penurunan berat badan yang drastis akibat kemiskinan, diet berlebihan, anoreksia nervosa, dan bulimia.
- 8) Kelainan kromosom, misalnya sindrom Turner atau sindrom Swyer (sel hanya mengandung satu kromosom X) dan hermafrodit sejati.
- 9) Olahraga yang berlebihan

Cara Mengatasi amenore bergantung pada penyebabnya. Jika penyebabnya adalah penurunan berat badan drastis atau obesitas, penderita disarankan untuk menjaga pola makan yang tepat. Jika penyebabnya adalah olahraga berlebihan, penderita disarankan untuk menguranginya. Jika penyebabnya adalah tumor, maka dilakukan operasi untuk mengangkat tumor tersebut. Jadi pada dasarnya mengobati amenore selalu memerlukan bantuan dokter untuk membantu diagnosis atau mencari penyebabnya.

Apabila anak perempuan belum pernah menstruasi dan semua hasil pemeriksaan normal, maka dokter akan melakukan pemeriksaan setiap 3-6 bulan sekali untuk memantau perkembangan pubertasnya. Untuk merangsang menstruasi (challenge test), dokter biasanya memberikan terapi hormonal (progesteron), sedangkan untuk merangsang perubahan pubertas pada anak perempuan yang payudaranya belum membesar atau yang belum tumbuh bulu kemaluan dan ketiak, dapat diberikan estrogen.

Cara mencegah amenore adalah dengan menghindari stres dan depresi. Menerapkan pola makan yang sehat dan teratur serta nutrisi yang cukup saat menstruasi juga dapat mencegah amenore. Waspadai juga obesitas karena menjadi pemicu gangguan menstruasi. Jika Anda mengalami amenore, sebaiknya konsultasikan ke dokter atau

ahlinya untuk mengambil langkah pengobatan yang tepat.

d. **Metrorragia**

Metrorragia adalah perdarahan yang tidak teratur dan tidak ada hubungannya dengan menstruasi (Fatmawati, 2019). Sedangkan menurut Wahyuni (2022) Metrorrhagia adalah suatu kondisi di mana terjadi perdarahan diluar siklus haid. Perdarahan ini terjadi diantara dua periode menstruasi dapat dibedakan dengan menstruasi, atau kedua jenis perdarahan ini menjadi satu, yang pertama disebut menorrhagia, yang kedua disebut metromenorrhagia. Beberapa penyebab terjadinya gangguan haid ini adalah karena luka yang tidak kunjung sembuh pada penderita kanker ganas organ genitalia, peradangan, gangguan hormonal. Metrorragia juga bisa dibagi menjadi gangguan oleh kelainan anatomi (tumor, kelaian organ genital) dan perdarahan disfungsi yang tidak ada hubungannya dengan tumor (Wahyuni, 2022)

**C. Gangguan volume dan lama haid**

1. **Hipermenorea (menoragia)**

Menurut Fatmawati (2019) Hipermenorea atau Menorrhagia adalah Perdarahan menstruasi lebih banyak dari normal atau lebih lama dari normal (lebih dari 8 hari), kadang disertai dengan bekuan darah sewaktu menstruasi. Menurut Wahyuni (2022) Hipermenorea adalah perdarahan haid yang banyak dan lebih lama dari normal, yaitu 6-7 hari dan ganti pembalut 5- 6 kali perhari. Haid normal (Eumenorea) biasanya 3-5 hari (2-7 hari masih normal), jumlah darah rata-rata 35 cc (10-80 cc masih dianggap normal), kira-kira 2-3 kali ganti pembalut perhari. Menorrhagia adalah istilah medis untuk perdarahan menstruasi yang berlebihan. Dalam satu siklus menstruasi normal, perempuan rata-rata kehilangan sekitar 30-40 ml darah selama sekitar 5-7 hari

haid. Bila perdarahan melampaui 7 hari atau terlalu deras (melebihi 80 ml), maka dikategorikan menorragia atau menstruasi berat (Marret et al, 2010).

**Hipermenore bisa juga menimbulkan gejala lainnya** bisa berupa pendarahan di malam hari, karena harus bangun untuk mengganti pembalut, gumpalan darah yang banyak saat menstruasi, menstruasi yang berlangsung lebih dari 7 hari, dan pada kasus yang parah, pendarahan menstruasi dapat mengganggu tidur dan mengganggu kehidupan sehari-hari. Kehilangan darah akibat menstruasi yang berlebihan dapat menyebabkan anemia, serta gejala seperti kelelahan dan sesak napas.

Penyebab menstruasi berlebihan antara lain ketidakseimbangan hormon, tumor fibroid rahim, polip serviks, polip endometrium, penyakit radang panggul, dan yang lebih parah lagi, kanker serviks, kanker endometrium, dan pembekuan darah. Ada banyak kemungkinan penyebabnya, termasuk kegagalan. Selain itu, penggunaan IUD atau kontrasepsi rahim, penyakit tiroid, dan peradangan atau infeksi pada vagina atau leher rahim juga dapat menyebabkan menorrhagia (Marret et al., 2010).

Ketidakseimbangan hormonal, ketidakseimbangan jumlah estrogen dan progesteron dalam tubuh, menjadi penyebab utama menstruasi yang berat. Ketidakseimbangan ini menyebabkan endometrium terus terbentuk. Ketika endometrium terkelupas saat menstruasi, terjadi pendarahan hebat.

Mengatasi menorragia dengan mengkonsultasikan ke dokter, apabila hasil tidak dicurigai adanya masalah serius atau kondisi tersebut tidak terlalu mengganggu aktivitas sehari-hari penderitanya, pengobatan biasanya tidak diperlukan. Akan tetapi jika dokter menganggap perlu, maka dapat diberikan vitamin yang mengandung zat besi untuk mencegah anemia. Namun apabila dokter menduga ada gangguan serius yang menyebabkan

menoragia, maka ada dua cara pengobatan yang dapat dilakukan, yaitu melalui obat-obatan dan operasi.

## 2. Hipomenorea

Menurut Fatmawati (2019) Hypomenorrhoe adalah suatu keadaan dimana perdarahan menstruasi lebih pendek atau lebih kurang dari biasanya. Lama perdarahan : Secara normal menstruasi sudah terhenti dalam 7 hari. Kalau menstruasi lebih lama dari 7 hari maka daya regenerasi selaput lendir kurang. Misal pada endometritis, mioma. Sedangkan menurut Wahyuni (2022) Hipomenorea adalah perdarahan dengan jumlah darah sedikit, melakukan pergantian pembalut sebanyak 1-2 kali per hari, dan berlangsung selama 1-2 hari saja

Hipomenorrhoe disebabkan oleh karena kesuburan endometrium kurang akibat dari kurang gizi, penyakit menahun maupun gangguan hormonal (Marmi, 2015).

## D. Gangguan lain terkait haid

### 1. Dismenorea

Menurut Fatmawati (2019) Dismenorea Adalah nyeri sewaktu menstruasi. Dismenorea terjadi pada 30-75 % wanita dan memerlukan pengobatan. Etiologi dan patogenesis dari dismenore sampai sekarang belum jelas. Sedangkan menurut Wahyuni (2022) Dismenorea atau nyeri haid adalah hal biasa yang pernah dirasakan tiap wanita. Dismenorea yang biasanya terjadi sebelum dan pada saat menstruasi ini umumnya berupa nyeri atau kram di perut bagian bawah yang terus berlangsung, dan terkadang menyebar hingga ke punggung bawah serta paha. Rasa nyeri tersebut juga bisa disertai sakit kepala, mual, kondisi pucat, berkeringat, lemas, serta kepala terasa ringan (lightheadedness) dan diare. Selain karena hormon prostaglandin, dismenorea juga bisa terjadi karena adanya kelainan sistem reproduksi wanita, seperti endometriosis, miom rahim, kista atau tumor di rahim, radang panggul dan penggunaan alat kontrasepsi dalam rahim (IUD). Berbeda dengan dismenorea yang normal

terjadi karena peningkatan hormon prostaglandin, dismenorea karena penyakit tertentu biasanya akan berlangsung lebih lama dan semakin memburuk seiring bertambahnya usia. (Ahmad, 2022)

Nyeri menstruasi terjadi terutama di perut bagian bawah, tetapi dapat menyebar hingga ke punggung bagian bawah, pinggang, panggul, paha atas, hingga betis. Nyeri juga bisa disertai kram perut yang parah. Kram tersebut berasal dari kontraksi otot rahim yang sangat intens saat mengeluarkan darah menstruasi dari dalam rahim. Kontraksi otot yang sangat intens ini kemudian menyebabkan otot-otot menegang dan menimbulkan kram atau rasa sakit atau nyeri. Ketegangan otot ini tidak hanya terjadi pada bagian perut, tetapi juga pada otot-otot penunjang yang terdapat di bagian punggung bawah, pinggang, panggul, paha hingga betis.

Dismenorea dapat di bedakan menjadi dua yaitu :

1) Dismenorea primer

Dismenorea primer adalah proses normal yang dialami ketika menstruasi. Kram menstruasi primer disebabkan oleh kontraksi otot rahim yang sangat intens, yang dimaksudkan untuk melepaskan lapisan dinding rahim yang tidak diperlukan lagi. Dismenorea primer disebabkan oleh zat kimia alami yang diproduksi oleh sel-sel lapisan dinding rahim yang disebut prostaglandin. Prostaglandin akan merangsang otot halus dinding rahim berkontraksi. Makin tinggi kadar prostaglandin, kontraksi akan makin kuat, sehingga rasa nyeri yang dirasakan juga makin kuat. Biasanya, pada hari pertama menstruasi kadar prostaglandin sangat tinggi. Pada hari kedua dan selanjutnya, lapisan dinding rahim akan mulai terlepas, dan kadar prostaglandin akan menurun. Rasa sakit dan nyeri haid pun akan berkurang seiring dengan makin menurunnya kadar prostaglandin

2) Dismenorea sekunder

Dismenorea sekunder umumnya disebabkan oleh kelainan atau gangguan pada sistem reproduksi, misalnya fibroid uterus, radang panggul, endometriosis atau kehamilan ektopik. Dismenorea sekunder dapat diatasi hanya dengan mengobati atau menangani penyakit atau kelainan yang menyebabkannya.

3) Pencegahan dan mengatasinya

Dismenorea primer dapat diperingan gejalanya dengan obat penghilang nyeri/anti-inflamasi seperti ibuprofen, ketoprofen, naproxen, dan obat-obat analgesik-antiinflamasi lainnya. Obat-obat analgesik ini akan mengurangi produksi prostaglandin. Berolah raga dan banyak bergerak akan memperlancar aliran darah dan tubuh akan terangsang untuk memproduksi endorfin yang bekerja mengurangi rasa sakit dan menimbulkan rasa gembira. Kompres dengan botol air panas dan mandi air hangat juga dapat mengurangi rasa sakit. Jika suka, cobalah diurut atau dipijat dengan tekanan ringan, jangan terlalu keras, untuk membantu menghilangkan rasa pegal pada otot-otot tubuh Anda. Berbaring pada satu sisi tubuh Anda, lalu tarik lutut sampai ke batas dada, lakukan beberapa kali. Ini akan membantu meringankan rasa sakit dan pegal pada punggung. Makan makanan bergizi dan hindari konsumsi garam dan kafein. Bila nyeri menstruasi tidak hilang dengan obat pereda nyeri atau cara-cara yang sudah disebutkan tadi, maka sebaiknya Anda berkonsultasi kepada dokter. Beliau mungkin akan memberikan obat-obat yang lebih kuat daya kerjanya atau mungkin akan memberikan terapi hormonal, atau akan melakukan pemeriksaan yang lebih intensif untuk menemukan sumber



masalah, sehingga dapat menyarankan penanganan yang lebih tepat.

## 2. Pre Menstrual Syndrome/Tension

Sindrom Premenstruasi adalah ketegangan menjelang menstruasi yang terjadi beberapa hari sebelum menstruasi, bahkan sampai terjadi menstruasi. Terjadi akibat ketidakseimbangan hormon estrogen dan progesteron menjelang menstruasi. Ketegangan pra menstruasi terjadi pada usia 30-40 tahun. PMS adalah serangkaian perubahan mental dan fisik yang terjadi antara hari ke-2 dan ke-4 sebelum menstruasi dan mereda segera setelah menstruasi dimulai.. (Fatmawati, 2019)

Pre-menstrual syndrome (PMS) adalah sekumpulan gejala yang tidak menyenangkan, baik fisik maupun psikis, yang dialami oleh perempuan menjelang masa haid, yaitu sekitar satu atau dua minggu sebelum haid (American Congress of Obstetricians and Gynecologists/ACOG, 2016). Sindrom atau gejala PMS ini akan hilang begitu menstruasi dimulai atau bahkan 1-2 hari sebelum menstruasi. Tidak ada tes atau pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan lain yang dapat digunakan untuk mendiagnosis PMS. Kebanyakan wanita pernah mengalami satu atau lebih gejala yang biasa disebut gejala PMS, meski tingkat keparahannya sangat bervariasi, dari sangat ringan hingga sangat parah. Ada pula yang mengalaminya hanya sekali saja, tidak setiap saat sebelum menstruasi. Ini tidak bisa dikategorikan sebagai PMS. Gejala tidak menyenangkan yang dialami sebelum PMS baru bisa dikategorikan sebagai PMS, jika Anda mengalaminya hampir setiap saat, setidaknya tiga kali berturut-turut, sebelum menstruasi.

### 4) Tanda Gejala

Data medis terakhir menyebutkan bahwa ditemukan lebih dari 100 gejala yang berhubungan dengan PMS, tetapi yang paling sering dialami perempuan, antara lain:

- a) Pembengkakan dan rasa nyeri pada payudara
- b) Timbul jerawat
- c) Nafsu makan meningkat, terutama terhadap cemilan yang manis dan asin
- d) Berat badan bertambah
- e) Perut terasa mulas dan kembung, bahkan kadang-kadang keram
- f) Konstipasi (sembelit)
- g) Sakit kepala
- h) Pegal linu, keram
- i) Kadang-kadang terjadi pembengkakan di ujung-ujung jari, tangan, atau kaki
- j) Nyeri punggung
- k) Lemas dan lesu
- l) Mudah lelah
- m) Mudah cemas dan tersinggung, uring-uringan, depresi
- n) Sulit berkonsentrasi
- o) Gangguan tidur (insomnia)

Pada PMDD, gejala-gejalanya akan makin berat, terutama gangguan psikologis atau emosional. Perempuan yang menderita PMDD menjadi sangat emosional dan mudah tersinggung, sulit berkonsentrasi dan cepat merasa frustrasi dan depresi. The American Psychiatric Association (1994) membuat daftar 11 gejala potensial dari PMDD, yaitu:

- a) Merasa sedih, putus asa, atau mencela diri sendiri
- b) Merasa tegang, cemas, atau gelisah
- c) Suasana hati yang tidak stabil dan sering diselingi dengan tangisan
- d) Kemarahan yang tak kunjung padam dan peningkatan konflik interpersonal

- e) Menurunnya minat pada kegiatan yang biasa dilakukan, yang mungkin berhubungan dengan penarikan diri dari hubungan sosial
  - f) Kesulitan berkonsentrasi
  - g) Merasa lelah, lesu, atau kurang energi
  - h) Perubahan nafsu makan, yang mungkin berhubungan dengan keinginan terhadap makanan tertentu
  - i) Hipersomnia atau insomnia
  - j) Perasaan subjektif karena kewalahan atau kehilangan kendali
  - k) Gejala fisik lainnya, seperti nyeri atau pembengkakan payudara, sakit kepala, nyeri sendi atau otot, kembung, dan berat badan naik
- 5) Penyebab

Mekanisme pasti yang menjelaskan penyebab PMS atau PMDD belum diketahui secara pasti, namun yang pasti perubahan hormonal yang terjadi menjelang menstruasi menjadi salah satu penyebab atau pemicu utama terjadinya PMS.

Ada dugaan bahwa wanita yang mengalami PMS mungkin memiliki kadar hormon yang tidak normal atau setidaknya kontrol atau regulasi hormonalnya terganggu. Namun dari banyak penelitian yang dilakukan baru-baru ini dapat disimpulkan bahwa bukan kadar hormon yang tidak normal yang menjadi penyebab terjadinya PMS, melainkan tingkat kepekaan seseorang terhadap perubahan kadar hormon yang terjadi dalam tubuh saat menstruasi.

Beberapa hasil penelitian membuktikan bahwa perubahan kadar hormon progesteron lebih berperan dalam patogenesis PMS dibandingkan perubahan kadar hormon estrogen. Menurunnya kadar hormon progesteron dalam darah mengakibatkan turunnya senyawa metabolit progesteron yang salah satu

fungsinya adalah sebagai semacam obat penenang pada otak sehingga menimbulkan perasaan rileks dan tenang. Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa kadar metabolit progesteron yang lebih tinggi berkorelasi positif dengan gejala PMS yang lebih ringan. Namun pemberian suplemen progesteron pada seseorang yang menderita PMS belum mampu meredakan gejala PMS. Oleh karena itu, pengaruh progesteron terhadap PMS masih terus diteliti.

6) Faktor Risiko

Faktor risiko adalah segala sesuatu yang meningkatkan kemungkinan seseorang untuk mengalami suatu gejala atau gangguan kesehatan. Faktor risiko PMS/PMDD antara lain:

- a) Riwayat anggota keluarga. Ibu atau Nenek yang mengalami PMS atau PMDD akan memperbesar kemungkinan seseorang untuk juga mengalami PMS atau PMDD
- b) Umur. Beberapa ahli mengatakan bahwa perempuan berumur sekitar 30-an memiliki kemungkinan yang lebih besar untuk mengalami PMS atau PMDD. Namun demikian, banyak juga perempuan berumur 20-an yang mengalami PMS atau PMDD justru berkurang atau bahkan menghilang gejala PMS atau PMDD nya setelah menikah atau ketika berumur di atas 30 tahun.
- c) Masalah kesehatan jiwa. Perempuan yang mudah cemas, depresi, atau menderita gangguan kejiwaan lainnya, umumnya akan lebih mudah mengalami PMS/PMDD dibandingkan perempuan yang lebih tenang dan dapat mengendalikan emosinya. Cemas, depresi dan gangguan emosional lainnya merupakan factor risiko yang sangat signifikan untuk PMDD.

- d) Kurang olah raga
  - e) Kurang vitamin dan mineral, terutama vitamin B6, kalsium dan magnesium.
  - f) Terlalu banyak konsumsi garam, yang mudah menyebabkan kembung dan retensi air dalam tubuh.
  - g) Banyak minum kopi
- 7) Pencegahan dan Mengatasinya

Jika PMS ringan yang tidak terlalu parah sebenarnya tidak memerlukan pengobatan atau terapi khusus apa pun, karena biasanya akan hilang dengan sendirinya seiring dengan dimulainya menstruasi. Namun jika gangguan kesehatan yang di cukup parah hingga tergolong PMDD, maka diperlukan pengobatan profesional. Sedangkan PMS yang agak parah Meski tidak terlalu parah, namun jika gejala PMS cukup mengganggu aktivitas sehari-hari, dapat diberikan terapi cahaya, misalnya dengan melakukan olahraga ringan secara rutin selama 15-30 menit setiap hari, tidur dan istirahat yang cukup, serta makan. makanan bergizi. Makan sebaiknya dalam porsi kecil namun sering. Mengonsumsi makanan yang cukup mengandung protein, vitamin, dan zat besi, serta menghindari terlalu banyak garam dan kafein (kafein terdapat pada kopi, teh, dan minuman berenergi) juga merupakan cara yang disarankan untuk mengurangi gejala PMS. Minum jus buah dan sayur serta air putih dalam jumlah banyak sangat dianjurkan.

Sedangkan jika mengalami PMS yang parah atau PMDD sebaiknya konsultasikan ke dokter sehingga dapat memberikan solusi yang tepat. Untuk mengatasi PMS atau PMDD yang cukup parah, pengobatan dapat dibagi menjadi dua kelompok, yaitu pengobatan tanpa menggunakan obat (non farmakologi) dan pengobatan menggunakan obat

(farmakologis). Terapi nonfarmakologis PMDD juga dapat diterapkan untuk mencegah atau meringankan gejala PMS ringan dan sedang.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, S. K., & Noradina, M. K. (2022) *Modul Ajar Patofisiologi*. Penerbit Adab.
- Ernawati Sinaga, - and Nonon Saribanon, - and Suprihatin, - and Nailus Sa'adah, - and Ummu Salamah, - and Yuli Andani Murti, - and Agusniar Trisnamiati, - and Santa Lorita, - (2017) *Buku : Manajemen Kesehatan Menstruasi*. In: *Manajemen Kesehatan Menstruasi*. Universitas Nasional , IWWASH , Global One, pp. 1-168. ISBN 978-602-60325-4-
- Fatmawati, L (2019) *Diktat Keperawatan Maternitas I Menstruasi*, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Gresik
- Karout, N., Hawaii, S. M., & Altuwaijri, S. (2012). Prevalence And Pattern Of Menstrual Disorders Among Lebanese Nursing Students. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 18(4), 346–352. <https://doi.org/10.26719/2012.18.4.346>
- Marnit dkk (2015). *Kesehatan Reproduksi*. Pustaka Belajar; Yogyakarta
- Marret H, Fauconnier A, Chabbert-Buffet N, et al. *Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause*. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 2010; 152: 133-137
- Sarwono, (2011). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan Maternal Dan Neonatal*, TBS-SP, Jakarta.
- Setiyaningrum, E. (2015). *Pelayanan Keluarga & Kesehatan eproduksi*. Jakarta. CV. Trans Info Media
- Sinaga, E dkk. (2017) *Manajemen Kesehatan Menstruasi*. University Nasional: Global One
- Wahyuni, Sri dkk (2022). *Modul Pembelajaran Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga*. CV. Mitra Cendekia Media
- Yamamoto, K., Okazaki, A., Sakamoto, Y., and Funatso, M., (2009). *The Relationship between Premenstrual Symptoms, Menstrual Pain, Irregular Menstrual Cycles, and Psychosocial Stress among Japanese College*

Students. *Journal of Physiological Anthropology*. 28 (3): 129 - 136.

Yudita, N. A., Yanis, A. and Iryani, D. (2017) 'Hubungan antara Stres dengan Pola Siklus Menstruasi Mahasiswi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas', *Jurnal Kesehatan Andalas*, 6(2), p. 299. doi: 10.25077/jka.v6i2.695



## BIODATA PENULIS



**Hapisah, S.SiT., M.PH** lahir di Sampit, 21 Juni 1970. Penulis telah menyelesaikan pendidikan D4 Bidan Pendidik pada tahun 2000 dan S2 Kesehatan Ibu dan Anak dan Kesehatan Reproduksi tahun 2009 di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Saat ini penulis adalah Dosen Tetap di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Banjarmasin sejak tahun 2010 hingga sekarang. Mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Nifas dan Bayi Baru lahir, Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Keluarga Berencana, Asuhan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. Penulis juga telah menghasilkan beberapa publikasi ilmiah yang diterbitkan pada Jurnal Nasional dan Internasional

# BAB 9

## Masalah Kesehatan Reproduksi : PID

*\*Isye Fadmiyanor, S.Si.T, Bdn, M.Kes\**

### A. Pendahuluan

Organ reproduksi wanita memiliki peran penting dalam menjaga keseimbangan dan fungsi sistem reproduksi. Namun, tidak jarang organ-organ tersebut rentan terkena masalah kesehatan yang dapat mempengaruhi kualitas hidup seorang perempuan. Salah satu masalah yang seringkali dihadapi adalah Pelvic Inflammatory Disease (PID) atau bisa disebut Penyakit Radang Panggul.

Umumnya, PID dialami oleh wanita berusia 15-24 tahun yang aktif secara seksual. Dampak jangka panjang dari PID tidak hanya mencakup masalah kesuburan, tetapi juga bisa meningkatkan risiko kematian ibu, terutama saat kehamilan. Data yang didapatkan dari World Health Organization (WHO), sekitar 340 juta orang terinfeksi penyakit menular seksual setiap tahunnya di seluruh dunia. Meskipun data mengenai PID di Indonesia masih sulit diperoleh, data nasional sebelumnya menunjukkan bahwa 42% dari kasus infertilitas di Indonesia disebabkan oleh PID yang terkait dengan infeksi menular seksual.

### B. Pelvic Inflammatory Disease (PID)

#### 1. Definisi

Penyakit Radang Panggul (PID) merupakan peradangan yang terjadi akibat naiknya mikroorganisme dari vagina dan endoserviks ke uterus, tuba fallopi, dan daerah yang berbatasan dengan pelvis. Peradangan disebabkan oleh infeksi bakteri yang menyebar melalui hubungan seksual

tanpa pengaman, prosedur medis yang tidak hygiene, atau bahkan kebersihan yang buruk.

## 2. Etiologi

Penyebab PID terbanyak disebabkan oleh *Neisseria gonorrhoeae* dan *Chlamydia trachomatis*. Selain mikroorganisme tersebut, terdapat juga mikroorganismenya lain yang dapat memicu kondisi ini yaitu bakteri yang tergolong flora vagina seperti *Gardnerella vaginalis* dan *Mycoplasma genitalium* yang berpindah melalui vagina dan endoserviks. Terkadang mikroorganismenya yang menyebabkan infeksi pada saluran kemih atau usus dapat menyebar ke daerah panggul seperti *Escherichia coli*. Ada juga patogen penyakit pernapasan yang dapat menyebabkan PID yaitu *Haemophilus influenza*, *Streptococcus pneumoniae*, dan *Staphylococcus aureus*.

## 3. Klasifikasi

PID diklasifikasikan berdasarkan klinis, lokasi peradangan, serta tingkat keparahannya. Secara umum, PID dapat dibagi menjadi tiga kategori secara klinis, yaitu PID akut yang terjadi  $\leq 30$  hari yang biasanya disebabkan oleh patogen servikal, patogen bakteri vaginosis, patogen respiratori, dan patogen enterik. PID subklinis umumnya disebabkan oleh *Neisseria gonorrhoeae* dan *Chlamydia trachomatis*. Kemudian, PID akut yang terjadi  $\geq 30$  hari yang biasanya disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* dan *Actinomyces* sp. Klasifikasi secara klinis beserta penyebabnya penting karena untuk menentukan pengobatan yang sesuai dengan mikroorganismenya.

Selain itu, PID juga diklasifikasikan berdasarkan lokasi peradangan, dimulai dari endometritis (peradangan pada lapisan dalam rahim), salpingitis (peradangan pada saluran tuba), ooforitis (peradangan pada indung telur). Klasifikasi tingkat keparahan bisa bervariasi mulai dari ringan hingga berat, tergantung seberapa jauh penyebaran infeksi dan seberapa parah gejala yang dialami oleh pasien.

#### 4. Faktor risiko

Ada beberapa faktor risiko yang dapat meningkatkan seseorang terkena PID. Faktor-faktor ini meliputi bergonta-ganti pasangan apalagi tanpa pengaman, wanita yang memakai *douche* (alat pembersih daerah kewanitaan) secara rutin, perokok, penggunaan alat kontrasepsi *Intra Uterin Device* (IUD) terutama dalam beberapa minggu setelah pemasangan, riwayat infeksi menular seksual, usia reproduktif, serta prosedur medis pada panggul.

#### 5. Patogenesis

PID umumnya disebabkan oleh naiknya infeksi yang berada pada traktus genitalia bagian bawah melalui penyebaran patogen secara langsung. Sekret serviks merupakan barier alami terhadap penyebaran mikroorganisme ke uterus secara asenden. Meskipun secara alamiah sekret serviks berfungsi sebagai mekanisme pertahanan untuk mencegah penyebaran mikroorganisme dari traktus genitalia bawah, bakteri mampu menembus sekret tersebut dan menyebabkan infeksi yang bisa menyebar luas ke traktus genitalia atas. Mekanisme infeksinya juga tergantung pada jenis patogennya.

Ada tiga jalur penyebaran yang dapat menyebabkan terjadinya PID, yaitu:

- a. Penyebaran melalui limfatik
- b. Penyebaran dari endometrial ke endosalpingeal kemudian ke peritoneal
- c. Peradangan melalui aliran darah

#### 6. Manifestasi klinis

PID sering kali menimbulkan nyeri pada bagian bawah perut yang dapat berlangsung secara terus-menerus biasanya terjadi setelah onset masa menstruasi terakhir dan cenderung bertambah berat akibat aktivitas fisik atau hubungan seksual. Nyeri biasanya berlangsung kurang dari 7 hari. Selain itu, demam merupakan gejala yang umum biasanya menyertai PID yang menandakan adanya peradangan. Cairan yang keluar dari serviks juga sering kali menjadi tanda PID, biasanya berwarna atau berbau

tidak normal. Selain itu, perdarahan abnormal juga dapat terjadi, terutama selama atau setelah menstruasi. Keluhan lain bisa juga terjadi seperti mual muntah, biasanya tanda lambat dari PID.

#### 7. Diagnosis

Pendekatan diagnosis PID dimulai dari anamnesis lengkap untuk mengidentifikasi gejala yang mungkin mengarah pada PID, seperti nyeri perut bagian bawah, keluarnya cairan vagina yang abnormal, demam, dan perdarahan tidak teratur. Riwayat seksual, riwayat kesehatan reproduksi, riwayat penggunaan kontrasepsi penting untuk ditanyakan karena hal ini dapat menjadi faktor risiko terjadinya PID.

Selanjutnya, pemeriksaan fisik dilakukan untuk mencari tanda-tanda peradangan pada organ panggul, seperti nyeri tekan pada rahim atau saluran tuba. Pemeriksaan penunjang, termasuk tes darah lengkap untuk melihat apakah jumlah sel leukosit meningkat, ultrasonografi (USG) untuk melihat gambaran lebih jelas pada panggul pasien atau *CT scan* dapat dilakukan untuk melihat apakah terdapat pembentukan pada tubo-ovarium. Pemeriksaan cairan dari serviks juga dapat dilakukan untuk mengetahui patogen penyebab infeksi.

#### 8. Diagnosis Banding

Dalam menghadapi pasien dengan nyeri panggul yang mungkin disebabkan oleh PID, penting untuk mempertimbangkan berbagai diagnosa banding. Jika tes kehamilan positif, kemungkinan bisa terjadi kehamilan ektopik. Penyebab umum lainnya termasuk endometriosis, torsion adnexa, pecahnya kista ovarium, dan radang usus buntu.

Setiap kondisi ini memiliki ciri-ciri klinis dan temuan pemeriksaan yang khas yang dapat membantu dalam membedakan satu dengan yang lain. Misalnya, endometriosis sering kali dikaitkan dengan riwayat nyeri panggul kronis yang berhubungan dengan siklus

menstruasi, sementara torsi adneksa cendrung menyebabkan nyeri akut dan berat. Meskipun sindrom *Fitz-Hugh-Curtis* dapat menyerupai kolesistitis akut, diagnosis nya dapat dibedakan melalui pemeriksaan panggul yang menunjukkan adanya salpingitis, atau dengan bantuan ultrasonografi jika diperlukan.

#### 9. Penanganan

Penanganan PID tergantung pada tingkat keparahan. Kasus ringan dapat diatasi dengan pemberian antibiotik oral, sementara PID yang lebih parah bisa diberikan antibiotik intravena. Penanganan PID tergantung pada tingkat keparahan. Kasus ringan dapat diatasi dengan pemberian antibiotik oral, sementara PID yang lebih parah bisa diberikan antibiotik intravena. Dalam pemberian obat, penting untuk melakukan pemeriksaan penunjang yang relevan untuk mengetahui jenis patogen penyebab infeksi. Terkadang, sulit untuk mengetahui patogen penyebab infeksi sehingga pengobatan empiris dikombinasikan dengan antibiotik mungkin diperlukan.

Dalam situasi yang jarang terjadi, jika infeksi tidak sembuh dengan antibiotik atau terjadi kumpulan nanah pada panggul, prosedur laparoskopi mungkin diperlukan untuk mengangkat nanah atau memperbaiki organ yang terkena dampak infeksi.

Penting juga untuk memperhatikan bahwa pria dapat menjadi pembawa tanpa gejala, sehingga pasangan harus diperiksa dan diobati untuk mencegah terjadinya kembali penyebaran infeksi. Selain itu, edukasi sangat penting untuk pencegahan berulang dan mencegah terjadinya komplikasi.

#### 10. Komplikasi

Ada beberapa komplikasi yang disebabkan oleh PID, yaitu:

- a. Infertilitas, saluran tuba yang terkena PID dapat mengalami peradangan atau pembentukan jaringan parut. Hal ini menyebabkan penyempitan atau penyumbatan pada tuba fallopi sehingga menghalangi perjalanan sel telur dari ovarium menuju rahim.

Akibatnya, pembuahan sel telur oleh sperma menjadi sulit atau bahkan tidak terjadi.

- b. Kehamilan ektopik, peradangan yang terjadi pada tuba fallopi akibat PID dapat merusak striktur dan fungsi normalnya. Ini dapat mempengaruhi kemampuan tuba fallopi untuk mendorong embrio menuju rahim yang dapat meningkatkan implantasi embrio di luar rahim.
- c. Sindrom Fitz-Hugh-Curtis, merupakan kondisi yang ditandai oleh perihepatitis yang menyebabkan nyeri kuadra kanan atas. Kondisi ini dipicu oleh salpingitis gonokokal atau klamidial akut yang dapat menjadi kronis ditandai dengan eksaserbasi dan remisi yang intermiten.
- d. Abses tubo-ovarium, dimana nanah terakumulasi di adneksa, terjadi pada wanita yang mengalami salpingitis. Gejala meliputi nyeri, demam, dan tanda-tanda peradangan pada peritoneum. Kondisi ini bisa menjadi komplikasi serius, terutama jika pengobatan terlambat atau tidak lengkap

## DAFTAR PUSTAKA

- Das BB, Ronda J, Trent M. (2016). Pelvic inflammatory disease: improving awareness, prevention, and treatment. *Infect Drug Resist.*
- Goje, O. (2020). Practical approach to recurrent vulvovaginitis.
- Goje, O., Markwei, M., Kollikonda, S., Chavan, M., & Soper, D. E. (2021). Outcomes of minimally invasive management of tubo-ovarian abscess: a systematic review. *Journal of minimally invasive gynecology*
- Jennings, L. K., & Krywko, D. M. (2018). Pelvic inflammatory disease.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (KEMKES). (2016) Prevalensi Infeksi Saluran Reproduksi dan HIV pada Wanita Hamil di Beberapa Kota di Indonesia.  
<https://repository.badankebijakan.kemkes.go.id>
- Prawirohardjo, S. (2011). *Ilmu kandungan*. Jakarta: PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Ravel, J., Moreno, I., & Simón, C. (2021). Vaginosis bakterial dan hubungannya dengan infertilitas, endometritis, dan penyakit radang panggul. *Jurnal Obstetri dan Ginekologi Amerika*
- Tuntun, M. (2018). Faktor Resiko Penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS).  
<https://journal.poltekkes-tjk.ac.id/>
- World Health Organization (2021). Sexually Transmitted Infections (STIs).  
[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)).
- Yagur, Y., Weitzner, O., Tiosano, L. B., Paitan, Y., Katzir, M., Schonman, R., ... & Miller, N. (2021). Characteristics of pelvic inflammatory disease caused by sexually transmitted disease—An epidemiologic study.  
<https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-gynecology-obstetrics-and-human-reproduction>



## BIODATA PENULIS



Penulis merupakan pengajar pada Jurusan Kebidanan Kemenkes Poltekkes Riau sejak tahun 2002. Riwayat pekerjaan penulis merupakan bidan praktisi di Klinik Pratama Taman Sari Group yaitu sebagai bidan penanggung jawab di Klinik Pratama Taman Sari 1 sejak tahun 2002-2011, bidan penanggung jawab di Klinik Pratama Taman Sari 2 tahun 2012-2021 dan bidan penanggung jawab di Klinik Pratama Taman Sari 3 tahun 2022 sampai dengan sekarang. Saat ini penulis juga merupakan bagian dari Bidan Delima dalam melaksanakan praktik kebidanan. Penulis juga melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang Kesehatan Ibu dan Anak.

Email: [isye@pkr.ac.id](mailto:isye@pkr.ac.id)

# BAB 10

## Unwanted Pregnancy

\* Hafsah Us,S.SiT., M.Kes \*

### A. Pendahuluan

Dampak dari perilaku seksual yang tidak terkendali adalah terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan pada remaja. Menurut survei Badan Pusat Statistik tahun 2012, ditemukan bahwa angka kehamilan pada remaja usia 15-19 tahun mencapai 48 dari setiap 1.000 kehamilan (BKKBN 2018). Penelitian Australian National University (ANU) dan Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia (UI) pada tahun 2010/2011 melibatkan 3.006 remaja di Jakarta, Tangerang, dan Bekasi menunjukkan bahwa 20,9 persen dari remaja berusia 17-24 tahun mengalami kehamilan sebelum menikah, sementara 38,7 persen mengalami kehamilan sebelum menikah dan kelahiran setelah menikah (Amalia and Azinar 2017).

Beberapa faktor yang menyebabkan kehamilan tidak diinginkan pada remaja termasuk kurangnya pemahaman tentang kesehatan reproduksi dan ketidaktahuan mengenai kewajiban sebagai pelajar. Faktor internal seperti kurangnya kesadaran diri remaja terhadap tanggung jawabnya juga berperan, sedangkan faktor eksternal seperti pergaulan bebas tanpa pengawasan orangtua dapat memberikan remaja rasa kebebasan untuk bertindak semaunya. Kemajuan teknologi media komunikasi juga meningkatkan kemungkinan remaja mengakses informasi negatif (L. Febriana 2017).

Kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja memiliki dampak yang signifikan pada kehidupan mereka. Perubahan fisik dan emosional, tanggapan lingkungan terhadap situasi tersebut, termasuk penerimaan dari orang tua atau keluarga, semuanya berkontribusi pada pengalaman yang menantang bagi remaja tersebut. Reaksi ini dapat membuat remaja merasa

semakin terpuruk oleh kesalahan yang terjadi, sulit untuk bersosialisasi dengan lingkungan sosial yang mungkin tidak menerima kondisinya (Tinarti 2020).

Kehamilan elektif adalah kehamilan dimana pasangan secara sadar ingin memiliki anak pada waktu yang direncanakan. Kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) dibedakan menjadi dua kategori, yaitu kehamilan yang tidak terjadi sesuai rencana (kehamilan semu) dan kehamilan yang tidak diinginkan sama sekali (kehamilan tidak diinginkan) (F. Febriana dan Sari 2021). KTD tersebar di seluruh dunia. Menurut sebuah penelitian oleh Sedgh dkk. (2021), terdapat sekitar 210 juta kehamilan di seluruh dunia pada tahun 2012, dan 85 juta di antaranya tidak direncanakan. Menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, 84% kelahiran di Indonesia selama lima tahun terakhir adalah kelahiran yang diinginkan, 8% kelahiran yang tidak diinginkan, dan 7% sama sekali tidak diinginkan (Mutia et al., 2021).

Wanita yang mengalami KTD memiliki berbagai opsi dalam mengambil keputusan terkait kehamilannya. Beberapa mungkin memilih untuk tetap melanjutkan kehamilan, sementara yang lain mungkin memutuskan untuk menggugurkannya secara sengaja atau mengalami keguguran setelah awalnya memutuskan untuk melanjutkan kehamilan. Pilihan untuk tetap melanjutkan kehamilan dapat mengakibatkan kelahiran yang tidak direncanakan. KTD juga dapat menjadi indikator peningkatan risiko terhadap beberapa komplikasi kelahiran yang buruk, seperti kelahiran prematur, ketuban pecah dini, dan bayi dengan berat badan lahir rendah (Febriana and Sari 2021). Permasalahan ini sering terjadi karena ibu yang mengalami KTD cenderung tidak mendapatkan perawatan yang optimal selama kehamilan dan juga terhadap bayinya setelah melahirkan. Kondisi ini dapat disebabkan oleh harapan ibu yang mengalami KTD agar kehamilannya tidak berlanjut, sehingga tidak jarang mereka mengabaikan perawatan yang seharusnya dilakukan selama masa kehamilan dan pasca melahirkan (Direktorat Penyehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit 2023).

Remaja yang mengalami kehamilan seringkali kurang mendapatkan dan melibatkan diri dalam perawatan kehamilan,

hal ini disebabkan oleh kurangnya pemahaman mengenai pentingnya perawatan antenatal. Selain itu, perasaan malu dan ketakutan untuk bercerita seringkali menjadi penghambat yang signifikan. Remaja yang mengalami kehamilan tidak diinginkan sering kali menunda pemeriksaan kehamilan, dan rasa malu dapat menghambat mereka dalam mencari pelayanan kesehatan yang diperlukan. Ketidapatuhan dalam menjalani perawatan kehamilan dapat berdampak negatif pada kesehatan janin dan kesejahteraan remaja itu sendiri. Oleh karena itu, penting untuk meningkatkan pemahaman mengenai perawatan antenatal dan menciptakan lingkungan yang mendukung agar remaja merasa nyaman mencari bantuan dan pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan (Santi et al. 2013).

## **B. Konsep Unwanted Pregnancy**

### **1. Definisi Kehamilan Tidak Diinginkan (Unwanted Pregnancy)**

Kehamilan yang tidak diinginkan, yang umumnya dikenal sebagai unwanted pregnancy, merujuk pada situasi di mana pasangan tidak menghendaki adanya proses kehamilan. Keadaan ini dapat muncul sebagai hasil dari perilaku seksual atau hubungan seksual, baik yang dilakukan dengan sengaja maupun yang terjadi secara tidak sengaja.

Kehamilan adalah salah satu peristiwa penting dalam kehidupan seorang individu, dan seringkali dianggap sebagai momen yang membawa kegembiraan dan harapan baru bagi calon orang tua. Namun, tidak semua kehamilan merupakan hasil dari rencana atau keinginan yang kuat. Konsep kehamilan yang tidak diinginkan merujuk pada situasi di mana seseorang atau pasangan tidak memiliki niat atau keinginan untuk hamil, tetapi mereka mengalami kehamilan. Fenomena ini dapat memiliki dampak yang signifikan secara fisik, emosional, dan sosial bagi individu dan komunitas mereka.

### **2. Upaya Pencegahan Kehamilan Tidak Diinginkan**

Untuk mengurangi risiko kehamilan yang tidak diinginkan, dapat diambil langkah-langkah pencegahan berikut:

Untuk mengatasi konsep kehamilan yang tidak diinginkan, langkah-langkah pencegahan yang efektif sangat penting. Pendidikan seksual komprehensif yang mencakup informasi tentang kontrasepsi, kehamilan, dan persetujuan seksual harus tersedia dan diakses oleh semua individu. Selain itu, akses yang mudah ke layanan kesehatan reproduksi, termasuk kontrasepsi yang efektif, juga harus diprioritaskan.

Selain upaya pencegahan, dukungan sosial dan psikologis juga sangat penting bagi individu yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan. Program-program dukungan seperti konseling pranikah, konseling kehamilan, dan dukungan pasca-aborsi dapat membantu individu dalam mengatasi konsekuensi emosional dan sosial dari kehamilan yang tidak diinginkan.

3. Faktor-faktor yang Berkontribusi pada Kehamilan yang Tidak Diinginkan:

Ada berbagai faktor yang dapat berkontribusi pada terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan. Salah satu faktor utama adalah ketidakseimbangan dalam penggunaan kontrasepsi atau kegagalan dalam menggunakan metode kontrasepsi yang efektif. Meskipun ada berbagai jenis kontrasepsi yang tersedia, penggunaan yang tidak konsisten atau kesalahan dalam penggunaannya dapat meningkatkan risiko kehamilan yang tidak diinginkan. Selain itu, kurangnya pengetahuan tentang kontrasepsi dan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi juga dapat menyebabkan kegagalan dalam mencegah kehamilan.

Selain faktor-faktor terkait kontrasepsi, kekerasan seksual juga dapat menjadi penyebab kehamilan yang tidak diinginkan. Dalam situasi kekerasan seksual, individu sering kali kehilangan kendali atas tubuh mereka dan tidak dapat melakukan tindakan pencegahan kehamilan. Hal ini dapat mengakibatkan konsekuensi yang sangat berat bagi korban, baik secara fisik maupun psikologis.

Selain itu, akses yang terbatas atau terhalang ke layanan kesehatan reproduksi juga merupakan faktor yang berkontribusi pada kehamilan yang tidak diinginkan. Di

beberapa daerah, terutama di negara berkembang, akses terhadap informasi tentang kesehatan reproduksi dan kontrasepsi mungkin terbatas, menyebabkan individu tidak memiliki pengetahuan atau sumber daya untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan.

4. Implikasi Fisik dari Kehamilan yang Tidak Diinginkan:

Kehamilan yang tidak diinginkan dapat memiliki dampak fisik yang signifikan pada individu yang terlibat. Pertama-tama, kehamilan yang tidak diinginkan meningkatkan risiko komplikasi kesehatan bagi ibu. Kehamilan yang tidak direncanakan sering kali tidak didukung oleh persiapan fisik dan mental yang memadai, yang dapat meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan, seperti hipertensi kehamilan, preeklampsia, atau komplikasi saat melahirkan.

Selain itu, individu yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan mungkin tidak menerima perawatan prenatal yang optimal. Keterlambatan atau ketidakhadiran dalam perawatan prenatal dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin, kekurangan gizi, dan masalah kesehatan lainnya yang dapat memengaruhi kesehatan dan perkembangan bayi (Febriana and Sari 2021).

5. Implikasi Emosional dari Kehamilan yang Tidak Diinginkan:

Selain dampak fisik, kehamilan yang tidak diinginkan juga dapat memiliki implikasi emosional yang signifikan. Individu yang mengalami kehamilan yang tidak direncanakan sering kali mengalami stres, kecemasan, dan tekanan mental yang berat. Mereka mungkin merasa tidak siap secara emosional untuk menjadi orang tua dan merasa terjebak dalam situasi yang tidak diinginkan.

Selain itu, kehamilan yang tidak diinginkan juga dapat memicu konflik interpersonal dalam hubungan pasangan. Perbedaan pendapat tentang bagaimana mengatasi kehamilan yang tidak direncanakan atau kesulitan dalam mengambil keputusan bersama dapat menyebabkan konflik yang serius dalam hubungan.

Di sisi lain, individu yang memilih untuk menjalani aborsi sebagai respons terhadap kehamilan yang tidak diinginkan juga dapat mengalami konsekuensi emosional yang berat. Mereka mungkin mengalami rasa bersalah, kecemasan, dan trauma yang berhubungan dengan keputusan mereka untuk mengakhiri kehamilan (Febriana and Sari 2021).

6. Implikasi Sosial dari Kehamilan yang Tidak Diinginkan:

Selain dampak fisik dan emosional, kehamilan yang tidak diinginkan juga memiliki implikasi sosial yang signifikan. Dalam masyarakat di mana stigma terhadap kehamilan di luar nikah atau kehamilan yang tidak direncanakan masih ada, individu yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan mungkin mengalami tekanan sosial yang besar.

Stigma yang terkait dengan kehamilan yang tidak diinginkan dapat mengakibatkan isolasi sosial, penolakan dari keluarga atau masyarakat, dan kesulitan dalam memperoleh dukungan yang diperlukan. Hal ini dapat memperburuk beban emosional yang sudah ada dan menghambat individu dalam mencari bantuan atau dukungan yang mereka butuhkan.

Selain itu, kehamilan yang tidak diinginkan juga dapat memiliki dampak ekonomi yang signifikan. Biaya perawatan prenatal, persalinan, dan perawatan bayi dapat menjadi beban finansial yang berat bagi individu atau pasangan yang tidak mempersiapkan kehamilan secara finansial (Febriana and Sari 2021).

Kehamilan remaja yang tidak diinginkan mempunyai akibat yang serius baik bagi remaja tersebut, janinnya, maupun lingkungannya. Terminasi atau terminasi kehamilan seringkali dianggap sebagai solusi atas keadaan ini. Beberapa negara maju telah menerapkan kebijakan untuk melegalkan aborsi bagi remaja, dengan mempertimbangkan faktor-faktor tertentu, terutama yang berkaitan dengan masa depan remaja tersebut (Aziato et al., 2016).

Kebijakan tersebut bertujuan untuk memberikan solusi yang lebih aman dan terstruktur bagi remaja yang

menghadapi kehamilan tidak diinginkan. Memberikan akses yang terkendali dan termonitor terhadap layanan aborsi juga dapat mengurangi risiko komplikasi yang mungkin timbul dari aborsi ilegal atau tidak aman (Smith, Flowers, dan Larkin, 2010).

Namun, perlu dicatat bahwa isu aborsi pada remaja melibatkan pertimbangan etis, moral, dan sosial yang kompleks. Oleh karena itu, penting untuk mempertimbangkan berbagai sudut pandang dan dampak yang mungkin terjadi sebelum membuat keputusan terkait legalitas aborsi pada remaja dalam kasus kehamilan tidak diinginkan (Fisher et al., 2015), (Tina, Subaidi, dan Kalsum, 2021).

Pentingnya menyampaikan informasi kepada remaja mengenai risiko kehamilan tidak diinginkan, terutama dampaknya yang mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan ekonomi, tidak dapat disangkal. Remaja akan menghadapi beragam konsekuensi akibat kehamilan tidak diinginkan, dan dampaknya juga akan mempengaruhi lingkungan, budaya, serta dinamika sosial di sekitar mereka dalam jangka waktu yang panjang (Lamina, 2015), (Rinata, 2022).

Pendidikan kesehatan reproduksi pada remaja tidak hanya harus memuat informasi mengenai masa remaja saja, namun juga harus diimbangi dengan pembatasan interaksi dengan lawan jenis. Selain itu, pendidikan harus memberikan informasi tentang konsekuensi jangka panjang dari seks pranikah, termasuk kehamilan yang tidak diinginkan. Generasi muda perlu menyadari dampak fisik, psikologis, sosial dan ekonomi dari kehamilan yang tidak diinginkan. Pencegahan kehamilan juga dipengaruhi oleh permasalahan moral, lingkungan, dan budaya serta tingkat kematangan sosial yang terkait (Ingrit et al., 2022), (Lamina, 2015), (Fisher et al., 2015).

Dampak ini diperburuk oleh kenyataan bahwa remaja seringkali tidak siap menghadapi kehamilan yang tidak diinginkan. Selama masa kehamilan, persalinan, masa nifas, dan masa depan, remaja akan mengalami perubahan yang signifikan dalam menghadapi situasi tersebut. Mereka



diharapkan mempersiapkan diri menjadi orang tua jika terjadi kehamilan yang tidak diinginkan.

Remaja belum siap secara fisik dan mental untuk menghadapi kehamilan yang tidak diinginkan, sehingga dapat menimbulkan banyak masalah kesehatan. Komplikasi umum dari kehamilan remaja yang tidak diinginkan termasuk anemia, preeklamsia, tekanan darah tinggi, dan diabetes gestasional. Selain itu, dampak buruk pada janin juga mungkin terjadi, seperti: Contoh: hambatan pertumbuhan intrauterin (IUGR), berat badan lahir rendah (BBLR), kelahiran prematur, dll (Aziato et al., 2016), (Okigbo and Speizer, 2015), (Hossain et al., 2018), (Firdaus and Mishra, 2020).

Dampak kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja tidak hanya berdampak pada kesehatan fisik dan mental saja, namun juga berdampak signifikan terhadap status sosial dan ekonomi mereka. Remaja yang mungkin belum siap menerima peran barunya sebagai orang tua menghadapi tantangan keuangan yang besar. Remaja laki-laki mungkin belum mempunyai pekerjaan tetap atau penghasilan yang cukup untuk menghidupi keluarga, sementara remaja perempuan lebih besar kemungkinannya untuk menghentikan pendidikan formal mereka selama masa kehamilan dan tidak mempunyai kesempatan untuk mendapatkan pekerjaan yang layak di masa depan (Conroy et al., 2015).

## DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Penyehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit. 2023. "Pedoman Pelaksanaan STBM," 1–67.
- Febriana, Febriana, and Liza Kurnia Sari. 2021. "Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kehamilan Tidak Diinginkan Di Indonesia Tahun 2017." *Seminar Nasional Official Statistics 2020* (1): 1041–51.  
<https://doi.org/10.34123/semnasoffstat.v2020i1.592>.
- Santi, Simonetta, Simone Grisan, Alessandro Pierasco, Federica De Marco, and Rita Musetti. 2013. "Laser Microdissection of Grapevine Leaf Phloem Infected by Stolbur Reveals Site-Specific Gene Responses Associated to Sucrose Transport and Metabolism." *Plant, Cell and Environment* 36 (2): 343–55. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3040.2012.02577.x>.
- Amalia, Elisa Happy, and Muhammad Azinar. 2017. "Kehamilan Tidak Diinginkan Pada Remaja." *HIGEIA:Journal of Public Health Research and Development* 1 (1): 1–7.
- Aziato, Lydia, Michelle J. Hindin, Ernest Tei Maya, Abubakar Manu, Susan Ama Amuasi, Rachel Mahoe Lawerh, and Augustine Ankomah. 2016. "Adolescents' Responses to an Unintended Pregnancy in Ghana: A Qualitative Study." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 29 (6): 653–58. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.06.005>.
- BKKBN. 2018. "Bkkbn." *Pancanaka* 1 (September): 14.
- Conroy, K.N. and Engelhart, T.G. and Martins, Y and Huntington, Noelle and Snyder, A.F. and Coletti, Kristen and Cox, J.E. 2015. "The Enigma of Rapid Repeat Pregnancy: A Qualitative Study of Teen Mothers." *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 29. <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2015.12.003>.
- Dini, Lisa Indrian, Pandu Riono, and Ning Sulistiyowati. 2016. "Pengaruh Status Kehamilan Tidak Diinginkan Terhadap Perilaku Ibu Selama Kehamilan Dan Setelah Kelahiran Di Indonesia (Analisis Data Sdki 2012)." *Jurnal Kesehatan Reproduksi* 7 (2): 119–133. <https://doi.org/10.22435/kespro.v7i2.5226.119-133>.
- Direktorat Penyehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit. 2023. "Pedoman Pelaksanaan STBM," 1–67.
- Febriana, Febriana, and Liza Kurnia Sari. 2021. "Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kehamilan Tidak Diinginkan Di Indonesia Tahun 2017." *Seminar Nasional Official Statistics 2020* (1):

- 1041-51.  
<https://doi.org/10.34123/semnasoffstat.v2020i1.592>.
- Febriana, Lisa. 2017. "Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kehamilan Tidak Diinginkan Di Indonesia (Factors Affecting Unintended Pregnancy in Indonesia 2017)." Seminar Nasional Official Statistics 2019 2017: 1041-51.
- Firdaus, M.A., and Sunita Mishra. 2020. "Teenage Pregnancy: Some Associated Risk Factors." *International Journal of Current Advanced Research* 9 (8): 22906-13.  
[https://www.researchgate.net/publication/344330241\\_TEENAGE\\_PREGNANCY\\_SOME\\_ASSOCIATED\\_RISK\\_FACTORS](https://www.researchgate.net/publication/344330241_TEENAGE_PREGNANCY_SOME_ASSOCIATED_RISK_FACTORS).
- Fisher, M., Izhar Ben Shlomo, Ido Solt, and Yechiel Z. Burke. 2015. "Pregnancy Prevention and Termination of Pregnancy in Adolescence: Facts, Ethics, Law and Politics." *Israel Medical Association Journal* 17 (11): 665-68.
- Hossain, Ismail, Abu Sayed, Md Al mamun, and Nurul Islam. 2018. "Prevalence and Risk Factors of Malnutrition among Primary School Children from 1998-2017 : A Systematic Review and Meta-Analysis." *Journal of Genus HomoHomo* 1 (1): 1-19.
- Ingrit, Belet Lydia, Christie Lidya Rumerung, Dwi Yulianto Nugroho, Komilie Situmorang, Maria Maxmila Yoche A, and Marisa Junianti Manik. 2022. "Pendidikan Kesehatan Reproduksi Pada Remaja." *Prosiding Konferensi Nasional Pengabdian Kepada Masyarakat Dan Corporate Social Responsibility (PKM-CSR)* 5 (October 2023): 1-10.  
<https://doi.org/10.37695/pkmcscr.v5i0.1461>.
- Lamina, M. A. 2015. "Prevalence and Determinants of Unintended Pregnancy Among Women in South-Western Nigeria." *Ghana Medical Journal* 49 (3): 187-94.  
<https://doi.org/10.4314/gmj.v49i3.10>.
- Mutia, Mila Karlina, Tarita Syavira Alicia, Marianus Saldanha Neno, Rizqi Amaliyyah, Nurul Hidayah, Muhammad Qurhtuby, Dinda Nur Fahira, et al. 2021. Title." *Journal of Business Theory and Practice* 10 (2): 6.  
<http://www.theseus.fi/handle/10024/341553%0Ahttps://jptam.org/index.php/jptam/article/view/1958%0Ahttp://ejurnal.undana.ac.id/index.php/glory/article/view/4816%0Ahttps://dspace.uui.ac.id/bitstream/handle/123456789/23790/17211077> Tarita Syavira Alicia.pdf?sequen.

- Okigbo, Chinelo C., and Ilene S. Speizer. 2015. "Determinants of Sexual Activity and Pregnancy among Unmarried Young Women in Urban Kenya: A Cross-Sectional Study." *PLoS ONE* 10 (6): 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129286>.
- Rinata, Cholifah &. 2022. *Buku Ajar Kehamilan*. Deepublish Publisher.
- Santi, Simonetta, Simone Grisan, Alessandro Pierasco, Federica De Marco, and Rita Musetti. 2013. "Laser Microdissection of Grapevine Leaf Phloem Infected by Stolbur Reveals Site-Specific Gene Responses Associated to Sucrose Transport and Metabolism." *Plant, Cell and Environment* 36 (2): 343-55. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3040.2012.02577.x>.
- Smith, Jonathan Alan, Paul Flowers, and Michael Larkin. 2010. "Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research." *QMIP Bulletin* 1 (10): 44-46. <https://doi.org/10.53841/bpsqmip.2010.1.10.44>.
- Sugiarto. 2016. 4 (1): 1-23.
- Tina, Agustina, Joelman Subaidi, and Umami Kalsum. 2021. "Aborsi Dalam Perspektif Undang-Undang Kesehatan Dan Kuhp." *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Hukum Universitas Malikussaleh* 2 (3): 85-108. <https://doi.org/10.29103/jimfh.v4i2.4076>.
- Tinarti. 2020. "Kehamilan Yang Tidak Diinginkan . Retrieved April 20, 2021, from Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Daerah Istimewa Yogyakarta." *Jurnal Bimbingan Dan Konseling* 7: 93.

## BIODATA PENULIS



**Hafsa Us, S.SiT., M.Kes** adalah seorang pengajar di Politeknik Kesehatan Kemenkes Aceh, Program Studi Kebidanan Aceh Utara. Sebelum memasuki karier pendidikan, dia bekerja sebagai bidan independen di UPTD Puskesmas Syamtalira Bayu Kabupaten Aceh Utara dari tahun 1984 hingga 1988. Setelah itu, dia melanjutkan pendidikan Diploma 3 Kebidanan di Dinas Kesehatan Banda Aceh. Setelah menyelesaikan Diploma 3 Kebidanan di Dinas Kesehatan Banda Aceh, Hafsa Us, S.SiT., M.Kes melanjutkan pendidikan D-IV Pendidik Bidan di Fakultas Kedokteran UGM, menyelesaikannya pada tahun 2001. Kemudian, dia melanjutkan pendidikan Pascasarjana (S2) di UGM dengan peminatan Kesehatan Reproduksi, menyelesaikannya pada tahun 2004. Selanjutnya, dia bergabung dengan Politeknik Kesehatan yang berlokasi di Jl. Soekarno-Hatta, Kabupaten Aceh Besar, sebagai kampus terpadu. Pada tahun 2021, Hafsa Us, S.SiT., M.Kes diangkat kembali sebagai dosen tetap dengan jabatan fungsional Lektor pada Program Studi Kebidanan Aceh Utara. Saat ini, dia menjabat sebagai dosen tetap di Politeknik Kesehatan Kemenkes Aceh, mengajar di Program Studi Kebidanan Aceh Utara di Kota Lhokseumawe.

# BAB 11

## Deteksi Dini Gangguan Kesehatan Reproduksi: Kanker Serviks

\*dr. Vyanda Sri Weningtyas\*

### A. Pendahuluan

Berdasarkan data GLOBOCAN tahun 2020, terdapat 604.000 kasus baru kanker serviks dan 342.000 kematian akibat kanker serviks di seluruh dunia. Menurut data dari Profil Kesehatan Indonesia tahun 2021, jumlah penyintas kanker serviks berada di peringkat kedua setelah kanker payudara, yaitu sebanyak 36.633 kasus atau 17,2% dari seluruh kanker pada wanita. Angka mortalitas kanker serviks sebanyak 21.003 kasus kematian atau 19,1% dari seluruh kematian akibat kanker. Berdasarkan pemaparan *World Health Organization* (WHO), kanker serviks merupakan penyakit yang bisa dicegah dan tidak ada wanita yang berhak meninggal karena kanker serviks.

Skrining kanker serviks berperan penting dalam menurunkan angka mortalitas pada kanker serviks. Skrining dapat dilakukan pada perempuan usia 30-50 tahun. Saat ini, cakupan skrining kanker serviks sangat rendah, yaitu 6,83% perempuan pada tahun 2021, sedangkan sebanyak 7,02% dari target 70% pada tahun 2023. Kanker serviks dapat terjadi pada wanita usia produktif, dan tidak terbatas dengan status kehamilan, sehingga wanita hamil maupun wanita tidak hamil memiliki potensi yang sama untuk terkena kanker serviks (Cunningham, 2022). Hal tersebut menjadikan deteksi dini sebagai sebuah kewajiban bagi wanita usia produktif.

## B. Kanker Serviks

### 1. Pengertian Kanker Serviks

Kanker serviks merupakan keganasan yang berasal dari serviks, yaitu bagian sepertiga bawah uterus. Serviks berbentuk silindris, menonjol, dan berhubungan dengan vagina melalui ostium uteri (Komite Penanggulangan Kanker Nasional, 2014). Kanker serviks disebabkan oleh infeksi HPV (*Human Papilloma Virus*) tipe 16, 18, 31, 35, 45, 51, 52, dan 56. Namun HPV tipe 16 dan tipe 18 menjadi penyebab utama pada 70% kasus serviks di dunia (Bosch, 2002; Cunningham, 2022). Kanker serviks berasal dari mukosa permukaan serviks, namun dapat tumbuh secara lokal maupun meluas hingga uterus, vagina, jaringan paraserviks, dan organ panggul (PNPK HOGI, 2018).



**Gambar 1.** Anatomi Uterus dan Serviks  
(Referensi: [www.melakafertility.com](http://www.melakafertility.com))

Faktor lain yang meningkatkan risiko kanker serviks adalah faktor reproduktif dan seksual, serta faktor kebiasaan. Faktor-faktor tersebut, yaitu hubungan seksual pada usia muda <16 tahun, hubungan seksual dengan pasangan >1, kebiasaan merokok, riwayat paritas tinggi, serta tingkat sosial-ekonomi yang rendah. Penggunaan kontrasepsi oral selama lebih dari 5 tahun diketahui meningkatkan risiko kanker serviks sebanyak dua kali lipat (Zhang, 2020).

## 2. Gejala dan Tanda Kanker Serviks

Lesi prakanker pada kanker serviks belum memberikan gejala. Gejala mulai muncul ketika memasuki fase kanker invasif. Gejala yang paling umum terjadi adalah perdarahan (*contact bleeding*, perdarahan saat berhubungan intim) dan keputihan. Gejala lain pada stadium yang lebih lanjut adalah nyeri pinggang atau nyeri perut bagian bawah. Hal tersebut terjadi akibat desakan tumor di daerah pelvik ke arah lateral sampai obstruksi ureter, hingga menyebabkan oligo atau anuria. Gejala lanjutan lainnya sesuai dengan infiltrasi tumor ke bagian yang terkena, seperti fistula vesikovaginal, fistula rektovaginal, dan edema tungkai (PNPK HOGI, 2018).

## 3. Konsep Pencegahan Kanker Serviks

Target *World Health Organization* sebagai strategi global untuk mempercepat eliminasi kanker serviks secara global, yaitu sebanyak 90% perempuan usia <15 tahun sudah mendapatkan vaksin HPV, 70% wanita usia 35 tahun mendapatkan tes dengan akurasi tinggi dan diulang pada usia 45 tahun, serta 90% perempuan yang teridentifikasi prekanker serviks atau kanker invasif mendapatkan penanganan yang memadai (WHO, 2020).

Pada November 2020, *the Cervical Cancer Elimination Initiative* (CCEI) mengeluarkan pernyataan bahwa insidensi kanker serviks harus dieliminasi hingga 4 dari 100.000 perempuan pertahun di seluruh dunia. Penelitian yang dipublikasikan di *Lancet Public Health* memperkirakan kanker serviks akan segera menjadi penyakit langka di Australia, dengan kurang dari enam kasus baru per 100.000 perempuan pada tahun 2022, dan kurang dari empat kasus baru per 100.000 perempuan pada tahun 2035. Dengan demikian, Australia akan menjadi negara pertama di dunia yang secara efektif menghilangkan kanker serviks sebagai masalah kesehatan masyarakat dalam waktu 20 tahun. Keberhasilan tersebut terjadi karena menggabungkan



tindakan preventif menggunakan vaksin HPV dan skrining atau deteksi dini.

Pencegahan kanker serviks melalui tiga tahap preventif, yaitu preventif primer, preventif sekunder, dan preventif tersier. Preventif primer melalui prevensi kontak karsinogenik (HPV), promosi atau edukasi tentang vaksin HPV, serta pelatihan kepada tenaga kesehatan, kader kesehatan, dan perempuan. Preventif sekunder berupa skrining melalui deteksi dini dan terapi prekanker, melakukan pemeriksaan pap smear, tes IVA, maupun krioterapi, serta pelatihan. Preventif ketiga terdiri dari terapi kanker dan rehabilitasi terhadap penyintas kanker.

#### 4. Deteksi Dini Kanker Serviks



**Gambar 2.** Modalitas Deteksi Kanker Serviks

Terdapat beberapa modalitas yang digunakan dalam deteksi dini kanker serviks, seperti spekuloskopi, servikografi, kolposkopi, VIA/DoVIA, *polar probe*, Tru Scan, LuViva, biopsi, tes HPV DNA, serta pap smear/thin prep (Gambar 2). Proses skrining tersebut diklasifikasikan berdasarkan jenis metode yang digunakan, seperti dalam tabel 1. Modalitas skrining di Indonesia menggunakan empat modalitas utama, yaitu tes IVA, pap smear, HPV-RT, dan *co-testing* (ASCCP, 2020).

**Tabel 1.** Metode Skrining Kanker Serviks

| <b>Visual</b>                     | <b>Non Visual</b>           |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| • Inspeksi visual secara langsung | • Tes PAP konvensional      |
| • Tes IVA                         | • Tes PAP berbasis cairan   |
| • Servikografi                    | • Tes HPV DNA               |
| • Spekuloskopi                    | • LuViva                    |
| • Kolposkopi                      | • <i>Cyntec Plus Cervix</i> |

**Tabel 2. Guideline Skrining Internasional**

|   | <b>Usia<br/>(Tahun)</b> | <b>Rekomendasi</b>  |
|---|-------------------------|---|
| <i>American Cancer Society</i>                                    | 25-65                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Co-testing per 5 tahun, ATAU</li> <li>- DNA HPV per 5 tahun, ATAU</li> <li>- Sitologi per 3 tahun</li> </ul> |
| <i>American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)</i> | 21-29                   | Sitologi per 3 tahun  |
|   | 30-65                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Co-testing per 5 tahun, ATAU</li> <li>- DNA HPV per 5 tahun, ATAU</li> <li>- Sitologi per 3 tahun</li> </ul> |
| <i>Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG)</i>    | 25-49                   | Skrining per 3 tahun  |
|   | 50-65                   | Skrining per 5 tahun  |
| <i>United States Preventive Services Task Force (USPSTF)</i>      | 21-29                   | Skrining per 3 tahun  |
|   | 30-65                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Co-testing per 5 tahun, ATAU</li> <li>- DNA HPV per 5 tahun, ATAU</li> <li>- Sitologi per 3 tahun</li> </ul> |

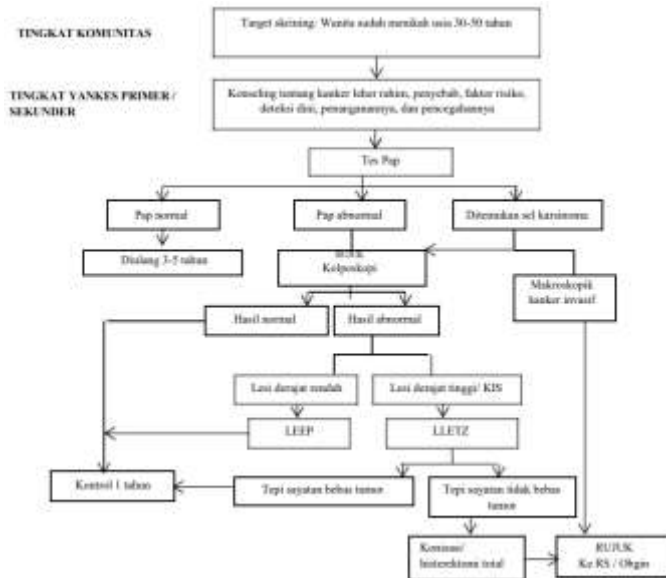
Saat ini terdapat pembaruan terkait skrining kanker serviks, berdasarkan guideline WHO tahun 2021, WHO merekomendasikan tes HPV DNA sebagai metode skrining utama dibandingkan tes IVA dan sitologi. WHO menyarankan deteksi HPV DNA menggunakan dua mekanisme utama seperti pendekatan *screen-and-treat* dimulai pada usia 30 tahun dengan skrining rutin setiap 5 hingga 10 tahun sekali atau deteksi HPV DNA secara skrining, triase dan *treat* dimulai pada usia 30 tahun dengan skrining rutin setiap 5 hingga 10 tahun sekali (WHO, 2021). Terdapat panduan skrining berdasarkan beberapa *guideline* internasional, seperti pada tabel 2.

Kelebihan dari pemeriksaan skrining menggunakan HPV DNA adalah kemudahan dalam pengambilan sampel melalui urin, tidak invasif, serta sensitifitas yang baik dalam mendeteksi lesi prekanker CIN2+ (Leeman, 2017). Namun, saat ini Indonesia masih terkendala pada ketersediaan reagen yang terbatas.



**Gambar 3.** Algoritma Deteksi Dini dan Tatalaksana Kanker Serviks

Berdasarkan Panduan Penatalaksanaan Kanker Serviks tahun 2014, pelayanan kesehatan dengan fasilitas terbatas dapat melakukan program diagnosis deteksi dini dan tatalaksana menggunakan skrining tes IVA (Gambar 3 dan Gambar 4).



**Gambar 4.** Algoritma Skrining dengan Tes IVA

Prosedur tes IVA dilakukan dalam posisi litotomi dan memperhatikan serviks melalui 4 aspek, yaitu apakah porsio tampak kanker, apakah SSK (sel skuamosa kolumnar) tampak, apakah hasil pemeriksaan IVA positif atau negatif, serta apakah dapat dilakukan krioterapi. Saat ini, Indonesia masih mengalami kendala terkait pemeriksaan tes IVA, yaitu dokumentasi yang kurang baik, serta tenaga kesehatan belum memiliki pengalaman yang cukup. Namun kendala tersebut perlahan dapat diatasi, dokumentasi hasil pemeriksaan tes IVA dapat menggunakan DoIVA (*Documentation on IVA* dengan kamera atau *smartphone*), serta keterbatasan pengalaman tenaga kesehatan dapat diatasi dengan Tele-DoIVA yaitu *platform* komunikasi dan supervisi konstan.

**Tes IVA – DoIVA / TeleDoIVA**  
 (Tes Inspeksi Visual dengan Akam Asetat / Dokumentasi IVA / Telekonsultasi DoIVA)



**Tes DNA HPV**



**Co-Testing**

**Tes DNA HPV + Sitologi**      **Tes DNA HPV + DoIVA**



**Gambar 5.** Algoritma Skrining Berdasarkan HOGI. a) Tes IVA-DoIVA/TeleDoIVA, b) Tes DNA HPV, c) Co-Testing

## DAFTAR PUSTAKA

- ASCCP. 2020. 2019 ASCCP Risk-Based Management Consensus Guidelines for Abnormal Cervical Cancer Screening Tests and Cancer Precursors. *Journal of Lower Genital Tract Disease Vol 24(2): 102-131*
- Bhatla N., Aoki D., Sharma DN., Sankaranarayanan R. 2021. Cancer of the Cervix Uteri: 2021 Update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics Vol 155(S1): 28-44*
- Bosch FX., Lorincz A., Munoz N., Meijer CJLM., Shah KV. 2002. The Causal Relation between Human Papillomavirus and Cervical Cancer. *J Clin Pathol Vol 55(4): 244-265*
- Cunningham F., Leveno K., Dashe J., Hoffman B., Spong C., Casey B. 2022. *Williams Obstetrics 26<sup>th</sup> Ed.* McGraw-Hill Education
- Leeman A., et al. 2017. HPV Testing in First-Void Urine Provides Sensitivity for CIN2+ Detection Comparable with A Smear Taken by A Clinician or A Brush-Based Self-Sample: Cross-Sectional Data from a Triage Population. *BJOG Vol 124(9): 1356-1363*
- PNPK HOGI. 2018. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Kanker Ginekologi. Jakarta: INASGO
- Komite Penanggulangan Kanker Nasional. 2014. Panduan Penatalaksanaan Kanker Serviks. Jakarta: Komite Penanggulangan Kanker Nasional
- Sung H., et al. 2021. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin 71: 209-249*
- WHO. 2024. *Overview of Cervical Cancer.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer#:~:text=Key%20facts,%2D%20and%20middle%2Dincome%20countries.>
- WHO. 2020. *Global Strategy to Accelerate the Elimination of Cervical Cancer as a Public Health Problem.* Geneva: World Health Organization
- WHO. 2021. WHO Guideline for Screening and Treatment of Cervical Pre-Cancer Lesion for Cervical Cancer Prevention 2<sup>nd</sup> Ed. Geneva: World Health Organization

- Zhang S., Xu H., Zhang L., Qiao Y. 2020. Cervical Cancer: Epidemiology, Risk Factors and Screening. *Chinese Journal of Cancer Research Vol 32(6): 720-728*
- Selva Fertility. 2024. Anatomi Normal pada Wanita. Referensi: <https://melakafertility.com/wp-content/uploads/2020/02/Chapter1id-min.pdf>



## BIODATA PENULIS



**dr. Vyanda Sri Weningtyas** lahir di Jambi, pada 3 Januari 2000. Menyelesaikan pendidikan S1 dan program profesi dokter di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia, Yogyakarta. Saat ini penulis merupakan dokter umum yang sedang mengikuti Program Internsip Dokter Indonesia dari Kementerian Kesehatan di RS PKU Muhammadiyah Blora, Kabupaten Blora, Jawa Tengah. Penulis juga aktif memberikan edukasi di *platform* media sosial seperti instagram dan tiktok.

# BAB 12

## Deteksi Dini Gangguan Kesehatan Reproduksi PMS

\*Lina Marlina, SST, M.Kes\*

### A. Pendahuluan

Penyakit menular seksual (PMS) adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri, virus, parasit atau jamur, yang penularannya terutama melalui hubungan seks dari seseorang yang terinfeksi kepada mitra seksualnya. Penyakit Menular Seksual (PMS) merupakan salah satu dari sepuluh penyebab pertama penyakit yang tidak menyenangkan pada dewasa muda laki-laki dan penyebab kedua terbesar pada dewasa muda perempuan di negara berkembang (Harnani, 2022)

Menurut World Health Organization (WHO, 2010) sebanyak 70% pasien wanita dan beberapa pasien pria yang terinfeksi gonore atau klamidia mempunyai gejala yang asimtomatik. Antara 10% - 40% dari wanita yang menderita infeksi klamidia yang tidak tertangani akan berkembang menjadi pelvic inflammatory disease. Penyakit menular seksual juga merupakan penyebab infertilitas yang tersering, terutama pada Wanita

Angka kejadian PMS dari 340 juta kasus baru yang dapat disembuhkan (sifilis, gonore, infeksi klamidia, dan infeksi trikomonas) terjadi setiap tahunnya pada laki-laki dan perempuan usia 15- 49 tahun (BKKBN, 2017)

### B. Penyakit Menular Seksual

#### 1. Pengertian PMS

PMS adalah singkatan dari Penyakit Menular Seksual, yang berarti suatu infeksi atau penyakit yang kebanyakan ditularkan melalui hubungan seksual (oral, anal atau lewat

vagina). PMS juga diartikan sebagai penyakit kelamin, atau infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual. Harus diperhatikan bahwa PMS menyerang sekitar alat kelamin tapi gejalanya dapat muncul dan menyerang mata, mulut, saluran pencernaan, hati, otak, dan organ tubuh lainnya. Contohnya, baik HIV/AIDS dan Hepatitis B dapat ditularkan melalui hubungan seks tapi keduanya tidak terlalu menyerang alat kelamin (Kumalasari, 2017)

## 2. Tanda Gejala dan gejala PMS

Bentuk dan letak alat kelamin laki-laki berada di luar tubuh, gejala PMS lebih mudah dikenali, dilihat dan dirasakan yaitu sebagai berikut :

- a. Tanda-tanda dan gejala PMS pada laki-laki antara lain:
  - 1) Terdapat bintil-bintil berisi cairan
  - 2) Terdapat Lecet atau borok pada penis/alat kelamin,
  - 3) Terdapat Luka tidak sakit
  - 4) Keras dan berwarna merah pada alat kelamin,
  - 5) Adanya kutil atau tumbuh daging seperti jengger ayam
  - 6) Merasakan gatal yang hebat sepanjang alat kelamin,
  - 7) Merasakan sakit yang hebat pada saat kencing,
  - 8) Terdapat Kencing nanah atau darah yang berbau busuk,
  - 9) Ada Bengkak panas dan nyeri pada pangkal paha yang kemudian berubah menjadi borok (Kumalasari, 2017)
- b. Pada perempuan sebagian besar tidak mengalami gejala sehingga sering kali tidak disadari. Jika ada gejala, biasanya berupa :
  - 1) Merasakan sakit atau nyeri pada saat kencing atau berhubungan seksual,
  - 2) Merasakan nyeri pada perut bagian bawah,

- 3) Terdapat Pengeluaran lendir pada vagina/alat kelamin,
  - 4) Mengalami Keputihan berwarna putih susu, bergumpal dan disertai rasa gatal dan kemerahan pada alat kelamin atau sekitarnya,
  - 5) Mengalami Keputihan yang berbusa, kehijauan, berbau busuk, dan gatal,
  - 6) Timbul bercak-bercak darah setelah berhubungan seksual,
  - 7) Timbul Bintil-bintil berisi cairan,
  - 8) Terdapat Lecet atau borok pada alat kelamin (Kumalasari, 2017)
3. Faktor-Faktor Risiko Bisa Terkena PMS
- Berikut ini sepuluh faktor resiko teratas yang berpengaruh pada peluang yang terkena PMS :
- a. Seks tanpa pelindung  
Meskipun kondom tidak seratus persen melindungi Anda saat berhubungan seksual, tapi kondom tetap merupakan cara terbaik untuk menghindarkan Anda dari infeksi. Penggunaan kondom dapat menurunkan angka penularan PMS. Selain itu, penggunaan kondom yang konsisten adalah proteksi terbaik terhadap PMS. Maka Biasakanlah memakai kondom saat berhubungan seksual (Yeyeh Ai Rukiyah. 2019)
  - b. Berganti-ganti pasangan  
Semakin banyak pasangan seksual Anda, Semakin besar kemungkinan Anda terinfeksi PMS. Di tambah lagi orang yang suka berganti pasangan cenderung memilih pasangan yang suka berganti pasangan pula. Jadi, Anda tidak lepas dari pasangan-pasangannya Anda (Rosadi, 2018)
  - c. Mulai aktif secara seksual pada usia dini  
Untuk usia muda lebih besar kemungkinannya untuk terkena PMS dari pada orang yang lebih tua. Ada beberapa alasannya mengapa yang lebih muda besar kemungkinan terkena PMS yaitu wanita muda

khususnya lebih rentan terhadap PMS karena tubuh mereka lebih kecil dan belum berkembang sempurna sehingga lebih mudah terinfeksi. Usia muda juga tampaknya lebih jarang pakai kondom, terlibat perilaku seksual beresiko dan berganti-ganti pasangan (Yeyeh Ai Rukiyah. 2019)

d. Penggunaan alkohol

Mengonsumsi alkohol dapat berpengaruh terhadap kesehatan seksual. Orang yang biasa minum alkohol bisa jadi kurang selektif memilih pasangan seksual dan menurunkan batasan. Alkohol dapat membuat seseorang sukar memakai kondom dengan benar maupun sulit meminta pasangan untuk menggunakan kondom dengan baik (Yeyeh Ai Rukiyah. 2019)

e. Penyalahgunaan obat

Setiap seseorang yang berhubungan seksual di bawah pengaruh obat lebih besar kemungkinannya melakukan perilaku seksual beresiko/tanpa pelindung. Pemakaian obat terlarang juga memudahkan orang lain memaksa seseorang melakukan perilaku seksual yang dalam keadaan sadar tidak akan dilakukan. Penggunaan obat dengan jarum suntik diasosiasikan dengan peningkatan resiko 3 penularan penyakit lewat darah, seperti hepatitis dan HIV, yang juga bisa ditransmisikan lewat seks (Yeyeh Ai Rukiyah. 2019)

f. Seks untuk uang/obat

Bagi Orang yang menjual seks untuk mendapatkan sesuatu posisi tawarnya rendah sehingga sulit baginya untuk menegosiasikan hubungan seksual yang aman. Kemudian, pasangan (pembeli jasa) memiliki resiko terinfeksi PMS yang lebih besar. Jadi, baik pembeli maupun penjual sama-sama dirugikan dan sama-sama beresiko untuk terinfeksi PMS (Yeyeh Ai Rukiyah, 2019)

- m. Hidup di masyarakat yang prevalensi PMS-nya tinggi  
Ketika seseorang tinggal di tengah komunitas dengan prevalensi PMS yang tinggi, ketika berhubungan seksual (dengan orang di komunitas itu) ia lebih rentan terinfeksi PMS (Yeyeh Ai Rukiyah, 2018)
- n. Monogami serial  
Monogami serial adalah mengencani/menikahi satu orang saja pada suatu masa, tapi kalau diakumulasi jumlah orang yang dikencani/dinikahi juga banyak. Contoh orang yang sering nikah cerai. Perilaku begini juga berbahaya, sebab orang yang mempraktekkan monogami serial berpikir bahwa mereka saat itu memiliki hubungan eksklusif sehingga akan tergoda untuk berhenti menggunakan pelindung ketika berhubungan seksual. Sebenarnya monogami memang efektif mencegah PMS, tapi hanya pada monogami jangka panjang yang kedua pasangan sudah dites kesehatan reproduksi (Yeyeh Ai Rukiyah, 2018)
- o. Sudah terkena suatu PMS  
Jika seseorang sudah pernah berkenalan langsung dengan suatu PMS (apalagi sering), Anda lebih rentan terinfeksi PMS jenis lainnya. Iritasi atau lepuh pada kulit yang terinfeksi dapat menjadi jalan masuk patogen lain untuk menginfeksi. Karena Anda sudah pernah terinfeksi sekali, bisa jadi ada faktor tertentu dalam gaya hidup Anda yang beresiko (Yeyeh Ai Rukiyah, 2018)
- p. Cuma pakai pil KB untuk kontrasepsi  
terkadang orang lebih menghindari kehamilan daripada PMS sehingga mereka memilih pil KB sebagai alat kontrasepsi utama. Karena sudah merasa terhindar dari kehamilan, mereka enggan memakai kondom. Ini bisa terjadi ketika orang tidak ingin menuduh pasangannya berpenyakit atau memang tidak suka pakai kondom dan menjadikan pil KB sebagai alasan. Yang jelas, perlindungan ganda (pil KB

dan kondom) adalah pilihan terbaik meski tidak semua orang melakukannya (Yeyeh Ai Rukiyah, 2018)

4. Cara menghindarkan diri dari PMS

Bagi remaja yang belum pernah menikah, cara yang paling efektif adalah tidak melakukan hubungan seksual, saling setia bagi pasangan yang sudah menikah, menghindari hubungan seksual yang tidak aman atau berisiko, selalu menggunakan kondom untuk mencegah penularan PMS, selalu menjaga kebersihan alat kelamin.

Selain itu, untuk mencegah dan menghindari tertularnya penyakit hubungan seksual bisa menggunakan selogan "4 JANGAN " yaitu sebagai berikut :

- a. Jangan pernah melakukan : Hubungan intim secara anal atau vagina dengan berganti-ganti pasangan.
- b. Jangan lupa : menggunakan Kondom, bila harus berhubungan intim dengan seseorang yang masih meragukan
- c. Jangan menerima : Kontak / tranfusi darah tanpa screen (penyaringan) darah
- d. Jangan pernah : Memakai jarum suntik secara bergantigantian (Yeyeh Ai Rukiyah, 2018)

5. Jenis-jenis IMS

a. Gonore

Kuman penyebabnya adalah : *Neisseria Gonorrhoeae*.

Masa tenggang selama 2-10 hari setelah kuman masuk kedalam tubuh melalui hubungan seksual

Tanda-tanda : Nyeri, merah, bengkak dan bernanah

Pada laki-laki : Rasa sakit pada saat kencing, keluar nanah kental kuning kehijauan, ujung penis tampak merah dan agak bengkak. Pada perempuan, 60 % tidak menunjukkan gejala, namun ada juga rasa sakit pada saat kencing dan terdapat keputihan kenal berwarna kekuningan

Pada laki-laki dan perempuan seringkali terjadi kemandulan. Pada perempuan bisa terjadi radang panggul dan dapat diturunkan kepada bayi baru lahir

berupa infeksi pada mata menyebabkan kebutaan (Andareto, 2015)

b. Sifilis Raja singa

Selama 2-3 tahun pertama penyakit ini tidak akan menunjukkan gejala apa-apa, atau disebut masa laten. Setelah 5-10 tahun penyakit sifilis akan menyerang susunan syaraf otak, pembuluh darah dan jantung. Pada perempuan hamil sifilis dapat ditularkan kepada bayi yang dikandungnya dan bisa menyebabkan lahir dengan kerusakan kulit, hati, limpa dan keterbelakangan mental (Andareto, 2015)

c. Herpes genital

Penyakit yang disebabkan oleh Virus Herpes simplex. Masa tenggang 4-7 hari sesudah virus masuk kedalam tubuh melalui hubungan seks.

Gejala dan tanda : Bintil-bintil berair (berkelompok seperti anggur) yang sangat nyeri pada sekitar alat kelamin, kemudian pecah akan menimbulkan luka kering yang mengerak lalu hilang sendiri, gejala kambuh lagi seperti diatas namun tdk senyeri tahap awal, dan biasanya menetap hilang timbul seumur hidup.

Pada wanita seringkali menjadi kanker mulut rahim beberapa tahun kemudian (Andareto, 2015)

d. Klamidia

Penyakit ini disebabkan oleh : Chlamydia Trachomatis

Masa tanpa gejala berlangsung 7-21 hari

Gejalanya adalah timbul peradangan pada alat reproduksi

Pada perempuan gejalanya : keluarnya cairan dari alat kelamin/keputihan encer berwarna kekuningan, rasa nyeri pada rongga panggul, perdarahan setelah hubungan seksual.

Pada laki-laki gejalanya : Rasa nyeri saat kencing, kelaur cairan bening dari saluran kencing, bila ada infeksi lebih



lanjut cairan semakin sering keluar dan bercampur darah

Pada perempuan : Cacatnya saluran telur dan kemandulan, radang saluran kencing, robeknya saluran ketuban sehingga terjadi kelahiran prematur

Pada laki-laki : Rusaknya saluran air mani, kemandulan, serta radang saluran kencing

Pada bayi 60-70 % terkena penyakit mata atau saluran pernafasan (Pneumonia) (Andareto, 2015)

e. Trikomoniasis vaginalis

Disebabkan oleh : Parasit Trikomonas vaginalis

Gejala dan tandanya adalah : Cairan vagina encer, berwarna kuning kehijauan, berbusa dan berbau busuk Vulva agak bengkak, kemerahan, gatal dan terasa tidak nyaman (Andareto, 2015)

Nyeri saat berhubungan seksual atau saat kencing

f. Kandidiasis vagina

Merupakan keputihan yang disebabkan oleh : Jamur *Candida albicans*

Gejalanya : berupa keputihan berwarna putih seperti susu, bergumpal, disertai rasa gatal panas dan kemerahan pada kelamin dan disekitarnya (Andareto, 2015)

g. Kutil kelamin

Penyebabnya adalah : Human Papiloma Virus (HPV), dengan gejala yang khas yaitu terdapat satu atau beberapa kutil disekitar kemaluan

Pada perempuan dapat mengenai kulit didaerah kelaminsampai dubur, selaput lendir bagian dalam, liang kemaluan sampai leher rahim

Kutil kelamin kadang bisa mengakibatkan kanker leher rahim atau kanker kulit sekitar kelamin

Pada laki-laki dapat mengenai alat kelamin dan saluran kencing bagian dalam (Andareto, 2015)

6. Cara pencegahan PMS :
  - a. Tidak melakukan hubungan seks diluar nikah
  - b. Saling setia bagi pasangan yang sudah menikah
  - c. Hindari hubungan seks yang tidak aman atau beresiko
  - d. Selalu menggunakan kondom untuk mencegah IMS
  - e. Selalu menjaga kebersihan alat kelamin (Djuanda, 2017)
7. Deteksi Dini Penanggulangan Penyakit Menular Seksual  
Prinsip umum pengendalian PMS tujuan utamanya adalah memutuskan rantai penularan infeksi IMS, mencegah berkembangnya IMS dan komplikasinya. Tujuan ini dicapai melalui (Media Litbangkes):
  - a. Mengurangi pajanan IMS dengan program penyuluhan untuk menjauhkan masyarakat terhadap perilaku berisiko tinggi.
  - b. Mencegah infeksi dengan anjuran pemakaian kondom bagi yang berperilaku risiko tinggi.
  - c. Meningkatkan kemampuan diagnosa dan pengobatan serta anjuran untuk mencari pengobatan yang tepat.
  - d. Membatasi komplikasi dengan melakukan pengobatan dini dan efektif baik untuk yang simtomatik maupun asimtomatik serta pasangan seksualnya (Djuanda, 2017)
8. Bagaimana Mencegah Penularan IMS  
WHO menyatakan bahwa pantang dari hubungan seksual (abstinence) dan inisiasi tertunda perilaku seksual (terutama menghindari seks pranikah) adalah beberapa komponen utama dari upaya pencegahan IMS bagi kaum muda. Monogami dan pengurangan jumlah pasangan seksual (be faithful) serta meningkatkan akses dan layanan pencegahan komprehensif, termasuk pendidikan pencegahan dan penyediaan kondom (condoms) sangat penting bagi orang-orang muda yang aktif secara seksual. (Abrori, 2017)

## DAFTAR PUSTAKA

- Ai Yeyeh, Rukiyah, dkk. et al. (2018). *Kesehatan reproduksi 1*. Jakarta: CV. Trans Info
- \_\_\_\_\_ (2019). *Kesehatan reproduksi 1*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Baiq D. Harnani, dkk (2022). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Penerbit : Zahir Publishing.
- Kumalasari I, Andhyantoro I. *Kesehatan Reproduksi*. Jakarta Salemba Medika; 2012.
- BKKBN. *Buku Suplemen Bimbingan Teknis Kesehatan Reproduksi Infeksi Menular Seksual dan HIV/AIDS*. Jakarta, 2017
- Andareto, Obi. (2015). *Penyakit Menular seksual (Begitu Mudah Menular dan Berbahaya, Kenali, Hindari, dan Jauhi jangan Sampai Tertular)*. Jakarta: Pustaka Ilmu Semesta
- Djuanda, Adhi. (2017). *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Abrori dan M. Qurbaniah. 2017. *BukuAjar Infeksi Menular Seksual*. Pontianak: UM Pontianak

## BIODATA PENULIS



**Lina Marlina, S.ST. M.Kes,** lahir di Sleman, pada 04 September 1989. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan 'Aisyiyah Banten, D4 Bidan Pendidik di Stikes 'Aisyiyah Yogyakarta, dan S2 di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Respati Indonesia. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi Profesi Kebidanan Poltekkes 'Aisyiyah Banten.

# BAB 13

## Konsep Pelayanan Keluarga Berencana

\*Nurbaiti, SKM, M. Kes\*

### A. Pendahuluan

Latar belakang munculnya konsep Keluarga Berencana (KB) berawal dari isu kependudukan global yang mengalami pertumbuhan pesat. Hal ini menimbulkan kekhawatiran akan terjadinya ledakan penduduk (*population explosion*) yang dapat memperburuk kondisi ekonomi, sosial, dan lingkungan hidup. Ada beberapa faktor pendorong yang melatarbelakangi konsep KB diantaranya pertumbuhan penduduk yang cepat yang disebabkan karena penurunan angka kematian akibat kemajuan di bidang kesehatan dan gizi, sementara angka kelahiran masih tinggi, masalah kependudukan (seperti kemiskinan, kekurangan pangan, kerusakan lingkungan, dan keterbatasan sumber daya alam), masalah kesehatan ibu dan anak, serta kesejahteraan keluarga yang terbatas.

Konsep KB muncul sebagai respon terhadap berbagai permasalahan akibat pertumbuhan penduduk yang tidak terkendali. Pelayanan KB memiliki tujuan dan manfaat yang luas, baik secara langsung maupun tidak langsung. Tujuan langsung berfokus pada pengendalian kelahiran, kesehatan ibu dan anak, serta mewujudkan keluarga kecil yang sejahtera. Sedangkan tujuan tidak langsung lebih luas, mencakup aspek kependudukan, ekonomi, sosial, dan hak reproduksi yang dapat mempengaruhi kesejahteraan keluarga dan masyarakat secara keseluruhan.

## B. Konsep Keluarga Berencana

### 1. Definisi Keluarga Berencana

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

- b. Menurut *World Health Organization* (WHO), KB adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, mengatur interval kehamilan dan mengatur waktu serta menentukan jumlah anak dalam keluarga (WHO, 2024).
- c. Menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), KB adalah Keluarga Berencana merupakan tindakan yang membantu individu atau pasangan suami istri untuk mendapatkan objektif-objektif tertentu, menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kehamilan, mengontrol waktu saat kehamilan dalam hubungan dengan suami istri dan menentukan jumlah anak dalam keluarga (BKKBN, 2017).
- d. Menurut UU No. 10 Tahun 1992, KB adalah upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan (PUP), pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera (Undang-Undang Indonesia, 1992).

Jadi pada intinya, keluarga berencana adalah program pemerintah yang dirancang untuk memberikan pengetahuan, pendidikan, dan pelayanan agar pasangan suami istri dapat merencanakan waktu yang tepat untuk memiliki anak, mengatur jarak kelahiran, serta menentukan

jumlah anak ideal dalam keluarga demi mewujudkan keluarga yang sehat, sejahtera dan berkualitas.

## 2. Lingkup Keluarga Berencana

Secara umum, ruang lingkup program KB diantaranya antara lain sebagai berikut (Sunaryati et al., 2020).

- e. Keluarga berencana, meliputi pengaturan kelahiran melalui promosi, konseling, dan pelayanan kontrasepsi.
- f. Kesehatan reproduksi remaja, meliputi pendidikan kesehatan reproduksi bagi remaja dan pencegahan kehamilan tidak diinginkan pada remaja.
- g. Ketahanan dan pemberdayaan keluarga, meliputi peningkatan ekonomi dan gizi keluarga, serta bina keluarga balita dan remaja.
- h. Penguatan pelembagaan keluarga kecil berkualitas, meliputi pendewasaan usia perkawinan dan peningkatan kualitas keluarga melalui program parenting.
- i. Keserasian kebijakan kependudukan, meliputi sinkronisasi program KB dengan kebijakan kependudukan, dan pengendalian pertumbuhan penduduk.
- j. Pengelolaan Sumber Daya Manusia (SDM), meliputi Pelatihan dan pengembangan SDM pengelola program KB.
- k. Penyelenggaraan pimpinan kenegaraan dan pemerintahan dengan kordinasi lintas sektor dalam pelaksanaan program KB.

Sedangkan menurut Matahari et al. (2019), ruang lingkup program KB meliputi komunikasi informasi dan edukasi, konseling, pelayanan infertilitas, pendidikan seks, konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan, serta konsultasi genetic.

## 3. Sejarah dan Perkembangan Keluarga Berencana

Sejarah perkembangan keluarga berencana sebenarnya telah ada sejak zaman kuno. Akan tetapi, gerakan keluarga berencana modern baru muncul pada abad ke-19 dan awal abad ke-20. Pada tahun 1823, ekonom Inggris bernama

Thomas Malthus menerbitkan karya "*An Essay on the Principle of Population*" yang memperingatkan bahwa pertumbuhan penduduk yang tidak terkendali dapat menyebabkan kekurangan pangan dan kemiskinan. Gagasan ini memengaruhi gerakan keluarga berencana di kemudian hari (Malthus, 2023). Kemudian pada tahun 1916, seorang perawat Amerika yang bernama Margaret Sanger mendirikan organisasi pertama yang mempromosikan keluarga berencana di Amerika Serikat. Ia berjuang untuk menyediakan informasi dan akses terhadap kontrasepsi bagi wanita (Sanger, 1920).

Setelah Perang Dunia II, gerakan keluarga berencana mulai berkembang secara global. Pada tahun 1952, India menjadi negara pertama yang meluncurkan program keluarga berencana nasional. Kemudian, pada tahun 1960-an dan 1970-an, banyak negara berkembang lainnya mengikuti jejak India, salah satunya Indonesia (Hayes, 2017). Sejak tahun 1967, Keluarga Berencana (KB) merupakan program nasional yang dicanangkan pemerintah Indonesia. Berawal dari keprihatinan terhadap ledakan penduduk yang terjadi saat itu, program KB diperkenalkan sebagai upaya untuk menanggulangi masalah kependudukan (Singarimbun, 1984).

Pada tahun 1968, Konferensi Internasional tentang Hak-hak Reproduksi Manusia di Teheran menegaskan bahwa keluarga berencana merupakan hak asasi manusia. Selanjutnya, pada tahun 1994, Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan di Kairo memperluas cakupan keluarga berencana menjadi bagian dari kesehatan reproduksi secara menyeluruh (Cohen & Richards, 1994).

Saat ini, keluarga berencana telah menjadi program global yang didukung oleh organisasi internasional seperti Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), *World Health Organization* (WHO), dan *United Nations Population Fund* (UNFPA). Program ini terus berkembang dengan memasukkan aspek-



aspek baru seperti pemberdayaan perempuan, kesetaraan gender, dan pendekatan berbasis hak asasi manusia (WHO, 2024). Sementara di Indonesia, program Keluarga Berencana dijadikan program Nasional sedangkan untuk mengelolanya dibentuk Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional dengan Keppres No. 8 Tahun 1970, dasar pertimbangan pembentukan BKKBN.

Memasuki era reformasi pada periode 1994-2003, program KB mengalami pembaruan dalam sistem manajemen dan administrasi. Pelaksanaan program KB juga didesentralisasikan ke daerah-daerah. Selain itu, program KB mulai diintegrasikan dengan program pemberdayaan ekonomi keluarga untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat (Shiffman, 2002). Sejak tahun 2004 hingga saat ini, program KB mengalami revitalisasi dengan penguatan berbasis kemitraan dan partisipasi masyarakat. Pada era ini mulai diperkenalkan metode kontrasepsi jangka panjang seperti IUD dan implant, serta terjadi penekanan pada aspek kesehatan reproduksi, pembangunan keluarga, dan kependudukan secara lebih komprehensif.

#### 4. Teori yang Mendukung Pelayanan Keluarga Berencana

Pelayanan keluarga berencana didukung oleh teori-teori yang berasal dari berbagai disiplin ilmu, seperti teori kesehatan, teori perubahan perilaku, dan teori sosial. Adapun penjelasannya antara lain sebagai berikut.

##### a. Teori *Health Belief Model* (HBM)

Salah satu teori yang melandasi pelayanan keluarga berencana adalah Teori *Health Belief Model* (HBM). Teori ini menjelaskan bahwa keputusan seseorang untuk mengadopsi perilaku sehat, seperti menggunakan kontrasepsi, dipengaruhi oleh persepsi mereka terhadap kerentanan, keparahan, manfaat, dan hambatan dari perilaku tersebut (Rosenstock et al., 1988).

##### b. *Theory of Planned Behavior*

Selain HBM, teori lain yang relevan adalah Teori Perubahan Perilaku Terjadwal (*Theory of Planned*

*Behavior/TPB*). Teori ini menyatakan bahwa niat seseorang untuk berperilaku tertentu dipengaruhi oleh sikap, norma subjektif, dan persepsi kontrol perilaku (Ajzen, 1991). Dalam konteks pelayanan keluarga berencana, TPB dapat digunakan untuk memahami dan memprediksi niat pasangan untuk menggunakan kontrasepsi.

c. Teori Difusi Inovasi

Teori Difusi Inovasi (*Diffusion of Innovations Theory*) juga memberikan kontribusi penting dalam pelayanan keluarga berencana (Rogers et al., 2014). Teori ini menjelaskan bagaimana suatu inovasi, seperti metode kontrasepsi baru, disebarluaskan dalam suatu sistem sosial. Faktor-faktor seperti keunggulan relatif, kompatibilitas, kompleksitas, kemampuan untuk dicoba, dan kemampuan untuk diamati mempengaruhi tingkat adopsi inovasi tersebut.

d. Teori Ekologi Sosial

Dalam konteks sosial budaya, Teori Ekologi Sosial (*Social Ecological Theory*) menyediakan kerangka kerja untuk memahami dinamika pelayanan keluarga berencana. Teori ini mempertimbangkan interaksi antara faktor-faktor individu, interpersonal, organisasi, komunitas, dan kebijakan dalam mempengaruhi perilaku kesehatan. Pemahaman terhadap faktor-faktor ini dapat membantu perancangan intervensi yang lebih efektif dalam pelayanan keluarga berencana (Sallis et al., 2015).

5. Model Pelayanan Keluarga Berencana

Pelayanan keluarga berencana dapat dilakukan melalui berbagai model, seperti pelayanan statis dan pelayanan mobile. Pelayanan statis adalah pelayanan yang diberikan di fasilitas kesehatan seperti puskesmas, klinik, atau rumah sakit. Pelayanan ini biasanya dilakukan secara rutin dan terjadwal. Sementara pelayanan mobile adalah pelayanan yang dilakukan di luar fasilitas kesehatan, seperti

di desa-desa atau tempat-tempat terpencil. Pelayanan ini dilakukan secara berkala oleh tenaga kesehatan keliling.

Selain model pelayanan statis dan mobile, terdapat juga model pelayanan keluarga berencana berbasis masyarakat atau *community-based family planning services* (CBFPS). Model ini melibatkan peran aktif masyarakat dalam penyediaan dan promosi pelayanan keluarga berencana. Masyarakat dilatih dan diberdayakan untuk menjadi penyedia layanan, pendistribusi alat kontrasepsi, dan agen perubahan perilaku. Model ini terbukti efektif dalam meningkatkan akses dan penerimaan pelayanan keluarga berencana di daerah-daerah terpencil (Kweku et al., 2020).

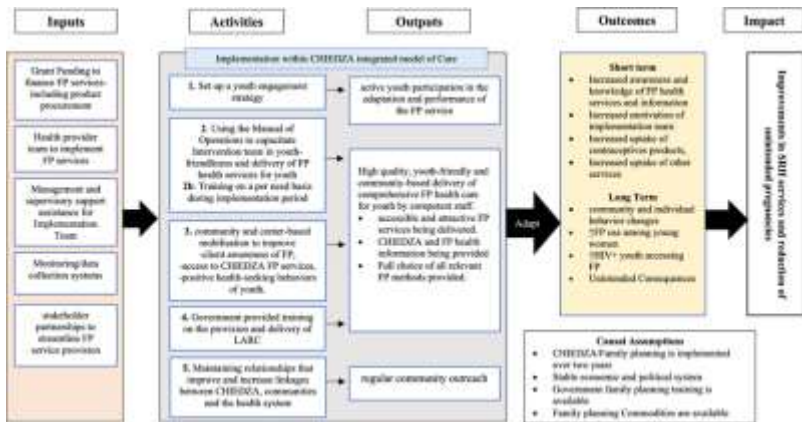
Dalam pelaksanaannya, pelayanan keluarga berencana dapat menggunakan model terintegrasi atau model terpisah. Model terintegrasi adalah model pelayanan yang menggabungkan pelayanan keluarga berencana dengan pelayanan kesehatan lainnya, seperti pelayanan antenatal, postnatal, atau pelayanan anak. Model ini memungkinkan pasangan untuk mendapatkan pelayanan yang komprehensif dalam satu kunjungan. Sementara model terpisah adalah model pelayanan yang menyediakan pelayanan keluarga berencana secara khusus dan terpisah dari pelayanan kesehatan lainnya (WHO, 2022).

Dalam upaya meningkatkan akses dan kualitas pelayanan keluarga berencana, model-model pelayanan juga dapat diintegrasikan dengan teknologi informasi dan komunikasi (TIK). Misalnya, penggunaan aplikasi mobile untuk konseling dan edukasi, sistem informasi untuk manajemen data, atau telemedicine untuk pelayanan jarak jauh. Penggunaan TIK dalam pelayanan keluarga berencana dapat meningkatkan efisiensi, menurunkan biaya, dan memperluas jangkauan pelayanan (Bacchus et al., 2019).

Pemilihan model pelayanan keluarga berencana yang tepat bergantung pada konteks dan kebutuhan masyarakat setempat. Selain itu, keberlanjutan dan kualitas pelayanan juga perlu diperhatikan. Oleh karena itu, pelibatan

masyarakat, kemitraan dengan pihak-pihak terkait, serta monitoring dan evaluasi yang berkala menjadi faktor penting dalam keberhasilan pelayanan keluarga berencana.

Mavodza, dkk mengembangkan model model CHIEDZA (*Community-based Interventions to improve HIV outcomes in youth: a cluster randomised trial in Zimbabwe*) yang menggambarkan pelaksanaan intervensi KB termasuk antisipasi hasil dan dampaknya. Remaja putri yang menghadiri CHIEDZA dapat mendengar tentang tersedianya layanan keluarga berencana dari komunitas remaja mobilisator. Setiap anak muda yang memasuki bilik kesehatan ditawarkan tes dan pengobatan HIV jika memungkinkan, dan juga konseling kesehatan. Sedangkan WUS ditawari pelayanan keluarga berencana yang meliputi informasi, pendidikan, dan konseling, serta pemberian kontrasepsi dan tes kehamilan (Mavodza et al., 2023). Untuk lebih jelas dapat di lihat pada gambar 1.



**Gambar 1.** Model pelaksanaan intervensi KB, termasuk antisipasi hasil dan dampaknya

Selain itu, Layanan keluarga berencana tertanam dalam kerangka layanan kesehatan preventif yang lebih luas. Ada 3 tingkatan pelayanan kesehatan KB yaitu tingkat pertama pertama meliputi pelayanan KB yang meliputi pelayanan kontrasepsi, pemeriksaan dan konseling

kehamilan, pencapaian kehamilan, pelayanan dasar infertilitas, kesehatan prakonsepsi, dan pelayanan penyakit menular seksual. Tingkat kedua terdiri dari layanan kesehatan preventif terkait (misalnya, skrining kanker payudara dan serviks). Tingkat ketiga terdiri dari layanan kesehatan preventif lainnya (misalnya skrining kelainan lipid) (CDC, 2014).

## DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
- Bacchus, L. J., Reiss, K., Church, K., Colombini, M., Pearson, E., Naved, R., Smith, C., Andersen, K., & Free, C. (2019). Using digital technology for sexual and reproductive health: are programs adequately considering risk? *Global Health: Science and Practice*, 7(4), 507–514.
- BKKBN. (2017). Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 24 Tahun 2017 Tentang Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran. *Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan Dan Keguguran*, 1(1), 64.
- CDC. (2014). Providing quality family planning services: Recommendations of CDC and the US Office of Population Affairs. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 63(RR04), 1–29.
- Cohen, S. A., & Richards, C. L. (1994). The Cairo consensus: population, development and women. *Family Planning Perspectives*, 26(6), 272–277.
- Hayes, A. C. (2017). *Routledge Handbook of Asian Demography*. Routledge.
- Kweku, M., Amu, H., Awolu, A., Adjuik, M., Ayanore, M. A., Manu, E., Tarkang, E. E., Komesuor, J., Asalu, G. A., & Aku, F. Y. (2020). Community-Based Health Planning and Services Plus programme in Ghana: A qualitative study with stakeholders in two Systems Learning Districts on improving the implementation of primary health care. *Plos One*, 15(1), e0226808.
- Malthus, T. (2023). An essay on the principle of population. In *British Politics and the Environment in the Long Nineteenth Century* (pp. 77–84). Routledge.
- Matahari, R., Km, S., Utami, F. P., KM, S., & Sugiharti, I. S. (2019). *Buku Ajar Keluarga Berencana Dan Kontrasepsi*. Pustaka Ilmu.
- Mavodza, C. V, Bernays, S., Mackworth-Young, C. R. S., Nyamwanza, R., Nzombe, P., Dauya, E., Chikwari, C. D., Tembo, M., Apollo, T., & Mugurungi, O. (2023). Fidelity, Feasibility and Adaptation of a Family Planning Intervention for Young Women in Zimbabwe: Provider Perspectives and Experiences. *Global Implementation*

- Research and Applications*, 3(2), 182–194.
- Rogers, E. M., Singhal, A., & Quinlan, M. M. (2014). Diffusion of innovations. In *An integrated approach to communication theory and research* (pp. 432–448). Routledge.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175–183.
- Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. (2015). Ecological models of health behavior. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*, 5(43–64).
- Sanger, M. (1920). *Woman and the New Race* (New York: Brentano).
- Shiffman, J. (2002). The construction of community participation: village family planning groups and the Indonesian state. *Social Science & Medicine*, 54(8), 1199–1214.
- Singarimbun, M. (1984). *Penduduk dan kemiskinan: kasus Sriharjo di pedesaan Jawa*.
- Sunaryati, A. F., Oktaviani, A., & Yunita, N. (2020). Kesejahteraan Masyarakat Dengan Keluarga Berencana Bersama Masyarakat Desa Leran Kecamatan Manyar-Gresik. *Indonesian Journal of Community Dedication in Health (IJCDH)*, 1(1), 32–37.
- Undang-Undang Indonesia. (1992). *Undang-undang (UU) Nomor 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga Sejahtera*. Pemerintah Pusat Indonesia.
- WHO. (2022). *Family Planning: A Global Handbook for Providers*. World Health Organization.
- WHO. (2024). *Contraception*. World Health Organization. [https://www.who.int/health-topics/contraception#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/contraception#tab=tab_1)

## BIODATA PENULIS



**Nurbaiti, SKM., M. Kes** lahir di Payarabo, pada 10 Mei 1969. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah dan S2 di Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada Yogyakarta Indonesia. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Aceh.



# BAB 14

## Konsep Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE)

\* Freike S. N Lumy, S.SiT, M.Kes \*

### A. Pendahuluan

Dalam mempromosikan program kesehatan kepada masyarakat dapat dilakukan melalui pendekatan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) dengan berbagai macam sasaran, dalam melakukan KIE disetiap kelompok sasaran mempunyai cara atau teknik yang berbeda dalam melakukan KIE untuk mengubah pengetahuan dan sikap mental serta keterampilan. Dibutuhkan strategi dan kecerdasan dalam melaksanakan program kesehatan menggunakan media komunikasi, informasi dan edukasi (KIE).

### B. Konsep Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE)

#### 1. Pengertian KIE

Komunikasi adalah penyampaian pesan secara langsung atau tidak langsung melalui saluran komunikasi kepada penerima pesan untuk mendapatkan tanggapan. Tanggapan (respon) diperoleh karena telah terjadi penyampaian pesan yang dimengerti oleh masing-masing pihak. Informasi adalah keterangan, gagasan maupun kenyataan yang perlu diketahui masyarakat (pesan yang disampaikan) dan dimanfaatkan seperlunya.

Informasi adalah berupa keterangan, ide/gagasan maupun fakta yang perlu diketahui oleh masyarakat sebagai penerima pesan dan dapat dimanfaatkan.

Edukasi adalah: sesuatu kegiatan yang mendorong terjadinya penambahan pengetahuan, perubahan sikap, perilaku dan ketrampilan seseorang/kelompok secara wajar.

KIE adalah kegiatan penyampaian informasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku individu, keluarga dan masyarakat. Tujuan dilaksanakannya program KIE, yaitu untuk mendorong terjadinya proses perubahan perilaku kearah yang positif, peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik masyarakat (klien) secara wajar sehingga masyarakat melaksanakannya secara mantap sebagai perilaku yang sehat dan bertanggung jawab (Fajrin et al., 2021).

2. Tujuan KIE
  - a. Menambah pengetahuan, mengubah sikap, kepercayaan, nilai-nilai dan perilaku individu atau kelompok.
  - b. Mendukung suatu masalah atau isu dan mencoba untuk mendapatkan dukungan dari pihak lain secara aktif.
  - c. Meletakkan dasar bagi mekanisme sosio-kultural yang dapat menjamin berlangsungnya proses penerimaan masyarakat terhadap kesehatan reproduksi.
  - d. Mendidik individu dan masyarakat tentang keberadaan dan manfaat menjaga kesehatan reproduksi yang berbasis masyarakat.

3. Prinsip KIE  
Prinsip-prinsip yang dapat dijadikan sebagai pedoman dalam melakukan KIE yang baik, yaitu (Harahap, 2019; Maisyarah et al., 2021):

- a. Jelas dan Sederhana  
Pesan-pesan KIE harus berisi informasi yang jelas tentang tujuan apa yang diharapkan dan akan mampu dilakukan oleh sasaran. Penjelasan yang disampaikan dengan Bahasa yang sederhana dan mudah dipahami.

- b. Lengkap  
KIE harus berupa informasi lengkap dan utuh, menyesuaikan materi KIE dengan latar belakang kelompok sasaran. Misalnya KIE dalam pelayanan kesehatan keluarga berencana (KB). Petugas kesehatan menjelaskan secara lengkap bagaimana cara penggunaanya serta manfaat metode kontrasepsi.
- c. Hindari Pemberian Informasi yang Berlebihan  
Kelebihan informasi dapat menyebabkan konsekuensi disfungsional seperti stres dan mengalihkan pengguna dari aktivitas penting lainnya dalam kehidupan sehari-hari. Terlalu banyak informasi dapat dengan cepat mendorong batas kognitif klien untuk memproses informasi dan kewalahan. Oleh karena itu, media KIE harus mampu menentukan batasan-batasan topik yang diangkat serta relevan dengan fakta yang dihadapi, serta solusi dan manfaat yang diterima oleh klien.
- d. Kreatif dan Inovatif  
Media KIE harus kreatif dan inovatif sehingga dapat dengan mudah diterima dan diaplikasikan. Media pembelajaran yang dikemas secara kreatif dan inovatif akan menarik perhatian pembaca sehingga dapat menumbuhkan motivasi untuk berperilaku sesuai apa yang dibacanya.
- e. Bermutu  
Bermutu artinya materi KIE selalu didasari pada informasi ilmiah terbaru, harus dapat dipertanggungjawabkan, jujur, seimbang, sesuai dengan media dan jalur yang digunakan, jelas dan terarah pada kelompok sasaran (disesuaikan berdasarkan umur, lokasi, latar belakang budaya, dan tingkat sosial-ekonomi), tepat guna, dan tepat sasaran.

Oleh karena itu, petugas perlu menggali informasi yang lengkap tentang kelompok sasaran agar kegiatan KIE dan penyampaian materi sesuai, tepat guna, tepat sasaran dan mencapai tujuan yang diinginkan.

- f. Kemutakhiran data dan Konsep  
Penggunaan sumber data yang benar secara teoritik dan empiris, dapat mendorong timbulnya kemandirian dan inovasi, serta mampu memotivasi untuk dapat mengembangkan pengetahuan, keterampilan, sikap positif masyarakat.
- g. Media KIE disajikan secara sistematis, lugas, mudah dipahami, dan interaktif.
- h. Ilustrasi materi, baik teks maupun gambar sesuai dengan tingkat usia pembaca dan mampu memperjelas materi/konten serta santun.
- i. Penggunaan ilustrasi untuk memperjelas materi tidak mengandung unsur pornografi, paham ekstrimisme, radikalisme, kekerasan SARA, bias gender, dan tidak mengandung nilai penyimpangan lainnya.
- j. Penyajian materi dalam media KIE dapat merangsang untuk berpikir kritis, kreatif, dan inovatif.
- k. Mengandung wawasan kontekstual  
Wawasan kontekstual artinya relevan dengan kehidupan keseharian, serta mendorong pembaca untuk mengalami dan menemukan sendiri hal positif yang diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.
- l. Penyajian materi menarik  
Penyajian yang menarik dan menyenangkan bagi pembaca dapat menumbuhkan rasa keingintahuan yang mendalam.
- m. Media KIE menggunakan pendekatan multimedia dengan pesan-pesan yang disampaikan sesuai dengan sasaran dan melibatkan secara intensif unsur-unsur potensial lainnya dalam usaha untuk meningkatkan, memantapkan penerimaan masyarakat.

- n. Metode dan teknik KIE  
Pemilihan metode dan teknik KIE dalam bidang kesehatan dapat dilakukan melalui pendekatan 3 jenis jumlah sasaran, yaitu komunikasi individu, komunikasi kelompok. dan komunikasi massa.
- 4. Jenis-jenis KIE
  - a. KIE Individu : Suatu proses KIE timbul secara langsung antara petugas KIE dengan individu secara program KB
  - b. KIE Kelompok : Suatu proses KIE timbul secara langsung antara petugas KIE dengan kelompok
  - c. KIE Massa : Suatu proses KIE tentang program KB yang dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung kepada masyarakat.
- 5. Konseling Dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi dan KB
  - a. Pengertian Konseling  
Konseling adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan KB, bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan pada satu kesempatan yakni pada saat memberi pelayanan (Sulistyawati, 2013). Konseling merupakan salah satu bagian dari edukasi kesehatan. Edukasi kesehatan merupakan suatu proses untuk mengubah perilaku baik individu maupun masyarakat sehingga norma hidup sehat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari (Sukraniti, 2018b). Konseling merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi (KR). Dengan melakukan konseling berarti petugas membantu klien dalam memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya. Konseling yang baik juga akan membantu klien dalam menggunakan kontrasepsinya lebih lama dan meningkatkan keberhasilan KB. Konseling adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan Keluarga Berencana dan bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan pada satu kesempatan yakni pada saat pemberian

pelayanan. Dengan informasi yang lengkap dan cukup akan memberikan keleluasaan kepada klien dalam memutuskan untuk memilih kontrasepsi (*Informed Choice*). Konseling KB bisa dilakukan pada perempuan dan Pasangan Usia Subur (PUS), ibu hamil, ibu bersalin, dan ibu nifas. Konseling KB juga dilakukan berkelanjutan dengan pendekatan siklus hidup manusia. Materi dalam konseling dapat berupa pendidikan kesehatan reproduksi pada remaja, konseling Wanita Usia Subur (WUS), konseling calon pengantin, konseling KB pada ibu hamil/promosi KB pasca persalinan, pelayanan KB pasca persalinan, dan pelayanan KB interval.

b. Tujuan Konseling :

- 1) Untuk menyampaikan informasi dari pilihan pola reproduksi
- 2) Untuk memilih metode KB yang diyakini.
- 3) Untuk menggunakan metode KB yang dipilih secara aman dan efektif
- 4) Untuk memulai dan melanjutkan KB
- 5) Untuk mempelajari tujuan, ketidakjelasan informasi tentang metode KB yang tersedia.
- 6) Untuk mengambil keputusan ber-KB yang sesuai dengan kondisi diri dan kesehatan.

c. Manfaat konseling :

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

d. Jenis Konseling

Komponen yang penting dalam pelayanan KB terbagi dalam 3 tahap yaitu:

1) Konseling Awal

Bertujuan menentukan metode apa yang dipilih, bila dilakukan secara obyektif, langkah ini membantu klien untuk memilih KB yang cocok untuknya. Yang harus diperhatikan dalam langkah ini adalah menanyakan kepada klien langkah apa yang diinginkan. Pengetahuan atau informasi apa yang sudah dimiliki klien mengenai kontrasepsi yang meliputi cara kerjanya, kelebihan dan kekurangannya.

2) Konseling Khusus

Memberikan kesempatan klien untuk bertanya tentang cara KB dan menceritakan bagaimana pengalamannya. Mendapatkan informasi yang lebih rinci terkait KB yang diinginkan dan mendapatkan bantuan untuk memilih 18 metode KB yang sesuai dan mendapatkan penjelasan lebih detail mengenai penggunaannya.

3) Konseling Tindak Lanjut

Konseling yang dilakukan lebih beragam dan bervariasi dari konseling awal. Pemberi pelayanan harus dapat membedakan masalah yang serius yang memerlukan rujukan dan masalah yang ringan yang dapat diatasi ditempat pelayanan.

e. Langkah-langkah Konseling

Berdasarkan Brammer, Albrego dan Shostrom dalam (Sukraniti, 2018a) ada empat langkah konseling, yaitu :

1) Membangun hubungan

Tujuan membangun hubungan adalah agar klien mau dan bersedia menjelaskan permasalahan dan keprihatinan yang dihadapi oleh klien serta alasan mengapa klien ingin melakukan konseling.

2) Identifikasi dan Penilaian masalah

Tujuan identifikasi dan penilaian masalah adalah untuk mendiagnosis permasalahan serta harapan klien pada akhir kegiatan konseling.

3) Memfasilitasi Perubahan

Pada langkah ini, konselor berupaya mencari berbagai alternatif pemecahan masalah serta merencanakan tindakan yang akan diputuskan.

4) Evaluasi dan Terminasi

Tujuan dari langkah ini adalah melakukan evaluasi terhadap hasil konseling dan akhirnya terminasi.



## DAFTAR PUSTAKA

- Baiq D. Harnani, dkk (2022). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Penerbit : Zahir Publishing.
- Sulistyawati, Ari. 2013. Pelayanan Keluarga Berencana. Jakarta: Salemba Medika
- Sukraniti, I. D. P. (2018a) 'Menerapkan Langkah Langkah Konseling Gizi.pdf', in *Konseling Gizi*. 1st edn. Jakarta: Badan PPSDM Kesehatan, pp. 78- 112.
- Sukraniti, I. D. P. (2018b) 'Pendidikan Gizi dan Konseling', in *Konseling Gizi*. 1st edn. Jakarta: Badan PPSDM Kesehatan, pp. 1-38.

## BIODATA PENULIS



**Freike S.N Lumy, S.SiT, M.Kes.** lahir di Wuwuk, pada 23 Februari 1973. Menyelesaikan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di FK Universitas Gajah Mada Yogyakarta dan S2 MIKM Minat Kesehatan Ibu Anak di Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Manado

# BAB 15

## Pelayanan Kontrasepsi Metode Modern

\*Serlyansie V. Boimau, SST, M.Pd\*

### A. Pendahuluan

Terdapat banyak pilihan alat-alat kontrasepsi yang bisa digunakan baik oleh laki-laki maupun perempuan dalam upaya mewujudkan perencanaan keluarga. Dan dengan kemajuan teknologi pula, diharapkan risiko dari pemakaian alat-alat kontrasepsi dapat dihindari atau setidaknya dikurangi. Ini pun bukan berarti mengabaikan pentingnya melakukan kontrol atas alat-alat kontrasepsi yang telah terpasang dalam tubuh seseorang. Alat kontrasepsi terdiri dari Metode sederhana ( Tanpa Alat yaitu KB Alamiah dan Dengan Alat yaitu Mekanis/ barrier) dan Metode Modern ( Hormonal dan Non Hormonal) (Wahyuni Candra, 2023)

Keputusan wanita untuk menggunakan kontrasepsi modern pada tahun pertama setelah persalinan dipengaruhi oleh serangkaian faktor yang kompleks dalam masyarakat dan sistem kesehatan. Ibu nifas seringkali tidak menyadari bahwa mereka berisiko hamil ketika sedang amenore atau menyusui (Marista, 2023).

### B. Metode Modern

#### 1. Kontrasepsi Hormonal

##### a. Pil

##### 1) Pil Progestin (Minipil)

Cara kerja :

- Menekan sekresi gonadotropin dan sintesis steroid seks di ovarium.
- Mengentalkan lender serviks

- Mengubah motilitas tuba

Keuntungan:

2. Sangat efektif bila digunakan dengan benar
3. Tidak mempengaruhi produksi ASI
4. Kesuburan cepat kembali
5. Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.

Keterbatasan:

- Efek samping yang biasa terjadi adalah perubahan pada menstruasi.
- Paket pil progestin terdiri dari 28 atau 35 pil dengan warna yang sama.
- Pil diminum setiap hari tanpa jeda.
- Bila lupa minum 1 atau lebih pil, harus langsung minum 1 pil segera setelah ingat, lalu minum 1 pil setiap hari seperti biasa.

## 2) Pil Kombinasi

Cara kerja :

- Menekan ovulasi
- Mencegah implantasi
- Mengentalkan lender serviks
- Mengganggu pergerakan tuba

Keuntungan :

- Memiliki efektifitas yang tinggi
- Siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang dan tidak terjadi nyeri haid.
- Dapat digunakan sejak remaja hingga menopause
- Mudah dihentikan setiap saat
- Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.

Keterbatasan :

- Keluhan 3 bulan pertama pemakaian berupa : Perdarahan bercak, kadang mual , pusing, nyeri payudara
- Berat badan meningkat
- Tidak boleh diberikan pada ibu menyusui

- Dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan.
- Pada Perempuan usia  $\geq 35$  tahun dan merokok perlu hati-hati (Bakoil Dr. Mareta B, 2021).

b. Suntikan

1) Suntikan Progestin

Cara kerja :

- Mencegah ovulasi
- Mengentalkan lender serviks
- Menghambat transportasi gamet oleh tuba

Keuntungan :

- Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah
- Tidak mempengaruhi produksi ASI
- Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.

Keterbatasan :

- Permasalahan berat badan merupakan efek samping tersering
- Ada gangguan haid berupa siklus haid bisa memendek atau memanjang, perdarahan banyak atau sedikit, spotting, tidak haid sama sekali.

2) Suntikan Kombinasi

Cara kerja :

- Menekan ovulasi
- Mengentalkan lender serviks
- Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu
- Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

Keuntungan :

- Risiko terhadap kesehatan kecil
- Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
- Efek samping sangat kecil
- Jangka panjang

Keterbatasan :

- Mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan dan akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga.
- Efektifitas berkurang jika digunakan bersamaan dengan obat epilepsy dan tuberculosis (Afifah Nurullah, 2021).

c. Implant

Jenis implan:

- Implan Dua Batang: terdiri dari 2 batang implan mengandung hormone Levonorgestrel 75 mg/batang. Efektif hingga 4 tahun penggunaan (studi terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun).
- Implan Satu Batang (Implanon) : terdiri dari 1 batang implant mengandung hormon Etonogestrel 68 mg, efektif hingga 3 tahun penggunaan (studi terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun) (BKKBN, 2021).

Cara kerja :

- Menebalkan lender serviks
- Menekan FSH LH sehingga ovulasi ditekan oleh levonorgestrel sehingga tidak terjadi ovulasi pada 3 tahun pertama penggunaan implant.
- Penggunaan jangka Panjang menyebabkan hipotropisme endometrium, sehingga mengganggu proses implantasi.

Keuntungan :

- Kesuburan cepat pulih
- Tidak mengandung estrogen
- Tidak meningkatkan insidens hamil ektopik

Keterbatasan :

- Paling sering dilaporkan efek samping penggunaan implant.

## 2. Kontrasepsi Non Hormonal

### a. AKDR

Cara kerja :

- Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii.
- Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai cavum uteri.

Keuntungan :

- Efektifitas tinggi
- Dapat efektif segera setelah pemasangan.
- Dapat dipasang pasca persalinan dan pasca abortus.
- Tidak ada interaksi dengan obat-obat
- Membantu mencegah kehamilan ektopik

Keterbatasan :

- Perubahan siklus haid, nyeri haid
- Tidak mencegah IMS
- Prosedur medis menyebabkan perempuan takut selama pemasangan

Yang boleh menggunakan AKDR:

AKDR aman dan efektif bagi hampir semua perempuan, termasuk perempuan yang:

- Telah atau belum memiliki anak
- Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun
- Baru saja mengalami keguguran (jika tidak ada bukti terjadi infeksi)
- Sedang menyusui
- Melakukan pekerjaan fisik yang berat
- Pernah mengalami kehamilan ektopik
- Pernah mengalami Penyakit Radang Panggul (PRP)
- Menderita infeksi vagina
- Menderita anemia

- Menderita penyakit klinis HIV ringan atau tanpa gejala baik sedang atau tidak dalam terapi antiretroviral (BKKBN, 2021).

b. Kontrasepsi Mantap

1) Tubektomi

Tubektomi adalah memotong kedua saluran sel telur (tuba palupi) dan menutup kedua-duanya, sehingga sel telur tidak dapat keluar dan sel sperma tidak dapat pula masuk dan bertemu dengan sel telur, sehingga tidak terjadi kehamilan. Tubektomi (Metode Operasi Wanita / MOW) termasuk dalam MKJP yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi (Utami and Trimuryani, 2020).

Mekanisme kerja :

- Minilaparotomi
- Laparaskopi
- Dengan mengoklusi tuba

Keuntungan :

- Pilihan bagi klien yang jika hamil mengalami risiko Kesehatan yang serius
- Pembedahan sederhana
- Tidak ada efek samping jangka Panjang
- Berkurang risikokanker ovarium

Keterbatasan :

- Perlu pertimbangan yang matang
- Klien dapat menyesal di kemudian hari
- Rasa sakit /ketidaknyamanan jangka pendek
- Harus dilakukan oleh tenaga terlatih (Manurung Nixon, 2020).

2) Vasektomi

Jenis vasektomi :

- Vasektomi Tanpa Pisau VTP)
- Vasektomi dengan insisi skrotum (tradisional)

Mekanisme kerja :

- Oklusi vasa deferensia membuat sperma tidak dapat mencapai vesikula seminalis



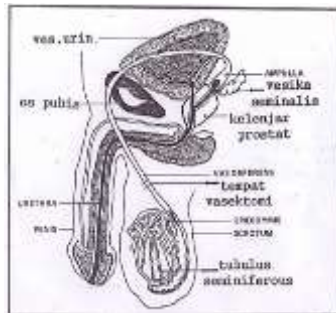
sehingga tidak ada didalam cairan ejakulasi saat terjadi emisi kedalam vagina.

Keuntungan :

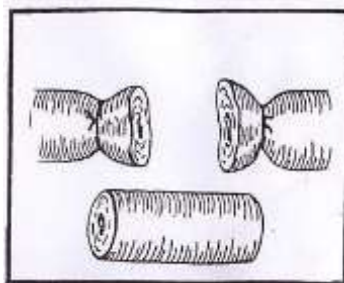
- Aman, morbiditas rendah dan hamper tidak ada mortalitas
- Sederhana, cepat dan biaya rendah
- Menyenanagkan bagi akseptor
- Tidak mengganggu hormon pria

Keterbatasan :

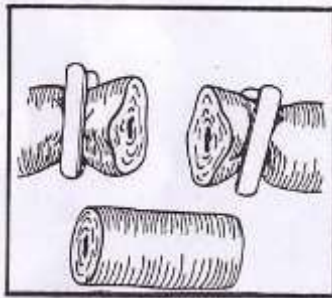
- Permanen (non-reversible)
- Dapat menimbulkan penyesalan dikemudian hari
- Ada nyeri/tidak nyaman pasca bedah
- Perlu tenaga terlatih
- Perlu pengosongan vesika seminalis hingga 20 kali ejakulasi (Bakoil Dr. Mareta B, 2021).



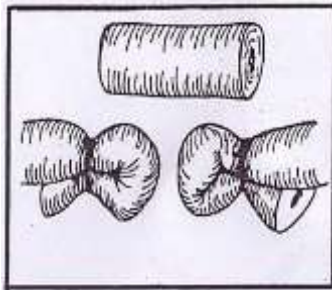
**Gambar 1.** Lokasi Kontrasepsi Mantap Pria Macam-Macam Teknik Oklusi Vas Deferens



**Gambar 2.** Pemotongan & Ligasi Sederhana



**Gambar 3.** Pemotongan & Aplikasi Clips Logam



**Gambar 4.** Pemotongan Vas & Kedua Ujung Dilipat Kebelakang dan Diikat pada masing-masing Vas

## DAFTAR PUSTAKA

- Afifah Nurullah, F. (2021) 'Perkembangan Metode Kontrasepsi di Indonesia', *Cermin Dunia Kedokteran*, 48(3), p. 166. doi:10.55175/cdk.v48i3.1335.
- Bakoil Dr. Mareta B (2021) *Pelayanan Keluarga Berencana bagi Mahasiswa Kebidanan*. 1st edn. Edited by .M.Kes Eka Deviany Widyawaty, SST. Malang: Penerbit Wijaya Kusuma Press. Available at: [https://books.google.co.id/books?id=J85KEAAAQBAJ&newbks=1&newbks\\_redir=0&printsec=frontcover&pg=PA98&dq=kontrasepsi+metode+modern&hl=en&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.co.id/books?id=J85KEAAAQBAJ&newbks=1&newbks_redir=0&printsec=frontcover&pg=PA98&dq=kontrasepsi+metode+modern&hl=en&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false).
- BKKBN (2021) *Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana, Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*.
- Manurung Nixson, D. (2020) *Vasektomi dan Tubektomi dalam Perspektif Suami, Sosio Demografi dan Sosial Budaya*. Edited by Guepedia/Fz. Medan: Guepedia. Available at: [https://www.google.co.id/books/edition/Vasektomi\\_dan\\_Tubektomi\\_Dalam\\_Perspektif/F95MEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=kontrasepsi+metode+modern&pg=PA8&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Vasektomi_dan_Tubektomi_Dalam_Perspektif/F95MEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=kontrasepsi+metode+modern&pg=PA8&printsec=frontcover).
- Marista, et al (2023) 'Tinjauan Literatur: Penggunaan Kontrasepsi Modern Pada Wanita Postpartum', *Majalah Kesehatan*, 10(1), pp. 63-75. doi:10.21776/majalahkesehatan.2022.010.01.7.
- Utami, I. and Trimuryani, E. (2020) 'Faktor yang Berhubungan dengan Pemilihan Kontrasepsi Tubektomi Wanita Usia Subur', *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), pp. 717-726. doi:10.31539/jks.v3i2.1168.
- Wahyuni Candra, et al (2023) *Buku Ajar Pelayanan Keluarga Berencana*. 1st edn. Edited by Tim MCU Group. Jakarta: Mahakarya Cipta Utama. Available at: [https://www.google.co.id/books/edition/Buku\\_Ajar\\_Pelayanan\\_Keluarga\\_Berencana/fc7DEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=kontrasepsi+metode+modern&pg=PA23&printsec=frontcover](https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Pelayanan_Keluarga_Berencana/fc7DEAAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=kontrasepsi+metode+modern&pg=PA23&printsec=frontcover).

## BIODATA PENULIS



**Serlyansie V. Boimau, SST, M.Pd** lahir di Soe, pada 06 Oktober 1969. Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di Poltekkes Makassar dan S2 di Universitas Nusa Cendana Kupang-NTT. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang

# BAB 16

## Pendekatan Manajemen Kebidanan

\*Berlina Putrianti, S.ST., M.Kes\*

### A. Pendahuluan

Bidan sebagai *care provider* memiliki tugas utama sebagai pemberi pelayanan kesehatan bagi ibu dan anak. Bidan mempunyai peran untuk dapat melaksanakan asuhan kebidanan dengan manajemen pelayanan yang baik. Bidan harus mampu mengelola pasiennya hingga dapat tercapai tujuan yang diharapkan. Maka dari itu, seorang Bidan dituntut untuk dapat mempelajari manajemen kebidanan agar dapat melayani pasien secara terarah dan dibutuhkan pemahaman konsep dan dasar-dasar manajemen pelayanan untuk setiap asuhan kebidanan.

Manajemen kebidanan adalah manajemen yang khusus menfokuskan pada pengelolaan unit-unit pelayanan kebidanan yang terdiri dari fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan ibu dan anak. Tujuan utama manajemen kebidanan adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, mencapai hasil yang optimal bagi klien, serta efektifitas dan efisiensi pengelolaan fasilitas kesehatan. (Syafrudin, 2021)

Manajemen kebidanan adalah suatu metode dan proses berfikir logis dan sistematis. Oleh karena itu manajemen kebidanan merupakan alur pikir bagi seorang bidan dalam memberikan arah/kerangka dalam menangani kasus yang menjadi tanggung jawabnya. (Estiwidani & Makhfud, 2008)

### B. Pendekatan Manajemen Asuhan Kebidanan Akseptor KB

Bidan sebagai tenaga kesehatan dan tenaga yang profesional melayani pasiennya sesuai dengan peran dan kompetensinya. Asuhan kebidanan yang diberikan pada pasien, dibutuhkan sebuah metode dan pendekatan yang disebut sebagai manajemen kebidanan. Manajemen kebidanan

membantu proses berfikir bidan didalam melaksanakan asuhan dan pelayanan kebidanan.

Prinsip dan proses manajemen kebidanan yang digunakan mengacu pada 7 langkah dengan pola pikir varney dan dapat didokumentasikan dengan salah satu metode yang sering dipakai saat ini yaitu pendokumentasian dengan metode SOAP. 7 langkah pola pikir Varney dijabarkan sebagai berikut :

1. Peran Pengumpulan Data Dasar

Langkah pertama ini merupakan tahap awal akan menentukan langkah berikutnya. Pada tahap ini bidan mengumpulkan data dan informasi yang berkaitan dengan pasien. Untuk mendapatkan data pasien dapat dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, dan pemeriksaan khusus atau penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, USG, dan lain-lain sesuai dengan kebutuhan pasien. Pendekatan ditahap ini, dilakukan secara komprehensif meliputi pengumpulan data subjektif dan objektif sehingga dapat menggambarkan kondisi pasien secara menyeluruh dan valid.

2. Intepretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnosa atau masalah berdasarkan intepretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan dapat diintepretasikan menjadi sebuah diagnosa. Diagnosa Kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan

3. Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Langkah ke tiga ini bidan melakukan identifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa atau masalah yang sudah didapatkan. Pada tahap ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial. Tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial yang terjadi. Sehingga pada langkah ini merupakan langkah yang bersifat antisipasi yang rasional atau logis.

4. Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera dan Kolaborasi

Langkah keempat ini adalah mengidentifikasi perlunya tindakan segera. Hal ini dilakukan bidan untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota

tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi pasien. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien apakah ada masalah potensial yang bisa terjadi pada klien dan membutuhkan tindakan segera oleh bidan maupun kolaborasi dengan tim yang lain.

5. Menyusun Rencana Asuhan

Perencanaan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen asuhan kebidanan dan rencana tindakan yang akan dilakukan bidan setelah melakukan pemeriksaan. Tahap ini juga menjadi dasar bidan dalam memberikan asuhan di tahap berikutnya. Maka dari itu pada tahap inilah bidan merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pemeriksaan dan diagnosa pasien.

6. Pelaksanaan Asuhan

Pada tahap ini merupakan tahap implementasi dari rencana asuhan yang sudah disusun pada tahap sebelumnya secara efisien dan aman. Pada kondisi tertentu, pelaksanaan tindakan ini bidan dapat berkolaborasi dengan tenaga medis lainnya untuk menuntaskan asuhan dan pengobatan pada pasien. Tindakan pelaksanaan bisa berupa penyampaian hasil pemeriksaan pada pasien, konseling sesuai kebutuhan pasien, kunjungan ulang bahkan tindakan rujukan.

7. Evaluasi

Langkah terakhir ini merupakan tahap evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan sudah sesuai dengan kebutuhan pasien. Langkah-langkah manajemen asuhan merupakan proses pengelolaan pasien yang berkesinambungan. Efektif dan tidaknya sebuah asuhan dapat diidentifikasi pada tahap ini sehingga tujuan akhir dalam pelayanan kebidanan pada pasien dapat diselesaikan dengan baik (Harnawati, 2024)

Asuhan yang menyeluruh pada pelayanan KB dan kesehatan reproduksi juga menjadi tugas seorang bidan. Salah satu asuhan yang diberikan adalah pembinaan calon pengguna alat kontrasepsi. Pembinaan akseptor KB merupakan suatu usaha mentransfer informasi melalui konseling, edukasi terkait keluarga berencana dan kontrasepsi yang digunakan oleh akseptor KB baru maupun kunjungan ulang. Tujuan dari pembinaan ini agar akseptor lebih memahami tentang KB. (Handayani, 2010). Pembinaan Akseptor KB dilakukan sebelum

klien mendapatkan pelayanan kontrasepsi, dengan tujuan agar klien dapat memahami secara menyeluruh mengenai alat kontrasepsi yang digunakan, sehingga apabila dikemudian hari timbul efek samping, klien dapat mengambil keputusan secara bijak. Pembinaan keluarga berencana ini dilakukan dengan berbagai pendekatan (Kurniawati, 2014)

Jenis pendekatan yang umum digunakan dalam rangka menyukseskan program KB yaitu komunikasi interpersonal (KIP/K). Pendekatan ini adalah sebuah bentuk kegiatan tatap muka dua arah antara klien dan petugas yang dilakukan secara sengaja dengan tujuan membantu klien akseptor KB dalam hal pengambilan keputusan sesuai keinginan dan kebutuhan klien, secara sadar dan sukarela. Selain pendekatan yang dilakukan secara komunikasi, juga perlu pelayanan KB yang merupakan suatu kegiatan pemberian fasilitas terhadap keluarga serta masyarakat guna memenuhi kebutuhannya dalam rangka mewujudkan keluarga yang berkualitas. Sedangkan tugas pelayanan KB mencakup dari persiapan pelayanan, pelaksanaan pelayanan, serta pengembangan model pelayanan.

Sistem pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi adalah suatu kegiatan mencatat dan melaporkan berbagai aspek yang berkaitan dengan pelayanan kontrasepsi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan sistem yang telah ditentukan. Kegiatan pencatatan dan pelaporan pelayanan KB meliputi:

1. Persiapan
2. Pelaksanaan
3. Pemantauan dan evaluasi hasil pelayanan KB di setiap tingkatan wilayah mulai dari tempat pelayanan KB, kecamatan, kabupaten/kota, provinsi, dan Nasional.

Selain memberikan pelayanan KB adapun beberapa macam penggunaan kartu catatan klien :

1. Kartu Tanda Akseptor Mandiri
2. Kartu Status Peserta KB
3. Register Alat Kontrasepsi Klinik KB
4. Laporan Bulanan Klinik KB
5. Rekapitulasi Laporan Bulanan Klinik KB
6. Buku Bantu Dokter/BPS dan Tempat Pelayanan Lainnya
7. Laporan Bulanan Petugas Penghubung Hasil Pelayanan Kontrasepsi oleh Dokter/PMB dan Tempat Pelayanan KB lainnya



Mekanisme selanjutnya adalah pelaporan klinik KB dilakukan satu bulan sekali di tingkat klinik KB kecamatan. Setiap awal bulan laporan dari Klinik KB dikirim ke Kabupaten. Laporan yang diterima ditingkat kabupaten direkap dan dikirim ke BKKBN Provinsi. Rekapitulasi dari BKKBN provinsi kemudian dikirim hasilnya ke BKKBN Pusat (Rokayah et al., 2021)

Untuk akseptor bermasalah terdapat sistem rujukan pada pelayanan KB. Sistem rujukan ini merupakan suatu jaringan sistem pelayanan kesehatan baik secara vertikal maupun horisontal kepada yang lebih kompeten menangani komplikasi secara cepat dan tepat sehingga komplikasi yang terjadi dapat segera tertangani (Sri Wahyuni, 2022).

## DAFTAR PUSTAKA

- Estiwidani, D., & Makhfud, I. (2008). *Konsep Kebidanan*. Fitramaya.
- Handayani, S. (2010). *Pelayanan Keluarga Berencana*. Pustaka Rihanna.
- Harnawati, R. A. (2024). *Dokumentasi Kebidanan: Konsep & Aplikasi*. Kaizen Media Publishing.
- Kurniawati, T. (2014). *Kependudukan & Pelayanan KB*. EGC.
- Rokayah, Y., Inayanti, E., & Rusyanti, S. (2021). *Kesehatan Reproduksi & Keluarga Berencana (KB)*. Penerbit NEM.
- Sri Wahyuni. (2022). *Modul Pembelajaran Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga*. CV. Mitra Cendekia Media.
- Syafrudin. (2021). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan untuk Bidan*. Trans Info Media.

## BIODATA PENULIS



**Berlina Putrianti, S.ST., M.Kes** lahir di Yogyakarta, pada tanggal 1 November 1986. Menyelesaikan pendidikan D4 Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dan S2 di Prodi Magister Kedokteran Keluarga Universitas Sebelas Maret Surakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi Kebidanan Program Diploma Tiga Poltekkes Karya Husada Yogyakarta.

### A. Pendahuluan

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2016) mendefinisikan keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Keluarga memiliki peran yang penting dalam kehidupan semua orang. Sebab, lingkungan pertama manusia adalah keluarga.

Keluarga menjadi kelompok sosial pertama dalam kehidupan sosial. Di dalamnya terdapat pengalaman berinteraksi antarindividu untuk beradaptasi di luar lingkungannya. Keluarga merupakan pranata sosial yang sangat penting. Hal ini karena keluarga menjadi salah satu wadah mengasuh manusia dengan nilai dan norma sosial budaya yang berlaku. Keluarga sebagai unit pembangunan yang mampu membangun setiap anggotanya. Hal tersebut dapat mewujudkan keluarga yang sejahtera. Keluarga sejahtera adalah peningkatan kualitas keluarga yang memperhatikan adanya rasa harmonis individu dalam keluarganya. Terciptanya keluarga sejahtera sebagai landasan pokok terwujudkannya masyarakat yang adil dan makmur. (Serafica Gischa, 2021).

Keluarga adalah bagian dari masyarakat yang akan terus terbentuk selama proses perkembangan kehidupan manusia berlangsung. Keluarga memiliki peranan penting dalam kehidupan, setiap manusia akan tumbuh dan berkembang dalam keluarga. Keluarga sangat mempengaruhi

program berencana untuk keluarga di Indonesia merupakan upaya untuk mengatur jumlah anggota keluarga (anak) dan mengatur jarak kehamilan dengan menggunakan metode keluarga berencana (Hanafi, 2014). Program Berencana untuk Keluarga juga berarti suatu intervensi yang direncanakan oleh pasangan suami istri untuk menghasilkan anak yang diharapkan, mengatur jarak kelahiran dan menentukan jumlah anak sesuai dengan kemampuannya dan sesuai dengan situasi masyarakat dan negara (Kristina, Hasanah and Zukhra, 2021).

Peningkatan pengetahuan akseptor KB merupakan bagian penting dari pelayanan kesehatan reproduksi dan KB. Selain memungkinkan akseptor KB untuk memilih dan memutuskan jenis dari alat kontrasepsi yang akan digunakan berdasarkan preferensi mereka, juga memungkinkan klien untuk menggunakan kontrasepsi dalam jangka waktu yang lebih lama, meningkatkan kepuasan klien dan, sebagai hasilnya, meningkatkan keberhasilan keluarga program perencanaan. Perkembangan akseptor KB tidak hanya memberikan informasi, tetapi juga keterampilan dan kepercayaan diri, yang semuanya bermanfaat bagi kesehatan seseorang (Muhasshanah dan Susanti, 2021).

## **B. Pembinaan Akseptor**

### **1. Pengertian Pembinaan**

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, pembinaan merupakan upaya untuk meningkatkan mutu penggunaan bahasa, antara lain mencakupi peningkatan sikap, pengetahuan, dan keterampilan berbahasa yang dilakukan misalnya melalui jalur pendidikan dan pemasyarakatan. Secara bahasa, pembinaan berasal dari kata dasar "bina", yang diberi imbuhan pem-an. Pembinaan juga berarti membangun sesuatu agar lebih baik.

Pembinaan adalah usaha sadar seorang atasan untuk membina bawahannya, agar menjadi lebih baik. Ada juga yang menyebutkan bahwa pembinaan adalah usaha

perbaikan terhadap pola kehidupan yang direncanakan. Tiap manusia punya tujuan hidup tertentu, dan mereka ingin mewujudkan tujuan tersebut. Apabila tidak tercapai, manusia akan berusaha untuk menata ulang pola kehidupannya. Dalam psikologi, pengertian pembinaan adalah upaya memelihara dan membawa suatu keadaan yang memang seharusnya terjadi. Sedangkan dalam manajemen pendidikan luar sekolah, pembinaan dilakukan agar kegiatan yang dirancang berjalan sesuai rencana. Secara konseptual, pembinaan atau pemberkuasaan (empowerment), berasal dari kata 'power' berarti kekuasaan atau keberdayaan. Karenanya, ide utama pembinaan bersentuhan dengan konsep kekuasaan, yang sering kali dihubungkan dengan kemampuan individu untuk melakukan apa yang diinginkannya (Rina Kastori, 2023).

a. Pengertian pembinaan menurut beberapa ahli (Rina Kastori, 2023) :

- 1) Helmi  
Menurut Helmi, pembinaan adalah usaha, tindakan, dan kegiatan yang ditujukan untuk meningkatkan kegiatan yang berkualitas, baik di bidang agama atau kegiatan lainnya.
- 2) Hendiyat Soetopo dan Westy Soetopo  
Pembinaan adalah petunjuk kegiatan untuk mempertahankan dan menyempurnakan apa yang telah ada.
- 3) Alwi  
Pengertian pembinaan adalah usaha, tindakan, dan kegiatan yang dilakukan secara efektif dan efisien, guna memperoleh hasil yang lebih baik.
- 4) Mitha Thoha  
Definisi pembinaan adalah tindakan, proses, hasil, atau pernyataan yang lebih baik. Dalam hal ini, pembinaan memperlihatkan adanya

kemajuan, peningkatan pertumbuhan, dan evolusi atas berbagai kemungkinan.

5) Poerwadarmita

Menurut Poerwadarmita, pembinaan adalah usaha, tindakan, dan kegiatan yang dilakukan secara berdaya guna, untuk memperoleh hasil yang lebih baik.

6) Masdar Helmi

Pengertian pembinaan adalah usaha, ikhtiar, dan kegiatan yang berhubungan dengan perencanaan, pengorganisasian, dan pengendalian segala sesuatu secara teratur dan terarah.

7) Thoha

Pembinaan adalah penerapan tribina, yaitu bina manusia, bina lingkungan, serta bina usaha. Bina manusia adalah pelatihan individu agar menjadi sumber daya manusia yang berkualitas. Bina lingkungan adalah kerja sama atau pendekatan terhadap lembaga tertentu, seperti pemerintah. Bina usaha adalah pelatihan obyek yang akan dibina, mulai dari perencanaan hingga tahap keberhasilan.

8) Mangunhardjana

Pembinaan harus dilaksanakan dengan menyusun strategi dan perencanaan nasional, sebagai usaha peningkatan kualitas. Hal ini penting agar program pembinaan dapat mencapai sasaran yang tepat, yakni prestasi yang tinggi. Pembinaan adalah prosedur untuk menentukan isi dan urutan acara pembinaan yang akan dilaksanakan. Program ini menyangkut sasaran, isi, pendekatan, dan metode pembinaan.

- 9) Suwandono  
Pembinaan adalah usaha yang meliputi pemeliharaan, penyelamatan, dan pengolahan, di dalamnya juga termasuk pemberian bimbingan, pengarahan, penelitian, penggalian, pencatatan, serta peningkatan mutu. Semua usaha tersebut saling berkaitan, karena merupakan serangkaian usaha yang dilakukan secara berkelanjutan.

Kesimpulannya, pembinaan adalah tindakan dan kegiatan yang berfungsi untuk mempertahankan dan mengembangkan potensi yang ada (Rina Kastori, 2023).

- b. Tujuan Pembinaan  
Tujuan dari pembinaan selain mengembangkan watak dan kepribadian seseorang, maka tujuan pembinaan adalah tercapainya Pendidikan yang berkualitas dengan menghasilkan sumber daya manusia yang bermutu. Selain itu berhasilnya proses belajar adalah harapan yang hakekatnya menjadi tujuan utama diadakannya pembinaan.
- c. Macam - macam pembinaan (Rina Kastori, 2023).
- 1) Pembinaan organisasi  
Diadakan bagi sekelompok orang yang baru masuk dalam bidang tertentu. Untuk orang yang belum berpengalaman, pembinaan ini membantu mereka untuk memahami perkembangan dalam bidang tersebut.
  - 2) Pembinaan kecakapan  
Merupakan pembinaan untuk para peserta yang mampu mengembangkan kecakapan miliknya, agar mendapat kecakapan baru yang berguna bagi pelaksanaan tugasnya.
  - 3) Pembinaan pengembangan kepribadian  
Adalah pembinaan pengembangan sikap. Pembinaan ini ada pada pengembangan



kepribadian dan sikap seseorang. Dilakukan untuk membantu peserta, agar mengenal dan mengembangkan dirinya seturut gambaran atau cita-cita yang diinginkan.

4) Pembinaan kerja

Merupakan jenis pembinaan yang diadakan suatu lembaga untuk para anggotanya. Pada dasarnya, pembinaan ini diadakan bagi mereka yang sudah bekerja dalam bidang tertentu. Supaya mereka bisa menyusun rencana jangka panjang untuk masa depannya.

5) Pembinaan penyegaran

Adalah pembinaan yang hampir sama dengan pembinaan kerja. Bedanya, jenis pembinaan ini tidak memberi hal yang baru, atau sekadar meneruskan apa yang sudah ada.

6) Pembinaan lapangan

Bertujuan untuk memberi pengetahuan dan pengalaman langsung bagi para pesertanya. Penekanan jenis pembinaan ini adalah pada pengalaman praktis dan masukan, khususnya masalah yang ada di lapangan.

d. Fungsi pembinaan :

c. Penyampaian informasi dan pengetahuan  
Pembinaan berfungsi sebagai pemberi informasi kepada binaan, baik budaya, kewajiban, serta tanggung jawab agar sesuai visi misi organisasi.

d. Perubahan dan pengembangan sikap

Fungsi pembinaan adalah melatih seseorang yang dirasa belum sesuai dengan tujuan organisasi.

e. Pembinaan dilakukan agar mereka menjadi pribadi yang lebih sesuai. Latihan dan pengembangan sikap Pembinaan berfungsi untuk melatih dan mengembangkan sikap,

kemampuan, juga potensi diri dalam hal tertentu (Rina Kastori, 2023).

2. Pengertian Akseptor

Akseptor yaitu Wanita Usia Subur (WUS) yang salah seorang dari padanya menggunakan salah satu cara atau alat kontrasepsi untuk tujuan pencegahan kehamilan baik melalui program maupun non-program (Hartanto,2012). Akseptor adalah peserta KB, Wanita Usia Subur (WUS) yang menggunakan salah satu alat atau obat kontrasepsi (BKKBN, 2015). Akseptor KB adalah Wanita Usia Subur dimana salah seorang menggunakan salah satu cara atau kontrasepsi untuk tujuan pencegahan kehamilan, baik melalui program maupun non-program (R. Arsitasari, 2020).

3. Pengertian Akseptor KB

Akseptor KB adalah anggota masyarakat yang mengikuti gerakan KB dengan melaksanakan penggunaan alat kontrasepsi. Akseptor atau peserta KB baru yaitu pasangan usia subur (PUS) yang pertama kali menggunakan kontrasepsi setelah mengalami kehamilan yang berakhir keguguran atau persalinan (Wahyuni dan Rohmawati (2022).

4. Pengertian Pembinaan Akseptor

- a. Pembinaan peserta Keluarga Berencana merupakan suatu kegiatan yang dilakukan oleh pelaksana program Keluarga Berencana supaya peserta KB tetap memakai alat kontrasepsi. Pada kegiatan ini meliputi kegiatan pemeriksaan ulang secara berkala dan sesuai dengan jenis kontrasepsinya termasuk kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) (Paramitha A Kusumawardani, dan Nurul Azizah, 2021).
- b. Pembinaan akseptor KB dapat dilakukan dengan konseling dimana akseptor sebagai klien dan perawat sebagai konselor (Rokayah Yayah, dkk (2021).

5. Tujuan Pembinaan Akseptor  
Tujuan setelah dilakukan pembinaan yaitu untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman dalam memilih alat kontrasepsi sesuai dengan kebutuhan dan sebagai upaya mensukseskan program pemerintah untuk mempunyai anak 2 adalah lebih baik dan diharapkan dengan pembinaan akseptor keluarga berencana mampu meningkatkan pengetahuan Ibu dalam memilih jenis-jenis kontrasepsi dan memahami kekurangan dan kelebihan dari masing-masing alat kontrasepsi (*Neny Y. Susanti, 2022*).
6. Kegunaan Pembinaan Akseptor  
Kegunaan pembinaan pada akseptor diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan pemahaman dalam memilih kontrasepsi sesuai dengan kebutuhan dan sebagai upaya mensukseskan program pemerintah yaitu KB. Selain itu, tindakan pembinaan juga digunakan untuk menjaga kelangsungan atau memelihara perserta KB (*Neny Y. Susanti, 2022*).
7. Manfaat Pembinaan Akseptor KB  
Manfaat pembinaan akseptor yaitu untuk memberikan pelayanan kepada pasien untuk membantu memilih cara KB yang cocok mulai dari macam-macam KB, cara kerja, efek samping, keuntungan dan kerugian, agar bisa menggunakan kontrasepsi secara benar (*Wahyuni, dkk, (2023)*).
8. Tugas konselor dalam pembinaan akseptor KB :
  - a. Membantu klien memiliki pengetahuan yang lengkap dan tepat mengenai berbagai obat/alat kontrasepsi
  - b. Membantu klien mempertimbangkan keputusannya untuk memilih dan menggunakan salah satu obat /alat kontrasepsi yang sesuai dengan kondisi dan keinginannya
  - c. Memberikan kesiapan psikologis

- d. Memberikan pertimbangan apakah klien sudah memenuhi persyaratan berdasarkan riwayat reproduksi dan riwayat penyakit.
- e. Memberikan penjelasan tentang kemungkinan terjadinya komplikasi/ efek samping.
- f. Mendokumentasikan inform cosent dan persyaratan lain yang dibutuhkan.
- g. Menjadwalkan atau merujuk klien untuk Tindakan lain yang diperlukan.

Pembinaan peserta Keluarga Berencana merupakan suatu kegiatan yang dilakukan oleh pelaksana program Keluarga Berencana supaya peserta KB tetap memakai alat kontrasepsi. Pada kegiatan ini meliputi kegiatan pemeriksaan ulang secara berkala dan sesuai dengan jenis kontrasepsinya termasuk kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE).

Perencanaan keluarga tersebut dibagi menjadi tiga masa perencanaan (menurut usia reproduksi istri), yaitu masa menunda kehamilan, masa mengatur kesuburan dan masa mengakhiri kesuburan. Pengayoman peserta keluarga berencana ialah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh petugas medis untuk memberikan rasa aman bagi peserta KB dengan semaksimal mungkin untuk menanggulangi efek samping yang terjadi dan komplikasi dari alat kontrasepsi.

Kegiatan pengayoman ini juga meliputi pelayanan rujukan apabila petugas tidak mampu mengatasinya. Mekanisme jalur rujukan peserta KB yaitu rujukan dilakukan secara timbal balik, rujukan bidan dan jenis rujukan untuk metode kontrasepsi efektif terpilih (IUD, implan dan kontrasepsi mantap).

Pembinaan akseptor KB merupakan lanjutan dalam pembelajaran dengan berbagai metode dalam pelayanan KB. Setelah mempelajari tentang metode dalam pelayanan KB maka akan dilanjutkan cara pembinaan akseptor KB yang akan dibahas antara lain tentang pembinaan

akseptor KB melalui konseling, praktek pembinaan akseptor KB

Dalam pembinaan pada akseptor KB sangat penting terutama pada pasangan usia subur yang baru menikah dalam penggunaan alat kontrasepsi dengan tujuan memberikan Modul Teori KB dan Pelayanan Kontrasepsi Kebidanan Universitas Muhammadiyah Semarang Page 72 dukungan dan pementapan penerimaan gagasan KB serta penurunan angka kelahiran yang bermakna. Untuk mencapai tujuan tersebut ada tiga fase, yaitu fase menunda kesuburan, fase menjarangkan kehamilan, fase mengakhiri kesuburan atau kehamilan. Yang pertama adalah fase menunda kehamilan yaitu dimana PUS akan menunda kehamilan dengan usia istri kurang dari 20 tahun. Kedua adalah fase menjarangkan kehamilan yaitu menjarangkan kehamilan dengan memberi jarak kelahiran anak 2-4 tahun dan periode usia istri antara 20- 30 atau 35 tahun. Ketiga yaitu fase mengakhiri kehamilan yaitu keadaan dimana mengakhiri kesuburan atau kehamilan setelah mempunyai 2 orang anak dengan periode usia istri diatas 30 tahun. Pembinaan akseptor KB melalui konseling (Nuke D Indrawati dan Siti Nurjanah, 2022).

## DAFTAR PUSTAKA

- Nuke Devi Indrawati dan Siti Nurjanah (2022), Buku Ajar KB Dan Pelayanan Kontrasepsi Jilid-1 (Bagi Mahasiswa) ; [http://repository.unimus.ac.id/6188/1/BUKU%20AJAR%20KB\\_NUKE%20DEVI%20%281%29.pdf](http://repository.unimus.ac.id/6188/1/BUKU%20AJAR%20KB_NUKE%20DEVI%20%281%29.pdf).
- Neny Yuli Susanti (2022), Pembinaan Akseptor Keluarga Berencana Di Desa Sumberejo Kecamatan Banyuputih Kabupaten Situbondo; <https://ejournalmalahayati.ac.id/index.php/kreativitas/article/view/5925/pdf>.
- Paramitha A.K dan Nurul Azizah (2021). Buku Ajar Konsep Kependudukan Dan KIE Dalam Pelayanan KB ; <file:///C:/Users/My%20Computer/Downloads/1284-Article%20Text-6152-1-10-20220713.pdf>
- Rina Kastori, 2023, "9 Pengertian Pembinaan Menurut Ahli", <https://www.kompas.com/skola/read/2023/09/29/100000369/9-pengertian-pembinaan-menurut-ahli?page=all>.
- , 2023, "Pembinaan : Macam-macam dan Fungsinya": <https://www.kompas.com/skola/read/2023/09/29/110000569/pembinaan-macam-macam-dan-fungsinya>
- R.Arsitasari · 2020, Pengertian Akseptor KB ; <http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/2345/3/BAB%20II.pdf>
- Rokayah Yayah dkk, 2021, Buku Ajar Kesehatan Reproduksi & Keluarga Berencana (Kb) Tengah : NEM [https://books.google.co.id/books/about/Buku\\_Ajar\\_Kesehatan\\_Reproduksi\\_Keluarga.html?hl=id&id=fLIHEAAAQBAJ&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Pembinaan%20akseptor%20Konseling%20kb&f=false](https://books.google.co.id/books/about/Buku_Ajar_Kesehatan_Reproduksi_Keluarga.html?hl=id&id=fLIHEAAAQBAJ&redir_esc=y#v=onepage&q=Pembinaan%20akseptor%20Konseling%20kb&f=false)
- Serafica Gischa, 2021, "Keluarga Sejahtera: Konsep, Indikator, dan Tahapannya": <https://www.kompas.com/skola/read/2021/01/19/191705669/keluarga-sejahtera-konsep-indikator-dan-tahapannya>.

## BIODATA PENULIS



**Marieta Kristina Sulastiawati Bai, S. SiT, M. Kes** Lahir di Ende, pada 29 Maret 1975. Lulusan SPK Depkes Ende tahun 1993, Program Pendidikan Bidan St. Vint. A. Paulo Surabaya tahun 1994, bekerja sebagai Bidan PPT tahun 1994 - 1997, menyelesaikan Pendidikan D-III Kebidanan Depkes Kupang tahun 2001, DIV Bidan Pendidik di Universitas Gadjah Mada tahun 2005 dan S2 Promkes Universitas Dipenogoro tahun 2011. Wanita yang kerap disapa Selvi ini, berkarir di dunia kesehatan tepatnya sebagai pengajar di Prodi D3 Keperawatan Ende, Poltekes Kupang sejak tahun 2003. Pernah menyusun Buku Panduan Praktek MIKIM, aktif sebagai peneliti dibidang kepekeran KIA, aktif dalam kegiatan Tri Darma Perguruan Tinggi dan aktif di Organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI). Tahun 2015-2021 sebagai Wakil Ketua II IBI Ende, sejak 31 Oktober 2021 sebagai Ketua IBI Kabupaten Ende, dan juga sebagai anggota PERINASIA dari tahun 2006 hingga saat ini.

# BAB 18

## Konsep Rujukan Dalam Pelayanan KB

*\*Iyam Manueke, SSiT., M.Kes\**

### A. Pendahuluan

Salah satu upaya penurunan angka kematian ibu dapat dilakukan dengan penguatan pilar safe motherhood, dimana pilar pertamanya adalah pelayanan kontrasepsi dan keluarga berencana. Penggunaan kontrasepsi bertujuan untuk memenuhi hak reproduksi setiap orang, membantu merencanakan kapan dan berapa jumlah anak yang diinginkan, dan mencegah kehamilan yang tidak direncanakan. Penggunaan alat kontrasepsi secara tepat juga dapat mengurangi risiko kematian ibu dan bayi, oleh karena itu pemenuhan akses dan kualitas program Keluarga Berencana (KB) sudah seharusnya menjadi prioritas dalam pelayanan Kesehatan. Hal ini juga selaras dengan amanat Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, yaitu pemerintah bertanggung jawab dan menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas pelayanan, alat dan obat dalam memberikan pelayanan KB yang aman, bermutu, dan terjangkau oleh masyarakat.

### B. Sistem Rujukan

Sistem rujukan upaya kesehatan adalah system jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah yang timbul baik secara vertical ataupun secara horizontal kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten.

sistem rujukan bertujuan untuk meningkatkan mutu, cakupan, dan efisiensi pelaksanaan pelayanan metode kontrasepsi secara terpadu. perhatian khusus terutama ditujukan untuk menunjang upaya penurunan angka kejadian



efek samping, komplikasi dan kegagalan penggunaan kontrasepsi. pemerintah dan penyedia layanan KB selalu berupaya untuk memberikan pelayanan yang maksimal. tujuan sistem rujukan adalah untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelayanan kontrasepsi secara terpadu. perhatian khusus ditujukan untuk menunjang upaya penurunan angka kejadian efek samping, komplikasi dan kegagalan penggunaan kontrasepsi. sistem rujukan upaya kesehatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah yang timbul, baik secara vertikal maupun horizontal kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi. pelaksanaan rujukan pelayanan KB dapat dilakukan secara vertikal maupun horizontal.

#### 1. Rujukan vertikal

Rujukan yang dilakukan antar faskes KB yang berbeda tingkatan. Rujukan vertikal dapat dilakukan dari tingkatan faskes yang lebih rendah ke tingkatan yang lebih tinggi atau sebaliknya.

- a. Rujukan vertikal dari tingkatan faskes yang lebih rendah ke tingkatan yang lebih tinggi dilakukan apabila :
  - 1) Klien membutuhkan pelayanan spesialisik atau sub spesialisik;
  - 2) Faskes perujuk tidak dapat memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan klien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan.
- b. Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ke tingkatan pelayanan yang lebih rendah dilakukan apabila:
  - 1) Pelayanan pada klien dapat ditangani oleh faskes dengan tingkatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya; KEMENKES RI 252

- 2) Klien membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan faskes yang lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang;

## 2. Rujukan horizontal

Rujukan horizontal adalah rujukan yang dilakukan antar faskes KB dalam satu tingkatan. Rujukan Horizontal dilakukan apabila faskes perujuk tidak dapat memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan klien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan/atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap. Rujukan horizontal dapat berlangsung baik di antara FKTP maupun antar FKRTL.

Pelaksanaan pelayanan rujukan horizontal dilakukan apabila:

- a) Pelayanan KB belum/tidak tersedia pada faskes perujuk
- b) Komplikasi yang tidak bisa ditangani oleh faskes perujuk
- c) Kasus-kasus yang membutuhkan penanganan dengan sarana/teknologi yang lebih canggih/memadai yang ada di faskes tempat rujukan.

Dalam menjalankan pelayanan KB, FKTP dan FKRTL wajib melakukan sistem rujukan dengan mengacu pada peraturan yang berlaku. Ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi sebagai berikut :

1. Keadaan gawat darurat
2. Kondisi kegawatdaruratan mengikuti ketentuan yang berlaku
3. Bencana
4. Kriteria bencana ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dan atau Pemerintah Daerah
5. Pertimbangan geografis
6. Pertimbangan ketersediaan fasilitas.
7. Faskes dalam wilayah cakupan rujukan tidak mempunyai sarana/tenaga yang sesuai dengan kebutuhan.

Dalam melakukan rujukan bukan berarti melepaskan tanggung jawab dengan menyerahkan klien ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, akan tetapi karena kondisi klien yang mengharuskan pemberian pelayanan yang lebih kompeten dan bermutu melalui upaya rujukan. Sebelum melakukan rujukan pelayanan KB.

Beberapa prosedur yang harus dilaksanakan, yaitu :

1. Prosedur Klinis:
  - a. Melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang medik untuk menentukan diagnosa utama dan diagnosa banding.
  - b. Memberikan tindakan pra rujukan sesuai kasus berdasarkan Standar Prosedur Operasional (SPO).
  - c. Memutuskan unit pelayanan tujuan rujukan.
  - d. Untuk klien gawat darurat harus didampingi petugas Medis/ Paramedis yang kompeten dibidangnya dan mengetahui kondisi pasien.
  - e. Apabila pasien diantar dengan kendaraan Puskesmas keliling atau ambulans, agar petugas dan kendaraan tetap menunggu pasien di IGD tujuan sampai ada kepastian klien tersebut mendapat pelayanan dan kesimpulan dirawat inap atau rawat jalan.
2. Prosedur Administratif:
  - a. Dilakukan setelah pasien diberikan tindakan pra-rujukan.
  - b. Membuat catatan rekam medis pasien.
  - c. Memberikan Informed Consernt (persetujuan/penolakan rujukan)
  - d. Membuat surat rujukan pasien rangkap 2
  - e. Lembar pertama dikirim ke tempat rujukan bersama pasien yang bersangkutan. Lembar kedua disimpan sebagai arsip.
  - f. Mencatat identitas pasien pada buku register rujukan pasien.
  - g. Menyiapkan sarana transportasi dan sedapat mungkin menjalin komunikasi dengan tempat tujuan rujukan.

- h. Pengiriman pasien ini sebaiknya dilaksanakan setelah diselesaikan administrasi yang bersangkutan.

Dalam melaksanakan rujukan, kepada klien atau keluarga harus diberikan:

1. Konseling tentang kondisi klien yang menyebabkan perlu dirujuk
2. Konseling tentang kondisi yang diharapkan diperoleh di tempat rujukan
3. Informasi tentang fasilitas pelayanan kesehatan tempat rujukan dituju
4. Pengantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang dituju mengenai kondisi klien saat ini dan riwayat sebelumnya serta upaya/tindakan yang telah diberikan
5. Bila perlu, berikan upaya stabilisasi klien selama di perjalanan
6. Bila perlu, karena kondisi klien, dalam perjalanan menuju tempat rujukan harus didampingi bidan/perawat. Sebelum merujuk petugas kesehatan diharapkan sudah menghubungi fasilitas pelayanan tempat rujukan yang dituju terlebih dahulu.

Fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima rujukan, setelah memberikan upaya penanggulangan dan kondisi klien telah membaik, 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. Nasihat yang perlu diperhatikan oleh klien mengenai kelanjutan penggunaan kontrasepsi

Pengantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang merujuk mengenai kondisi klien dan upaya penanggulangan yang telah diberikan serta saran-saran upaya pelayanan lanjutan yang harus dilaksanakan, terutama tentang kelanjutan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat (2018): Kriteria Kelayakan Medis Untuk Penggunaan Kontrasepsi. Penyunting Angsar, Ilyas, Yudianto Budi Saroyo, Herbert Situmorang, diterjemahkan dari Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th ed. 2015.
- Kementerian Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2019. Keluarga Berencana Buku Pedoman Global Untuk Penyedia Layanan, Penyunting Wilopo, Siswanto Agus, Ova Emilia, diterjemahkan dari Family Planning A Global Handbook For Providers, Updated 3rd ed. 2018.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020 : Petunjuk Teknis Pelayanan Keluarga Berencana Pascapersalinan, Jakarta
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021 : Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan Keluarga Berencana, Jakarta
- Baiq Dewi Harnani R, dkk. 2020. Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana, Zahir Publishing, Yogyakarta.

## BIODATA PENULIS



**Iyam Manueke, S.SiT., M.Kes.** lahir di Gorontalo, pada 06 Juli 1974. Ia tercatat sebagai lulusan Magister Kesehatan Minat Kesehatan Ibu dan Anak – Kesehatan Reproduksi Universitas Gadjah Mada Jogjakarta tahun 2006. Wanita yang kerap disapa **Ekke** ini adalah anak dari pasangan Yoppy Manueke (ayah) dan Hadjarah Datau (ibu). **Iyam Manueke** bukanlah orang baru di dunia pendidikan Tanah Air. sejak tahun 2002 diangkat menjadi tenaga Fungsional dosen di Poltekkes Kemenkes Manado Jurusan Kebidanan.



PT MEDIA PUSTAKA INDO  
Jl. Merdeka RT4/RW2  
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah  
No hp. 0838 6333 3823  
Website: [www.mediapustakaindo.com](http://www.mediapustakaindo.com)  
E-mail: [mediapustakaindo@gmail.com](mailto:mediapustakaindo@gmail.com)

ISBN 978-623-8568-56-7

