

BUNGA RAMPAI

KESEHATAN REPRODUKSI — DAN — KELUARGA BERENCANA



Dr. Agnes Batmomolin, S.Kep.Ns.M.Kes
Moudy Lombogia, S.Kep.Ns, M.Kep
Rizki Noviyanti Harahap, SST., M.Kes
Dr. Muthia Mutmainnah, M.Kep, Sp.Mat
Esther N. Tamunu, S.SiT., S.Kep.Ns., M.Kep
Indro Subagyo, SKM., M.Kes
Erni Samutri, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. R. Tri Rahyuning Lestari, S.Kep., M.Biomed

Catur Kurniawan S.Kep., Ns., M.Kep.
Winda Triana, S.Pd, M.Kes
Bd. Herlia Sumardha Nasution., SST., M.Keb
Ns.Vike Dwi Hapsari, S.Kep., M.Kep
Ivonne, A. V, Gasper, S.Kep, Ns., M.Kep.
Sri Restu Tempali S.Kep.Ns.M.SC
Iyam Manueke S.SiT, M.Kes

BUNGA RAMPAI
KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA

Dr. Agnes Batmomolin, S.Kep.Ns.M.Kes
Moudy Lombogia, S.Kep.Ns, M.Kep
Rizki Noviyanti Harahap, SST., M.Kes
Dr. Muthia Mutmainnah, M.Kep, Sp.Mat
Esther N. Tamunu, S.SiT., S.Kep.Ns., M.Kep
Indro Subagyo, SKM., M.Kes
Erni Samutri, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. R. Tri Rahyuning Lestari, S.Kep., M.Biomed
Catur Kurniawan S.Kep., Ns., M.Kep.
Winda Triana, S.Pd, M.Kes
Bd. Herlia Sumardha Nasution., SST., M.Keb
Ns.Vike Dwi Hapsari, S.Kep., M.Kep
Ivonne, A. V, Gasper, S.Kep, Ns., M.Kep.
Sri Restu Tempali S.Kep.Ns.M.SC
Iyam Manueke S.SiT, M.Kes

BUNGA RAMPAI

KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA

Penulis:

Dr. Agnes Batmomolin, S.Kep.Ns.M.Kes
Moudy Lombogia, S.Kep.Ns, M.Kep
Rizki Noviyanti Harahap, SST., M.Kes
Dr. Muthia Mutmainnah, M.Kep, Sp.Mat
Esther N. Tamunu, S.SiT., S.Kep.Ns., M.Kep
Indro Subagyo, SKM., M.Kes
Erni Samutri, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. R. Tri Rahyuning Lestari, S.Kep., M.Biomed
Catur Kurniawan S.Kep., Ns., M.Kep.
Winda Triana, S.Pd, M.Kes
Bd. Herlia Sumardha Nasution., SST., M.Keb
Ns. Vike Dwi Hapsari, S.Kep., M.Kep
Ivonne, A. V, Gasper, S.Kep, Ns., M.Kep.
Sri Restu Tempali S.Kep.Ns.M.SC
Iyam Manueke S.SiT, M.Kes

ISBN :

978-623-88561-3-8

Editor Buku

Arfiyan Sukmadi, S.ST., M.Tr.Kep
Iis Afrianty, S.S.T., M.Keb

Cetakan Pertama : 2023

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

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

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: 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 ini berjudul KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA mencoba menuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep kesehatan reproduksi dan KB. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan issue kesehatan reproduksi dan KB 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, 1 Agustus 2023

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|----|
| BAB 1 Pengantar Kesehatan Reproduksi..... | 1 |
| A. Pendahuluan | 1 |
| B. Pentingnya Memelihara Kesehatan Reproduksi | 1 |
| C. Aspek Yang Memengaruhi Kesehatan Reproduksi..... | 4 |
| D. Tantangan Memelihara Kesehatan Reproduksi | 6 |
| BAB 2 Issue Kesehatan Perempuan (Praktek tradisional bertentangan, kekerasan seksual menyimpang, perkosaan, pelecehan Seksual) | 9 |
| A. Pendahuluan | 9 |
| B. Praktek Tradisional bertentangan | 9 |
| C. Penyimpangan Seksual..... | 11 |
| D. Kekerasan Seksual (Perkosaan) | 15 |
| E. Pelecehan Seksual..... | 17 |
| BAB 3 Hak Reproduksi dan Konsep Gender Dalam Kesehatan Reproduksi..... | 22 |
| A. Pendahuluan | 22 |
| B. Tujuan Kesehatan Dan Hak Reproduksi..... | 23 |
| C. Pengertian Gender..... | 23 |
| D. Bentuk Ketidakadilan Gender | 23 |
| E. Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi..... | 26 |
| F. Sasaran Pengarusutamaan Gender | 28 |
| BAB 4 Program dan Kebijakan Reproduksi di Indonesia | 31 |
| A. Pendahuluan | 31 |
| B. Konsep Kesehatan Reproduksi..... | 32 |
| BAB 5 Infertilitas dan Gangguan Haid | 43 |
| A. Infertilitas..... | 43 |
| B. Patofisiologi Infertilitas..... | 43 |

| | |
|--|-----|
| C. Faktor-faktor yang berhubungan dengan infertilitas | 44 |
| D. Manajemen asuhan pada Infertilitas | 45 |
| E. Gangguan Menstruasi | 47 |
| BAB 6 Sexual Transmitted Disease (STD) | 57 |
| A. Pendahuluan | 57 |
| B. Penyakit Menular Seksual (<i>Sex Transmitted Disease</i>) | 57 |
| BAB 7 Menopause dan Hormon Therapy (HT) | 66 |
| A. Pendahuluan | 66 |
| B. Tahapan Menopause | 66 |
| C. Tanda dan Gejala | 68 |
| D. Diagnosis | 70 |
| E. Penatalaksanaan | 71 |
| F. Peran Perawat dalam Hormon Replacement Therapy (HRT) | 74 |
| BAB 8 Screening Reproduksi | 82 |
| A. Pendahuluan | 82 |
| B. Konsep Screening | 82 |
| C. Kesehatan Reproduksi Wanita | 90 |
| BAB 9 Kanker Payudara dan Kanker Serviks | 95 |
| A. Pendahuluan | 95 |
| B. Konsep Kanker | 95 |
| C. Faktor Risiko Kanker | 97 |
| D. Tanda & Gejala | 100 |
| BAB 10 KIE Kesehatan Reproduksi dan KB | 105 |
| A. Pendahuluan | 105 |
| B. Pengertian KIE | 105 |
| C. Pengertian Kesehatan Reproduksi | 106 |
| D. Kategori KIE | 106 |

| | |
|---|-----|
| E. Tujuan Dilaksanakannya Program KIE KB..... | 107 |
| F. Media Yang Digunakan, Kegiatan KIE KB | 108 |
| 2. Jenis Media | 108 |
| G. Proses Pelaksanaan KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi | 108 |
| H. Konseling Keluarga Berencana | 109 |
| BAB 11_KB Hormonal | 114 |
| A. Pendahuluan | 114 |
| B. Kontrasepsi Hormonal..... | 114 |
| BAB 12 KB Non Hormonal | 130 |
| A. Pendahuluan | 130 |
| B. Kontrasepsi Non Hormonal..... | 130 |
| BAB 13 Pengaruh Sosial Ekonomi dan Budaya Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja | 139 |
| A. Pendahuluan | 139 |
| B. Remaja | 140 |
| C. Kesehatan Reproduksi Remaja | 148 |
| D. Faktor Yang Berhubungan dengan Kesehatan Reproduksi Remaja | 150 |
| BAB 14 Dampak Pernikahan Usia Dini Terhadap Kesehatan Reproduksi | 159 |
| A. Pendahuluan | 159 |
| B. Dampak Pernikahan Usia Dini terhadap Kesehatan Reproduksi | 161 |
| C. Faktor terjadinya Pernikahan Dini..... | 163 |
| BAB 15 Determinan Pemilihan KB Hormonal di Indonesia | 167 |
| A. Pendahuluan | 167 |
| B. Konsep Keluarga..... | 167 |

BAB 1

Pengantar Kesehatan Reproduksi

Dr. Agnes Batmomolin, S.Kep.Ns.M.Kes

A. Pendahuluan

Setiap orang, sejak lahir telah memiliki organ reproduksi tertentu, bahkan dasar-dasar pembentukan identitas seksual seseorang dibentuk sejak dalam kandungan. Organ tersebut belum aktif ketika masih bayi dan anak, baru ketika memasuki masa remaja atau pubertas, organ reproduksi mulai aktif ditandai dengan pertumbuhan fisik, perkembangan psikis, intelektual dan sosial yang cepat, unik dan penuh gejala.

Mempelajari kesehatan reproduksi berarti mempelajari sistem reproduksi manusia yang terdiri dari sistem reproduksi wanita dan sistem reproduksi pria, struktur organ reproduksi, fungsi organ reproduksi dan masalah-masalah kesehatan termasuk penyakit dan masalah lain yang terkait dengan sistem reproduksi. Pemahaman dan penerapan pola hidup sehat pada sistem reproduksi akan mendukung seseorang mencapai kesehatan reproduksi yaitu keadaan sehat secara fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata terbebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi dan proses reproduksi (Rahayu et al., 2017).

B. Pentingnya Memelihara Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi seseorang menentukan kesehatan individu yang bersangkutan, dapat pula memengaruhi kesehatan masyarakat secara umum dan menurunkan angka kematian ibu yang merupakan indikator kesejahteraan ibu (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Oleh karena itu kesehatan

reproduksi perlu terpelihara. Berikut beberapa alasan pentingnya memelihara kesehatan reproduksi:

1. Memengaruhi kesehatan seseorang secara keseluruhan.

Seseorang yang memiliki kesehatan reproduksi yang optimal dapat memiliki kehidupan seksual yang sehat memuaskan serta dapat menghindari masalah kesehatan yang terkait dengan sistem reproduksi.

Kesehatan reproduksi yang optimal berkontribusi pada kesehatan dan kesejahteraan individu secara keseluruhan, sebaliknya kesehatan reproduksi yang buruk dapat menyebabkan masalah fisik antara lain infertilitas, penyakit menular seksual, gangguan hormonal, disfungsi seksual dan gangguan kesehatan lainnya. Oleh karena itu diperlukan pemeliharaan kesehatan reproduksi yang optimal agar menghindari atau meminimalkan risiko terjadinya masalah terkait sistem reproduksi.

2. Berdampak pada kualitas hidup.

Seseorang yang mempunyai kesehatan reproduksi dan kesehatan diri yang optimal akan mendukungnya merasakan kesejahteraan emosional, fokus pada pencapaian tujuan hidup, menjalin hubungan yang sehat dan lebih berbahagia dalam keluarga.

3. Membangun keluarga yang sehat dan bahagia

Kesehatan reproduksi memainkan peran yang sangat penting dalam membangun keluarga yang sehat dan bahagia. Konsep ini melibatkan pemahaman dan perawatan sistem reproduksi yang tepat baik pria maupun wanita serta pemahaman tentang perencanaan keluarga dan kehamilan yang sehat. Beberapa alasan pentingnya kesehatan reproduksi dalam membangun keluarga yang sehat dan bahagia:

- a. Perencanaan keluarga yang bertanggungjawab

Perencanaan keluarga yang baik akan memastikan: waktu yang tepat bagi seseorang untuk berkeluarga bersama pasangan yang tepat, merencanakan jumlah anak yang mampu diasuh, serta memberikan perhatian

dan kasih sayang yang dibutuhkan setiap anggota keluarga. Data Riskesdas tahun 2018 menyebutkan bahwa 58.8% remaja (10-19 tahun) pernah hamil (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

b. Kehamilan dan persalinan yang sehat

Kehamilan yang direncanakan akan menjamin ibu hamil dan bayi mendapatkan perawatan yang tepat sejak awal kehamilan, pemeriksaan kehamilan teratur, memperoleh nutrisi seimbang, menghindari zat/bahan beracun, menerapkan gaya hidup sehat, mencegah komplikasi kehamilan dan melahirkan bayi sehat. Kehamilan di luar kurun reproduksi sehat berisiko tinggi mengalami komplikasi dan kematian dibandingkan dengan kehamilan pada wanita usia reproduksi sehat (WHO, 2019). Kematian ibu sangat tinggi di negara berkembang dan bervariasi antar negara (Girum & Wasie, 2017). 26-37% kematian ibu di negara Asean termasuk Bangladesh dan Indonesia adalah kematian perempuan usia remaja (Soejoenoes, 2020).

c. Memelihara kesehatan mental dan emosional yang optimal.

Dukungan mental dan emosional yang baik, akses layanan konseling yang tepat bagi remaja atau pasangan suami istri akan mendukung seseorang atau pasangan mendapatkan layanan kesehatan reproduksi yang tepat, membantu mengatasi masalah terkait kesehatan reproduksi, memperkuat hubungan yang sehat dan dapat membangun keluarga yang bahagia. Rosadi dalam surveinya tentang hubungan kesiapan mental dengan adaptasi pasangan di Kelurahan Lembursitu, Jawa Barat menyebutkan bahwa 27,5% adaptasi pasangan muda ditentukan atau dipengaruhi oleh kesiapan mental pasangan (Rosadi, 2019).

d. Mencegah dan mengobati masalah kesehatan reproduksi
Memelihara kesehatan reproduksi juga berkontribusi pada pencegahan dan pengendalian penyebaran

penyakit menular seksual atau masalah kesehatan reproduksi lainnya seperti infertilitas, melibatkan praktik seks yang aman, pemeriksaan kesehatan rutin, mengobati segera jika terjadi masalah kesehatan reproduksi dapat melindungi individu maupun pasangan membangun keluarga yang sehat dan bahagia (Rahayu et al., 2017). Pencegahan penyakit menular seksual tidak hanya melindungi individu yang terlibat dalam aktivitas seksual tetapi dapat pula membantu mengurangi penyebaran penyakit di masyarakat.

4. Membangun masyarakat secara keseluruhan

Kesehatan reproduksi juga dapat berdampak pada kesehatan masyarakat. Ketika anggota masyarakat memiliki kesadaran untuk memelihara kesehatan reproduksinya, mendapat akses layanan kesehatan reproduksi yang memadai, maka masyarakat akan lebih cerdas dalam pengambilan keputusan tentang kehidupan reproduksi dan seksualitasnya. Hal ini akan berdampak pada pertumbuhan penduduk yang seimbang, mengurangi Angka Kematian Ibu dan bayi serta meningkatkan kesejahteraan sosial dan ekonomi masyarakat secara keseluruhan.

C. Aspek Yang Memengaruhi Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi seseorang dapat memengaruhi kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Berikut beberapa aspek penting kesehatan reproduksi yang perlu diperhatikan, antara lain.

1. Seksualitas dan Pendidikan Seksual

Menurut teori psikoanalitik yang dikemukakan oleh Sigmund Freud, salah satu stadium dalam teori tersebut yakni perkembangan psikoseksual menjelaskan bahwa sejak usia 3 tahun anak telah mulai memusatkan perhatiannya pada area genital dan sekitarnya. Anak laki-laki menyadari bahwa ia memiliki penis dan anak perempuan tidak. Anak akan memiliki perasaan lebih menyenangkan orangtua dengan jenis kelamin berlawanan dan merasa cemburu dengan orangtua yang berjenis kelamin sama dengannya (Oedipus complex)

Lantz SE, Ray S, 2022 Seiring perkembangan kognitifnya anak pada usia ini anak akan mempertanyakan perbedaan struktur kelaminnya. Orangtua sebagai guru pertama dan utama bagi anak harus memulai pendidikan seksual kepada anak pada fase ini.

Fase perkembangan seksual selanjutnya terjadi pada masa remaja atau pubertas dan dewasa. Pendidikan seksual yang telah dimulai sekitar umur 3 tahun akan menjadi dasar bagi anak dan remaja mempelajari dan memahami perkembangan seksual di masa sekolah, remaja dan dewasa (Elkatawneh, 2013). Pendidikan seksual yang komprehensif berperan dalam mendorong kesehatan reproduksi yang positif.

2. Kesuburan

Kesuburan merujuk pada kemampuan individu untuk menghasilkan keturunan secara alami. Pada perempuan hal ini terkait dengan kemampuan ovarium menghasilkan dan melepaskan ovum yang sehat, sedangkan pada laki-laki terkait kemampuan produksi dan kualitas sperma.

Penting untuk memahami faktor-faktor yang memengaruhi kesuburan pria maupun wanita dan langkah-langkah untuk mempertahankan kesuburan yang optimal seperti pemantauan siklus menstruasi yang teratur, menerapkan pola hidup sehat guna menjaga kesuburan, dukungan emosional dan akses terhadap layanan kesuburan dan infertilitas perlu diperhatikan guna mempertahankan kesuburan optimal dalam memperoleh keturunan.

3. Hak Reproduksi

Kesehatan reproduksi yang baik merupakan bagian integral dari pemenuhan hak asasi manusia. Setiap individu berhak untuk memiliki akses terhadap informasi, pendidikan dan layanan yang diperlukan untuk menjaga dan memelihara kesehatan reproduksinya. Ketika hak-hak ini dihormati dan terpenuhi, individu dapat hidup dengan harga diri yang tinggi, memiliki otonomi dan kebebasan untuk mengambil keputusan tentang tubuh dan kehidupannya. Otonomi dan

kebebasan terhadap tubuh dan kehidupan tersebut perlu diiringi dengan tanggungjawab.

Peraturan Pemerintah No. 61 tahun 2014 tentang kesehatan reproduksi telah mengatur pelayanan kesehatan sepanjang siklus kehidupan manusia untuk mendukung fungsi reproduksi yang optimal yang merupakan hak setiap individu (Pemerintah RI, 2014).

D. Tantangan Memelihara Kesehatan Reproduksi

Berbagai isu seputar kesehatan seksual yang memengaruhi kesehatan reproduksi yang optimal antara lain:

1. Akses terbatas dalam memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang optimal. Banyak wilayah di dunia, terutama di negara-negara berkembang mengalami kesulitan menyediakan akses yang memadai untuk pelayanan kesehatan reproduksi. Faktor-faktor seperti jarak geografis, ketersediaan sumber daya dan infrastruktur termasuk transportasi yang buruk, serta ketidakmampuan membayar pelayanan kesehatan menjadi hambatan mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang dibutuhkan (Yao et al., 2013).
2. Kekerasan berbasis gender, meliputi kekerasan dalam rumah tangga, pelecehan seksual, dan perdagangan manusia merupakan masalah serius yang memengaruhi kesehatan reproduksi. Kekerasan yang dialami dapat menyebabkan cedera fisik dan emosional serta berdampak negative pada kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi (Heidari & Moreno, 2016).
3. Pendidikan seksual yang tidak memadai. Pendidikan seksual yang komprehensif dan tepat sejak masa anak dan remaja masih menjadi tantangan para orangtua dan guru. Kurangnya pengetahuan tentang organ reproduksi, hubungan yang sehat, kontrasepsi dan perlindungan diri menyebabkan meningkatnya risiko kehamilan remaja, penularan penyakit menular seksual, dan masalah kesehatan reproduksi lainnya (Joseph et al., 2021) .

DAFTAR PUSTAKA

- Elkatawneh, H. (2013). Freud ' s Psychosexual Stages. *SSRN*, 4-7.
- Girum, T., & Wasie, A. (2017). Correlates of maternal mortality in developing countries: an ecological study in 82 countries. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 3(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0059-8>
- Heidari, S., & Moreno, C. G. (2016). Gender-based violence: a barrier to sexual and reproductive health and rights. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 1-4. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.07.001>
- Joseph, N., Mahato, V., Pandey, A., Mishra, S., Prakash, G., & Gandhi, R. (2021). Experiences and perception towards reproductive health education among secondary school teachers in South India. *Reproductive Health*, 18(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01224-6>
- Kementerian Kesehatan, R. I. (2018). *Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia tahun 2019*. Kementerian Kesehatan RI.
- Pemerintah RI. (2014). PP No. 61 Th 2014 ttg Kesehatan Reproduksi.pdf. In *Peraturan Pemerintah* (p. 55). [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)
- Rahayu, A., Noor, M. S., Yulidasari, F., Rahman, F., & Octaviana, P. A. (2017). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia* (1st ed.). Airlangga University Press.
- Rosadi, D. A. (2019). Hubungan kesiapan mental dengan adaptasi pasangan muda. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689-1699.
- Soejoenoes, A. (2020). Teenage Pregnancy. *Indonesia Journal Obstetry Gynecology*, 5(3), 128-129.
- WHO. (2019). Maternal mortality Evidence brief. *Maternal Mortality*, 1, 1-4. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329886/WHO-RHR-19.20-eng.pdf?ua=1>
- Yao, J., Murray, A. T., & Agadjanian, V. (2013). A geographical perspective on access to sexual and reproductive health care for women in rural Africa. *Social Science Medicine*, 11(96), 60-68. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.025.A>

BIODATA PENULIS



Dr. Agnes Batmomolin, S.Kep.Ns. M.Kes, Dosen Poltekkes Kemenkes Maluku. Berpengalaman mengajar mata kuliah Biomedik Dasar, Keperawatan Maternitas, Promosi Kesehatan dan Metodologi Penelitian. Selain mengajar juga terlibat dalam penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dalam bidang Kesehatan sebagai komponen tri darma perguruan tinggi. Menulis buku Biomedik Dasar, komunikasi Kesehatan Sadar Budaya.

BAB 2

Issue Kesehatan Perempuan (Praktek tradisional bertentangan, kekerasan seksual menyimpang, perkosaan, pelecehan Seksual)

*Moudy Lombogia,S.Kep.Ns,M.Kep *

A. Pendahuluan

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi yang pemikiran kesehatan reproduksi bukannya kondisi yang bebas dari penyakit melainkan bagaimana seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah (Setyorini, A, 2016)

B. Praktek Tradisional bertentangan

Malpraktek merupakan istilah yang sangat umum sifatnya dan tidak selalu berkonotasi yuridis. Secara harafiah "mal mempunyai arti "salah" sedangkan "praktek" mempunyai arti "pelaksanaan" atau "tindakan", sehingga malpraktek berarti "pelaksanaan atau tindakan yang salah". Meskipun arti harafiahnya demikian, tetapi kebanyakan istilah tersebut dipergunakan untuk menyatakan adanya tindakan yang salah dalam rangka melaksanakan suatu profesi. Mitos adalah kepercayaan seseorang maupun sekelompok orang yang tidak didukung fakta ilmiah.

1. Mitos di masyarakat tentang kehamilan : Pertama :Bentuk perut ibu hamil menandakan jenis kelamin, jika meninggi perempuan, perut turun ke bawah pertanda bayi laki-laki. Faktanya tinggi rendahnya perut seorang ibu hamil tergantung kekuatan otot perut dan posisi janin. Memastikan jenis kelamin dengan dilakukan USG. Kedua : Seorang ibu hamil makan 2 kali ari porsi sebelum hamil karena porsi yang tambahan untuk janin. Faktanya : Jika ibu memiliki berat

badan normal hanya memerlukan 300 kalori setiap hari, jadi tidak perlu penambahan porsi. Ketiga : Tidak boleh berhubungan seksual saat hamil karena akan menyakiti janin. Faktanya: selama hamil sehat dan normal dapat melakukan hubungan seksual, karena janin terlindungi oleh kantung dan cairan ketuban, otot Rahim, lender yang tebal pada cervix (Pane, MDC, 2022).

2. Mitos di masyarakat tentang Masa nifas : Pertama dilarang makan ikan, telur dan daging agar ibu nifas yang ada luka episiotomy segera sembuh. Faktanya : konsumsi makanan tinggi protein dianjurkan untuk mempercepat penyembuhan luka jahitan.

Kedua: Menempatkan gunting dibawah bantal dengan pemahaman untuk menangkal makhluk halus. Faktanya : benda tajam yang diletakkan dibawah bantal membahayakan ibu dan bayi, resiko jika tanpa sengaja saat aktifitas ibu menyentuh gunting dan mengenai bayi, resiko bayi terluka.

Ketiga : Dilarang mandi malam hari hal ini membuat bayi dapat masuk angina. Faktanya ; waktu mandi ibu tidak ada hubungannya dengan kesehatan bayi. Mandi di malam hari diwajibkan asalkan ibu nifas mandi air yang hangat.

Keempat : Dilarang makan-makanan berkuah karena diyakini membuat vagina terus menerus basah. Faktanya ibu nifas menyukai makanan berkuah dianjurkan untuk pemenuhan cairan dan nutrisi yang dibutuhkan ibu nifas.

Kelima : Pro kontra penggunaan Stagen atau korset : menurut penelitian Rahmilasari dkk, (2020), penggunaan stagen menyebabkan alergi karena penumpukan keringat, menghambat pergerakan tubuh jika dipakai terlalu ketat. Sebaliknya menurut penelitian dari Irnawati, (2021) pengaruh penggunaan Bangkung lebih mempercepat turunnya lingkaran perut ibu nifas.

C. Penyimpangan Seksual

Istilah penyimpangan seksual (*sexual deviation*) sering disebut juga dengan abnormalitas seksual (*sexual abnormality*). terjadinya penyimpangan seksual merupakan aktivitas yang dilakukan seseorang dengan mendapatkan kenikmatan yang tidak sesuai atau tidak sewajarnya didapat oleh setiap orang (Fitria,Y,2020). Penyimpangan seksual kadang dengan ketidakwajaran seksual yaitu perilaku seksual atau fantasi-fantasi seksual yang diarahkan pada pencapaian orgasme lewat relasi diluar hubungan kelamin heteroseksual, dengan jenis kelamin yang sama, atau dengan partner yang belum dewasa, dan bertentangan dengan norma-norma tingkah laku seksual di masyarakat yang bisa diterima secara umum 16 . Menurut Suyatno, 2009 penyimpangan seksual adalah aktivitas seksual yang ditempuh seseorang untuk mendapatkan kenikmatan seksual dengan tidak sewajarnya. Biasanya, cara yang digunakan oleh orang tersebut adalah menggunakan objek seks yang tidak wajar.

Menurut Sarwono, 2011 Penyebab terjadinya kelainan ini bersifat psikologis atau kejiwaan, seperti pengalaman sewaktu kecil, dari lingkungan pergaulan, dan faktor genetic.

penyebab terjadinya penyimpangan seksual adalah multifaktorial, mencakup gejala-gejala di dalam dan di luar pribadi yang saling berkaitan.

1. Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam individu, pengaruh dari faktor ini biasanya berasal dari seseorang itu sendiri atau melalui faktor herediter atau faktor keturunan. Perubahan perubahan hormonal yang meningkat hasrat seksual itu sendiri. Peningkatan hasrat seksual ini membutuhkan penyaluran dalam bentuk bertingkah laku seksual.
2. Faktor Eksternal adalah faktor yang berasal dari luar individu, ada beberapa faktor yang memengaruhi seseorang dalam terjadinya penyimpangan seksual yaitu :
 - a. Keluarga : Salah satu yang berperan yaitu orang tua, ketidaktahuan orang tua maupun sikap menabuhkan

- pembicaraan seks dengan anak, bahkan cenderung membuat jarak dengan anak tentang permasalahan seksual mengakibatkan pengetahuan anak tentang seks berkurang. Peran orang tua untuk mengajarkan sejak dini memberikan pengertian tentang pendidikan seksual sangatlah penting. Agar ke depannya anak sudah mengerti dan paham untuk menghindari terjadinya penyimpangan
- b. Penyebaran rangsangan seksual melalui media massa : Era globalisasi dimana percepatan pertumbuhan teknologi serta mudahnya mendapat segala informasi yang dibutuhkan membuat penyebaran informasi mengenai hal hal yang berbau seksualitas mudah untuk didapatkan. Hal tersebut tentunya bila tidak diawasi dengan baik tentunya akan memberikan dampak rangsangan seksual yang bisa menyebabkan suatu penyimpangan seksual
 - c. Lingkungan pergaulan : Selain proses sosialisasi yang terjadi di dalam lingkungan keluarga, setiap individu pasti mempunyai ruang lingkup bersosialisasi lain, yaitu lingkungan bermain, lingkungan belajar, dan lingkungan masyarakat. Disinilah peran individu lain (individu selain keluarga) memegang peranan penting dalam perkembangan suatu individu. Maka dari itu lingkungan pergaulan yang dimasuki suatu individu harus dapat berpengaruh serta mengingatkan dalam mengontrol pengaruh individu di masyarakat. Hal ini sangat terkait erat dengan pandangan dan nilai-nilai masyarakat terhadap seks. Semakin permisif suatu lingkungan terhadap nilai nilai kenormaan semakin berkecenderungan untuk melakukan hal-hal yang menyimpang dari norma
 - d. Pernah Menjadi Korban Suatu Individu yang pernah menjadi korban pelecehan sekst atau pemerkosaan cenderung subyek yang paling rentan dalam menjadi pelaku aktivitas penyimpangan seksual, hal ini terjadi karena individu ini sudah merasa terlanjur terlibat meskipun menjadi korban sehingga munculah sifat atau

keinginan jiwa untuk tetap melanjutkan kegiatan penyimpangan seksual tersebut.

- e. Alkohol serta Obat-Obatan Faktor ini merupakan faktor eksternal yang paling sering ditemui, minuman serta obat-obatan kerap membuat seseorang terpengaruh dan tak sadarkan diri, hal ini dapat membuat seseorang tersebut menjadi tak sadarkan diri dan melakukan tindak penyimpangan seksual.

Eksibisionisme merupakan salah satu penyakit dalam golongan *paraphilia*, *paraphilia* berasal dari bahasa Yunani para yang memiliki arti para pada sisi lain dan philos yang memiliki arti mencintai. *Paraphilia* dapat diartikan sebagai aktivitas seksual yang tidak wajar atau tidak umum, yang biasa disebut sebagai penyimpangan seksual. Penyimpangan seksual merujuk pada perilaku seksual yang dianggap menyimpang atau menyalahi aturan atau norma yang sudah ada (norma kebiasaan, norma hukum, dan norma agama)¹⁹. Sementara Eksibisionisme sendiri berasal dari kata exhibition yang memiliki arti menunjukkan atau memperlihatkan alat kelaminnya.

Eksibisionisme merupakan kecenderungan dalam hal berimajinasi seksual yang bersifat harus mempertunjukkan alat kelaminnya kepada orang lain yang tidak dikehendakinya. Hal ini dilakukan untuk memenuhi keinginan serta hasrat seksual untuk meraih kepuasan seksual terhadap seseorang yang tidak saling mengenal dan tidak menghendaki hal tersebut. Gangguan eksibisionisme ini dilakukan dengan melangsungkan masturbasi saat berimajinasi atau saat ingin bersungguh-sungguh melakukannya. Perilaku eksibisionisme pada dasarnya tidak disertai dengan maksud lebih lanjut untuk melakukan tindakan aktivitas seksual terhadap korban misalnya memperkosa, oleh sebab itu gangguan ini tidak berbahaya secara fisik terhadap korban. Hampi semua penderita eksibisionisme ini adalah pria dan kebanyakan korbannya adalah wanita (dewasa atau anak-anak)

Gangguan parafilia dibagi menjadi beberapa jenis, antara lain:

1. *Ekshibitionisme*: Pelaku ekshibisionisme akan memperoleh kepuasan seksualnya dengan memperlihatkan alat kelamin mereka kepada orang lain yang sesuai dengan kehendaknya. Bila korban terkejut, jijik dan menjerit ketakutan, ia akan semakin terangsang. Kondisi seperti ini sebagian besar pelakunya adalah pria, modusnya dengan memperlihatkan alat kelaminnya yang bisa dilanjutkan dengan masturbasi hingga ejakulasi. Bisa juga pelaku tanpa rasa malu menunjukkan alat kelaminnya kepada orang lain sekedar untuk menunjukkannya dengan rasa bangga.
2. *Fetishism*: merupakan ekspresi seksual seseorang di mana subyek sangat memuja atau menyukai sesuatu hal yang diluar normal dari lawan jenisnya. Benda tersebut bisa berupa benda mati yang dimiliki lawan jenis yang disukainya atau bagian tubuh dari lawan jenisnya.
3. *Froteurisme*: suatu bentuk parafilia di mana seorang individu laki-laki mendapatkan kepuasan seksual dengan cara menggesekkan atau menggosokkan alat kelaminnya ke tubuh perempuan di tempat publik atau umum.
4. *Pedophilia*: merupakan orang yang senang berhubungan dengan anak-anak di mana anak tersebut masih belum mencapai masa puber dan perbedaan umur anak minimal 5 tahun dengan pelaku.
5. *Voyeurisme*: Pengidap kelainan ini akan memperoleh kepuasan seksual dengan cara mengintip atau melihat orang lain yang sedang telanjang, mandi atau bahkan berhubungan seksual. Setelah melakukan kegiatan mengintipnya, penderita tidak melakukan tindakan lebih lanjut terhadap korban yang diintip. Ejakulasinya dilakukan dengan cara bermasturbasi setelah atau selama mengintip atau melihat korbannya.
6. *Incest*: hubungan seks yang dilakukan dengan sesama anggota keluarga sendiri .
7. *Nekrofilia*: Bentuk parafilia dimana individu pelaku nekrofilia memiliki orientasi kepuasan seksual melalui kontak fisik yang

- bersifat merangsang atau hubungan seksual dengan pasangan yang dipilih adalah jenazah atau orang yang telah meninggal.
8. *Zoofilia*: salah satu bentuk parafilia dimana terdapat orang atau individu yang terangsang melihat hewan dan selanjutnya melakukan hubungan seks dengan hewan.
 9. Perilaku seksual kompulsif: adalah pengulangan tindakan erotik tanpa kenikmatan. Kompulsi seksual ini bisa berupa telepon seks yang tanpa akhir, *one-night stand* (*affair* singkat), atau masturbasi beberapa kali dalam sehari.

D. Kekerasan Seksual (Perkosaan)

Saat ini istilah “perkosaan” cukup sering digunakan untuk suatu tindakan-tindakan atau perbuatan-perbuatan tertentu yang modusnya merugikan orang dan melanggar hak-hak asasi manusia, seperti “perkosaan” hak-hak sipil. “Perkosaan” ekologis (lingkungan hidup), “perkosaan” terhadap harkat kemanusiaan lainnya. Perkosaan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia diartikan dengan pertama, paksaan dan kekerasan, kedua gagah, kuat, dan perkasa. Sedangkan memperkosa berarti menundukan dengan kekerasan, menggagahi, melanggar dengan kekerasan. Tindakan ini dianggap melanggar hukum yang berlaku. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia itu menunjukkan bahwa unsur utama yang melekat pada tindakan perkosaan adalah adanya perilaku kekerasan yang terkait dengan hubungan seksual, yang dilakukan dengan jalan melanggar hukum. Artinya tidak selalu kekerasan yang terkait dengan hubungan seksual dapat dikategorikan sebagai perkosaan. Di sisi lain, tindak pidana perkosaan diatur dalam Pasal 285 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) yang berbunyi : “Barang siapa dengan kekerasan atau ancaman kekerasan atau ancaman kekerasan memaksa perempuan yang bukan isterinya bersetubuh dengan dia, dihukum, karena memperkosa, dengan hukuman penjara selama-lamanya dua belas tahun”. Menurut Soetandyo Wignjosoebroto, “perkosaan adalah suatu usaha melampiaskan nafsu seksual oleh seorang lelaki terhadap seorang perempuan dengan cara yang menurut moral dan atau hukum yang berlaku melanggar. Pengertian perkosaan di satu pihak dapat dilihat

sebagai suatu perbuatan (ialah perbuatan seseorang yang secara paksa hendak melampiaskan nafsu seksualnya), dan di lain pihak dapat dilihat pula sebagai suatu peristiwa (ialah pelanggaran norma-norma dan dengan demikian juga tertib sosial)

Unsur-unsur Perkosaan menurut Lamintang dan Samosir, adalah sebagai berikut:

1. Ada tindakan kekerasan atau ancaman kekerasan
2. Memaksa seorang wanita untuk melakukan hubungan biologis (seksual atau persetubuhan).
3. Persetubuhan yang dilakukan harus diluar ikatan perkawinan Ketiga unsur itu menunjukkan bahwa dalam kasus perkosaan harus bisa dibuktikan mengenai adanya unsur kekerasan atau ancaman kekerasan (seperti diancam hendak dibunuh. Dilukai atau dirampas Hak-Hak Asasi lainnya).

Menurut Kusuma Mulyana macam-macam Tindak Pidana Pemerksaan

1. *Sadistic Rape* Perkosaan sadistis, artinya pada tipe ini seksualitas dan agresif berpadu dalam bentuk yang merusak. Pelaku perkosaan telah Nampak menikmati kesenangan erotic bukan melalui hubungan seksnya, melainkan melalui serangan yang mengerikan atas alat kelamin *dan tubuh korban*.
2. *Angea Rape* yakni penganiayaan seksual yang bercirikan seksualitas menjadi sarana untuk menyatakan dan melampiaskan perasaan geram dan marah yang tertahan. Disini tubuh korban seakan-akan merupakan objek terhadap siapa pelaku yang memproyeksikan pemecahan atas frustrasi-frustrasi, kelemahan, kesulitan dan kekecewaan hidupnya.
3. *Dononation Rape* yakni sustu perkosaan yang terjadi ketika pelaku mencoba untuk gigih atas kekuasaan dan superioritas terhadap korban. Tujuannya adalah penaklukan seksual, pelaku menyakiti korban, namun tetap memiliki keinginan berhubungan seksual.

4. *Seductive Rape* yakni suatu perkosaan yang terjadi pada situasi-situasi yang merangsang, yang tercipta oleh kedua belah pihak. Pada mulanya korban memutuskan bahwa keintiman personal harus dibatasi tidak sampai sejauh kesenggaman. Pelaku pada umumnya mempunyai keyakinan membutuhkan paksaan, oleh karena itu tak mempunyai rasa bersalah yang menyangkut seks.
5. *Victim Precipitated Rape* yakni perkosaan yang terjadi dengan menempatkan korban sebagai pencetusnya.
6. *Exploitation Rape* yakni perkosaan yang menunjukkan bahwa pada setiap kesempatan melakukan hubungan seksual yang diperoleh oleh laki-laki dengan mengambil keuntungan yang berlawanan dengan posisi wanita yang bergantung padanya secara ekonomis dan sosial. Misalnya, istri yang diperkosa oleh suaminya atau pembantu rumah tangga yang diperkosa majikannya, sedangkan pembantunya tidak mempersoalkan kasusnya ini kepada pihak yang berwajib. Adapun karakteristik utama tindak pidana perkosaan menurut Kadish, yaitu bukan ekspresi *agresivitas* seksual *agresivitas* seksual tapi ekspresi seksual agresivitas. Artinya, perwujudan keinginan seks yang dilakukan secara agresif, bersifat menyerang atau memaksa lawan jenis pihak lainnya yang dapat dianggap mampu memenuhi kepentingan nafsunya.

E. Pelecehan Seksual

Menurut Winarsunu (2008), pelecehan seksual adalah segala macam bentuk perilaku yang berkonotasi seksual yang dilakukan secara sepihak dan tidak dikehendaki oleh korbannya. Bentuknya dapat berupa ucapan, tulisan, simbol, isyarat dan tindakan yang berkonotasi seksual. Aktifitas yang berkonotasi seksual bisa dianggap pelecehan seksual jika mengandung unsur-unsur sebagai berikut, yaitu adanya pemaksaan kehendak secara sepihak oleh pelaku, kejadian ditentukan oleh motivasi pelaku, kejadian tidak diinginkan korban, dan mengakibatkan penderitaan pada korban.

1. Bentuk-bentuk Pelecehan Seksual Secara umum, pelecehan seksual ada 5 bentuk, yaitu :
 - a. Pelecehan fisik, yaitu : Sentuhan yang tidak diinginkan mengarah ke perbuatan seksual seperti mencium, menepuk, memeluk, mencubit, mengelus, memijat tengkuk, menempelkan tubuh atau sentuhan fisik lainnya.
 - b. Pelecehan lisan, yaitu : Ucapan verbal/komentar yang tidak diinginkan tentang kehidupan pribadi atau bagian tubuh atau penampilan seseorang, termasuk lelucon dan komentar bermuatan seksual.
 - c. Pelecehan non-verbal/isyarat, yaitu : Bahasa tubuh dan atau gerakan tubuh bernada seksual, kerlingan yang dilakukan berulang-ulang, menatap tubuh penuh nafsu, isyarat dengan jari tangan, menjilat bibir, atau lainnya.
 - d. Pelecehan visual, yaitu : Memperlihatkan materi pornografi berupa foto, poster, gambar kartun, screensaver atau lainnya, atau pelecehan melalui e-mail, SMS dan media lainnya.
 - e. Pelecehan psikologis/emosional, yaitu : Permintaan-permintaan dan ajakan-ajakan yang terus menerus dan tidak diinginkan, ajakan kencan yang tidak diharapkan, penghinaan atau celaan yang bersifat seksual. Pelecehan seksual yang dihadapi laki-laki maupun perempuan dalam berbagai bentuknya, mulai dari komentar yang berkonotasi seksual dan kontak fisik secara tersembunyi (memegang, sentuhan ke bagian tubuh tertentu) hingga ajakan yang dilakukan secara terang-terangan dan serangan seksual (Santrock, 2007)
2. Aspek-aspek Pelecehan Seksual Meyer dkk. (1987) menyatakan secara umum dua aspek penting dalam pelecehan seksual, yaitu aspek situasional dan aspek perilaku :
 - a. Aspek situasional pelecehan seksual dapat dilakukan dimana saja dan dengan kondisi tertentu. Perempuan korban pelecehan seksual dapat berasal dari setiap ras, umur, karakteristik, status perkawinan, kelas sosial,

pendidikan, pekerjaan, tempat kerja, dan pendapatan. Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa aspek-aspek pelecehan seksual adalah aspek perilaku dan aspek situasional.

- b. Aspek Perilaku Pelecehan seksual sebagai rayuan seksual yang tidak dikehendaki penerimanya, dimana rayuan tersebut muncul dalam beragam bentuk baik yang halus, kasar, terbuka, fisik maupun verbal dan bersifat searah. Bentuk umum dari pelecehan seksual adalah verbal dan godaan secara fisik dimana pelecehan secara verbal lebih banyak daripada secara fisik Para ahli tersebut menyebutkan pelecehan dalam bentuk verbal adalah bujukan seksual yang tidak diharapkan, gurauan atau pesan seksual yang terus-menerus, mengajak kencan terus menerus walaupun telah ditolak, pesan yang menghina atau merendahkan, komentar yang sugestif atau cabul, ungkapan sexist mengenai pakaian, tubuh, pakaian atau aktivitas seksual perempuan, permintaan pelayanan seksual yang dinyatakan dengan ancaman tidak langsung maupun terbuka.

DAFTAR PUSTAKA

- Irnawati, (2022), *Pengaruh Penggunaan Bangkung terhadap Lingkar Perut Ibu Nifas di Wilayah Kerja Puskesmas Cimanggu Banten*, Jurnal Kebidanan Vol 11 No 2, Jakarta
- Lamintang dan Samosir, (1983) *Hukum Pidana Indonesia*, Sinar Baru.
- Kusuma, Mulyana W, (2008), *Tegaknya Supremasi Hukum (Terjebak Antara Memilih Hukum Dan Demokrasi)*, Remaja Rosdakarya, Bandung.
- Pane MDC, (2022), *Kemenkes RI alodokter .com*
- Rahmilasari. R, Tresnaasih, A, Reni (2020), *Keluarga dan Nilai Budaya Masyarakat Sunda pada Perawatan Ibu Nifas dan Bayi baru Lahir*, Jurnal Ilmu Keperawatan, <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM>
- Setyorini. A. (2016). *Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Keluarga Berencana*. Bogor : In Media
- Sarwono.W (2011). *Psikologi Remaja*.Edisi Revisi. Jakarta: Rajawali Pers.
- Santrock J.W (2007). *Perkembangan Anak*. Jilid 1 Edisi kesebelas. Jakarta : PT. Erlangga.
- Suyatno, (2009). *Penyimpangan Seksual*. Semarang. Fakultas Ilmu Sosial Universitas Diponegoro.
- Winarsunu, (2008), *Psikologi Keselamatan Kerja*, Malang,UMM,Press

BIODATA PENULIS



Moudy Lombogia, S.Kep.Ns, M.Kep Lahir di Tomohon pada 26 Januari 1970 Riwayat Pendidikan Sebagai berikut : Sekolah Perawat Kesehatan Manado Lulus 1988, Akademi Keperawatan Manado lulus 2000, S1 Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Lulus 2005, S2 Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanudin Makasar Lulus 2013. Pernah menjabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Sariputra Indonesia Tomohon 2007-2011, menjadi pegawai sejak 1988 dan sejak 2006 Dosen Poltekkes Kemenkes Manado. Riwayat menulis buku yaitu : Sebagai penulis Utama pada Buku Ajar Keperawatan Maternitas (Konsep, Teori dan Modul Praktikum) pada 2017.

BAB 3

Hak Reproduksi dan Konsep Gender Dalam Kesehatan Reproduksi

Rizki Noviyanti Harahap, SST., M.Kes

A. Pendahuluan

Kesehatan reproduksi perempuan menjadi salah satu hal penting bagi perempuan di Indonesia. kesehatan reproduksi merupakan kondisi sehat secara fisik, mental, dan sosial yang utuh, dan bukanlah bebas dari penyakit atau cacat yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan operasi reproduksi.

Penyadaran terhadap perempuan atas reproduksinya perlu diberi beberapa pengertian yang lebih khusus, yaitu apa yang disebut dengan hak, kesehatan, dan reproduksi itu sendiri. yaitu.

Hak adalah kewenangan yang melekat pada diri untuk melakukan atau tidak melakukan, memperoleh atau tidak memperoleh sesuatu. Kesadaran tentang hak sebagai manusia dan sebagai perempuan sebagai kekuatan bagi perempuan untuk melakukan berbagai aktivitas bagi kepentingan diri, keluarga, dan masyarakat.

Sehat adalah tidak hanya berkaitan ketidaknyamanan fisik, tetapi juga mental dan sosial. Ketiga aspek ini saling berhubungan satu sama lainnya dan saling memengaruhi, yang dapat membuat seseorang sakit atau sehat. Reproduksi adalah menghasilkan kembali atau kemampuan perempuan untuk menghasilkan keturunan secara berulang. Dari definisi di atas maka makna hak kesehatan reproduksi menjadi serangkaian kata yang memiliki visi, misi, dan program, bahwa hak dan kesehatan reproduksi menjadi dua konsep yang tidak terbatas pada persoalan medis organ reproduksi saja. Konsep pertama adalah hak reproduksi; kedua, kesehatan reproduksi.

B. Tujuan Kesehatan Dan Hak Reproduksi

Tujuan kesehatan dan hak reproduksi adalah sebagai berikut:

1. Untuk memastikan informasi yang menyeluruh dan faktual serta beragam pelayanan pemeliharaan kesehatan reproduksi, tersedia, terjangkau, dan dapat diterima serta cocok untuk semua pemakai.
2. Untuk memungkinkan dan mendukung keputusan sukarela yang bertanggung jawab dalam hal kehamilan dan metode keluarga berencana pilihan mereka, dan metode lain pilihan mereka dalam hal pengaturan kesuburan yang tidak bertentangan dengan hukum serta mempunyai informasi, pendidikan, dan cara untuk memperolehnya.
3. Untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan kesehatan reproduksi yang mengalami perubahan sepanjang siklus hidup dan melakukan hal itu dengan cara yang peka terhadap keanekaragaman keadaan masyarakat setempat. (Mariana Amiruddin, 2003).

C. Pengertian Gender

Gender merupakan peran sosial dimana peran pria dan wanita ditentukan perbedaan fungsi, peran dan tanggung jawab pria dan wanita sebagai hasil konstruksi sosial yang dapat berubah atau diubah sesuai perubahan zaman. Peran dan kedudukan seseorang yang dikonstruksikan oleh masyarakat dan budayanya karena seseorang lahir sebagai pria atau wanita.

Gender adalah pandangan masyarakat tentang perbedaan peran, fungsi dan tanggung jawab antara perempuan dan atau laki-laki yang merupakan hasil konstruksi sosial budaya dan dapat berubah dan atau diubah sesuai dengan perkembangan zaman.

D. Bentuk Ketidakadilan Gender

Ketidakadilan gender adalah adanya perbedaan, pengecualian atau pembatasan yang dibuat berdasarkan peran dan norma gender yang dikonstruksi secara sosial yang

mencegah seseorang untuk menikmati HAM secara penuh. Bentuk-bentuk diskriminasi Gender adalah:

1. Marginalisasi (Peminggiran)

Proses marginalisasi (peminggiran/pemiskinan) yang mengakibatkan kemiskinan, banyak terjadi dalam masyarakat. Marginalisasi perempuan sebagai salah satu bentuk ketidakadilan gender. Sebagai contoh, banyak pekerja perempuan tersingkir dan menjadi miskin akibat dari program pembangunan seperti intensifikasi pertanian yang hanya memfokuskan petani laki-laki. Perempuan dipinggirkan dari berbagai jenis kegiatan pertanian dan industri yang lebih memerlukan keterampilan yang biasanya lebih banyak dimiliki laki-laki. Selain itu perkembangan teknologi telah menyebabkan apa yang semula dikerjakan secara manual oleh perempuan diambil alih oleh mesin yang umumnya dikerjakan oleh tenaga laki-laki. Beberapa contoh marginalisasi yaitu pemupukan dan pengendalian hama dengan teknologi baru laki-laki yang mengerjakan, pemotongan padi dengan peralatan sabit, mesin diasumsikan hanya laki-laki yang dapat mengerjakan, menggantikan tangan perempuan dengan alat panen ani-ani, usaha konveksi, pembantu rumah tangga menyerap lebih banyak perempuan daripada laki-laki.

2. Subordinasi (Penomorduaan)

Subordinasi pada dasarnya adalah keyakinan bahwa salah satu jenis kelamin dianggap lebih penting atau lebih utama dibanding jenis kelamin lainnya. Sudah sejak dahulu ada pandangan yang menempatkan kedudukan dan peran perempuan lebih rendah dari laki-laki. Banyak kasus dalam tradisi, tafsiran ajaran agama maupun dalam aturan birokrasi yang meletakkan kaum perempuan sebagai subordinasi dari kaum laki-laki. Kenyataan memperlihatkan bahwa masih ada nilai-nilai masyarakat yang membatasi ruang gerak terutama perempuan dalam kehidupan. Sebagai contoh apabila seorang istri yang

hendak mengikuti tugas belajar, atau hendak bepergian ke luar negeri harus mendapat izin suami, tetapi kalau suami yang akan pergi tidak perlu izin dari istri.

3. Pandangan Stereotype (Citra Baku)

Stereotipe dimaksud adalah citra baku tentang individu atau kelompok yang tidak sesuai dengan kenyataan empiris yang ada. Pelabelan negatif secara umum selalu melahirkan ketidakadilan. Salah satu stereotipe yang berkembang berdasarkan pengertian gender, yakni terjadi terhadap salah satu jenis kelamin (perempuan). Hal ini mengakibatkan terjadinya diskriminasi dan berbagai ketidakadilan yang merugikan kaum perempuan. Misalnya pandangan terhadap perempuan yang tugas dan fungsinya hanya melaksanakan pekerjaan yang berkaitan dengan pekerjaan domestik atau kerumahtanggaan. Hal ini tidak hanya terjadi dalam lingkup rumah tangga tetapi juga terjadi di tempat kerja dan masyarakat, bahkan di tingkat pemerintah dan negara. Apabila seorang laki-laki marah, ia dianggap tegas, tetapi bila perempuan marah atau tersinggung dianggap emosional dan tidak dapat menahan diri. Standar nilai terhadap perilaku perempuan dan laki-laki berbeda, namun standar nilai tersebut banyak menghakimi dan merugikan perempuan. Label kaum perempuan sebagai "ibu rumah tangga" merugikan, jika hendak aktif dalam "kegiatan laki-laki" seperti berpolitik, bisnis atau birokrat. Sementara label laki-laki sebagai pencari nafkah. utama, (breadwinner) mengakibatkan apa saja yang dihasilkan oleh perempuan dianggap sebagai sambilan atau tambahan dan cenderung tidak diperhitungkan. (Kemenkes, 2019)

4. Kekerasan (Violence)

Berbagai bentuk tindak kekerasan terhadap perempuan sebagai akibat perbedaan, muncul dalam berbagai bentuk. Kata kekerasan merupakan terjemahan dari violence, artinya suatu serangan terhadap fisik

maupun integritas mental psikologis seseorang. Oleh karena itu kekerasan tidak hanya menyangkut serangan fisik saja seperti perkosaan, pemukulan dan penyiksaan, tetapi juga yang bersifat non fisik, seperti pelecehan seksual sehingga secara emosional terusik. Pelaku kekerasan bermacam-macam, ada yang bersifat individu, baik di dalam rumah tangga sendiri maupun di tempat umum, ada juga di dalam masyarakat itu sendiri. Pelaku bisa saja suami/ayah, keponakan, sepupu, paman, mertua, anak laki-laki, tetangga, majikan.

5. Beban Ganda (Double Dourden)

Bentuk lain dari diskriminasi dan ketidakadilan gender adalah beban ganda yang harus dilakukan oleh salah satu jenis kalamain tertentu secara berlebihan. Dalam suatu rumah tangga pada umumnya beberapa jenis kegiatan dilakukan laki-laki, dan beberapa dilakukan oleh perempuan. Berbagai observasi, menunjukkan perempuan mengerjakan hampir 90% dari pekerjaan dalam rumah tangga. Sehingga bagi mereka yang bekerja, selain bekerja di tempat kerja juga masih harus mengerjakan pekerjaan rumah tangga. Dalam proses pembangunan, kenyataannya perempuan sebagai sumber daya insani masih mendapat perbedaan perlakuan, terutama bila bergerak dalam bidang publik. Dirasakan banyak ketimpangan, meskipun ada juga ketimpangan yang dialami kaum laki-laki di satu sisi.

E. Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi

Isu gender adalah suatu kondisi yang menunjukkan kesenjangan laki-laki dan perempuan yaitu adanya kesenjangan antara kondisi yang dicita-citakan (normatif) dengan kondisi sebagaimana adanya. Empat isu gender dalam berbagai siklus kehidupan yaitu:

1. Keluarga Berencana

Keluarga Berencana dalam hal ini adalah penggunaan alat kontrasepsi. Seperti diketahui selama ini ada anggapan bahwa KB adalah identik dengan urusan

perempuan. Hal ini juga menunjukkan adanya budaya kuasa dalam pengambilan keputusan untuk ber-KB.

Faktor penyebab kesenjangan:

- a. Lingkungan sosial budaya yang menganggap bahwa KB urusan perempuan, bukan urusan pria/suami.
 - b. Pelaksanaan program KB yang cenderung menysasar perempuan.
 - c. Terbatasnya tempat pelayanan KB pria.
 - d. Rendahnya pengetahuan pria tentang KB.
 - e. Terbatasnya informasi KB bagi pria serta informasi tentang hak reproduksi bagi pria/suami dan perempuan/istri.
 - f. Sangat terbatasnya jenis kontrasepsi pria.
 - g. Kurang berminatnya penyedia pelayanan pada KB pria.
2. Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir (Safe Motherhood)

Upaya peningkatan derajat kesehatan ibu, bayi (kesehatan ibu dan bayi baru lahir) dan anak dipengaruhi oleh kesadaran dalam perawatan dan pengasuhan anak. Sebagian besar kematian ibu disebabkan oleh faktor kesehatan, antara lain:

- a. Perdarahan saat melahirkan
- b. Eklamsia.
- c. Infeksi.
- d. Persalinan macet.
- e. Keguguran.

Faktor penyebab kesenjangan antara lain:

- a. Budaya dalam sikap dan perilaku keluarga yang cenderung mengutamakan laki-laki, contohnya dalam mengkonsumsi makanan sehari-hari yang menempatkan bapak atau anak laki-laki pada posisi yang diutamakan daripada ibu dan anak perempuan. Hal ini sangat merugikan kesehatan perempuan, terutama bila sedang hamil.
- b. Masih kurangnya pengetahuan suami dan anggota keluarga tentang perencanaan kehamilan.

- c. Perempuan kurang memperoleh informasi dan pelayanan yang memadai karena alasan ekonomi maupun waktu
- d. Ketidakmampuan perempuan dalam mengambil keputusan yang berkaitan dengan kesehatan dirinya, misalnya dalam menentukan kapan hamil, di mana akan melahirkan, dan sebagainya. Hal ini berhubungan dengan lemahnya posisi perempuan dalam keluarga dan masyarakat.
- e. Tuntutan untuk tetap bekerja. Pada daerah tertentu, seorang ibu hamil tetap dituntut untuk tetap bekerja keras seperti pada saat ibu tersebut tidak hamil. Oleh karena itu, untuk menekan tingginya angka kematian ibu hamil dan balita akibat gizi buruk, diperlukan langkah optimal dari berbagai pihak.

Khusus masalah aborsi, walaupun pemerintah telah melarang tapi pada kenyataannya masih banyak aborsi yang dilakukan secara ilegal dan secara diam-diam dan tidak aman misalnya dengan menggunakan jamu-jamuan, pijat, nanas dan lain-lain. Hal ini akan berpengaruh dan berakibat pada kesehatan ibu juga akan dapat menyebabkan kematian ibu. (Wiasti, 2017)

F. Sasaran Pengarusutamaan Gender

Sebagai sasaran pengarusutamaan gender adalah organisasi pemerintah dari pusat sampai ke lapangan yang berperan dalam membuat kebijakan, program dan kegiatan. Selain itu organisasi swasta, organisasi profesi, keagamaan, dan lain - lain, dimana mereka sangat dekat dan terjun langsung paling depan berhadapan dengan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes. (2019). Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, 2(1), 1-73.
- Permatasari, D. (2022). *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: Yayasan Kita Menulis.
- Priyanti, S., & Syalfina, A. D. (2017). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana*.
- Program Seri Lokakarya Kesehatan Perempuan (2007), "Kesehatan Perempuan Dan Perlindungan Konsumen," YLKI dan Ford Foundation.
- Rokayah, Y. (2021). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi & Keluarga Berencana*. Jawa Tengah: NEM.
- Seri Perempuan Mengenal Dirinya (2002), "Informasi Kesehatan Reproduksi Perempuan," YLKI, Forum Kesehatan perempuan dan Ford Foundation.
- Wiasti, N. M. (2017). Mencermati Permasalahan Gender dan Pengarusutamaan Gender (PUG). *Journal of Anthropology*, 1(1), 29-42.
- Yayasan Lembaga Konsumen Indonesia (2002), Forum Kesehatan Perempuan, Ford Foundation, " Perempuan Dan Hak Kesehatan Reproduksi," Ford Foundation.

BIODATA PENULIS



Rizki Noviyanti Harahap, SST., M.Kes lahir di Padangsidempuan, pada 29 November 1990. Menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS. Haji Medan dan D-IV Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Rs. Haji Medan dan S2 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Universitas Haji Sumatera Utara.

BAB 4

Program dan Kebijakan Reproduksi di Indonesia

Dr. Muthia Mutmainnah, M.Kep, Sp.Mat

A. Pendahuluan

Orang tua, pendidik, pembuat kebijakan, dan kaum muda sama-sama harus memperhatikan kesehatan reproduksi sebagai topik yang harus mendapat perhatian. Kesehatan konsepsi tidak hanya mengingat kebebasan dari penyakit atau masalah untuk semua area yang berhubungan dengan sistem regeneratif, tetapi juga kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang ideal dalam segala jenis gerakan yang terlibat dalam siklus reproduksi. (Alyas, 2011).

Salah satu komponen terpenting dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan Indonesia adalah kebijakan kesehatan reproduksi, khususnya dalam mengatasi berbagai masalah demografi dan kesehatan. Konferensi Dunia tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) tahun 1994 yang diadakan di Kairo dan diratifikasi oleh Indonesia menyebabkan perubahan paradigma dalam cara pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan. Strategi ini lebih menekankan hak-hak reproduksi dan kesehatan reproduksi individu, daripada manajemen populasi dan pengurangan fertilitas (United Nations, 1995).

Kebijakan dipandang sebagai metode dimana organisasi dapat menemukan apa yang diharapkan darinya, termasuk program dan metode yang diperlukan untuk menghasilkan keluarannya. Last but not least, kebijakan sebagai kerangka kerja adalah proses tawar-menawar dan diskusi untuk menentukan masalah dan cara untuk mengimplementasikan

solusi. Kumpulan prinsip atau kondisi ideal tersebut disebut sebagai kebijakan (Keban, 2004).

B. Konsep Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi lebih dari sekedar bebas dari penyakit dan kecacatan dan melibatkan seluruh kesejahteraan fisik, mental, dan sosial di semua bidang yang terkait dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi. Setiap orang harus diberi kesempatan untuk memilih kapan dan berapa banyak anak yang akan dimiliki, serta kehidupan seksual yang aman dan memuaskan. Setiap individu memiliki kebebasan untuk menentukan ukuran keluarganya, termasuk hak untuk mendapatkan penjelasan yang lengkap tentang semua alternatif kontrasepsi yang tersedia sehingga mereka dapat memilih salah satu yang paling cocok untuk mereka. Pelayanan kesehatan reproduksi lebih lanjut, termasuk yang berkaitan dengan kehamilan, persalinan, perawatan nifas, dan pelayanan untuk anak dan remaja juga harus tersedia (Harahap, 2003).

Menurut Harahap (2003), kesehatan reproduksi memiliki jangkauan sebagai berikut dalam konteks kehidupan:

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir,
 2. pencegahan dan pengendalian PMS-HIV/AIDS,
 3. antisipasi dan penanganan komplikasi aborsi, kesejahteraan regeneratif remaja,
 4. antisipasi dan terapi kemandulan, pertumbuhan kanker pada usia lanjut, dan berbagai kondisi medis konseptif lainnya, seperti penyakit serviks, mutilasi alat kelamin, fistula, dan lain-lain.
1. Hak- Hak Reproduksi

Menurut konsekuensi dari Worldwide Meeting on Populace and Improvement, disimpulkan bahwa isu-isu regeneratif berusaha mencapai kesejahteraan bagi orang secara umum, termasuk kesejahteraan mental dan aktual, termasuk kebebasan konsepsi, menurut Minkjosastro (1999) yaitu :

- a. Hak untuk mengakses pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi,

- b. Hak atas pengetahuan dan pendidikan tentang kesehatan reproduksi,
- c. Hak atas kesempatan berpikir sehubungan dengan pemeliharaan kesehatan regeneratif, Kesempatan untuk memilih jumlah dan penyebaran kehamilan,
- d. Hak terlindungi dan kematian akibat kehamilan,
- e. Hak atas kebebasan berpikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi, perlindungan terhadap kematian terkait kehamilan, kemampuan untuk memilih jumlah dan jarak kehamilan,
- f. Hak untuk mengakses pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi,
- g. Hak atas kebebasan dan keamanan untuk kehidupan reproduksinya;
- h. Hak untuk bebas dari pelecehan dan perlakuan buruk, termasuk perlindungan dari pelecehan seksual, pemerkosaan, penyerangan, dan penyiksaan;
- i. Hak untuk memperoleh manfaat dari kemajuan ilmu kesehatan reproduksi;
- j. Hak atas pelayanan dan kehidupan reproduksi;
- k. Hak untuk memulai dan merencanakan keluarga;
- l. Hak bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan keluarga dan kesehatan reproduksi; dan
- m. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi

2. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial dan Komprehensif

Sesuai Strategi Kesejahteraan Regeneratif Masyarakat Indonesia, konsepsi kesejahteraan terdiri dari 5 (lima) bagian atau proyek yang saling terkait, antara lain:

- a. Program Kesehatan Anak dan Ibu;
- b. Merencanakan keluarga;
- c. Program Kesehatan Reproduksi Remaja;

- d. Penyakit yang Dikirim Secara Fisik (penyakit menular seksual) Program Pencegahan dan Pengendalian termasuk HIV/AIDS;
- e. Program Kesehatan Reproduksi Lansia.

Hak untuk bereproduksi berdasarkan kesimpulan International Conference on Population and Development, termasuk (Johnson dan Everitt, 2000), masalah regeneratif yang bermaksud untuk mencapai kesejahteraan bagi orang tersebut secara keseluruhan, termasuk kesejahteraan mental dan aktual.

Kesehatan reproduksi remaja, keluarga berencana, pencegahan dan penanggulangan PMS termasuk HIV/AIDS, serta kesehatan ibu dan bayi baru lahir merupakan empat program atau komponen kesehatan reproduksi yang saat ini menjadi prioritas di Indonesia. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) adalah nama pelayanan ini, yang terdiri dari empat prakarsa atau komponen.

Asumsi PKRE ditambahkan ke Administrasi Kesejahteraan Regeneratif Lama, bantuan tersebut akan disebut Administrasi Kesejahteraan Konsepsi Lengkap (PKRK) dan akan mencakup setiap bidang kesejahteraan konsepsi. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) hanya dapat dilaksanakan jika semua program terkait yang telah ada memberikan pelayanan kesehatan dasar. Hal ini menunjukkan bahwa Paket Layanan Kesehatan Reproduksi Esensial bukanlah program layanan baru melainkan kumpulan layanan dari proyek terkait. Intinya adalah untuk memastikan bahwa tujuan atau klien mendapatkan semua administrasi, termasuk yang berhubungan dengan surat menyurat, data dan pendidikan, secara terencana dan terbaik (Johnson dan Everitt, 2000).

Gambaran kondisi kesehatan regeneratif dapat diberikan oleh kondisi dan masalah berikut dari berbagai bagian konsepsi. Untuk informasi selengkapnya, lihat berikut ini: (Iskandar, 1997)

3. Komponen Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir

Status kesejahteraan, terutama kesejahteraan regeneratif dan status ibu yang sehat sebelum dan selama kehamilan, berperan penting dalam kematian ibu. Kondisi "4 terlalu" – terlalu muda, kurang dari 20 tahun; terlalu tua, lebih dari 35 tahun; seringkali jarak antar anak kurang dari 2 tahun; banyak, lebih dari 3 anak – muncul pada sekitar 60% wanita hamil. Selain itu, diyakini bahwa kombinasi dari kebersihan pribadi yang buruk dan paparan yang lebih besar terhadap penyakit menular seksual (PMS) berkontribusi terhadap tingginya frekuensi infeksi saluran reproduksi.

Sikap sosiokultural, ekonomi, tradisional, dan lokal semuanya memiliki dampak yang signifikan terhadap angka kematian ibu. Hal ini akhirnya menjadi konteks kematian ibu yang disebabkan oleh komplikasi kebidanan, khususnya "tiga terlambat", yaitu 1) gagal mengenali tanda-tanda peringatan dan membuat keputusan tingkat keluarga, 2) gagal menjangkau layanan kesehatan, dan 3) gagal hadir. pelayanan kesehatan. perawatan yang memadai di institusi medis. Masalah kesehatan bayi baru lahir merupakan cerminan dari masalah kesehatan ibu. Angka Kematian Bayi (AKB) untuk kematian yang terjadi pada masa perinatal atau neonatal umumnya dihubungkan dengan kesejahteraan ibu selama masa kehamilan, kekuatan tukik saat masih dalam kandungan, dan jenis bantuan yang diberikan kepada ibu atau bayi yang diterima selama persalinan, mendapat bantuan, khususnya asfiksia, hipotermia akibat prematuritas atau berat badan lahir rendah (BBLR), trauma lahir, dan tetanus neonatorum.

4. Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja

Ketidakdewasaan, dipisahkan oleh kemajuan dari remaja ke dewasa dan perubahan cepat dalam bentuk dan kemampuan tubuh, harus menjadi titik fokus upaya untuk memajukan dan menghindari masalah medis konsepsi. Remaja benar-benar siap untuk melakukan latihan

pembuahan tetapi tidak dapat memahami hasil reproduksi karena peningkatan kualitas seks opsional dan perkembangan aktual yang cepat. Untuk mengatasi kondisi medis konseptif dewasa muda ini, data dan administrasi panduan, pengarahannya dan klinis harus dipindahkan.

Masalah utama kesehatan reproduksi remaja dapat dibagi menjadi tiga kategori: 1) kehamilan yang tidak diinginkan, yang sering mengakibatkan aborsi yang tidak aman dan komplikasinya; 2) kehamilan dan persalinan dini yang meningkatkan risiko morbiditas dan mortalitas ibu; dan 3) masalah PMS, yang dapat mencakup infeksi HIV/AIDS. Di luar efek fisik langsungnya, masalah kesehatan reproduksi remaja juga dapat memiliki pengaruh negatif jangka panjang terhadap kesejahteraan sosial, situasi ekonomi, dan kesehatan mental dan emosional. Efek jangka panjang akhirnya memengaruhi keluarga, masyarakat, dan negara selain anak muda itu sendiri.

5. Komponen Usia Remaja

Bersamaan dengan meningkatnya populasi lansia, masalah kesehatan lansia juga berkembang. Masalah utama yang termasuk dalam kategori ini adalah masalah yang berkaitan dengan menopause, osteoporosis, kanker prostat, penyakit kardiovaskular, dan penyakit degeneratif yang berpotensi merusak sistem reproduksi. Selain itu, penyakit ini sering diperparah oleh rasa lapar dan infeksi pada otot dan persendian.

Bagian ini akan menjunjung tinggi peningkatan kepuasan pribadi orang tua baik saat berakhirnya usia regeneratif (menopause/andropause), mengakhiri siklus hidup sehari-hari. Mencegah kekurangan hormon dan efek terkait, seperti kerapuhan tulang dan lainnya, serta skrining kanker organ reproduksi, seperti kanker rahim pada wanita dan kanker prostat pada pria, dapat membantu upaya pencegahan.

6. Batasan Kesehatan Reproduksi Remaja (KKR) Dan Program Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)

Pemerintah Indonesia telah menjadikan kesehatan reproduksi remaja (KRR) sebagai prioritas sejak tahun 2000. Program KRR menyediakan informasi, layanan konseling, dan pengajaran kecakapan hidup untuk membantu remaja dalam menjaga kesehatan reproduksi yang prima (Muadz, 2008).

Kesehatan reproduksi remaja adalah keadaan kesehatan yang baik yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan prosedur reproduksi remaja. Di sini, sehat diartikan sehat secara psikologis dan sosiokultural serta bebas dari penyakit atau cacat. Agar remaja memiliki pengetahuan yang akurat tentang proses reproduksi dan berbagai isu yang melingkupinya, mereka perlu mengetahui kesehatan reproduksi. Remaja diharapkan memiliki sikap dan perilaku yang tepat terhadap proses reproduksi dengan pengetahuan yang benar (Depkes RI, 2003).

Suatu kondisi kesehatan prima yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan praktik reproduksi remaja dikenal sebagai kesehatan reproduksi remaja. Kesehatan disebut dalam konteks ini sebagai bebas penyakit dan kecacatan serta sehat secara mental dan sosiokultural. Remaja perlu memahami kesejahteraan regeneratif untuk memiliki pemahaman yang sah tentang siklus konsepsi dan berbagai kesulitan yang melingkupinya. Remaja harus mendekati hamil dengan pengetahuan, sikap, dan tindakan yang tepat. (Depkes RI, 2003).

Program KRR merupakan salah satu kebutuhan perbaikan masyarakat yang sangat nyata dalam Rencana Kemajuan Ekspresi Menengah (RPJM) yang disahkan melalui Peraturan Menteri no. 7 Tahun 2005. Tujuan dari program Kesejahteraan Konsepsi Remaja adalah untuk meningkatkan pemahaman, informasi, mentalitas dan perilaku positif tentang Kesejahteraan Regeneratif dan keistimewaan untuk lebih mengembangkan status

Kesejahteraan Konsepsinya sendiri, mempersiapkan diri menjadi wali, dan menambah ikhtiar untuk bekerja. dalam perjalanan hidup manusia di masa depan (Depkes RI, 2003).

Realitas yang berbeda menunjukkan bahwa masalah remaja perlu diperhatikan. Misalnya, remaja di Indonesia sangat membutuhkan pengetahuan yang baik tentang kesehatan konsepsi, terutama dalam hal bagaimana melindungi diri dari bahaya seperti menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, IMS, dan HIV and AIDS. Hasil Studi Kesejahteraan Konsepsi Anak (SKRRI) 2002-2003 dari BPS mengungkapkan bahwa meskipun penduduk berusia 15-24 tahun memiliki tingkat pengetahuan yang cukup penting tentang kualitas pubertas, bagaimana mereka dapat menafsirkan masa produktif, bahaya kehamilan, dan pucat masih kurang.

7. Dasar Hukum

Landasan hukum yang dipergunakan sebagai dasar dalam pembinaan KRR adalah:

- a. UU no. 4 tahun 1979 tentang Kesejahteraan Anak,
- b. UU no. 10 tahun 1992 tentang Pengembangan Kependudukan dan Keluarga Sejahtera,
- c. UU no. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan,
- d. Instruksi Presiden RI no. 2 tahun 1989 tentang Pembinaan Kesejahteraan Anak,
- e. Instruksi Presiden RI no. 3 tahun 1997 tentang Penyelenggaraan Pembinaan dan Pengembangan Kualitas Anak,
- f. Keputusan Menkes no. 433/MENKES/SK/VI/1998 tentang Pembentukan Komisi Kesehatan Reproduksi.

8. Sasaran

- a. Anak-anak berusia 10 sampai 19 tahun baik di dalam maupun di luar sekolah adalah kelompok tujuan utama.
- b. Orang tua, keluarga dengan anak kecil, guru dan tutor, kelompok pemuda, dan pemuka agama adalah target sekunder.

- c. Target tersier mencakup pertemuan lokal, LSM, ahli kesejahteraan, dan otoritas di seluruh wilayah.

9. Tujuan

a. Tujuan Umum

Mengerjakan informasi, disposisi, dan perilaku yang dapat diterima dari kaum muda sehubungan dengan kesejahteraan regeneratif dan pelaksanaan hak istimewa konsepsi mereka dengan cara yang terkoordinasi sambil tetap berfokus pada kesetaraan dan keseimbangan orientasi akan bekerja pada sifat kaum muda.

b. Tujuan Khusus

- 1) Komitmen yang lebih kuat dari para pembuat kebijakan dan keputusan pihak terkait, termasuk pemerintah dan non-pemerintah.
- 2) Meningkatkan peran, tanggung jawab, dan prosedur operasional di tingkat nasional, provinsi, dan kabupaten/kota untuk meningkatkan efisiensi pelaksanaan inisiatif kesehatan reproduksi remaja.
- 3) Lebih banyak kolaborasi dan integrasi dalam pelaksanaan program KRR untuk semua sektor terkait, di tingkat federal, provinsi, dan kabupaten/kota.

10. Kebijakan dan Strategi KRR

Tujuan KB nasional adalah mewujudkan TEGAR TEGAR dalam kerangka keluarga tangguh guna menghasilkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera. Masa remaja adalah tahap kehidupan yang melibatkan lima transisi kehidupan ("lima transisi kehidupan masa muda"). Pada masa ini, remaja harus menentukan pilihan dalam lima aspek kehidupan yang berbeda, yaitu:

- a. melanjutkan sekolah,
- b. mencari pekerjaan,
- c. memulai kehidupan berkeluarga,

- d. menjadi anggota masyarakat, dan
- e. mempraktekkan hidup sehat.

Dari kelima domain atau masa kehidupan dimana remaja harus mengambil keputusan, kemampuan untuk mempraktekkan hidup sehat sangat bergantung pada bagaimana remaja mengambil keputusan. Kualitas hidup di empat bidang kehidupan lainnya akan dipengaruhi oleh pilihan remaja untuk melakukan hidup sehat atau tidak. Untuk membangun kehidupan REMAJA YANG KUAT, seseorang harus memilih gaya hidup sehat selama masa remaja yang bergejolak. REMAJA KETAT adalah remaja yang menampilkan ciri-ciri di bawah ini:

Selain menunda perkawinan, berperilaku hidup sehat, menghindari bahaya TRIAD-KRR (aktivitas seksual, HIV dan AIDS, dan narkoba), bermimpi membangun keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera, serta menjadi inspirasi dan sumber daya bagi teman sebayanya, antara lain, semuanya penting.

11. Ruang Lingkup Program KRR

Cakupan program KRR secara garis besar meliputi:

- a. Seksualitas dan bahaya formatif (termasuk masa remaja, desain dan fisiologi organ regeneratif, dan kehamilan yang tidak diinginkan), serta menunda waktu pernikahan,
- b. Menghindari HIV/AIDS, IMS, dan kontaminasi komunikasi fisik lainnya
- c. Permasalahan-permasalahan yang dihadapi oleh generasi muda akibat dampak negatif TRIAD KRR, seperti: permasalahan seperti kenakalan remaja, tawuran remaja, dan lain-lain Pencegahan penyalahgunaan Narkoba (termasuk alkohol, psikotropika, dan zat adiktif lainnya).

DAFTAR PUSTAKA

- ALyas. (2011). Implementasi Kebijakan Kesehatan Reproduksi. *Al-Fikr*. Volume 15 Nomor 1. Hal 195-214.
- Depkes RI. (2003). *Strategi Nasional Kesehatan Remaja*. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat.
- Harahap, J. (2003). *Kesehatan Reproduksi. Bagian Kedokteran Komunitas Dan Kedokteran Pencegahan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara*.
- Iskandar, MB. (1997). *Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja di Indonesia*. *Majalah Ilmiah Fakultas Kedokteran Trisakti*. Vol. 16, edisi khusus.
- Johnson, MH. dan Everitt, BJ. (2000). *Essential Reproduction*. Fifth Edition. USA: Blackwell Science.
- Keban, Yaremiyas T. (1998). "Migrasi International, Strategi Pembangunan Nasional, dan Globalisasi". *Workshop Migransi Internasional*, diselenggarakan oleh Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada, Asia Pacific Migration Research Network (APMRN) dan The Japan Foundation. 9-11 Maret.
- Minkjosastro, GH. (1999). *Hak Wanita untuk Reproduksi dan Abortus*. *MOGI*, vol. 23, hlm., 130-134.
- Muadz, M. (2008). *Modul Pelatihan Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja Bagi Calon Konselor Sebaya*. Jakarta: Direktorat Remaja dan Perlindungan Hak-Hak Reproduksi, BKKBN.
- United Nations (UN). (1995). *Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994*. New York, USA: United Nations.

BIODATA PENULIS



Dr. Muthia Mutmainnah, M.Kep, Sp.Mat. lahir di Jambi, pada 20 Januari 1976. Penulis menyelesaikan pendidikan dasar hingga menengah atas di kota Jambi, selanjutnya meneruskan pendidikan S1 hingga S3 Ilmu Keperawatan di Universitas Indonesia. Penulis mengawali karirnya sebagai praktisi perawat di Rumah Sakit Umum Propinsi Jambi, sebagai perawat dan instruktur klinik di Instalasi Gawat Darurat, WAKA Intensive Care Unit, Intensive Cardiology Care Unit, Instalasi Rawat Inap, sekretaris pada komite keselamatan pasien RS, Kasubag Diklat, Kasubag Etik dan Profesi, Pengawas Perawatan, Satuan Pengawas Internal, dan Kepala Bidang Keperawatan. Saat ini penulis aktif sebagai dosen dan peneliti di Jurusan Keperawatan Universitas Jambi

BAB 5

Infertilitas dan Gangguan Haid

Esther N. Tamunu, S.SiT., S.Kep.Ns., M.Kep

A. Infertilitas

Infertilitas adalah ketidakmampuan untuk mengandung setelah kurang lebih satu tahun dalam hubungan suami istri yang normal dan tidak menggunakan kontrasepsi apapun. Hal ini merupakan masalah medis serius yang memengaruhi kualitas hidup dan menjadi masalah bagi 10% sampai 15% pasangan usia subur di Amerika. Infertilitas dikatakan primer apabila pasangan suami/istri belum pernah hamil dan infertilitas sekunder bila isteri pernah hamil.

Infertilitas sering dikaitkan dengan wanita tetapi sekitar 40% dari kasus yang ditemukan berhubungan dengan pria dan 20% dari kedua pasangan. Terdapat 50% dari pasangan yang berhasil dalam menjalani pengobatan dan akhirnya hamil. Fertilitas wanita rendah pada masa pubertas yang mencapai puncaknya pada umur sekitar 20 - 30 tahun dan mengalami penurunan setelah umur 30 tahun. Terdapat 33% dari wanita yang menunda proses kehamilan sampai umur 35 tahun mengalami infertilitas.

B. Patofisiologi Infertilitas

Sekitar 95% disfungsi sistem reproduksi berhubungan dengan anovulasi, kelainan anatomis pada traktus genital wanita dan produksi sperma yang tidak normal. Disfungsi ovulasi merupakan penyebab utama dari infertilitas. Obstruksi tuba fallopii adalah gangguan struktur yang sering terjadi. Penyebab obstruksi yang lazim terjadi adalah Salpingitis akut disebabkan adanya infeksi gonorea atau klamidia. Selain itu

juga dapat disebabkan oleh infeksi panggul, pemakaian Intra Uterin Device (IUD) dan endometriosis.

Infeksi dapat merusak kelenjar-kelenjar yang mengsekresi mucus, membantu kelangsungan hidup dan motilitas sperma. Kurangnya estrogen dapat menyebabkan volume dan kualitas mucus serviks menurun. Kelainan pada uterus termasuk leiomyoma dapat mengganggu implantasi ovum yang telah dibuahi. Sekitar 40% dari infertilitas berkaitan dengan masalah produksi sperma.

C. Faktor-faktor yang berhubungan dengan infertilitas

Infertilitas dapat dialami oleh pria maupun wanita. Jika pasangan suami istri mengalami kesulitan dalam memiliki anak maka keduanya harus melakukan pemeriksaan diagnostic yang intensif. Baik bagi pria maupun wanita, banyak faktor yang berkontribusi pada fertilitas yang normal. Berkembangnya saluran reproduksi secara normal pada pasangan pria dan wanita sangat penting. Fungsi normal dari sumbu Gonad-hipofisis, hipotalamus yang utuh mendukung aksi support gametogenesis. (pembentukan sperma dan ovum). Masa hidup ovum dan sperma pendek. Meskipun sperma bertahan hidup dalam saluran reproduksi wanita selama 48 jam atau lebih, kemungkinan hanya beberapa yang subur bertahan hidup sampai lebih dari 24 jam.

Penyebab infertilitas pada pria dan wanita terdapat perbedaan, antara lain :

1. Penyebab infertilitas pada pria
 - a. Perkembangan : Testis tidak turun, anomaly lain yang dapat menghambat pematangan sperma.
 - b. Endokrin : Defisiensi hormone (hipofisis, tiroid, adrenal)
 - c. Penyakit : Kerusakan testis oleh karena penyakit, orkitis dari mump(gondongan), prostatitis.
 - d. Lain-lain : rokok, alcohol dan mariyuana.
2. Penyebab infertilitas pada wanita
 - a. Perkembangan : Uterus abnormal

- b. Endokrin : Disfungsi hipofisis, tiroid, adrenal dan ovarium. Disfungsi ovulasi dapat menghambat pematangan dan keluarnya ovum.
 - c. Penyakit : PID (terutama karena gonokokus), obstruksi tuba falopi, penyakit pada serviks dan uterus yang dapat menghambat jalannya sperma aktif.
 - d. Lain-lain : Malnutrisi, Anemia berat dan ansietas.
3. Pada pria dan wanita
- a. Penyakit menular seksual, kanker yang dapat menyebabkan obstruksi pertemuan sperma dan ovum.
 - b. Lain-lain: Inkompatibilitas imunologi dapat mencegah penetrasi ovum oleh sperma, masalah perkawinan.

Terdapat beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa rokok dapat menyebabkan infertilitas. Nikotin mempunyai efek negative terhadap transportasi dan implantasi ovum yang telah dibuahi. Malnutrisi juga memengaruhi sekresi hipofisis dan gonadotropin. Pradila (2014) menyatakan bahwa pada pria perokok 10 - 20 batang per hari memiliki Odds untuk menderita kualitas sperma yang abnormal 8,6 kali lebih dari pria yang tidak merokok.

Infertilitas menyebabkan dampak psikologis yang sangat berat terhadap pasangan suami isteri, terutama pada isteri karena sumber tekanan sosiopsikologis terkait erat dengan kemungkinan hamil dan melahirkan. Ketidakmampuan untuk mendapat keturunan dapat memengaruhi semua aspek hidup pasangan suami/isteri. Mengikuti pemeriksaan dan pengobatan dapat memberi pengharapan dan kemudian dapat menjadi keputusan ketika gagal dalam pengobatan.

D. Manajemen asuhan pada Infertilitas

1. Kolaboratif

Evaluasi infertilitas bertujuan menentukan penyebab dari infertilitas, menentukan pilihan pengobatan baik tindakan medis atau tindakan bedah. Proses pemeriksaan dan pengobatan dapat menimbulkan stress fisik, emosi, dan finansial pasangan suami isteri.

Tabel 1. Uji Diagnostik Untuk Infertilitas

| Gender | Uji | Data Yang didapat |
|------------------------|------------------------------------|--|
| Pria | Analisi semen | Menentukan adanya sperma, jumlah dan motilitas sperma |
| | Biopsi Testis | Adanya sperma menunjukkan obstruksi pada vas deferens |
| Wanita | Grafik suhu tubuh basal | Menentukan adanya ovulasi |
| | Uji Sekresi serviks setelah koitus | Menentukan kemampuan sperma mempenetrasi mucus dari serviks dan tetap aktif, menentukan kualitas mucus serviks |
| | Biopsi endometrium | Menentukan apakah terjadi ovulasi |
| | Laparaskopi | Menentukan kepatenan tuba fallopi |
| | Histerosalpingografi | Menentukan kepatenan uterus dan tuba fallopi |
| Pria dan wanita | Uji hormonal | Menentukan apakah masalahnya adalah hormonal |

Apabila masalah infertilitas berasal dari suami maka dapat dilakukan pengobatan inseminasi artifisial. Prosedur ini sederhana, aman dan memiliki tingkat keberhasilan yang tinggi. Semen dari suami dapat dimasukkan secara intraserviks atau intrauterine. Beberapa tetes semen dari suami dapat dimasukkan apabila masa ovulasi dari isteri sudah dekat.

Apabila semen dari suami yang dipakai maka disebut inseminasi homolog, apabila dari donor yang lain disebut heterolog. Fertilitas dari donor diperiksa dengan baik, juga dilakukan skrining terhadap HIV. Pengobatan ini dapat menimbulkan reaksi yang sangat kuat dari suami dan istri.

Beberapa obat yang dapat digunakan untuk merangsang dan mempertahankan ovulasi antara lain

Klomifen sitrat yang digunakan untuk wanita tanpa disfungsi hipofisis dan Metrodin dipakai untuk pasien dengan disfungsi hipofisis. HCG dipakai untuk merangsang keluarnya folikel yang matang dan progesterone dipakai untuk mempertahankan fase luteal.

Kelahiran multiple dapat terjadi dengan terapi merangsang ovulasi. Oleh karena itu perlu menjelaskan kepada pasien hal-hal yang merupakan efek samping terapi antara lain : merasa panas, emosi labil, depresi, cepat lelah dan mual.

2. Mandiri

Masalah infertilitas dapat mengakibatkan stress psikologi bagi pasangan suami isteri. Petugas kesehatan mempunyai peranan penting dalam membantu pasangan suami isteri untuk aktif dalam semua tahapan pengobatan; tahap awal pengkajian, berbagai pemeriksaan, rencana pengobatan, pelaksanaan rencana dan seterusnya. Hubungan yang terapeutik harus terbangun agar pasangan suami isteri merasa aman dalam mengungkapkan masalah infertilitas yang dialami, pemeriksaan, pengobatan perawatan, harapan dan ketidakberdayaan yang mereka alami.

Penyuluhan kesehatan/edukasi kesehatan perlu dilakukan petugas untuk memberikan informasi, memberikan motivasi dan penguatan ataupun solusi bagi pasangan suami isteri ataupun klien yang mengalami masalah kesehatan infertilitas.

E. Gangguan Menstruasi

1. Dismenorea

Dismenorea adalah nyeri uterus pada saat menstruasi. Intensitas dismenorea dapat berkurang setelah hamil atau pada umur sekitar 30 tahun. Keluhan nyeri saat haid bervariasi dari ringan sampai berat. Yang dimaksud dismenorea dalam tulisan ini adalah nyeri haid yang hebat sampai menyebabkan perempuan datang berobat ke dokter, atau mengobati dirinya sendiri dengan obat anti nyeri.

Dismenorea terbagi dua kelompok Yaitu Primer dan sekunder.

a. Dismenorea Primer

Dismenorea Primer adalah nyeri haid tanpa ditemukan keadaan patologi panggul, berhubungan dengan siklus ovulasi dan disebabkan oleh kontraksi myometrium sehingga terjadi iskemia akibat endometrium pada fase sekresi memproduksi Prostaglandin. Saat perubahan dari fase proliferasi ke fase sekresi terdapat peningkatan kadar prostaglandin di endometrium. Perempuan dengan dismenore primer memiliki kadar prostaglandin lebih tinggi dari perempuan tanpa dismenorea. Peningkatan kadar prostaglandin tertinggi saat haid terjadi pada 48 jam pertama, sejalan dengan munculnya intensitas keluhan nyeri haid.

Diperkirakan dengan masuknya prostaglandin ke dalam sirkulasi sistemik sering terjadi keluhan mual, muntah, nyeri kepala dan diare. Dismenorea primer mengenai 50-70% perempuan yang masih menstruasi. Sekitar 10% mengalami dismenorea berat sehingga mereka tidak dapat bekerja.

b. Dismenorea Sekunder

Dismenorea sekunder adalah nyeri haid yang berhubungan dengan berbagai keadaan patologis di organ genitalia, misalnya endometriosis, adenomiosis, mioma uteri, stenosis serviks, penyakit radang panggul, perlekatan panggul atau *irritable bowel syndrome*.

Dismenore primer diatasi dengan inhibitor prostaglandin yang dapat menghalangi sintesis dan metabolisme prostaglandin. Obat yang efektif dalam menghambat sintesis prostaglandin dan merupakan terapi awal yang sering digunakan adalah *nonsteroidal anti-inflammatory drugs* (NSAID), antara lain : Ibuprofen, Naproxen dan Ketoprofen. Dismenorea sekunder diatasi dengan memperbaiki penyebab organik.

2. Amenorea

Amenorea atau tidak ada haid terbagi dalam dua kategori, primer dan sekunder. Amenorea primer timbul apabila haid pertama tidak terjadi pada umur 16 tahun. Hal ini dapat diakibatkan oleh kelainan genetik, endokrin atau defek perkembangan kongenital.

Amenorea sekunder terjadi apabila seorang perempuan yang sebelumnya telah mengalami haid dan berhenti selama 3 – 6 bulan. Kadang-kadang tidak ada haid, satu kali masih dianggap normal. Kehamilan merupakan penyebab utama amenorea. Amenorea sekunder dapat terjadi sebagai respons dari stress berat, perubahan fungsi hipotalamus, kelenjar hipofisis, ovarium, tiroid dan kelenjar adrenal. Perempuan yang menggunakan kontrasepsi oral dapat mengalami amenorea selama 6 bulan setelah berhenti memakai kontrasepsi oral.

Amenorea sekunder dapat juga dialami oleh atlet yang terlalu banyak menghabiskan kalori, karena menarche normal membutuhkan sekitar 17% lemak tubuh. Kehilangan 10-15% berat badan dapat menyebabkan amenorea. Amenorea juga berpengaruh terhadap kepadatan tulang dan menyebabkan osteoporosis. Perempuan yang anovulasi berisiko mengalami kanker endometrium, perdarahan uterus disfungsi dan infertilitas.

Pengobatan tergantung pada penyebab amenorea. Terapi hormone dapat diberikan. Perempuan dengan amenorea membutuhkan konseling untuk menangani gangguan konsep diri dan infertilitas.

3. Sindrom Premenstruasi

Sindrom premenstruasi (*premenstrual syndrome*-PMS) adalah sekelompok gejala fisik maupun tingkah laku yang timbul pada pertengahan siklus menstruasi dan disusul dengan periode tanpa gejala. Penyebab PMS belum diketahui, beberapa peneliti beranggapan sebagai akibat dari faktor hormonal (estrogen, progesterone, prolactin dan aldosterone), psikologis dan nutrisi. Gangguan

keseimbangan hormone estrogen dan progesterone akan menyebabkan retensi cairan dan natrium sehingga berpotensi menyebabkan keluhan sindroma prahaid.

Beberapa keluhan yang muncul sebelum haid antara lain, cemas, lelah, susah konsentrasi, susah tidur, hilang energy, sakit kepala, sakit perut dan sakit area payudara. Kondisi ini sering dialami pada 7 - 10 hari menjelang haid.

Hasil penelitian Purnami (2022) gejala fisik premenstrual sindrom yang sering dikeluhkan adalah timbulnya jerawat di wajah, gejala psikologis yang sering adalah *mood swing* dan gejala perilaku premenstrual sindrom yang sering adalah tidak suka bersosialisasi. Keluhan akan memengaruhi aktivitas sehari-hari dan pekerjaan.

Pemberian terapi hormone sangat bermanfaat untuk mengurangi keluhan prahaid diantaranya : Progestin (didrogesteron dan medroksi progesterone asetat-MPA) hari ke 16 sampai 25 siklus haid. Dapat juga diberikan Pil kontrasepsi kombinasi. Pola makan diperhatikan, dianjurkan diet rendah garam, bila terjadi retensi cairan berlebih maka diberikan diuretika.

4. Perdarahan Uterus Disfungsional

Perdarahan uterus disfungsional (*dysfunctional uterine bleeding-DUB*) merupakan perdarahan dari uterus yang banyak atau tidak teratur tanpa penyebab yang jelas. Dapat berupa menstruasi yang terlalu banyak, berlangsung lama dan perdarahan diantara menstruasi. Dapat disebabkan oleh berbagai faktor, tapi yang sering adalah abnormalitas endokrin. Penyakit sistemik dapat juga menjadi faktor penyebab seperti penyakit hepar yang dapat mengganggu metabolisme estrogen; diskrasia darah dapat menyebabkan perdarahan spontan. Perdarahan uterus disfungsional yang terjadi pada waktu perimenopause dan postmenopause dikaitkan dengan kanker uterus.

Pada menoregia, pembalut dapat menjadi sangat basah sehingga harus sering diganti setiap 1-2 jam selama satu

minggu atau lebih. Tidak jelas penyebabnya tapi dapat dikaitkan dengan disfungsi aksis hipotalamus-hipofisis-ovarian yang menyebabkan stimulasi estrogen dari endometrium.

Tabel 2. Penyebab *Disfunctional Uterine Bleeding* (DUB) selama masa subur dan menopause.

| Tipe | Penyebab |
|--|---|
| Menoragia (Menstruasi yang banyak dan panjang) | Mioma submucosa, hiperplasia endometrium, tumor maligna, hipotiroidisme. |
| Metroragia (Perdarahan diantara menstruasi) | Polip endometrium, kanker endometrium dan serviks, pemberian estrogen |
| Polimenorea (Frekuensi dari menstruasi) | Anovulasi, fase luteal pendek |
| Kriptomenorea (Menstruasi yang sedikit) | Stenosis himen atau serviks Kontrasepsi Oral |
| Oligomenorea (Menstruasi yang sedikit atau jarang, jarak antara menstruasi bias lebih dari 35 hari) | Anovulasi dari endokrin seperti kehamilan dan menopause; berat badan sangat kurang; tumor organ yang mensekresi estrogen. |

Diagnosis *dysfunctional uterine bleeding*, diperlukan riwayat perdarahan yang lengkap : frekuensi, banyaknya dan lamanya perdarahan. Dalam uji laboratorium : pemeriksaan darah lengkap, uji kehamilan, pemeriksaan tiroid, uji ovulasi dan pemeriksaan koagulasi. Masalah struktur dan keganasan dapat dilaksanakan pap smear, pemeriksaan pelvis, ultrasonografi, biopsy endometrium, dan sonohisterografi.

Terapi disesuaikan dengan penyebab perdarahan, bila tidak ada penyebab organik dianjurkan penanganan konservatif. Pilihan farmakologis untuk menghentikan perdarahan atau menguranginya, antara lain : estrogen,

progestin, obat antiinflamasi nonsteroid, obat anti fibrinolitik, dan agonis hormone pelepas gonadotropin seperti Danazol. Apabila perdarahan tidak dapat ditangani secara konservatif maka dilakukan Histerektomi.

5. Endometriosis

Endometriosis adalah keadaan ketika sel-sel endometrium yang seharusnya terdapat hanya dalam uterus, tersebar juga ke dalam rongga pelvis. Penyebab endometriosis belum diketahui tapi ada beberapa teori yang telah dikemukakan :

- a. Secara kongenital sudah ada sel-sel endometrium di luar uterus.
- b. Berpindahnya sel-sel endometrium melalui sirkulasi darah atau sirkulasi limfe.
- c. Refluks menstruasi yang mengandung sel-sel endometrium ke tuba fallopi sampai ke rongga pelvis.
- d. Herediter karena insiden lebih tinggi pada wanita yang ibunya juga mengalami endometriosis.

Sel-sel yang tumbuh di luar uterus dipengaruhi oleh hormone ovarian dan perdarahan menstruasi terjadi di tempat ada sel-sel endometrium. Darah di sekitar jaringan menimbulkan respons inflamasi. Gumpalan darah yang disebut kista coklat bisa timbul dan dapat terpalpasi atau dapat diraba. Kadang kista ini bias pecah dan selsel endometrium yang ada di dalam kista bias tersebar ke dalam rongga pelvis. Inflamasi yang berulang ulang dapat menyebabkan perlengketan (adhesi). Adhesi yang berat dapat membuat organ-organ dalam rongga pelvis saling lengket, atau adhesi bias juga menyebabkan penyempitan usus atau vesika urinaria (striktur).

Dari berbagai organ-organ yang ada di dalam pelvis, beberapa organ yang paling dapat mengalami endometriosis yaitu pelvis peritoneum, kavum Douglas anterior dan posterior, utero-sakral, ligament, rotundum dan latum, tetapi di antara organ-organ tersebut yang ada di dalam pelvis ada satu organ yang paling sering mengalami

endometriosis yaitu ovarium. Endometriosis berkembang secara perlahan dan biasanya tidak menimbulkan gejala sampai pada umur 30-40 tahun. Gejala khas yang biasa timbul adalah nyeri menstruasi dan lama kelamaan semakin lebih sakit. Gejala lainnya juga bisa berupa abdomen, dyspareunia, menstruasi tidak teratur, dan disfungsi vesika urinaria. Pemeriksaan pelvis menunjukkan uterus yang retrovert, terfiksasi, membesar, nodular, dan sakit apabila ditekan.

Cara yang pasti untuk mendiagnosis endometriosis adalah laparoskopi. Endoskopi dapat dilaksanakan untuk mengetahui luasnya endometriosis, dan biopsi untuk mengetahui apakah ada keganasan. Kehamilan dapat memperlambat perkembangan endometriosis, karena menstruasi berhenti selama kehamilan dan laktasi. Beberapa wanita menjadi asimtomatis setelah melahirkan. Fertilisasi wanita dengan endometriosis rendah maka bagi pasangan yang ingin memiliki anak harus menjalankan bantuan medis.

Kontrasepsi oral yang mengandung estrogen yang minimal dan progestin yang tinggi dapat menyebabkan atrofi endometrium. Obat-obatan antigonadotropik seperti Danasol dapat juga dipakai untuk menekan kegiatan ovarium. Danasol dapat menghentikan perkembangan endometrium, mencegah ovulasi, dan menyebabkan atrofi jaringan endometrium yang ada di luar uterus. Namun obat-obatan ini memiliki kelemahan karena memiliki harga yang sangat mahal sehingga tidak mudah di jangkau oleh masyarakat atau orang-orang yang kurang mampu, memiliki efek samping yang menyebabkan penggunaanya merasa mual, mudah lelah, depresi, bertambahnya berat badan, memiliki gejala menyerupai menopause, dan osteoporosis.

Apabila tidak ada respon terhadap terapi konservatif, intervensi bedah dapat dilaksanakan. Pembedahan laser laparoskopik adalah pembedahan yang bisa

mempertahankan fasilitas pasien karena pembedahan ini hanya melepas adhesi dan menghancurkan jaringan endometrium yang ada dalam rongga pelvis. Bedah radikal meliputi pengangkatan uterus, tuba fallopi, dan ovarium. Endometriosis dapat berhenti total ketika menopause.

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar M., Baziad A., Prabowo P (2011) Ilmu Kandungan. Cetakan Pertama Edisi Ketiga. Penerbit PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
- Baradero M., Dayrit M.W., Siswadi Y (2007) Klien Gangguan Sistem Reproduksi dan Seksualitas. Seri Asuhan Keperawatan. Penerbit Buku Kedokteran EGC. Cetakan I, Jakarta.
- Kovac J.R., Khanna A., & Lipshultz L.,I. (2015) The Effect of CigaretteSmoking on Male Fertility. Postgraduate Medicine, Vol. 127 No. 3, 338-341. <https://doi.org/10.1080/00325481.2015.1015928>
- Perry S,E., Hockenberry M.J., Lowdermilk D.L., Wilson D. (2010). Maternal Child Nursing Care. Fourth edition. Mosby Elsevier.
- Pradila Desty Sari (2014) Effect of Cigarette Smoke in Quality and Quantity Spermatozoa. Faculty Medicine of lampung University. J Majority Vol.3 No. 2, 102-106.
- Purnami, I Dewa Ayu Sri (2022) Gambaran Tanda & Gejala Premenstrual Syndrome (PMS) Pada Remaja Puteri di SMA Negeri 1 Bangli Tahun 2022. <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/9151/>

BIODATA PENULIS



Esther Novilian Tamunu, S.SiT.,S.Kep.Ns., M.Kep lahir di Tomohon , pada 3 November 1971. Penulis menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan pada Akademi Keperawatan Depkes Manado tahun 1994. Pada tahun 1999 Melanjutkan Pendidikan Diploma IV Perawat Pendidik, Peminatan Keperawatan Maternitas di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar dan Tahun 2006 sambil mengelola Akademik di Jurusan Keperawatan Poltekkes Manado juga sebagai tugas belajar di Fakultas Keperawatan Unsrit Tomohon. Menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners tahun 2010. Penulis melanjutkan studi S2 Keperawatan pada Prodi Magister Maternity Nursing Fakultas kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus tahun 2015. Saat ini sebagai dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado, Bersama tim dosen lainnya melaksanakan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Berkarya bersama dalam organisasi Profesi Dewan Pengurus Wilayah Persatuan Perawat Nasional Indonesia

(DPW PPNI) Sulawesi Utara sebagai
Bendahara.

BAB 6 | Sexual Transmitted Disease (STD)

Indro Subagyo, SKM., M.Kes

A. Pendahuluan

Sexual Transmitted Disease (STD) atau Penyakit Menular Seksual (PMS) merupakan penyakit-penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual dengan ada manifestasi klinis berupa timbulnya kelainan-kelainan terutama pada alatkelamin. Tidak adanya deteksi dini PMS dapat menimbulkan berbagai komplikasi misalnya kehamilan di luar kandungan, kanker anogenital, infeksi pada bayi yang baru lahir atau infeksi pada kehamilan.

Pada kenyataannya terdapat banyak PMS yang tidak menunjukkan gejala (asimtomatik) sehingga mempersulit pengobatan. Penyakit menular Seksual di Indonesia semakin meningkat dari tahun ke tahun seperti infeksi candidiasis, bakteri vaginosis, gonorrhea, condyloma akuminata, herpes genitalis, AIDS, syphilis, dan herpes simpleks(Matahari & Utami, 2018).

B. Penyakit Menular Seksual (*Sex Transmitted Disease*)

1. Pengertian *Sex Transmitted Disease* (penyakit menular seksual)

Penyakit menular seksual adalah penyakit infeksi bakteri atau bisa juga virus yang ditularkan dari satu orang ke orang lain lewat kontak seksual. Penyakit menular seksual juga umum dikenal sebagai penyakit kelamin. Bakteri atau virus penyebab penyakit hidup di kulit kelamin atau selaput lendir kelamin (misalnya, dinding dalam vagina). Pasalnya, area genital umumnya lembab dan

hangat sehingga jadi tempat yang ideal bagi jamur, bakteri dan virus untuk berkembang biak. Organisme penyebab infeksi juga mungkin terdapat dalam air mani, cairan vagina, atau pun darah yang mungkin saja keluar saat hubungan seks berlangsung. Seseorang dapat tertular penyakit kelamin dari hubungan seks vaginal, anal, atau oral tanpa kondom dengan seseorang yang sudah lebih dulu mengidap infeksi tersebut. Risiko penularan bisa meningkat terutama jika Anda memiliki luka terbuka di kulit atau kelamin yang bisa jadi gerbang masuknya penyakit (Hadiyanti, 2020).

2. Jenis-Jenis Penyakit Menular Seksual

a. Infeksi Bakteri

1) *Neisseria gonorrhoeae* : Gonore

- a) Laki-laki: uretritis, epididimitis, orkitis, kemandulan
- b) Perempuan: servitis, endometritis, salpingitis, bartolinitis, penyakit radang panggul, kemandulan, ketuban pecah dini, perihepatitis
- c) Laki-laki & perempuan: proktitis, faringitis, infeksi gonokokus diseminata
- d) Neonatus: konjungtivitis, kebutaan

2) *Chlamydia trachomatis*: Klamidiasis (Infeksi Klamidia)

- a) Laki-laki: uretritis, epididimitis, orkitis, kemandulan
- b) Perempuan: servitis, endometritis, salpingitis, penyakit radang panggul, kemandulan, ketuban pecah dini, perihepatitis, umumnya asimtomatik
- c) Laki-laki & perempuan: proktitis, faringitis, sindrom Reiter
- d) Neonatus: konjungtivitis, pneumonia

- 3) *Chlamydia trachomatis* (galur L1-L3) :
Limfograduloma Venereum
Laki-laki & perempuan: ulkus, bubo inguinalis, proktitis
 - 4) *Treponema pallidum* : SIFILIS
 - a) Laki-laki & perempuan: ulkus durum dengan pembesaran kelenjar getah bening lokal, erupsi kulit, kondiloma lata, kerusakan tulang, kardiovaskular dan neurologis
 - b) Perempuan: abortus, bayi lahir mati, kelahiran premature
 - c) Neonatus: lahir mati, sifilis kongenital
 - 5) *Haemophilus ducreyi* : Chancroid (Ulkus Mole)
Laki-laki & perempuan: ulkus genitalis yang nyeri, dapat disertai dengan bubo
 - 6) *Klebsiella (Calymmatobacterium) granulomatis*:
Granuloma Inguinale (Donovanosis)
Laki-laki & perempuan: pembengkakan kelenjar getah bening dan lesi ulseratif di daerah inguinal, genitalia dan anus.
Mycoplasma genitalium
 - a) Laki-laki: duh tubuh uretra (uretritis non-gonore)
 - b) Perempuan: servisititis dan uretritis non-gonore, mungkin penyakit radang panggul
 - 7) *Ureaplasma urealyticum*
 - a) Laki-laki: duh tubuh uretra (uretritis non-gonokokus)
 - b) Perempuan: servisititis dan uretritis non-gonokokus, mungkin penyakit radang panggul
- b. Infeksi Virus
- 1) *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* : Infeksi HIV / Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)
Laki-laki & perempuan: penyakit yang berkaitan dengan infeksi HIV, AIDS

- 2) *Herpes simplex virus (HSV)* tipe 2 dan tipe 1 : Herpes Genitalis
 - a) Laki-laki & perempuan: lesi vesikular dan/atau ulseratif di daerah genitalia dan anus
 - b) Neonatus: herpes neonates
 - 3) *Human papillomavirus (HPV)* : Kutil Kelamin
 - a) Laki-laki: kutil di daerah penis dan anus, kanker penis dan anus
 - b) Perempuan: kutil di daerah vulva, vagina, anus, dan serviks; kanker serviks, vulva, dan anus
 - c) Neonatus: papiloma larings
 - 4) *Virus hepatitis B* : Hepatitis Virus
Laki-laki & perempuan: hepatitis akut, sirosis hati, kanker hati
 - 5) *Virus moluskum kontagiosum* : Moluskum Kontagiosum
Laki-laki & perempuan: papul multipel, diskret, berumbilikasi di daerah genitalia atau generalisata
- c. Infeksi Protozoa
- 1) *Trichomonas vaginalis* : Trikomoniasis
 - a) Laki-laki: uretritis non-gonokokus, seringkali asimtomatik
 - b) Perempuan: vaginitis dengan duh tubuh yang banyak dan berbusa, kelahiran premature
 - c) Neonatus: bayi dengan berat badan lahir rendah
- d. Infeksi Jamur
- 1) *Candida albicans* : Kandidiasis
 - a) Laki-laki: infeksi di daerah glans penis
 - b) Perempuan: vulvo-vaginitis dengan duh tubuh vagina bergumpal, disertai rasa gatal & terbakar di daerah vulva
- e. Infestasi Parasit
- 1) *Phthirus pubis* : Pedikulosis Pubis
Laki-laki & perempuan: papul eritematosa, gatal, terdapat kutu dan telur di rambut pubis
 - 2) *Sarcoptes scabiei* : Scabies

Papul gatal, di tempat predileksi, terutama malam hari (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

6. Cara Penularan Penyakit Menular Seksual

IMS disebabkan lebih dari 30 jenis patogen seperti bakteri, virus dan parasit dan tersebar terutama melalui kontak seksual, termasuk melalui cara vaginal, anal dan oral seks. Selain IMS dapat menyebar melalui kontak seksual, organisme penyebab IMS juga dapat menyebar melalui cara-cara non-seksual seperti melalui transfusi darah. IMS seperti klamidia, gonore, hepatitis B, HIV, HPV, HSV-2 dan sifilis juga dapat ditularkan dari ibu ke anak selama kehamilan dan persalinan. Seseorang dengan IMS dapat tanpa gejala (asimtomatik) dari suatu penyakit. Oleh karena itu, istilah "Infeksi Menular Seksual" adalah istilah yang lebih luas dari "Penyakit Menular Seksual" (PMS). Gejala umum dari IMS adalah keputihan, penyumbatan uretra pada pria, ulkus genital dan nyeri perut.

Terdapat delapan dari 30 patogen lebih yang diketahui dapat ditularkan melalui hubungan seksual setelah dikaitkan dengan kejadian terbesar penyakit. Delapan infeksi ini, terdiri dari empat yang dapat disembuhkan, yaitu : sifilis, gonore, klamidia dan trikomoniasis. Sedangkan empat lainnya adalah infeksi virus dan tidak dapat disembuhkan, tetapi dapat dikurangi atau termodulasi melalui pengobatan, yaitu: hepatitis B, herpes, HIV, dan HPV (Najmah, 2015).

7. Cara Pencegahan Penyakit Menular Seksual

a. Pencegahan Primer

Intervensi konseling dan perilaku menawarkan pencegahan primer terhadap IMS termasuk HIV, serta kehamilan yang tidak disengaja. Pendidikan seks yang komprehensif, konseling seks/pengurangan risiko, promosi dan penyediaan kondom, dan intervensi ditargetkan untuk populasi berisiko tinggi dan rentan. Selain itu, konseling dapat bertujuan untuk

meningkatkan keterbukaan tentang gejala IMS dan memotivasi kelompok resiko tinggi untuk mencari pengobatan IMS. Vaksinasi yang relatif baru, aman dan ampuh terhadap jenis HPV yang menjadi penyebab 70 % dari kanker serviks, dan mencegah kutil kelamin telah diaplikasikan pada beberapa negara maju. Vaksin HPV diberikan selama masa remaja dan program awal vaksinasi untuk HPV lebih sulit untuk diterapkan. Hambatan tambahan termasuk rejimen tiga dosis, biaya awal pengembangan vaksinasi yang tinggi, dan ketidaknyamanan publik terkait vaksin IMS yang diberikan kepada remaja. Sehingga, vaksinasi masih sulit diterapkan di negara berkembang yang tinggi angka kanker serviksnya. Vaksin hepatitis B yang aman dan efektif dan telah universal direkomendasikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sejak tahun 1992. Lebih dari 90% dari negara-negara sekarang telah memperkenalkan vaksinasi hepatitis B ke dalam program nasional imunisasi bayi, dan sebagian besar negara-negara ini telah mencapai >90% cakupan vaksin.

Gencarnya intervensi sunat pada laki-laki dewasa telah dilaksanakan tidak hanya pada kelompok agama tertentu, tetapi sudah menjadi intervensi universal untuk kesehatan. Manfaat tidak hanya secara substansial mengurangi risiko HIV heteroseksual, tetapi juga merupakan faktor protektif terhadap IMS lainnya, seperti HSV-2 dan HPV. Tidak ada intervensi biomedis tambahan yang tersedia saat ini, termasuk mikrobisida.

b. Pencegahan Sekunder

Manajemen sindrom, tes diagnostik, dan pengobatan antimikroba yang tepat dapat mengurangi tingkat keparahan IMS dan penularan IMS pada orang lainnya. Manajemen sindrom biasanya dilakukan pada negara berpenghasilan rendah dan menengah sedangkan tes

diagnostik dilakukan pada negara berpenghasilan tinggi. Manajemen sindrom menitikberatkan pada gejala yang timbul pada genital untuk diagnosis IMS sehingga cocok untuk pengobatan dan perawatan tanpa menggunakan tes laboratorium. Manajemen sindrom cocok untuk sindrom duh dan uretra. Sedangkan tes diagnostik, yang cepat dan akurat untuk sifilis sekarang sudah tersedia. Murah, hasil didapat dalam waktu 15-20 menit, dan mudah digunakan dengan pelatihan yang minimal. Tes diagnostik cepat untuk sifilis yang digunakan dalam beberapa aspek terbatas sumber daya, dimana hambatan dalam penerapannya yaitu kurangnya kesadaran dan pelatihan, dan kurangnya sumber pendanaan untuk pengadaan(1). Pengobatan antimikroba efektif saat ini tersedia untuk beberapa IMS. Namun, munculnya organisme yang resistant terhadap obat, terutama gonore, dapat merusak pengendalian IMS di beberapa aspek. Resistensi antimikroba terhadap sefalosporin, yang merupakan obat kelas lini pertama yang efektif melawan gonore telah dilaporkan.

c. Pencegahan Tersier

Patuh pada pengobatan akan mengurangi tingkat resistensi virus, bakteri dan mikroba penyebab IMS. Penggunaan kondom pada kelompok resiko tinggi juga dapat mengurangi penularan berulang IMS (WHO, 2013 dalam Najmah, 2015).

DAFTAR PUSTAKA

- Hadiyanti, P. (2020). Panduan Reproduksi Sehat dan Aman. In *Modul Pendidikan Perempuan Melalui Kesehatan Reproduksi*. Direktorat Pendidikan Masyarakat dan Pendidikan Khusus Ditjen PAUD, Pendidikan Dasar dan Pendidikan Menengah Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan.
- Irwan. (2017). *Epidemiologi Penyakit Menular* (Cetakan I Maret 2017). CV. ABSOLUTE MEDIA.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual 2016. In *Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual*.
- Matahari, R., & Utami, P. F. (2018). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Infeksi Menular Seksual*. CV. Pustaka Ilmu Group.
- Najmah. (2015). *Epidemiologi Penyakit Menular*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya.

BIODATA PENULIS



Indro Subagyo, SKM., M.Kes lahir di Sleman, pada 23 Maret 1965. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanudin dan S2 di Sekolah Pasca Sarjana Jurusan IKK Universitas Gadjah Mada. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Palu.

BAB 7

Menopause dan Hormon Therapy (HT)

Erni Samutri, S.Kep., Ns., M.Kep

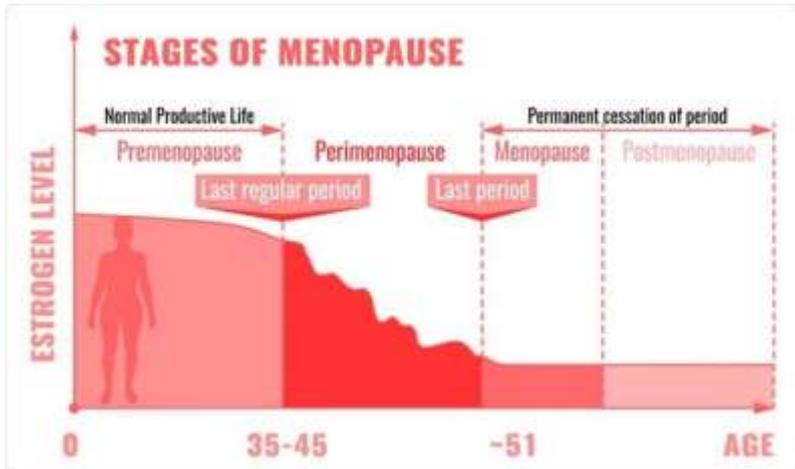
A. Pendahuluan

Menopause adalah periode yang terjadi ketika ovarium berhenti memproduksi telur dan mensekresikan hormon, dan mengakibatkan penghentian menstruasi. Diagnosis menopause dapat ditentukan bila tidak ada periode menstruasi selama 12 bulan dan dapat diperoleh melalui penilaian retrospektif (ACOG, 2014). Masa menopause akan dialami semua wanita, namun masing-masing akan memiliki gejala menopause yang spesifik. Periode ini umumnya terjadi pada wanita usia 50-54 tahun, dan literatur lain menyatakan dengan usia rata-rata 51,4 tahun pada wanita normal dan sebelum 40 tahun dalam kondisi abnormal, yang merujuk pada insufisiensi ovarium primer (primary ovarian failure) (Casper, 2023). Gejala yang paling sering dirasakan adalah *hot flushes* dan dialami sekitar 60% wanita (Thurston & Joffe, 2011).

B. Tahapan Menopause

Menopause adalah peralihan, artinya menopause bukanlah kejadian tunggal dan tiba-tiba. Sebaliknya, periode ini merupakan hasil dari perubahan hormonal yang progresif yang dimulai dari periode menstruasi yang tidak teratur pada sebagian besar wanita, dilanjutkan dengan menstruasi yang tidak berovulasi, menopause atau periode menstruasi terakhir hingga satu tahun kemudian, dan diakhiri dengan periode pascamenopause yang akan bertahan sepanjang hayat. Selama masa transisi ini, ditemukan perubahan signifikan pada kadar estrogen dan FSH. Seiring bertambahnya usia wanita, kadar ekstrogen akan menurun tajam dan sebaliknya FSH meningkat

secara signifikan dan akan bertahan sampai akhir hayat (Harlow et al., 2012).



Gambar 1. Tahapan Menopause

Dikutip dari https://d2jx2rerrg6sh3.cloudfront.net/image-handler/ts/20200310122818/ri/673/picture/2020/3/%40shutterstock_1028458072.jpg

1. Tahap premenopause

Masa haid yang tidak teratur selama beberapa bulan atau tahun dengan masih adanya aktivitas ovarium baik penghasil sel telur maupun hormon yang mensekresi disebut masa premenopause. Premenopause merupakan bagian terakhir dari masa reproduksi, sebelum menuju masa menopause.

2. Tahap perimenopause

Setelah beberapa bulan atau tahun premenopause, wanita akan memasuki masa transisi menopause yang biasa disebut perimenopause. Wanita akan mengalami menstruasi yang tidak berovulasi dengan beberapa siklus diantaranya ada yang mengalami panjang siklus >7 hari berbeda dari biasanya, dan sisanya akan menemukan ≥ 2 siklus yang

dilewati dan interval amenorhea (≥ 60 hari) (Harlow et al., 2012).

3. Tahap menopause

Setelah melewati masa perimenopause, masa transisi berikutnya adalah masa menopause yang berkisar dari periode menstruasi terakhir (*final menstrual period*) sampai 12 bulan, selama masa ini tidak ditemukan adanya darah atau bercak pada keputihan.

4. Tahap postmenopause

Setelah menopause selesai, masa reproduksi terakhir adalah pascamenopause, yang terjadi ketika tidak adanya menstruasi dan terus berlangsung hingga akhir hayat. Bila wanita mengalami beberapa kali perdarahan pada masa postmenopause, berarti ada kondisi yang tidak normal dan perlu pemeriksaan lebih lanjut (Harlow et al., 2012).

C. Tanda dan Gejala

Sebagian besar wanita yang mengalami transisi menopause akan mengalami beberapa gejala yang dirasakan sebagai perasaan tidak nyaman, yang bahkan dapat memperburuk keadaan jika tidak segera diberikan penanganan yang tepat. Hormon estrogen merupakan hormon penting dalam kehidupan wanita dan menjadi bagian terpenting yang mengarah pada transisi menopause. Perubahan kadar estrogen yang signifikan akan menimbulkan pengaruh yang luas, mulai dari instabilitas vasomotor hingga densitas tulang (Dul, 2009).

Penurunan kadar estrogen akan memengaruhi sistem saraf pusat (SSP)/ ketidakstabilan vasomotor yang dapat terjadi pada semua periode menopause (perimenopause, menopause, dan pasca menopause). Vasomotor yang tidak stabil akan menyebabkan penyempitan setpoint dari termoregulasi hipotalamus. Ketika suhu wanita perimenopausa sedikit hangat, hal itu diinterpretasikan saat suhu melewati setpoint atas, menyebabkan vasodilatasi, dan bermanifestasi dengan keringat (*hot flashes*). Gejala ini semakin parah pada malam hari yang menyebabkan sering terbangun dan kualitas tidur menjadi buruk (Dul, 2009).

Pengaruh penurunan estrogen yang kedua adalah perubahan kardiovaskular dan dapat terjadi pada semua periode transisi menopause, menopause, dan pascamenopause. Perubahan kardiovaskular akan dimulai dari peningkatan kolesterol total, peningkatan LDL, penurunan HDL, dan mengarah pada pembentukan awal plak aterosklerosis. Plak ini akan semakin parah dengan menurunnya elastisitas endotel. Akumulasi perubahan ini akan meningkatkan risiko *infark miokard* dan *cerebrovascular accident* (CVA) khususnya stroke iskemik (Dul, 2009).

Pengaruh penurunan estrogen yang biasanya terjadi pada masa pascamenopause adalah perubahan urogenital dan kepadatan tulang. Perubahan urogenital pertama adalah pengurangan sintesis kolagen yang menyebabkan melemahnya dinding vagina dan bermanifestasi menjadi inkontinensia stres dan dapat menyebabkan prolaps organ panggul. Perubahan urogenital lainnya adalah pengurangan aliran darah epitel vagina. Respons dari kondisi ini adalah sekresi lendir vagina yang lebih rendah, atrofi epitel, dan pH vagina yang lebih tinggi. Penumpukan masalah vagina akan dirasakan oleh wanita sebagai vagina kering, sering iritasi dan infeksi, serta dispareunia. Masalah selanjutnya yang akan dialami pada masa pascamenopause adalah berkurangnya kepadatan tulang. Penurunan kadar estrogen akan berpengaruh pada apoptosis osteoklas dan produksi osteoblas. Semakin tinggi jumlah osteoklas, menyebabkan resorpsi tulang masif dan meningkatkan risiko osteoporosis (Dul, 2009).

Perasaan tidak nyaman pada masa transisi menopause seperti hot flashes dan mood swing biasanya menurun seiring dengan adaptasi wanita terhadap transisi ini, tanpa perlu penanganan yang berarti. Namun bila gejala menetap dan memburuk, penanganan yang tepat sangat diperlukan untuk mempertahankan status kesehatan dan kualitas hidup wanita (Dul, 2009).

D. Diagnosis

Seringkali diagnosis menopause dilakukan oleh wanita itu sendiri secara tidak sadar. Para wanita akan mendatangi petugas kesehatan ketika mereka mengalami perubahan siklus menstruasi yang disertai dengan beberapa gejala, seperti *hot flashes*, perubahan suasana hati, vagina kering, dan gejala lain yang berkaitan dengan menopause. Dalam kebanyakan kasus, pemahaman tentang gejala yang dialami akan membantu mendiagnosis menopause.

Banyak wanita yang mengalami gejala menopause biasanya mengharapkan tes darah untuk mendiagnosis menopause mereka. Oleh karena itu, dokter harus menjelaskan bahwa penilaian gejala menopause lebih membantu untuk mendiagnosis menopause daripada pemeriksaan lab, seperti kadar FSH atau kadar estradiol dan progesteron. Perubahan kadar FSH, estradiol, dan progesteron dapat berfluktuasi setiap hari, sehingga tidak perlu dan mahal (AMS, 2022).

Cara yang tepat untuk mendiagnosis wanita yang mengalami gejala menopause adalah (AMS, 2022; Casper, 2023):

1. Cek riwayat gejala menopause
2. Kaji riwayat medis pribadi dan faktor risiko penyakit tromboemboli, kanker payudara, dan osteoporosis untuk membantu preferensi pengobatan
3. Cek riwayat menstruasi wanita

Saat proses penentuan diagnosa menopause, perawat dapat memberikan informasi terkait menopause dan mendukung pilihan pengobatan yang aman dan efektif sesuai dengan gejala pribadi dan preferensi pengobatannya. Hal terpenting dalam diagnosis menopause adalah para profesional harus memberikan respon terhadap gejalanya, bukan biokimia (AMS, 2022).

Namun, bagi wanita yang mengalami siklus menstruasi yang berbeda, seperti kegagalan ovarium prematur, histerektomi atau ablasi endometrium, sindrom ovarium polikistik (PCOS), dan wanita dengan penyakit kronis yang menjalani kemoterapi, menentukan gejalanya saja tidak cukup.

Perlu adanya pengujian dan penilaian lebih lanjut untuk mengetahui masalah utama yang mendasari keluhannya (Harlow et al., 2012).

E. Penatalaksanaan

Gejala menopause yang paling erat kaitannya dengan kadar estrogen adalah gejala vasomotor dan gejala vagina. Banyaknya perasaan tidak nyaman yang disebabkan oleh gejala vasomotor dan vagina menyebabkan wanita mencari pengobatan yang tepat untuk meredakan perasaan tersebut. American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG) telah menetapkan rekomendasi untuk pengobatan gejala vasomotor dan vagina yang berhubungan dengan menopause. Rekomendasi ini dibagi menjadi tiga sumber efektivitas pengobatan. Sumber yang paling direkomendasikan didasarkan pada bukti yang baik atau konsisten, dilanjutkan dengan berdasarkan bukti yang terbatas atau tidak konsisten, dan rekomendasi terlemah didasarkan pada konsensus dan pendapat ahli (ACOG, 2014).

1. Rekomendasi berdasarkan bukti konsisten

Berbagai penelitian telah menunjukkan bahwa **terapi hormon estrogen sistemik (HT)** dengan atau tanpa kombinasi progestin adalah terapi yang paling efektif untuk wanita menopause dengan gejala vasomotor. Terapi hormon estrogen melalui aplikasi oral dan transdermal (misalnya gel, semprotan, tempelan/ *patch*) telah terbukti menurunkan gejala vasomotor. Selain efektifitasnya, terapi ini juga memiliki beberapa efek samping seperti nyeri payudara, perdarahan vagina, kembung, sakit kepala. Prinsip terapi ini adalah pasien harus diberikan dari dosis terendah dan periode tersingkat untuk meringankan gejala.

Risiko kombinasi dari HT dapat berupa kejadian penyakit tromboemboli dan kanker payudara. Aplikasi estrogen transdermal menunjukkan risiko tromboemboli vena yang lebih rendah dibandingkan dengan estrogen oral, namun masih diperlukan bukti lebih lanjut untuk melihat

keamanan dan efektivitas rejimennya untuk meningkatkan kualitas hidup wanita menopause (ACOG, 2014).

Regimen lain untuk meringankan gejala vasomotor adalah pengobatan nonhormonal yang melibatkan *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRI), *serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors* (SNRI), clonidine, gabapentine, dan paroxetine. Paroxetine adalah satu-satunya yang disetujui oleh *food and drug administration* (FDA) Amerika Serikat. Semua obat ini memiliki efek samping spesifik yang harus diperhatikan oleh dokter untuk lebih selektif dalam meresepkan obat dan berdasarkan masalah pasien secara individual (ACOG, 2014).

Masalah lain yang berhubungan secara signifikan dengan kadar estrogen adalah gejala pada vagina. Salah satu gejala vagina tersebut adalah atrofi vagina yang menunjukkan hasil yang efektif bila diobati dengan estrogen, dan semua estrogen dosis rendah disetujui oleh FDA untuk indikasi ini. Khusus untuk wanita yang hanya mengalami gejala vagina, terapi estrogen lokal adalah rekomendasi terbaik. Masalah lain yang terkait dengan gejala vagina adalah dispareunia. Rejimen yang disetujui FDA untuk gejala ini adalah ospemifene, rejimen ini tidak hanya memperbaiki dispareunia, tetapi juga menunjukkan efek positif untuk atrofi vagina. Namun, rejimen ini juga menunjukkan beberapa efek samping seperti *hot flashes*, keputihan, dan kejang otot yang harus diperhatikan untuk mencapai hasil yang paling menguntungkan (ACOG, 2014).

2. Rekomendasi berdasarkan bukti yang terbatas atau tidak konsisten

Ada bukti terbatas yang mendukung penggunaan obat progestin saja, testosteron, suplemen herbal, hormon bioidentik, bahkan modifikasi gaya hidup untuk memperbaiki gejala vasomotor. Hormon bioidentik mengacu pada formulasi yang identik dengan hormon manusia. Salah satu formulasi seperti "*triest*" mengandung hormon plasenta yang masih belum terbukti efektivitas/

keamanannya untuk mengobati gejala menopause dan dapat menyebabkan hiperplasia endometrium, mirip dengan obat lain yang mengandung estrogen (Hill & Hill, 2010).

Modifikasi gaya hidup adalah cara yang cukup rasional untuk memperbaiki gejala vasomotor termasuk memakai pakaian yang lebih tipis, mempertahankan suhu ruangan yang lebih rendah, minum air dingin, menghindari alkohol dan kafein. Resimen lain yang dapat mengurangi gejala vagina adalah penggunaan pelumas vagina berbahan dasar air nonestrogen, terutama bagi wanita yang menghindari terapi hormone.

3. Rekomendasi berdasarkan konsensus dan pendapat ahli

Beberapa konsensus dan ahli menyatakan bahwa penghentian penggunaan HT dapat menyebabkan kekambuhan gejala vasomotor, sehingga wanita menopause yang berniat untuk menghentikan penggunaan HT harus diperlakukan secara individual dan ditentukan rasio tingkat risiko terhadap manfaat dari pilihan ini.

Khusus untuk pasien dengan histerektomi, terapi estrogen saja merupakan pilihan yang lebih baik. Terapi ini harus diberikan setiap hari tanpa henti (Schneider, 2013).

Selain untuk mengobati gejala vasomotor dan vagina, terapi hormon (HT) juga digunakan untuk mengobati gejala kardiovaskular dan tulang, terutama untuk menurunkan prevalensi osteoporosis. Terapi hormon estrogen memiliki peran khusus untuk mengurangi gejala kardiovaskular hanya sebelum pembentukan plak (yaitu selama tahun-tahun perimenopause). Namun, terapi hormon ini harus dihindari ketika plak aterosklerotik sudah terbentuk, karena estrogen eksogen ini akan mengacaukan plak dan menyebabkan pembentukan trombus dan menambah peningkatan infark miokard dan *cerebrovascular accident* (CVA) (Dul, 2009). Osteoporosis umumnya terjadi pada masa postmenopause, sehingga edukasi untuk mencegah masalah tersebut harus diberikan pada masa menopause

sebelumnya, bisa pada masa perimenopause atau menopause. Untuk beberapa pertimbangan keamanan, perhatian yang lebih besar telah difokuskan pada *selective estrogen reseptor modulators* (SERM). Regimen ini menunjukkan hasil yang cukup baik dalam mencegah atau menurunkan prevalensi osteoporosis, termasuk penurunan yang signifikan pada risiko kanker payudara (Dul, 2009; Hill & Hill, 2010).

F. Peran Perawat dalam Hormon Replacement Teraphy (HRT)

Menopause merupakan masa fisiologis yang akan dialami oleh semua wanita pada usia 50-54 tahun, sehingga peran tenaga kesehatan diharapkan dapat membantu wanita menopause menjalani masa transisi menopause dengan nyaman dan beradaptasi dengan kondisi fisiologis dan psikologisnya saat ini. Terapi hormon (HT) adalah jenis pengobatan yang bertujuan untuk mengurangi gejala menopause dan bertindak untuk menggantikan hormon yang biasanya berada pada tingkat yang lebih rendah pada masa menopause (NHS, 2016). Pedoman klinis *American College of Obstetrician and Gynecologists* (ACOG) tentang pengelolaan gejala menopause dengan jelas menunjukkan bahwa terapi hormon adalah pengobatan yang paling direkomendasikan untuk meringankan gejala wanita menopause baik gejala vasomotor maupun gejala vagina. Peresepan untuk rejimen ini sangat membutuhkan peran tenaga kesehatan mulai dari keputusan untuk menggunakan terapi hormon sampai pemeliharaan untuk penggunaan rejimen atau keputusan untuk menghentikan penggunaan rejimen (ACOG, 2014).

Berfokus pada terapi hormon (HT), perawat memiliki peran penting untuk membantu wanita menopause menjalani masa reproduksi terakhirnya dan mencegah mereka dari komplikasi yang tidak diinginkan pada masa menopause melalui pendidikan, konseling, intervensi terapeutik, dan tindak lanjut yang dapat dimulai dari premenopause hingga periode pascamenopause.

Sebenarnya klasifikasi tingkat pencegahan tidak dapat diterapkan secara tepat pada kondisi pasien ini karena masa

menopause merupakan kondisi fisiologis yang normalnya dialami oleh wanita di usia kurang lebih 50 tahun. Tingkat klasifikasi pencegahan lebih ditujukan untuk membantu wanita menyesuaikan diri dengan perubahan fisik dan psikologisnya serta meringankan rasa tidak nyaman yang dialami akibat gejala menopause yang biasanya muncul pada semua periode menopause. Informasi umum terkait dengan periode perimenopause-menopause-postmenopause, tanda dan gejala, kondisi fisiologis dan patofisiologis dari setiap tahap menopause, terapi yang umum digunakan dan efektif untuk meringankan gejala dapat disampaikan secara sensitif dengan mempertimbangkan budaya, etnis, pengetahuan dan tingkat kecemasan pasien (Perry & Potter, 2005).

4. Pencegahan primer

Pencegahan primer adalah upaya untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit, sebelum penyakit itu terjadi (fase prepatogenesis) (Potter & Perry, 2005). Sasaran pencegahan primer adalah jumlah penduduk, kelompok tertentu (remaja, ibu hamil, wanita beserta masa menopausenya), dan individu. Pada wanita yang memasuki masa reproduksi terakhir (premenopause) perlu diberikan pencegahan primer melalui pendidikan dan konseling yang tepat terkait dengan tahap menopause pertama, transisi menopause/ perimenopause (Perry & Potter, 2005).

Konsultasi yang paling fokus untuk wanita premenopause adalah strategi yang tepat untuk menghadapi periode berikutnya, perimenopause. Gejala menopause yang sering muncul pada masa perimenopause adalah gejala vasomotor dan gejala vaginal, sehingga penekanan edukasi terkait gejala tersebut sangat diperlukan. Informasi terapeutik terkait gejala perimenopause, seperti perubahan fisiologis terkait periode ini, tanda dan gejala, rejimen pengobatan yang efektif, dapat disampaikan melalui pendidikan di antara kelompok pramenopause atau dalam pertemuan konsultasi individu, sehingga wanita dapat memperoleh informasi lengkap

dengan jelas. Konsultasi dan pendidikan yang tidak terencana biasanya mengarah pada pemahaman informasi yang parsial dan meningkatkan tingkat kecemasan wanita dan pengobatan yang tidak tepat (Perry & Potter, 2005).

Pada pengobatan HT, wanita harus diberi informasi berbasis bukti terkait pengobatan gejala menopause tidak hanya pada pengobatan HT, tetapi juga rejimen pengobatan lain dapat digunakan, terutama bagi wanita yang menghindari terapi hormone. Perawat harus melengkapi informasi pasien dengan efektivitas dan efek samping terkait dengan obat yang dipilih. Bagi wanita dengan insufisiensi ovarium prematur, histerektomi, sindrom polikistik, dan wanita dengan penyakit kronis yang menjalani kemoterapi, mereka harus diberikan informasi yang spesifik dan tepat terkait dengan periode menopause mereka yang unik. Koordinasi multidisiplin antar tenaga kesehatan dalam penanganan menopause sangat diperlukan untuk mencegah informasi dan penanganan yang tidak tepat (Harlow et al., 2012).

5. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder didefinisikan sebagai skrining penyakit untuk menentukan diagnosis dini dan pengobatan yang tepat. Pada tahap ini individu telah memasuki fase patogenesis dan perlu ditangani oleh tenaga kesehatan (Potter & Perry, 2005). Dalam upaya menentukan terapi hormonal pada wanita menopause diperlukan beberapa pemeriksaan. Riwayat reproduksi wanita, pemeriksaan fisik, dan laboratorium diperlukan untuk membedakan antara menopause normal dan patologis. Ketika penapisan masa menopause telah dilakukan, proses selanjutnya adalah memberikan informasi lengkap kepada wanita menopause terkait pengobatan yang telah diresepkan, sehingga pasien dapat menentukan pengobatan pilihan yang sesuai dengan pertimbangannya. Misalnya, pasien yang mengalami gejala vasomotor, terapi hormon estrogen sistemik (HT) dapat ditawarkan sebagai terapi paling efektif untuk gejala

vasomotor terkait menopause dengan pendidikan lengkap terkait efektivitas, efek samping, dan cara menggunakan terapi tersebut (ACOG, 2014).

Pemahaman perawat terkait dengan deskripsi obat sangat diperlukan untuk mengadvokasi perempuan untuk keputusan terbaik mereka terkait dengan gejala menopausenya. Bagi wanita yang mengalami masalah vasomotor dan ingin menggunakan terapi hormon (HT), perawat harus menganjurkan mereka untuk melakukan pemeriksaan mamografi atau pemeriksaan payudara klinis untuk menentukan apakah ada benjolan atau tidak. Wanita menopause harus diberitahu bahwa payudara dan endometrium adalah jaringan target hormon estrogen. Ketika wanita tersebut memiliki tumor atau benjolan di jaringan tersebut, berarti terapi estrogen harus dihindari dan harus diganti dengan obat non hormonal seperti paroxetine (Bobak, DL, Jensen, & Perry, 2013).

Informasi tambahan yang harus diberikan adalah respons fisik wanita yang umum terkait dengan rejimen yang digunakan, HT, seperti perubahan kulit, perdarahan vagina yang dihasilkan oleh beberapa rejimen HT, payudara kencang, kembung, sakit kepala, juga masalah sensitif terkait biaya pengobatan.

6. Pencegahan tersier

Pencegahan tersier didefinisikan sebagai upaya mempertahankan kesehatan yang optimal setelah kondisi sakit (Potter & Perry, 2005). Pada masa menopause, tingkat pencegahan ini dapat diterapkan pada masa menopause dan pascamenopause. Kedua periode tersebut menunjukkan tidak adanya siklus menstruasi dan menemukan dosis estrogen terendah, dimana hormon ini berperan penting untuk menjaga stabilitas sistem kardiovaskular dan kepadatan tulang. Penurunan kadar estrogen yang terus-menerus pada wanita menopause sering menyebabkan penyakit kardiovaskular seperti infark miokard dan gangguan serebrovaskular. Masalah selanjutnya adalah

penurunan kepadatan tulang dan peningkatan risiko osteoporosis (Dul, 2009).

Terkait dengan pengobatan gejala kardiovaskular dan kepadatan tulang, terapi hormon estrogen memiliki peran khusus untuk mengurangi gejala kardiovaskular hanya sebelum pembentukan plak (yaitu selama tahun-tahun perimenopause. Gejala yang berhubungan dengan kepadatan tulang adalah osteoporosis. Banyak penelitian mengungkapkan beberapa pengobatan untuk mengurangi risiko osteoporosis. Salah satu pengobatan yang tampak memiliki efek positif dan efek samping yang lebih rendah pada osteoporosis adalah *selective estrogen receptor modulators* (SERM). Obat ini lebih aman untuk gejala osteoporosis dan menurunkan risiko kanker payudara (Dul, 2009).

Setiap wanita menopause memiliki rejimen pengobatan masing-masing terkait dengan gejala vasomotor, vagina, kardiovaskular, dan kepadatan tulang. Berdasarkan pedoman ACOG terkait menopause, prinsip penting terapi hormon (HT) adalah bahwa pasien harus dirawat dari dosis terendah dan jangka waktu sesingkat mungkin untuk meringankan gejala (ACOG, 2014). Pemilihan obat yang tepat akan menentukan kualitas hidup wanita. Sama halnya dengan tingkat pencegahan lainnya, pencegahan tersier ditujukan untuk menjaga kesehatan yang optimal terutama untuk kepatuhan wanita terkait pengobatan jangka panjang pada masa pascamenopause.

Banyak wanita yang menjalani rejimen ini menunjukkan keinginan untuk berhenti dalam tahun pertama terapi. Dalam hal ini, perawat memiliki peran penting dalam membantu wanita untuk memahami rejimen mereka, memahami manfaat maksimal dari rejimen ini (HT), dan bagaimana toleransi efek sampingnya. Hal ini mungkin membutuhkan lebih banyak waktu dan kesabaran, namun upaya ini dapat sangat meningkatkan kepatuhan wanita terhadap rejimen dirinya. Perhatian penting lainnya yang harus dipahami oleh para wanita adalah bahwa terapi ini

dapat berlangsung selama 20 hingga 30 tahun, artinya sebagian besar wanita akan menjalani terapi ini sepanjang hidup mereka. Berfokus dari beberapa kekhawatiran yang disebutkan tersebut, produk pil tunggal diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan wanita dan menghilangkan kebutuhan untuk minum dua pil dan menghilangkan kebingungan wanita tentang rejimen mereka (Bobak et al., 2013).

Peran perawat selanjutnya adalah *follow up*. Efek samping HT biasanya muncul dalam tiga bulan pertama rejimen, sehingga tindak lanjut perawat pada bulan pertama rejimen sangat penting untuk menilai reaksi wanita dan menekankan pentingnya kepatuhan. *Follow up* dapat dilanjutkan dengan mendorong ibu untuk mengungkapkan pertanyaan dan masalah mereka, sehingga kelanjutan rejimen dapat dipertahankan. Kadang-kadang, wanita yang sebelumnya menolak HT pada usia 50 tahun dapat berubah pikiran di kemudian hari, dan tidak ada kata terlambat untuk memulai HT.

DAFTAR PUSTAKA

- ACOG. (2014). Practice Bulletin No. 141: Management of Menopausal Symptoms. *The American College of Obstetrics & Gynecology*, 123(1).
- AMS. (2022). Diagnosing Menopause. *Australian Menopause Society*.
- Bobak, IM, DL, Lowdermilk., Jensen, MD, & Perry, SE. (2013). *Buku Ajar: Keperawatan Maternitas*: EGC.
- Casper, R.F. (2023). Clinical manifestation and diagnosis of menopause. *UpToDate*.
- Dul, A. (2009). Menopausal Transition. *McMaster Pathophysiology Review*.
- Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., . . . de Villiers, T. J. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *J Clin Endocrinol Metab*, 97(4), 1159-1168. doi: 10.1210/jc.2011-3362
- Hill, D. A., & Hill, S. R. (2010). Counseling patients about hormone therapy and alternatives for menopausal symptoms. *Am Fam Physician*, 82(7), 801-807.
- Perry, A.G., & Potter, P.A. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses, dan Praktek*. Jakarta: EGC.
- Schneider, Philip J. (2013). Hormone Replacement Therapy for Menopause. *The Journal for Nurse Practitioners*, 9(8), 541-543. doi: 10.1016/j.nurpra.2013.06.003
- Thurston, R. C., & Joffe, H. (2011). Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health across the Nation. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 38(3), 489-501. doi: 10.1016/j.ogc.2011.05.006

BIODATA PENULIS



Erni Samutri, S.Kep., Ns., M.Kep, lahir di Sukoharjo, 07 Juli 1990. Saat ini penulis tinggal di Bantul, DIY. Pendidikan tinggi ditempuh mulai dari S1 Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan, FKKMK, UGM, Magister Keperawatan, FKKMK, UGM. Penulis bekerja sebagai dosen di Universitas Alma Ata Yogyakarta (2018-sekarang). Sejak 2018 penulis aktif menulis artikel ilmiah terkait kesehatan ibu dan anak untuk diterbitkan dalam jurnal ilmiah. Jalin kerja sama dengan penulis via surel erni.samutri@almaata.ac.id.

BAB 8

Screening Reproduksi

Ns. R. Tri Rahyuning Lestari , S.Kep.,
M.Biomed

A. Pendahuluan

Masalah kesehatan reproduksi Dapat menyebabkan gangguan seksual hingga sulit untuk hamil, yang sering dialami oleh wanita diantaranya anemia, keputihan, gangguan siklus menstruasi, dismenorhea. Gangguan siklus menstruasi banyak dikeluhkan oleh wanita pada umumnya. Baik siklus yang tidak teratur, siklus pendek maupun siklus panjang yang tidak wajar. Belum lagi masalah dismenorhea yang kadang dianggap sepele oleh sebagian wanita (Pribakti, 2010).

Tingginya prevalensi masing-masing masalah kesehatan reproduksi rendahnya pengetahuan para wanita dalam menyadari masalah kesehatan reproduksi yang dialami. Sehingga baru dapat terdeteksi setelah keadaan memburuk Padahal, masalah kesehatan reproduksi ini dapat dideteksi secara mandiri oleh para wanita sehingga dapat dilakukan upaya pencegahan dan penanggulangan sejak dini. (Hamidiyah et al., 2020)

B. Konsep Screening

1. Pengertian screening

Skrining adalah pengenalan dini secara proaktif pada ibu hamil untuk menemukan adanya masalah atau faktor risiko (Rochjati, 2008). Skrining merupakan penapisan dengan menggunakan tes atau metode diagnosis lain untuk mengetahui apakah seseorang memiliki penyakit atau kondisi tertentu sebelum menyebabkan gejala apapun. Untuk banyak penyakit (misalnya, kanker) pengobatan dini mengarahkan hasil yang lebih baik Skrining adalah usaha

untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan yang secara klinis belum jelas, dengan menggunakan tes, pemeriksaan atau prosedur tertentu yang dapat digunakan secara cepat untuk membedakan orang yang terlihat sehat, atau benar-benar sehat tapi sesungguhnya menderita kelainan. Skrining adalah upaya mendeteksi atau mencari penderita penyakit tertentu dalam masyarakat dengan melaksanakan pemisahan berdasarkan gejala yang ada atau pemeriksaan laboratorium untuk memisahkan yang sehat dan yang kemungkinan sakit, selanjutnya diproses melalui diagnosis dan pengobatan (Pratiwi, 2021)

2. Tujuan Screening

- a. Untuk mengetahui diagnosis sedini mungkin agar cepat terapinya,
- b. Mencegah meluasnya suatu penyakit
- c. Mendidik masyarakat untuk melakukan general check up dan memberi gambaran kepada tenaga kesehatan tentang suatu penyakit.

3. Syarat - syarat Screening

- a. Penyakit harus merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting.
- b. Harus ada cara pengobatan yang efektif.
- c. Tersedia fasilitas pengobatan dan diagnostik.
- d. Diketahui stadium prapatogenesis dan patogenesis.
- e. Tes harus cocok, hanya mengakibatkan sedikit ketidaknyamanan, dapat diterima oleh masyarakat.
- f. Telah dimengerti riwayat alamiah penyakit.
- g. Biaya harus seimbang, biaya skrining harus sesuai dengan hilangnya konsekuensi kesehatan.

4. Jenis penyakit yang tepat untuk Screening

- a. Merupakan penyakit yang serius.
- b. Pengobatan sebelum gejala muncul harus lebih untung dibandingkan dengan setelah gejala muncul.
- c. Prevalens penyakit preklinik harus tinggi pada populasi yang di skrining.

5. Kriteria Alat Ukur yang baik

Suatu alat (tes) skrining yang baik adalah yang mempunyai tingkat validitas dan reabilitas yang tinggi yaitu mendekati 100%. Validitas merupakan petunjuk tentang kemampuan suatu alat ukur (tes) dapat mengukur secara benar dan tepat apa yang akan diukur, sedangkan reliabilitas menggambarkan tentang keterandalan atau konsistensi suatu alat ukur. Di dalam penyaringan penyakit yang dipilih merupakan masalah kesehatan yang prioritas, tersedia obat potensial untuk terapinya, tersedia fasilitas dan biaya untuk diagnosis dan terapinya, penyakit lama dan dapat dideteksi dengan test khusus, skriningnya memenuhi syarat sensitivitas dan spesivitas, teknik dan cara skrining harus dapat diterima oleh masyarakat dan sifat perjalanan penyakit dapat diketahui dengan pasti, selain itu harus ada standar operating prosedur, dan kasus ditemukan secara terus menerus.

6. Waktu yang tepat dilakukannya Screening pada wanita sepanjang siklus kehidupannya

Skrining di dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi banyak sekali dan bermacam-macam, apalagi bila dilakukan sesuai dengan pendekatan siklus kehidupan perempuan yaitu mulai pra konsepsi sampai dengan senium.

a. Bayi

Pada bayi perempuan telah memiliki folikel primordial, yang akan dikeluarkan ketika ovulasi. Genetalia sudah terbentuk, sehingga sudah dapat dibedakan dengan bayi laki-laki. Pada usia 10 hari pertama, masih terpengaruh oleh hormon estrogen sehingga kadang ditemukan pada bayi terjadi pembengkakan payudara (kadang disertai sekresi cairan seperti air susu), kadang juga ditemukan perdarahan pervaginam seperti menstruasi. Bentuk Skrining yang dapat dilakukan yaitu genetik skrining.

b. Masa Kanak-Kanak

Pada periode ini merupakan periode penting dalam tumbuh kembang anak. Perkembangan otak sangat cepat, sehingga pada masa ini disebut fase pertumbuhan dasar. Pada periode ini juga merupakan masa kritis dimana anak memerlukan rangsangan atau stimulasi untuk mengembangkan otak kanan dan otak kirinya. Bentuk skrining terhadap tumbuh kembang anak dapat dilakukan dengan menggunakan DDST (Denver Developmental Screening Test) atau KPSP (Kuesioner Pra Skrining Perkembangan) sehingga bisa diketahui atau dinilai perkembangan anak sesuai usianya.

Denver Developmental Screening Test (DDST) atau yang dikenal dengan Tabel/Tes Denver merupakan alat skrining tumbuh kembang anak untuk menemukan penyimpangan perkembangan pada anak usia 0-6 tahun. Dalam perkembangannya, DDST mengalami beberapa kali revisi. Revisi terakhir adalah Denver II yang merupakan hasil revisi dan standarisasi dari DDST dan DDSTR (Revised Denver Developmental Screening Test). Perbedaan Denver II dengan pendahulunya terletak pada item-item test, bentuk, interpretasi, dan rujukan. Tujuannya adalah menilai tingkat perkembangan anak sesuai kelompok seusianya, serta digunakan untuk memonitor dan memantau perkembangan bayi atau anak dengan risiko tinggi terjadinya penyimpangan perkembangan secara berkala. Tes ini dapat memberikan jaminan kepada orang tua atau bermanfaat dalam mengidentifikasi berbagai masalah dini yang mengancam tumbuh kembang anak.

c. Masa Reproduksi

Masa reproduksi merupakan masa terpenting bagi wanita (biasanya seorang wanita memasuki masa ini selama 33 tahun). Pada masa ini seorang wanita telah

mampu mencetak generasi baru dengan hamil, melahirkan, dan menyusui. Bentuk skrining pada masa ini bisa diawali saat ibu melakukan kunjungan awal antenatal care. Pada saat ini bidan melakukan pemeriksaan terhadap ibu, dari hasil pemeriksaan dapat diperoleh hasil yang akan menentukan keadaan ibu dan janin. Bidan dapat melakukan screening terhadap ibu hamil yang mempunyai risiko. Skrining pada masa reproduksi diantaranya adalah:

1) Pap Smear

Pemeriksaan, "Pap Smear" saat ini skrining terbaik untuk mencegah kanker serviks, dan skrining ini sangat efektif. Pap smear adalah suatu pemeriksaan sitologi untuk mengetahui adanya keganasan (kanker) dengan mikroskop. Pemeriksaan ini mudah dikerjakan, cepat dan tidak sakit. Masalahnya, banyak wanita yang tidak mau menjalani pemeriksaan ini, dan kanker serviks ini biasanya justru timbul pada wanita-wanita yang tidak pernah memeriksakan diri atau tidak mau melakukan pemeriksaan ini.

Pemeriksaan pap smear dilakukan paling tidak setahun sekali bagi wanita yang sudah menikah atau yang telah melakukan hubungan seksual. Para wanita sebaiknya memeriksakan diri sampai usia 70 tahun. Pap smear dapat dilakukan kapan saja, kecuali pada masa haid. Persiapan pasien untuk melakukan pap smear adalah tidak sedang haid. tidak coitus 1-3 hari sebelum pemeriksaan dilakukan dan tidak sedang menggunakan obat-obatan vaginal.

Pemeriksaan pap smear disarankan untuk dilakukan oleh para wanita secara teratur 1x per tahun berturut-turut bila sudah aktif berhubungan seksual dan berusia minimal 21 tahun. Bila hasil pemeriksaan tiga tahun berturut-turut normal,

pemeriksaan selanjutnya dapat dilakukan setiap tiga tahun. Serviks adalah organ khusus yang mudah diketahui melalui pap smear, biopsi, laser dan langsung bisa dilihat, sehingga jika pap smear sudah cukup mendunia, dalam arti semua wanita di dunia sudah sadar akan pentingnya pemeriksaan ini, berarti tidak ada alasan lagi untuk kanker serviks di kemudian hari.

2) Tes IVA

Ada jenis tes lain yang bisa digunakan untuk mendeteksi keabnormalan sel-sel pada mulut rahim yaitu dengan tes IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat) menyerupai tes pap smear. Tujuannya sama yaitu berupa pemeriksaan penapisan/skrining terhadap kelainan pra kanker di mulut rahim. Perbedaannya terletak pada metode yang lebih sederhana dan keakuratannya. Tes IVA dapat dilakukan oleh bidan terlatih.

Pemeriksaan IVA bisa dilakukan kapan saja, dalam keadaan haid ataupun sedang minum obat-obat tertentu. Pemeriksaan dilakukan dengan memoles mulut rahim menggunakan asam cuka, kemudian dilihat apakah ada kelainan seperti perubahan warna yang berwarna pink berubah menjadi putih. Perubahan warna seperti ini bisa dilihat dengan kasat mata. Umumnya Tes IVA dilakukan di negara yang sedang berkembang atau didaerah terpencil yang jauh dari laboratorium (Putri & Setyarini, 2018)

7. Deteksi Dini Wanita Sepanjang Daur kehidupan pada Kesehatan Reproduksi

Deteksi dini adalah usaha untuk mengidentifikasi/mengenali penyakit atau kelainan yang secara klinis belum jelas, dengan menggunakan tes (uji), pemeriksaan, atau prosedur tertentu yang dapat digunakan secara cepat untuk membedakan orang-orang yang kelihatannya sehat, benar-

benar sehat, dan yang tampak sehat tetapi sesungguhnya menderita kelainan.

Deteksi dini bertujuan untuk mengidentifikasi penyakit pada stadium yang lebih awal atau dengan kata lain menemukan adanya kelainan sejak dini.

a. Konsepsi dan Masa Hamil

Deteksi dini pada ibu hamil mengandung makna bahwa kehamilan merupakan hal yang bersifat fisiologis, tetapi perlu perawatan dini yang khusus agar ibu dan janin sehat, tanpa pengawasan hal yang bersifat fisiologis dapat menjadi patologis. Bentuk-bentuk komplikasi yang terjadi dalam kehamilan, misalnya: kadar hemoglobin ibu kurang dari 8 gr%, tekanan darah ibu di atas 130/90 mmHg, terdapat oedema di wajah, preeklamsia dan eklamsia, perdarahan pervaginam, ketuban pecah dini, letak lintang pada umur kehamilan lebih dari 32 minggu, sungsang pada primigravida, sepsis, prematur, gameli, janin besar, penyakit kronis pada ibu, riwayat obstetri buruk. Deteksi dini pada ibu hamil yang berisiko, akan dapat menurunkan angka kematian ibu.

b. Bayi dan Balita

Pada bayi dan balita deteksi dini dapat dilakukan dengan menggunakan DDST (Denver Developmental Screening Test). Ada 3 jenis deteksi dini tumbuh kembang pada bayi:

- 1) Deteksi dini penyimpangan pertumbuhan yaitu untuk mengetahui atau menemukan status gizi kurang atau buruk.
- 2) Deteksi dini penyimpangan perkembangan yaitu untuk mengetahui gangguan perkembangan bayi dan balita (keterlambatan), gangguan daya lihat, gangguan daya dengar.
- 3) Deteksi dini penyimpangan mental emosional yaitu untuk mengetahui adanya masalah mental

emosional, autism dan gangguan pemusatan perhatian.

Asuhan yang diberikan:

- 1) ASI Eksklusif.
- 2) Tumbuh kembang anak dan pemberian makanan dengan gizi seimbang.
- 3) Imunisasi dan Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS).

c. Kanak-Kanak

Khas pada masa kanak-kanak ini ialah bahwa perangsangan oleh hormon kelamin sangat kecil, dan memang kadar estrogen dan gonadotropin sangat rendah. Karena itu alat-alat genital dalam masa ini tidak memperlihatkan pertumbuhan yang berarti sampai permulaan pubertas. Pada masa kanak-kanak pengaruh hipofisis terutama terlihat dalam pertumbuhan badan, sudah nampak perbedaan antara anak pria dan wanita terutama dalam tingkah lakunya, tetapi perbedaan ini ditentukan terutama oleh lingkungan dan pendidikan.

Asuhan yang diberikan:

- 1) Tumbuh kembang anak dan pemberian makanan dengan gizi seimbang.
- 2) Pencegahan dan penanggulangan kekerasan terhadap perempuan
- 3) Pendidikan dan kesempatan yang sama pada anak laki-laki dan perempuan

d. Pubertas

Gangguan pada masa pubertas sering kali diakibatkan oleh pola hidup remaja, dengan pola hidup yang sehat, akan mendapatkan tubuh yang sehat rohani dan jasmani. Gangguan menstruasi yang dialami pada remaja putri dapat merupakan indikasi adanya gangguan pada organ reproduksi wanita. Bidan dapat melakukan penyuluhan-penyuluhan, bimbingan pada remaja putri dalam konteks kesehatan reproduksi.

Asuhan yang diberikan:

- 1) Gizi seimbang.
- 2) Informasi tentang kesehatan reproduksi
- 3) Pencegahan kekerasan seksual (perkosaan).
- 4) Pencegahan terhadap ketergantungan napza.
- 5) Perkawinan pada usia yang wajar.
- 6) Peningkatan pendidikan, keterampilan, penghargaan diri dan pertahanan terhadap godaan dan ancaman

e. Reproduksi

Gangguan pada masa reproduksi ini seringkali diakibatkan karena hubungan seksual yang tidak sehat, dapat juga karena pada waktu remaja terlalu dini melakukan hubungan seksual, berganti-ganti pasangan, abortus yang tidak aman atas terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan. Deteksi dini terhadap penyakit seperti kanker serviks, kalau perlu penyakit menular seksual lainnya.

Asuhan yang diberikan:

- 1) Kehamilan dan persalinan yang aman.
- 2) Pencegahan kecacatan dan kematian akibat kehamilan pada ibu dan bayi.
- 3) Menjaga jarak kelahiran dan jumlah kehamilan dengan penggunaan alat kontrasepsi (KB).
- 4) Pencegahan terhadap PMS/HIV/AIDS.
- 5) Pelayanan kesehatan reproduksi berkualitas.
- 6) Pencegahan dan penanggulangan masalah aborsi.
- 7) Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim.
- 8) Pencegahan dan manajemen infertilitas.

C. Kesehatan Reproduksi Wanita

Menurut WHO, Kesehatan reproduksi adalah kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang utuh bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. Masalah kesehatan reproduksi wanita dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas baik yang berkaitan

dengan kehamilan. Di dalamnya juga termasuk masalah gizi dan anemia, penyebab dan komplikasi dari kehamilan, masalah kemandulan, gangguan siklus menstruasi, dismenorhea, keputihan dan ketidaksuburan.

1. Anemia

Anemia merupakan salah satu masalah kesehatan reproduksi wanita yaitu suatu keadaan dimana komponen hemoglobin (Hb) di dalam darah jumlahnya kurang dari kadar normal. Gejala yang sering timbul yaitu pusing, lemah, letih, lelah dan lesu. Kadang kala anemia tidak menimbulkan gejala yang jelas seperti mudah lelah bila berolahraga, sulit konsentrasi dan mudah lupa. Ironisnya adalah kebanyakan penderita tidak tahu serta tidak menyadari. Umumnya seseorang mulai curiga akan menderita anemia saat keadaan sudah parah, dimana gejalanya terlihat lebih jelas, seperti pucat, pusing, jantung berdebar-debar, mudah kehabisan napas ketika naik tangga atau olahraga. Anemia pada remaja dapat menyebabkan dampak keterlambatan pertumbuhan fisik, gangguan perilaku, dan emosional. Anemia yang terjadi pada remaja putri juga merupakan risiko terjadinya gangguan fungsi fisik dan mental, serta dapat meningkatkan risiko terjadinya gangguan pada saat kehamilan nantinya. Bila keadaan akut, keadaan anemia dapat menyebabkan kematian. (Sediaoetomo dalam Hamidiyah, dkk, 2019).

2. Keputihan

Keputihan merupakan kondisi ketika lendir atau cairan yang keluar dari vagina. Keputihan merupakan cara alami tubuh untuk menjaga kebersihan dan kelembaban organ kewanitaan. Akan tetapi keputihan yang dialami setiap wanita berbeda-beda, mulai dari jumlah cairan yang keluar hingga warna dan tekstur cairan. Hal ini dapat mengindikasikan keputihan yang terjadi normal atau tidak normal. Keputihan tidak normal dapat disebabkan oleh infeksi, baik karena jamur, bakteri (Vaginosis Bakterialis,

Gonore, Chlamydia), atau parasit (Trikomoniasis). Selain infeksi, keputihan juga dapat menjadi tanda dari kanker rahim atau leher rahim.

3. **Gangguan menstruasi**

Gangguan menstruasi juga merupakan masalah kesehatan reproduksi yang sering dialami wanita. Gangguan menstruasi bisa berupa perdarahan yang terlalu banyak atau terlalu sedikit, siklus menstruasi yang tidak teratur, menstruasi yang terjadi lebih dari 7 hari, tidak menstruasi lebih dari 3 bulan, atau bahkan tidak pernah haid sama sekali. Gangguan menstruasi juga bisa disertai dengan keluhan berat, seperti nyeri dan kram parah, hingga depresi menjelang menstruasi.

4. **Dismenorhea**

Dismenorhea adalah gejala nyeri yang dirasakan semakin berat pada perut, migrain, atau mood swing. Pada umumnya dismenorhea terjadi dua hari pertama saat datang bulan. Dysmenorrhea disebabkan adanya kontraksi pada otot rahim yang kuat. Pada sebagian perempuan, rasa nyeri bisa sangat hebat, bisa pula amat ringan. Perempuan dengan dysmenorrhea yang hebat, kemungkinan besar memproduksi banyak prostaglandin di dalam rahimnya. Prostaglandin menyebabkan otot-otot rahim bergerak lebih kuat dan sering, sehingga menyebabkan turunya aliran darah ke dalam rahim. Akibatnya syaraf-syaraf di rahim jadi lebih sensitif terhadap rasa nyeri.

DAFTAR PUSTAKA

- Hamidiyah, A., Kebidanan, P. S., Kesehatan, F. I., Ibrahimy, U., Studi, P., Informasi, T., Ibrahimy, U., Situbondo, S., & Timur, J. (2020). *APLIKASI SCREENING OF REPRODUCTIVE HEALTH (SHE) DALAM UPAYA PENDAHULUAN Masalah kesehatan reproduksi mendudukan peringkat lebih tinggi dibanding kesehatan reproduksi laki-laki . Kesehatan reproduksi wanita menurut WHO telah mencapai 33 % dari jumlah sel. 4(2), 120–131.*
- Pratiwi, A. (2021). *Deteksi Dini Gangguan Kesehatan Reproduksi.* 69–71. <https://www.google.co.id/books/edition>
- Putri, E. R. T., & Setyarini, A. D. (2018). Pencegahan Kanker Leher Rahim dengan Edukasi Screening IVA Test. *Seminar Nasional Pengabdian Masyarakat (SENIAS).*

BIODATA PENULIS



Tri Rahyuning Lestari, S.Kep.,M.Biomed. lahir di Cianjur, pada 26 Maret 1981. Menyelesaikan pendidikan S1 & Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung Jawa Barat dan S2 di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Reproduksi Universitas Udayana Denpasar Bali . Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan STIKes Widya Dharma Husada Tangerang .

BAB 9

Kanker Payudara dan Kanker Serviks

* Catur Kurniawan S.Kep., Ns., M.Kep.*

A. Pendahuluan

Kanker merupakan penyebab kematian kedua di dunia, 9,6 juta orang meninggal akibat penyakit ini. Kanker selain menyerang fisik juga berdampak pada emosional dan keuangan baik pada individu, keluarga maupun sistem kesehatan (*World Health Organization, 2023*). Di Indonesia kejadian kanker setiap tahunnya mengalami peningkatan. Prevalensi kanker mencapai 4,1 per seribu penduduk pada tahun 2013 dan mengalami peningkatan menjadi 4,86 per seribu penduduk pada tahun 2018 (*Riskesdas, 2018*). Pada tahun 2020 prevalensi penderita kanker mencapai 141,1 per 100.000 penduduk, dengan kematian akibat penyakit ini mencapai 85,1 kematian per 100.000 penduduk (*World Health Organization, 2021*).

3 Provinsi tertinggi penduduk dengan penderita kanker tertinggi di Indonesia yaitu Daerah Istimewa Yogyakarta 4,86 per 1000 penduduk, diikuti Sumatera Barat 2,47 79 per 1000 penduduk dan Gorontalo 2,44 per 1000 penduduk. Pada tahun 2020, jenis kanker terbanyak yaitu urutan pertama kanker payudara dengan jumlah kasus 65.858 (16,6%) dan urutan kedua kanker serviks atau kanker leher rahim 36.633 (9,2%) (*Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2019*).

B. Konsep Kanker

1. Pengertian Kanker

Kanker merupakan suatu kondisi ketika sel telah kehilangan pengendalian dan mekanisme normalnya sehingga mengalami pertumbuhan yang tidak normal.

Proses akhir dari kanker disebut metastasis, dan merupakan penyebab kematian (*World Health Organization, 2023*). Kanker atau sering juga disebut sebagai kanker ganas merupakan penyakit tidak menular. Pertumbuhan sel kanker terjadi terus menerus, bersifat invasive, dan tidak terkendali. Kondisi ini mendesak sel normal sehingga menyebabkan kematian pada sel normal, dan digantikan oleh sel kanker.

2. Kanker Payudara

Kanker payudara merupakan penyakit di mana sel-sel di payudara tumbuh dalam kondisi tidak normal di luar kendali (*Center for Disease Kontrol and Prevention, 2022*). Kondisi ini dapat menimbulkan massa atau benjolan yang disebut sebagai tumor. Tidak semua tumor adalah kanker, karena jika sifatnya jinak tidak menyerang bagian lain yang berarti tumor tersebut bersifat jinak. Berbeda jika kondisi tumor bersifat ganas yang berpotensi menyebar dan menyerang bagian sel-sel payudara maka kondisi ini disebut sebagai kanker.

Terjadinya kanker pada payudara dapat terjadi pada 3 bagian utama payudara yaitu saluran susu (*duktus*), kelenjar susu (*lobulus*), atau jaringan ikat. Sebagian besar kejadian kanker dimulai pada *duktus* atau *lobules*. Jenis kanker payudara tergantung pada sel mana di payudara yang terkena kanker (*Center for Disease Kontrol and Prevention, 2022*). Kanker dapat menyebar ke bagian luar payudara melalui jaringan terdekat atau menyebar ke seluruh tubuh melalui sistem limfatik dan darah. Kelenjar getah bening di ketiak (kelenjar aksila) merupakan tempat pertama penyebaran kanker payudara ke luar payudara (*National Breast Cancer Foundation, 2023*).

3. Kanker Serviks

Kanker serviks dimulai atau berkembang di leher rahim wanita, yaitu diantara vagina dan rahim. Terjadinya kanker pada serviks diawali ketika sel-sel leher rahim mengalami perubahan yang dikenal sebagai displasia,

munculnya sel-sel tidak normal di jaringan leher rahim. Kondisi ini jika tidak mendapatkan perhatian dan penanganan berupa penghancuran sel-sel abnormal tersebut dapat menjadi sel kanker dan mulai tumbuh dan menyebar lebih dalam ke leher rahim dan sekitarnya (*National Cancer Institute, 2023*).

C. Faktor Risiko Kanker

1. Kanker Payudara

Menurut *Center for Disease Kontrol and Prevention* (2023) terdapat 2 faktor risiko terjadinya kanker payudara yaitu

a. Faktor risiko yang dapat diubah

1) Bertambahnya usia

Semakin bertambah usia seorang wanita, maka risiko terjadinya kanker payudara semakin meningkat. Sebagian besar pasien kanker payudara di diagnosa pada usia lebih dari 50 tahun. Kejadian kanker pada wanita pasca menopause dikarenakan hormone estrogen yang menurun (Tamimi *et al*, 2016)

2) Wanita yang mewarisi perubahan atau mutasi gen tertentu

Menurut *National Cancer Institue* (2017) orang tua yang mewariskan gen BRCA1 dan BRCA2 yang bermutasi pada anaknya berisiko lebih tinggi terkena kanker payudara. Kejadian kanker akibat mutasi gen yang diwariskan mencapai 10 %.

3) Riwayat reproduksi

Wanita yang mengalami menstruasi di usia kurang dari 12 tahun dan mengalami menopause lebih dari 55 tahun berisiko terkena kanker payudara karena terpapar hormone dalam jangka waktu yang lebih lama.

b. Faktor risiko yang tidak dapat di ubah

1) Kurangnya aktifitas fisik

Kurangnya aktifitas fisik membuat wanita lebih berisiko terkena kanker payudara. Menurut *Pan American Health Organization* (2016) wanita yang aktif melakukan aktifitas fisik mengalami penurunan risiko terjadinya kanker payudara rata-rata 25-40% dibandingkan wanita yang tidak aktif melakukan aktifitas fisik.

2) Kelebihan berat badan atau obesitas

Wanita tua dengan kelebihan berat badan atau obesitas lebih berisiko terkena kanker payudara dibandingkan wanita dengan berat badan normal. Menurut *Pan American Health Organization* (2016) kejadian kanker payudara pada wanita dengan obesitas dikarenakan adipositas atau volume sel lemak yang berlebih memengaruhi hormon yang bersirkulasi, prekursor estrogen diubah menjadi estrogen dalam sel lemak. Kadar estrogen wanita yang sudah menopause berbeda dengan wanita wanita pramenopause.

3) Penggunaan hormone

Penggunaan hormone estrogen dan progesterone pada wanita menopause jika digunakan dalam rentang waktu lebih dari lima tahun dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker payudara. Selain itu penggunaan kontrasepsi oral tertentu (pil KB) dapat meningkatkan risiko kanker payudara. Menurut Vinogradova et al., (2020) penggunaan *Hormone replacement therapy* (HRT) meningkatkan risiko terjadinya kanker payudara. Peningkatan risiko berhubungan dengan penggunaan terapi estrogen maupun kombinasi terapi estrogen dan progestogen, dalam rentang lebih dari lima tahun.

4) Mengkonsumsi Alkohol

Wanita yang mengonsumsi alkohol berisiko tinggi terkena kanker payudara. Menurut Łukasiewicz et al., (2021) peningkatan kadar estrogen yang dipengaruhi oleh asupan alkohol menyebabkan ketidakseimbangan hormon, kondisi ini meningkatkan risiko karsinogenesis dalam organ kewanitaan. Menurut *Pan American Health Organization* (2016) mengurangi atau tidak mengonsumsi alkohol dapat menurunkan risiko seseorang terkena kanker payudara hingga 14%.

2. Kanker Serviks

Faktor risiko terjadinya kanker serviks menurut *World Health Organization* (2023) yaitu infeksi human papillomavirus (HPV). Mayoritas kejadian kanker serviks disebabkan HPV dan prevalensinya mencapai 99%. HPV ditularkan melalui hubungan seksual. Menurut *Center for Disease Kontrol and Prevention* (2023) hampir semua kanker serviks disebabkan oleh HPV. HPV menyebabkan perubahan pada leher rahim wanita yang dapat menyebabkan kanker serviks dari waktu ke waktu, sedangkan jenis lainnya dapat menyebabkan kutil kelamin atau kulit.

Menurut Al-Darwish et al., (2014) faktor risiko seseorang terkena kanker serviks yaitu akibat paparan *Human Papilloma Virus* sub tipe onkogenik, terutama sub tipe 16 dan 18. Faktor risiko terjadinya kanker serviks yang lain yaitu kebiasaan merokok. Dalam penelitian Putri et al., (2019) sekitar 85% pasien baru kanker serviks di Klinik Ginekologi-Onkologi RS Dr. Soetomo Surabaya dari Maret 2016 hingga Agustus 2016 adalah perokok pasif dan memiliki risiko lebih tinggi terkena kanker serviks dibandingkan pasien “bukan perokok”. Kandungan cotinine dan nikotin dalam rokok sangat terkonsentrasi di lendir serviks dibandingkan dengan tingkat serum kondisi ini bersifat karsinogenik terhadap sel epitel serviks.

Merokok tembakau diduga mengurangi sel Langerhans dan limfosit CD4.

D. Tanda & Gejala

1. Kanker Payudara

Menurut *American Cancer Society (2023)* tanda dan gejala kanker payudara yaitu

- a. Tanda & gejala kanker payudara yang paling umum berupa adanya benjolan atau massa baru di area payudara. Massa teraba keras dan terasa tidak nyeri dengan tepi tidak beraturan lebih mungkin menjadi kanker, tetapi kanker payudara juga bisa berupa massa yang lunak, bulat, atau bahkan timbul nyeri
- b. Terjadinya pembengkakan pada seluruh atau sebagian area payudara
- c. Terdapat lesung kulit pada area payudara, atau nampak seperti kulit jeruk
- d. Terjadinya retraksi puting (putting memutar atau tenggelam ke dalam)
- e. Puting atau kulit payudara yang merah, kering, mengelupas, atau menebal
- f. Keluar cairan dari puting (selain ASI berwarna keruh, kuning atau berupa darah)
- g. Pembengkakan kelenjar getah bening di bawah lengan atau di dekat tulang selangka

2. Kanker Serviks

Menurut *Canadian Cancer Society (2023)* tanda dan gejala kanker payudara yaitu

- a. Perdarahan vagina abnormal termasuk di antara periode setelah menopause dan setelah hubungan seksual
- b. Terjadinya pendarahan setelah pemeriksaan panggul atau douching vagina
- c. Terjadi keputihan yang abnormal atau meningkat. Kondisi ini seperti lebih banyak cairan atau warna yang dominan dan tidak biasa. Selain itu perlu

- menjadi perhatian jika keputihan menimbulkan bau busuk
- d. Penderita biasanya kesulitan ketika buang air kecil atau buang air besar
 - e. Rasa sakit saat berhubungan seksual
 - f. Nyeri di area panggul atau punggung bawah yang mungkin turun ke salah satu atau kedua kaki

Terjadinya kanker payudara dan serviks pada seorang wanita dapat dikarenakan rendahnya kesadaran tentang kesehatan reproduksi dan ketidak tahuan tentang tanda dan gejala kanker payudara dan serviks. Tanda dan gejala kanker payudara dan serviks merupakan hal yang penting untuk diketahui oleh setiap wanita karena kejadian kedua kanker ini merupakan yang tertinggi. Selain itu penting juga wanita untuk mengetahui tentang deteksi dini kanker. Deteksi dini kanker payudara lebih dikenal dengan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI). SADARI dapat dilakukan sejak wanita memasuki usia subur, waktu pelaksanaan deteksi dapat dilakukan 7-10 hari setelah hari pertama menstruasi karena kondisi payudara yang belum mengeras dan nyeri. Pada wanita yang sudah menopause SADARI dapat dilaku setiap bulannya pada tanggal yang sama. Deteksi dini kanker serviks dapat dilakukan dengan pemeriksaan *pap smear*, tes *Visual Acetate Acid Inspection (IVA)*, tes tipe risiko tinggi (HPV), kolposkopi, dan sitologi berbasis cairan. Pemeriksaan HPV dan PAP SMEAR dapat dilakukan pada wanita usia 25-65 tahun, dan dilakukan pengulangan pemeriksaan setiap 5 tahun sekali atau jika hanya melakukan pemeriksaan PAP SMEAR dapat dilakukan setiap 3 tahun sekali.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Darwish, A. A., Al-Naim, A. F., Al-Mulhim, K. S., Al-Otaibi, N. K., Morsi, M. S., & Aleem, A. M. (2014). Knowledge about cervical cancer early warning signs and symptoms, risk factors and vaccination among students at a medical school in Al-Ahsa, Kingdom of Saudi Arabia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 15(6), 2529–2532.
- American Cancer Society.(2023). *Breast Cancer Signs and Symptoms*. Diakses pada 9 Juli 2023, dari <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/breast-cancer-signs-and-symptoms.html>
- Center for Disease Kontrol and Prevention. (2020). *What Is Breast Cancer?*. Diakses pada 20 Juni 2023, dari https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/what-is-breast-cancer.htm
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Hari Kanker Sedunia 2019. Diakses pada 17 Juni 2023, dari <https://www.kemkes.go.id/article/view/19020100003/hari-kanker-sedunia-2019.html>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.(2023). Satukan Kata dan Langkah #CLOSETHECAREGAP. Diakses pada 17 Juni 2023, dari <https://p2p.kemkes.go.id/closethecaregap/>
- Łukasiewicz, S., Czezelewski, M., Forma, A., Baj, J., Sitarz, R., & Stanisławek, A. (2021). Breast cancer – epidemiology, risk factors, classification, prognostic markers, and current treatment strategies – An updated review. In *Cancers* (Vol. 13, Issue 17). MDPI.
- National Breast Cancer Foundation.(2023). *Knowledge Is Power. With It We Can Beat Breast Cancer*. Diakses pada 20 Juni 2023, dari <https://nbcf.org.au/about-breast-cancer/diagnosis/breast-cancer-anatomy/>
- Pan American Health Organization.(2016). *Prevention: Breast Cancer Risk Factors And Prevention*. Diakses pada 8 Juli 2023, dari

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/KNOWLEDGE-SUMMARY---PREVENTION.pdf>

- Putri, A. R., Khaerunnisa, S., & Yuliati, I. (2019). Cervical Cancer Risk Faktors Association in Patients at the Gynecologic-Oncology Clinic of Dr. Soetomo Hospital Surabaya. *Indonesian Journal of Cancer*, 13(4), 104. <https://doi.org/10.33371/ijoc.v13i4.610>
- RISKESDAS (2018). *Hasil Utama Riskesdas 2018*. Diakses pada 17 Juni 2023, dari https://kesmas.kemkes.go.id/assets/upload/dir_519d41d8cd98f00/files/Hasil-riskesdas-2018_1274.pdf
- Tamimi, R. M., Spiegelman, D., Smith-Warner, S. A., Wang, M., Pazaris, M., Willett, W. C., Eliassen, A. H., & Hunter, D. J. (2016). Population attributable risk of modifiable and nonmodifiable breast cancer risk faktors in postmenopausal breast cancer. *American Journal of Epidemiology*, 184(12), 884–893. <https://doi.org/10.1093/aje/kww145>
- Vinogradova, Y., Coupland, C., & Hippisley-Cox, J. (2020). Use of hormone replacement therapy and risk of breast cancer: Nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *The BMJ*, 371.
- World Health Organization. (2023). *Cancer*. Diakses pada 17 Juni 2023, dari https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
- World Health Organization.(2021). *The Global Cancer Observatory*. Diakses pada 17 Juni 2023, dari <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/360-indonesia-fact-sheets.pdf>
- World Health Organization. (2023). *Cervical cancer*. Diakses pada 24 Juni 2023, dari https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer#tab=tab_1
- Wu, S., Zhu, W., Tahunompson, P., & Hannun, Y. A. (2018). *Evaluating intrinsic and non-intrinsic cancer risk faktors*. *Nature Communications*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41467-018-05467-z>

BIODATA PENULIS



Catur Kurniawan S.Kep., Ns., M.Kep lahir di Sleman, pada 17 Juli 1993. Menyelesaikan pendidikan S1 & Profesi Ners di Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta dan S2 di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Universitas Alma Ata Yogyakarta.

BAB 10

KIE Kesehatan Reproduksi dan KB

Winda Triana, S.Pd, M.Kes

A. Pendahuluan

Kesehatan reproduksi adalah sebagai suatu kondisi yang menjamin bahwa fungsi reproduksi, khususnya proses reproduksi dapat berlangsung dalam keadaan sejahtera fisik, mental, maupun sosial dan bukan saja terbebas dari penyakit atau gangguan fungsi reproduksi. Kesehatan reproduksi tidak hanya mencakup terbebas dari penyakit dan kecacatan, namun juga sehat baik secara mental dan sosial dari alat, sistem, fungsi serta proses reproduksi. Pengetahuan yang kurang terkait kesehatan reproduksi dapat menimbulkan masalah kesehatan reproduksi dan KB

Kegiatan KIE KB adalah kegiatan pemberian informasi tentang jenis alat / metoda kontrasepsi dari petugas lapangan KB yaitu PPLKB, PLKB, PPKBD maupun kader yang bertugas memberikan pelayanan KIE KB, dengan melakukan kunjungan dari rumah ke rumah, di posyandu. informasi tersebut dapat diperoleh masyarakat dari dokter atau paramedis yang bertugas di klinik KB yang ada di puskesmas, balai kesehatan, rumah sakit bersalin dan rumah sakit umum. atau dari media cetak (surat kabar, majalah, poster dsb) dan media elektronik (radio atau televisi)

B. Pengertian KIE

1. **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.

2. *Informasi* adalah keterangan, gagasan maupun kenyataan yang perlu diketahui masyarakat (pesan yang disampaikan) dan dimanfaatkan seperlunya.
3. *Edukasi* adalah: sesuatu kegiatan yang mendorong terjadinya penambahan pengetahuan, perubahan sikap, perilaku dan keterampilan seseorang/kelompok secara wajar.

C. Pengertian Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam suatu yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya (WHO). kesehatan reproduksi adalah keadaan sempurna fisik, mental dan kesejahteraan social dan tidak semata-mata ketiadaan penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan fungsi serta proses (Hapsari, 2019).

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sehat mental, fisik dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan serta dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan spiritual dan material yang layak, bertakwa kepada tuhan yang maha esa, spiritual yang memiliki hubungan yang serasi, selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan antara keluarga dengan masyarakat dan lingkungan (Nurul Eko Widiyastuti, Rosyati Pastuty, n.d.).

D. Kategori KIE

KIE dapat dikelompokkan menjadi 3 bagian :

1. KIE individu : Suatu proses KIE timbul secara langsung antara petugas KIE dengan individu sasaran program, misalnya terjadi meditasi, refleksi diri, berdoa. Media KIE yang digunakan bisa merupakan alat peraga, bahan bacaan
2. KIE kelompok : Suatu proses KIE timbul secara langsung antara petugas KIE dengan kelompok (2-15) orang, misalnya melalui diskusi kelompok (FGD). Media yang digunakan

bisa berupa alat peraga, video, buku panduan, modul, film-film pendek,

3. KIE massa : Suatu proses KIE tentang sesuatu program yang dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung kepada masyarakat dalam jumlah besar. Penyampaian Pesan Kepada Kelompok besar/ sebagian besar populasi .Bisa dalam bentuk seminar, kampanye akbar, seruan moral/ pernyataan sikap, dll (Suharti, 2016).

E. Tujuan Dilaksanakannya Program KIE KB

1. Tujuan Umum

Memberikan pelayanan kesehatan reproduksi dan KB 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 (Khoiriyani, 2022).

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya
- b. Meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik KB sehingga tercapai penambahan peserta baru dan membina kelestarian peserta KB
- c. Meningkatkan hak dan tanggung jawab sosial wanita dalam menentukan kapan hamil, jumlah dan jarak kehamilan
- d. 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
- e. Meningkatkan peran dan tanggung jawab sosial pria terhadap akibat dari perilaku seksual dan fertilitasnya kepada kesehatan dan kesejahteraan pasangan dan anak-anaknya

F. Media Yang Digunakan, Kegiatan KIE KB

1. Media dalam KIE adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik melalui media cetak dan elektronik, sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang kemudian diharapkan menjadi perubahan pada perilaku ke arah positif di bidang kesehatan (Notoatmodjo, 2012).

2. Jenis Media

Media dibagi menjadi 3 macam, yaitu: (Notoatmodjo, 2018)

a. Media cetak

Media cetak suatu media statis dan mengutamakan pesan-pesan visual. Media cetak pada umumnya terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Fungsi utama media cetak ini adalah memberi informasi dan menghibur. Adapun macam-macamnya adalah poster, leaflet, brosur, majalah, surat kabar, lembar balik, sticker, dan pamphlet (Jatmika et al., 2019).

b. Media elektronik

Media elektronik merupakan suatu media bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dalam menyampaikan pesan-pesan kesehatan. Contoh dari media elektronik adalah TV, radio, film, video film, cassette, CD, dan VCD.

c. Media luar ruangan

Media luar ruangan yaitu media yang menyampaikan pesannya diluar ruangan

G. Proses Pelaksanaan KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi

1. **Saluran**, sarana yang digunakan untuk menyampaikan pesan KIE
2. **Pesan**, informasi yang disampaikan
3. **Penerima**, ada audiens atau kelompok masyarakat yang mendapatkan informasi

4. **Gangguan**, hambatan dalam penyampaian informasi/pesan
5. **Pengirim**, pihak yang memberikan informasi/komunikator
6. **Umpan Balik**, ada respon atau tanggapan balik dari masyarakat tentang informasi yang disampaikan

H. Konseling Keluarga Berencana

1. Pengertian konseling

Konseling adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan keluarga berencana dan bukan hanya informasi yang diberikan dan dibicarakan pada satu kali kesempatan yakni pada saat pemberian pelayanan. Teknik konseling yang baik dan informasi yang memadai harus diterapkan dan dibicarakan secara interaktif sepanjang kunjungan klien dengan cara yang sesuai dengan budaya yang ada (Rohmatin et al., 2022).

2. Tujuan Konseling KB

Tujuan pemberian konseling keluarga berencana antara lain

- a. Meningkatkan penerimaan. Informasi yang benar, diskusi bebas dengan cara mendengarkan, berbicara dan komunikasi non verbal meningkatkan penerimaan KB oleh klien.
- b. Menjamin pilihan yang cocok. Konseling menjamin bahwa petugas dan klien akan memilih cara yang terbaik sesuai dengan keadaan kesehatan dan kondisi klien
- c. Menjamin penggunaan cara yang efektif. Konseling yang efektif diperlukan agar klien mengetahui bagaimana menggunakan cara KB yang benar, dan bagaimana mengatasi informasi yang keliru dan/isu-isu
- d. Menjamin kelangsungan yang lebih lama. Kelangsungan pemakaian cara KB akan lebih baik bila klien ikut memilih cara tersebut, mengetahui bagaimana cara kerjanya dan bagaimana mengatasi

efek sampingnya. Kelangsungan pemakaian juga lebih baik bila ia mengetahui bahwa ia dapat berkunjung kembali seandainya ada masalah. Kadang-kadang klien hanya ingin tahu kapan ia harus kembali untuk memperoleh pelayanan (Misnawati, 2022).

3. Jenis Konseling KB

Komponen penting dalam pelayanan KB dapat dibagi dalam tiga tahap. Konseling awal pada saat menerima klien, konseling khusus tentang cara KB, dan konseling tindak lanjut.

- a. Konseling awal untuk memutuskan metode apa yang akan dipakai, termasuk mengenalkan klien cara KB atau pelayanan kesehatan, prosedur klinik, kebijakan dan bagaimana pengalaman dan memilih jenis KB yang cocok untuknya.
 - b. Konseling khusus memberi kesempatan pada klien untuk untuk memilih metoda KB yang cocok, aman, efektif dan memuaskan.
 - c. Konseling Tindak Lanjut Konseling pada kunjungan ulang lebih bervariasi dari pada konseling awal.
4. Langkah Konseling GATHER menurut Gallen dan Leitenmaier (1987)

Gallen dan Leitenmaier memberikan satu akronim yang dapat dijadikan panduan bagi petugas klinik KB untuk melakukan konseling. Akronim tersebut adalah GATHER yang merupakan singkatan dari :

G : Greet Berikan salam, mengenalkan diri dan membuka komunikasi.

A : Ask atau Assess Menanyakan keluhan atau kebutuhan pasien dan menilai apakah keluhan/keinginan yang disampaikan memang sesuai dengan kondisi yang dihadapi.

T : Tell Beritahukan bahwa persoalan pokok yang dihadapi oleh pasien adalah seperti yang tercermin dari hasil tukar informasi dan harus dicarikan upaya penyelesaian masalah tersebut.

H : **Help** Bantu pasien untuk memahami masalah utamanya dan masalah itu yang harus diselesaikan. Jelaskan beberapa cara yang dapat menyelesaikan masalah tersebut, termasuk keuntungan dan keterbatasan dari masing - masing cara tersebut. Minta pasien untuk memutuskan cara terbaik bagi dirinya.

E : **Explain** Jelaskan bahwa cara terpilih telah diberikan atau dianjurkan dan hasil yang diharapkan mungkin dapat segera terlihat atau diobservasi beberapa saat hingga menampakkan hasil seperti yang diharapkan. Jelaskan pula siapa dan dimana pertolongan lanjutan atau darurat dapat diperoleh.

R : **Refer dan Return** visit Rujuk apabila fasilitas ini tidak dapat memberikan yang sesuai atau buat jadwal kunjungan ulang apabila pelayanan terpilih telah diberikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Hapsari, A. (2019). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Modul Kesehatan Reproduksi Remaja. In *UPT UNDIP Press Semarang*. http://eprints.undip.ac.id/38840/1/KESEHATAN_MENTAL.pdf
- Jatmika, S. E. D., Maulana, M., Kuntoro, & Martini, S. (2019). Buku Ajar Pengembangan Media Promosi Kesehatan. In *K-Media*.
- Kiki Khoiriyani, S. W. H. (2022). *Buku ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*.
- Misnawati. (2022). Pelayanan Konseling Keluarga Berencana dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Puskesmas Dolo. *Jurnal Info Kesehatan*, 12(01), 490–494. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/JAP/article/view/40321/0>
- Notoatmodjo, S. (2012). *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*. In *Jakarta: Rineka Cipta*.
- Notoatmodjo, S. (2018). *Promosi dan Perilaku.pdf*. In *Promosi kesehatan* (p. 23).
- Nurul Eko Widiyastuti, Rosyati Pastuty, E. F. T. B. dkk. (n.d.). *Kesehatan reproduksi dan Keluarga Berencana*.
- Rohmatin, E., Herni Kurnia, Mk., & Laila Putri Suptiani, Mk. (2022). *Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana Dan Kesehatan Reproduksi*. Penerbit Cv. Eureka Media Aksara.
- Suharti, S. (2016). Efektivitas Kie (Komunikasi, Informasi Dan Edukasi) Terhadap Penggunaan Kb Iud (Intra Uterine Devices) Di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Rejo Kecamatan Percut Sei Tuan Kabupaten Deli Serdang. 2(2), 86–93.

BIOGRAFI PENULIS



Winda Triana, S.Pd, M.Kes.dilahirkan di Jambi, 16 Nopember 1969 Menyelesaikan pendidikan Strata Satu Jurusan Bimbingan Konseling pada tahun 1998 di UNP Padang. Selanjutnya menyelesaikan Program Pascasarjana bidang Promosi Kesehatan di Universitas Gadjah Mada tahun 2002. Aktif mengajar pada program Studi Sarjana Terapan Promosi Kesehatan Poltekkes Jambi. Dari tahun 1996 sampai sekarang aktif mengajar di Poltekkes Jambi .Aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi.

A. Pendahuluan

KB (Keluarga Berencana) adalah program Pemerintah Indonesia sejak tahun 1970. Program tersebut bertujuan untuk mengendalikan pertumbuhan jumlah penduduk, membatasi angka kelahiran, dan mengatur jarak kelahiran sehingga dapat menciptakan keluarga sehat sejahtera. Program ini juga diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi karena kehamilan yang tidak diinginkan ataupun jarak kelahiran yang terlalu dekat. Upaya dalam mendukung program tersebut adalah dengan menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan dan menjarangkan atau mengatur jarak kehamilan (Kementerian Kesehatan, 2018).

Penggunaan kontrasepsi dapat dijadikan salah satu alat untuk menekan jumlah penduduk serta meningkatkan Kesehatan ibu dan anak, saat ini banyak tersedia metode atau alat kontrasepsi baik itu kontrasepsi hormonal maupun non hormonal (Jannah, Ariani, dan Sariati, 2019).

B. Kontrasepsi Hormonal

1. Pengertian Kontrasepsi Hormonal

Kontrasepsi hormonal adalah suatu alat atau obat kontrasepsi yang bertujuan untuk mencegah kehamilan dimana yang akan mengubah produksi hormon pada tubuh Wanita dalam konsepsi (Saswita, 2017). Kontrasepsi hormonal memengaruhi: ovulasi, implantasi, transportasi gamet, fungsi korpusluteum dan lendir serviks.

Mekanisme Kerja Estrogen: menghambat ovulasi, menghambat implantasi blastocyst karena endometrium

abnormal, transportasi gamet/ovum dipercepat karena efek hormonal pada sekresi dan peristaltic tuba dan kontraktilitas uterus, luteolysis (degenerasi dari korpus luteum sehingga yang menyebabkan dilepaskannya jaringan endometrium dan penurunan kadar progesteron serum yang selanjutnya mencegah implantasi yang normal. Mekanisme kerja Progesterone: menghambat ovulasi, mencegah implantasi, memperlambat transportasi gamet/ovum, dalam pemberian jangka panjang progesterone saja mungkin menyebabkan fungsi korpus luteum tidak adekuat, lendir serviks yang kental setelah 48 jam pemberian progesterone menyebabkan motilitas dan daya penetrasi spermatozoa terhambat (Pinem, 2009).

2. Jenis Kontrasepsi Hormonal

a. Pil Oral Kombinasi

Pil kombinasi mengandung estrogen dan progesterone dengan profil sebagai berikut:

- 1) Efektif dan reversibel
- 2) Harus diminum setiap hari
- 3) Sangat jarang terjadi efek samping yang serius
- 4) Pada bulan-bulan pertama efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang
- 5) Dapat digunakan oleh semua ibu usia reproduksi, baik yang sudah memiliki anak maupun belum.
- 6) Dapat mulai diminum setiap saat jika yakin sedang tidak hamil
- 7) Tidak dianjurkan diminum oleh ibu yang menyusui
- 8) Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat (Pinem, 2009).

Jenisnya

- 1) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron (E/P) dalam dosis yang sama dengan 7 tablet tanpa hormon aktif. Jumlah dan konsentrasi hormonnya konstan setiap hari.

- 2) Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron (E/P) dalam dua dosis yang berbeda dan 7 tablet tanpa hormon aktif
- 3) Trifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progesteron (E/P) dengan 3 dosis yang berbeda dan 7 tablet tanpa hormon aktif
(Pinem, 2009).

Keuntungan

- 1) Mengurangi risiko terkena kanker rahim dan kanker endometrium.
- 2) Mengurangi darah menstruasi dan kram saat menstruasi.
- 3) Dapat mengontrol waktu untuk terjadinya menstruasi.
- 4) Untuk pil tertentu dapat mengurangi timbulnya jerawat atau pun hirsutism (rambut tumbuh menyerupai pria)
(Purwoastuti dan Walyani, 2015).

Kerugian

- 1) Tidak melindungi terhadap penyakit menular seksual.
- 2) Harus rutin diminum setiap hari.
- 3) Saat pertama pemakaian dapat timbul pusing dan spotting.
- 4) Efek samping yang mungkin dirasakan adalah sakit kepala, depresi, letih, perubahan mood dan menurunkan nafsu seksual. -
- 5) Kekurangan untuk pil kb tertentu harganya bisa mahal dan memerlukan resep dokter untuk pembeliannya (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

Yang boleh menggunakan Pil Oral Kombinasi

- 1) Usia reproduksi
- 2) Telah atau belum memiliki anak, gemuk atau kurus

- 3) Menginginkan metode kontrasepsi dengan efektifitas tinggi
- 4) Setelah melahirkan tidak menyusui
- 5) Setelah melahirkan 6 bulan, tidak memberikan ASI eksklusif dan cara kontrasepsi lain yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut
- 6) Nyeri haid, siklus haid tidak teratur, anemia karena haid berlebihan
- 7) Pasca keguguran
- 8) Riwayat kehamilan ektopik
- 9) Kelainan jinak payudara
- 10) Kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata dan saraf.
- 11) Penyakit tiroid, penyakit radang panggul, endometriosis atau tumor ovarium jinak
- 12) Menderita tuberkulosis (kecuali yang sedang menggunakan rifampisin)
- 13) Varises vena (Pinem, 2009).

Yang tidak boleh menggunakan Pil Oral Kombinasi

- 1) Hamil atau dicurigai hamil
- 2) Memberi Asi eksklusif
- 3) Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya
- 4) Penyakit hati akut (hepatitis)
- 5) Usia > 35 tahun dan perokok
- 6) Riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah >180/110 mmHg
- 7) Riwayat gangguan faktor pembekuan darah atau kencing manis > dari 20 tahun
- 8) Menderita kanker payudara atau dicurigai kanker payudara
- 9) Migrain dan gejala epilepsi/riwayat epilepsi
- 10) Tidak dapat menggunakan pil secara teratur setiap hari (Pinem, 2009).

Waktu mulai menggunakan Pil Kombinasi

- 1) Setiap saat ketika sedang haid untuk meyakinkan bahwa perempuan tersebut tidak hamil
- 2) Hari pertama sampai hari ke 7 siklus boleh menggunakan pada hari ke 8 siklus haid tetapi perlu menggunakan metoda kontrasepsi lain (kondom) mulai hari ke 8 sampai hari ke 14 atau tidak melakukan hubungan seksual sampai perempuan tersebut telah menghabiskan paket pil tersebut.
- 3) Setelah melahirkan: setelah 6 bulan pemberian ASI eksklusif, setelah 3 bulan dan tidak menyusui pasca keguguran (segera atau dalam waktu 7 hari)
- 4) Bila berhenti menggunakan kontrasepsi injeksi, dan ingin menggantinya dengan pil kombinasi, pil dapat segera digunakan tanpa perlu menunggu haid (Pinem, 2009).

Instruksi dan informasi yang perlu diberikan kepada klien

- 1) Anjurkan agar akseptor membaca brosur/leaflet mengenai pil yang terdapat dalam bungkus pil baik-baik. Tunjukkan cara mengeluarkan pil dari kemasannya dan anjurkan untuk mengikuti panah yang menunjukkan deretan pil.
- 2) Sangat dianjurkan penggunaannya pada hari pertama haid. Sebaiknya pil diminum setiap hari pada waktu yang sama
- 3) Pil yang pertama dimulai pada hari pertama sampai hari ke 7 siklus haid.
- 4) Pada paket 28 pil. Dianjurkan untuk mulai minum pil plasebo sesuai dengan hari yang ada pada paket
- 5) Bila minum paket 28 pil, setelah habis langsung mulai dengan kemasan baru berikutnya.
- 6) Bila minum paket 21 pil, hentikan minum pil oral selama 1 minggu, kemudian mulai lagi dengan kemasan baru.

- 7) Bila muntah dalam waktu 2 jam setelah minum pil, ambillah pil yang lain
- 8) Bila terjadi muntah hebat, atau diare lebih dari 24 jam, jika keadaan memungkinkan dan tidak memperburuk keadaan, maka pil dapat diteruskan.
- 9) Bila muntah dan diare berlangsung sampai 2 hari atau lebih, cara penggunaan pil sama dengan cara penggunaan pil lupa.
- 10) Bila lupa minum 1 pil (hari 1 - 21), setelah ingat segera minum pil, boleh minum 2 pil pada hari yang sama dan tidak perlu menggunakan metode kontrasepsi yang lain.
- 11) Bila lupa 2 pil atau lebih (hari 1-21), minum 2 pil setiap hari sampai sesuai dengan jadwal yang ditentukan. Sebaiknya gunakan juga metoda kontrasepsi lain atau tidak bersanggama sampai paket pil tersebut habis.
- 12) Bila tidak haid, perlu segera ke klinik untuk melakukan tes kehamilan.
- 13) Agar klien tidak cemas, beritahukan juga bahwa pada permulaan penggunaan pil kadang-kadang timbul mual, pening atau sakit kepala, nyeri payudara dan perdarahan bercak (spotting) yang bisa hilang sendiri.
- 14) Beberapa jenis obat tertentu seperti ampisilin, penisilin, rifampisin dll yang digunakan dalam jangka panjang sebaiknya berkonsultasi ke dokter untuk mendapatkan petunjuk lebih lanjut, atau dianjurkan untuk menggunakan metode kontrasepsi lain (Pinem, 2009).

Efek samping dan penanganannya

- 1) Amenorea (tidak ada perdarahan) atau spotting.
Penanganan
Periksa dalam atau tes kehamilan. Bila tidak hamil dan klien minum pil dengan benar, maka klien tidak perlu khawatir. Tidak datang haid kemungkinan

besar akibat efek estrogen terhadap endometrium kurang adekuat, dan tidak perlu pengobatan khusus. Coba berikan pil dengan dosis estrogen 50 ¼ g atau dosis estrogen tetap, tetapi dosis progesterin dikurangi. Bila klien hamil intrauterine, penggunaan pil dihentikan dan yakinkan klien bahwa pil yang telah diminumnya tidak punya efek terhadap janin.

- 2) Mual, pusing, atau muntah (akibat reaksi anafilaktik).

Penanganan

Lakukan tes kehamilan, atau pemeriksaan ginekologik. Bila tidak hamil, sarankan agar klien minum pil pada saat makan malam, atau sebelum tidur

- 3) Perdarahan pervaginam/spotting

Penanganan:

Tes kehamilan atau pemeriksaan ginekologik. Jelaskan bahwa perdarahan/spotting adalah hal biasa terjadi pada 3 bulan pertama dan lambat laun akan berhenti. Sarankan minum pil pada waktu yang sama. Jika perdarahan/spotting tidak berhenti, ganti pil dengan dosis estrogen lebih tinggi (50 ¼ g) sampai perdarahan tertatasi, lalu kembali ke dosis awal. Bila perdarahan /spotting terjadi lagi, kembali lagi dengan dosis 50 ¼ g, atau ganti dengan metoda kontrasepsi lain (Pinem, 2009).

Keadaan yang perlu segera mendapat perhatian dan penanganan dokter

- 1) Nyeri dada hebat, batuk, nafas pendek.
- 2) Sakit kepala hebat.
- 3) Nyeri tungkai hebat (pada betis atau paha).
- 4) Nyeri abdomen hebat.
- 5) Kehilangan penglihatan atau kabur.
- 6) Tidak terjadi perdarahan/spotting setelah selesai minum pil (Pinem, 2009).

Perhatian khusus untuk penggunaan Pil Kombinasi

Beberapa kelainan atau penyakit tertentu perlu mendapat pemeriksaan dokter secara serius untuk memastikan apakah klien tersebut boleh menggunakan pil kombinasi atau tidak yaitu:

- 1) Tekanan darah tinggi ; sistolik. 160 mmHg atau diastolic >90 mmHg, ≠ pil tidak boleh diberikan
- 2) Kencing manis, jika tanpa komplikasi pil dapat diberikan. Oleh karena itu klien yang mengalami kencing manis perlu pemeriksaan/konsultasi dulu apakah boleh menggunakan pil kombinasi atau tidak.
- 3) Migrain: perlu pemeriksaan/konsultasi dulu dengan dokter
- 4) Menggunakan rifampisin, barbiturat, fenitoin, perlu pemeriksaan/konsultasi dulu dengan dokter
- 5) Anemia bulan sabit: perlu pemeriksaan/konsultasi dulu dengan dokter (Pinem, 2009).

b. Suntikan Kombinasi

Jenis suntikan kombinasi adalah 25 mg Depo Medroksiprogesteron dan 5 mg Estradiol Sipionat yang diberikan injeksi I.M. sebulan sekali (Cyclofem), dan 50 mg Noretindron Enantat dan 5 mg Estradiol Valerat yang diberikan injeksi I.M. sebulan sekali (Affandi, Adriaansz, dkk, 2011).

Cara Kerja

- 1) Menekan ovulasi.
- 2) Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu.
- 3) Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu.
- 4) Menghambat transportasi gamet oleh tuba (Affandi, Adriaansz, dkk, 2011)..

Efektivitas

Sangat efektif (0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan) selama tahun pertama penggunaan.

Keuntungan Kontrasepsi

- 1) Risiko terhadap Kesehatan kecil
- 2) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri
- 3) Tidak diperlukan pemeriksaan dalam
- 4) Jangka Panjang
- 5) Klien tidak pera anenyun obat suntik
(Affandi, Adriaansz, dkk, 2011).

Keuntungan Non Kontrasepsi

- 1) Mengurangi jumlah perdarahan
- 2) Mengurangi nyeri saat haid
- 3) Mencegah Anemia
- 4) Khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan kanker endometrium
- 5) Mengurangi penyakit payudara jinak dan kista ovarium
- 6) Mencegah kehamilan ektopik
- 7) Pada keadaan tertentu dapat diberikan pada perempuan usia perimenopause (Affandi, Adriaansz, dkk, 2011).

Yang boleh menggunakan Suntikan kombinasi

- 1) Usia reproduksi, telah memiliki anak maupun belum
- 2) Ingin menggunakan kontrasepsi dengan efektifitas tinggi
- 3) Memberikan ASI pasca persalinan > 6 bulan
- 4) Pasca persalinan tetapi tidak menyusui
- 5) Anemia
- 6) Nyeri haid hebat, haid teratur
- 7) Riwayat kehamilan ektopik
- 8) Sering lupa minum pil (Pinem, 2009).

Yang tidak boleh menggunakan suntikan kombinasi

- 1) Hamil atau diduga hamil
- 2) Menyusui, kurang dari 6 minggu pasca persalinan
- 3) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
- 4) Penyakit hati akut (virus hepatitis)

- 5) Usia > 35 tahun dan merokok
- 6) Riwayat penyakit jantung stroke, atau dengan tekanan darah tinggi (> 180/110 mmHg)
- 7) Riwayat kelainan tromboemboli, riwayat kencing manis > 20 tahun
- 8) Kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migren (Pinem, 2009).

Waktu Mulai Menggunakan Suntikan Kombinasi

- 1) Suntikan pertama dapat diberikan dalam waktu 7 hari siklus haid. Tidak diperlukan kontrasepsi tambahan.
- 2) Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke 7 siklus haid, klien tidak boleh melakukan hubungan seksual selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi lain untuk 7 hari.
- 3) Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja dapat dipastikan Ibu tersebut tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan hubungan seksual untuk 7 hari lamanya atau menggunakan metode kontrasepsi yang lain selama masa waktu 7 hari.
- 4) Bila klien pasca persalinan 6 bulan, menyusui, serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan, asal saja dapat dipastikan tidak hamil.
- 5) Bila pasca persalinan » 6 bulan, menyusui, serta telah mendapat haid, maka suntikan pertama diberikan pada siklus haid hari 1 dan 7.
- 6) Bila pasca persalinan « 6 bulan dan menyusui, jangan diberi suntikan kombinasi.
- 7) Bila pasca persalinan 3 minggu, dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberi.
- 8) Pasca keguguran, suntikan kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari.
- 9) Ibu yang sedang menggunakan metode kontrasepsi hormonal yang lain dan ingin menggantinya dengan kontrasepsi hormonal

kombinasi. Selama Ibu tersebut menggunakan kontrasepsi sebelumnya secara benar, suntikan kombinasi dapat segera diberikan tanpa perlu menunggu haid. Bila ragu-ragu, perlu dilakukan uji kehamilan terlebih dahulu.

- 10) Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan Ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya. Tidak diperlukan metode kontrasepsi lain.
- 11) Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi nonhormonal dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat segera diberikan, asal saja diyakini Ibu tersebut tidak hamil, dan pemberiannya tanpa perlu menunggu datangnya haid. Bila diberikan pada hari 1 - 7 siklus haid, metode kontrasepsi lain tidak diperlukan. Bila sebelumnya menggunakan AKDR, dan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama diberikan hari 1 - 7 siklus haid. Cabut segera AKDR (Affandi, Adriaansz, dkk, 2011).

Cara penyuntikan kontrasepsi suntikan

- 1) Kontrasepsi suntikan DMPA, setiap 3 bulan dengan dosis 150 mg secara intramuskuler dalam-dalam di daerah pantat (bila suntikan terlalu dangkal, maka penyerapan kontrasepsi suntikan berlangsung lambat, tidak bekerja segera dan efektif). Suntikan diberikan setiap 90 hari. Jangan melakukan masase pada tempat suntikan
- 2) Memberian kontrasepsi suntikan Noristerat dalam dosis 200 mg sekali setiap 8 minggu atau sekali setiap 8 minggu untuk 6 bulan pertama (3

- kali suntikan pertama), kemudian untuk selanjutnya sekali setiap 12 minggu.
- 3) Bersihkan kulit yang akan disuntik dengan kapas alkohol yang telah dibasahi dengan isopropyl alkohol 604 - 904. Tunggu dulu sampai kulit kering, baru disuntik.
 - 4) Kocok obat dengan baik, cegah terjadinya gelembung udara. Bila terdapat endapan putih di dasar ampul, hilangkan dengan cara menghangatkannya. Kontrasepsi suntikan ini tidak perlu didinginkan.
 - 5) Semua obat harus diisap ke dalam alat suntiknya (Pinem, 2009).

Efek samping dan Penanganannya

| | |
|--|--|
| Efek Samping Amenorea | Penanganannya Singkirkan kehamilan, bila tidak terjadi kehamilan dan tidak perlu diberi pengobatan khusus. Jelaskan bahwa darah haid tidak terkumpul dirahim. Anjurkan klien untuk kembali ke klinik bila tidak datangnya haid masih menjadi masalah. Bila klien hamil, rujuk klien. Hentikan penyuntikan, dan jelaskan bahwa hormon progesterone dan estrogen sedikit sekali pengaruhnya dengan janin |
| Mual/Pusing/ Muntah | Pastikan tidak ada kehamilan. Bila hamil, rujuk. Bila tidak hamil informasikan bahwa hal ini adalah hal biasa dan akan hilang dalam waktu dekat. |
| Perdarahan/P erdarahan Bercak (<i>spotting</i>) | Bila hamil, rujuk. Bila tidak hamil cari penyebab perdarahan yang lain. Jelaskan bahwa perdarahan yang terjadi merupakan hal biasa. Bila perdarahan berlanjut dan mengkhawatirkan klien, metode kontrasepsi lain perlu dicari. |

Instruksi untuk Klien

- 1) Klien harus kembali ke dokter/klinik untuk mendapatkan suntikan kembali setiap 4 minggu.
- 2) Bila tidak haid lebih dari 2 bulan, klien harus kembali ke dokter/klinik untuk memastikan hamil atau tidak.
- 3) Jelaskan efek samping tersering yang didapat pada penyuntikan dan apa yang harus dilakukan bila hal tersebut terjadi. Bila klien mengeluh mual, sakit kepala, atau nyeri payudara, serta perdarahan, informasikan kalau keluhan tersebut sering ditemukan, dan biasanya akan hilang pada suntikan ke-2 atau ke-3.
- 4) Apabila klien sedang menggunakan obat-obat tuberkulosis atau obat epilepsi, obat-obat tersebut dapat mengganggu efektivitas kontrasepsi yang sedang digunakan (Affandi, Adriaansz, dkk, 2011).

Tanda-tanda yang Harus Diwaspadai pada Penggunaan Suntikan Kombinasi

- 1) Nyeri dada hebat atau napas pendek. Kemungkinan adanya bekuan darah di paru, atau serangan jantung.
- 2) Sakit kepala hebat, atau gangguan penglihatan. Kemungkinan terjadi stroke, hipertensi, atau migrain.
- 3) Nyeri tungkai hebat. Kemungkinan telah terjadi sumbatan pembuluh darah pada tungkai.
- 4) Tidak terjadi perdarahan atau spotting selama 7 hari sebelum suntikan berikutnya kemungkinan terjadi kehamilan (Affandi, Adriaansz, dkk, 2011).

DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, Biran., Adriaansz, George., Gunardi, Eka Rusdianto., Koesno, Harni. (2011). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo
- Jannah, F.W., Ariani,D., dan Sariati, Y. (2019). Hubungan Kejadian Malesma dengan Penggunaan Kontrasepsi Hormonal Suntik dan Pil Kombinasi Di BPM Dwi Astutik, Desa Petungsewu, Dau, Kabupaten Malang. *Journal Of Issues In Midwifery*, 2(3), 17-29.
- Kemkes. (2018). Artikel Kemenkes Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Indonesia: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <https://promkes.kemkes.go.id/pentingnya-penggunaan-alat-kontrasepsi>
- Pinem, Saroha. (2009). Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi. Jakarta: Trans info Media.
- Purwoastuti, Endang., Walyani, Elisabeth Siwi. (2015). Panduan Materi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Saswita, R. (2017). Pengaruh Penggunaan Kontrasepsi Hormonal Terhadap Perubahan Berat Badan Akseptor KB di BPM Chairul Mala Husin Palembang *Tahun 2015.5(1)*, 103-110.

BIODATA PENULIS



Bd. Herlia Sumardha Nasution., SST., M.Keb lahir di Medan, pada 05 Juli 1987. Menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan dan DIV Bidan Pendidik di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Haji Medan dan S2 Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah Yogyakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Haji Sumatera Utara.

BAB 12

KB Non Hormonal

Ns.Vike Dwi Hapsari, S.Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

Sistem informasi Keluarga Berencana menerangkan Program Keluarga Berencana (KB) bertujuan mengatur jarak kelahiran anak, usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melakukan promosi, perlindungan, bantuan sesuai hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas. Program Keluarga menysasar pada Pasangan Usia Subur (PUS), Pasangan Usia Subur merupakan pasangan suami istri yang berusia antara 15 sampai 49 tahun. (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014).

Kontrasepsi yang digunakan di Indonesia dikategorikan kontrasepsi hormonal dan kontrasepsi non hormonal. Metode kontrasepsi non hormonal merupakan berbagai metode pencegahan kehamilan dengan cara mencegah sperma masuk kedalam saluran reproduksi wanita dan mencegah implantasi (Marni, 2016).

B. Kontrasepsi Non Hormonal

1. Pengertian kontrasepsi non hormonal

Metode kontrasepsi non hormonal merupakan berbagai metode pencegahan kehamilan dengan cara mencegah sperma masuk kedalam saluran reproduksi wanita dan mencegah implantasi (Marni,2016). Kontrasepsi non hormonal diantaranya metode operasi wanita (MOW) atau tubektomi, metode operasi pria (MOP) atau vasektomi, kondom, coitus interruptus, metode kalender, amenore laktasi (MAL), diafragma, AKDR atau alat kontrasepsi dalam rahim (Arum,2017)

2. Jenis kontrasepsi non hormonal

a. Kontrasepsi metode operasi wanita (MOW) atau Tubektomi.

Metode kontrasepsi ini untuk perempuan yang tidak ingin anak lagi, perlu prosedur bedah untuk melakukan tubektomi sehingga diperlukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan tambahan lainnya untuk memastikan apakah seorang klien sesuai untuk menggunakan metode ini. (Prawiroharjo, 2014)

Kontrasepsi metode operasi wanita (MOW) atau tubektomi atau juga dapat disebut sterilisasi adalah tindakan penutupan terhadap kedua saluran telur sehingga sel telur tidak dapat melewati saluran telur sehingga sel telur tidak bertemu dengan sperma laki-laki sehingga tidak terjadi kehamilan. Metode ini sangat efektif (0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan) dan efektif 6-10 minggu setelah operasi (Triyanto dan Indriani, 2019). Cara kerja tubektomi adalah dengan mengikat tuba falopi sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum (Mega dan Wijayanegara, 2017).

b. Kontrasepsi metode operasi pria (MOP) atau Vasektomi

Metode operasi pria (MOP) yang dikenal dengan nama vasektomi merupakan operasi kecil yang lebih ringan dari pada sunat/khitanan pada pria. Bekas operasi hanya berupa satu luka di tengah atau luka kecil di kanan kiri kantong zakar (kantong buah pelir) atau scrotum. Vasektomi berguna untuk menghalangi transport spermatozoa (sel mani) di pipa-pipa sel mani pria (saluran mani pria) (Mega dan Wijayanegara, 2017).

Vasektomi adalah salah satu teknik kontrasepsi mantap pada pria dengan cara memotong saluran sperma (vas deferens) yang menyalurkan sperma keluar dari testis. Salah satu prosedur klinik vasektomi untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan jalan

melakukan oklusi pada vas deferens, sehingga menghambat perjalanan spermatozoa di dalam semen/ ejakulasi (Marmi, 2014).

Vasektomi bukanengebiri tetapi melakukan pemotongan saluran sperma kiri dan kanan saja agar cairan mani yang dikeluarkan pada saat ejakulasi tidak lagi mengandung sperma (Marmi, 2014). Vasektomi sama sekali tidak membuang buah zakar (testis), jadi tetap dapat memproduksi hormon testosteron.

Vasektomi tidak akan membuat impoten, sebab saraf-saraf dalam pembuluh darah yang berperan dalam proses terjadinya ereksi berada di batang penis, sedangkan vasektomi hanya dilakukan disekitar buah zakar (testis), jauh dari persarafan untuk ereksi (Marmi, 2014). Vasektomi tidak berpengaruh terhadap penurunan libido (nafsu seksual), karena testis yang menghasilkan hormon tetap berfungsi dengan baik (Marmi, 2014), setelah melakukan vasektomi seorang pria tidak akan merasakan perbedaan dengan sebelumnya. Seorang pria pada ejakulasi tetap mengeluarkan cairan mani, tetapi cairan mani yang dikeluarkan tidak mengandung spermatozoa (BKKBN, 2016).

c. Kondom

Kondom merupakan selubung/sarung karet tipis yang dipasang pada penis sebagai tempat penampungan sperma yang dikeluarkan pria pada saat senggama sehingga tidak tercurah pada vagina. Cara kerja kondom yaitu mencegah pertemuan ovum dan sperma atau mencegah spermatozoa mencapai saluran genital Wanita. Angka kegagalan dari penggunaan kondom ini 5-21% (Proverawati, 2010)

Kondom menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam

saluran reproduksi perempuan (buku). Kondom terbuat dari berbagai bahan diantaranya lateks (karet), vynil (plastik) atau bahan alami (produksi hewani) yang dipasang pada penis saat berhubungan. Kondom terbuat dari karet sintesis yang tipis berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang digulung berbentuk rata. Standar kondom dilihat dari ketebalannya yaitu 0,02 mm (Mulyani, 2013).

Pemakaian kontrasepsi kondom akan efektif apabila dipakai secara benar setiap kali berhubungan seksual. Pemakaian kondom yang tidak konsisten membuat tidak efektif. Angka kegagalan kontrasepsi kondom sangat sedikit yaitu 2-12 kehamilan per 100 perempuan pertahun (Mulyani, 2013).

d. Senggama Terputus (Coitus Interruptus)

Senggama terputus atau coitus interruptus adalah menghentikan senggama dengan mencabut penis dari vagina pada saat suami menjelang ejakulasi. Kelebihan dari cara ini adalah tidak memerlukan alat/obat sehingga relatif sehat untuk digunakan wanita dibandingkan dengan metode kontrasepsi lain, risiko kegagalan dari metode ini cukup tinggi (Atikah proverawati, 2010).Metode ini efektif bila digunakan dengan benar dan dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya (Saifuddin dkk 2003).

Keterbatasan senggama terputus menurut Affandi (2014), yaitu: efektifitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap melaksanakannya (angka kegagalan 4 – 27 kehamilan per 100 perempuan per tahun), efektivitas akan jauh menurun apabila sperma dalam 24 jam sejak ejakulasi masih melekat pada penis, memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

e. Metode Kalender

Metode ini didasarkan pada perhitungan mundur siklus menstruasi wanita selama 6-12 bulan siklus yang

tercatat. Cara perhitungannya yaitu mengurangi 18 hari dari siklus menstruasi terpendek untuk menentukan awal dari masa subur dan mengurangi 11 hari dari siklus menstruasi terpanjang untuk menentukan akhir dari masa suburnya (Everett, 2012).

f. Amenore Laktasi (MAL)

Metode Amenore Laktasi (MAL) adalah salah satu kontrasepsi alami yang menggunakan prinsip menyusui secara eksklusif selama 6 bulan penuh tanpa tambahan makanan dan minuman apapun (Syarifudin, 2006). Dengan penggunaan kontrasepsi MAL maka kualitas dan kuantitas ASI ibu akan lebih optimal, karena ASI sangatlah penting bagi pertumbuhan bayi, selain mendapatkan kekebalan pasif ASI juga merupakan asupan gizi terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal (Prasetyono, 2012).

Cara kerja dari MAL adalah menunda atau menekan terjadinya ovulasi, pada saat menyusui, hormon yang berperan adalah prolaktin dan oksitosin. Semakin sering menyusui, maka kadar prolaktin dan hormon gonadotrophin melepaskan hormon penghambat (inhibitor). Hormon penghambat akan mengurangi kadar estrogen, sehingga tidak terjadi ovulasi (Marmi, 2014) Metode amenorea laktasi tidak direkomendasikan pada kondisi ibu yang memiliki HIV/AIDS positif dan TBC aktif. Namun demikian, MAL boleh digunakan dengan pertimbangan penilaian klinis medis, tingkat keparahan kondisi ibu, kesediaan dan penerimaan metode kontrasepsi lain (Marmi, 2014).

Efektivitas MAL sangat tinggi sekitar 98 % apabila digunakan secara benar dan memenuhi persyaratan seperti digunakan selama enam bulan pertama setelah melahirkan, belum mendapat haid pasca melahirkan dan menyusui secara eksklusif (tanpa memberikan makanan atau minuman tambahan). Efektifitas dari

metode ini juga sangat tergantung pada frekuensi dan intensitas menyusui (Marmi, 2014)

g. Diafragma

Diafragma adalah kap berbentuk cembung, terbuat dari lateks (karet) yang diinsersikan ke dalam vagina sebelum berhubungan seksual dan menutup verniks. (Arum, 2017). Cara kerja diafragma menurut Affandi (2014), yaitu menahan sperma agar tidak mendapatkan akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopii) dan sebagai alat tempat spermisida).

Diafragma merupakan suatu alat yang berfungsi untuk mencegah sperma mencapai serviks sehingga sperma tidak memperoleh akses ke saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba fallopi). Angka kegagalan diafragma 4-8% kehamilan (Proverawati, 2010)

h. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) / Intra Uterine Devices (IUD)

IUD (Intra Uterin Device) atau nama lain adalah AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) adalah suatu benda kecil yang terbuat dari plastic yang lentur, mempunyai lilitan tembaga atau juga mengandung hormon dan dimasukkan ke dalam rahim melalui vagina dan mempunyai benang (BKKBN, 2016). IUD sangat efektif yaitu 0,5-1 kehamilan per 100 perempuan selama satu tahun pertama penggunaan (Arum,2017)

Cara kerja IUD (Intra Uterin Device) adalah mencegah terjadinya pembuahan dan mengurangi jumlah sperma yang mencapai tuba falopi (Mulyani dan Rinawati, 2013). IUD (Intra Uterin Device) dapat digunakan pada wanita usia reproduksi, menginginkan kontrasepsi jangka panjang, setelah melahirkan, ibu yang menyusui, risiko rendah IMS (Infeksi Menular Seksual), dan tidak menghendaki metode hormonal (Mega dan Wijayanegara, 2017).

Saat ini IUD (Intra Uterin Device) yang umum beredar dan digunakan adalah :

- 1) IUD (Intra Uterin Device) terbentuk dari rangkap plastik yang lentur dan pada lengan dan batang IUD (Intra Uterin Device) terdapat tembaga.
- 2) IUD (Intra Uterin Device) Nova T, terbentuk dari rangka plastic dan tembaga. Pada ujung lengan bentuk agak melengkung tanpa ada tembaga, tembaga hanya ada di batangnya.
- 3) IUD (Intra Uterin Device) Mirena, terbentuk dari rangka plastic yang dikelilingi oleh silinder pelepas hormone progesteron yang bisa dipakai oleh ibu menyusui karena tidak menghambat ASI (Mulyani dan Rinawati, 2013).

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Bari Saifuddin, dkk. (2003). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Affandi, B, dkk. (2014). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Jakarta : PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo
- Arum, Dyah Noviawati Setya, Sujiyatini. (2017). Panduan Lengkap Pelayanan KB terkini. Yogyakarta: Fitramaya.
- Atikah Proverawati, dkk. (2010). Panduan Memilih Kontrasepsi. Yogyakarta: Nuha Medika.
- BKKBN. (2016). *Kebijakan Program Kependudukan , Keluarga Berencana , dan Pembangunan Keluarga*. Jakarta: BKKBN.
- Marmi. (2016). Buku Ajar Pelayanan KB. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Mega, Wijayanegara H, (2017). Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana. 1st Ed. Sutisna M, Editor. Jakarta: Trans Info Media; 2017.
- Mulyani S.N, dan Rinawati M. (2013). Keluarga Berencana dan Alat Kontrasepsi. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun (2014), Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga.
- Prawirohardjo, Sarwono. (2008). Ilmu Kebidanan. Jakarta: P.T Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

BIODATA PENULIS



**Ns.Vike Dwi Hapsari, S.Kep.,
M.Kep**

lahir di Jakarta, pada 27 September 1989. Menyelesaikan pendidikan S1 dan profesi di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Stikes Widya Dharma Husada Tangerang.

BAB 13

Pengaruh Sosial Ekonomi dan Budaya Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja

* Ivonne, A. V, Gasper, S.Kep, Ns.,M.Kep.*

A. Pendahuluan

Faktor sosial-budaya yaitu status sosial ekonomi, dan lingkungan seperti kondisi individu, dan gaya hidup sangat menentukan kesehatan (Berensson, 2009). Status ekonomi keluarga yang rendah pada umumnya memiliki dampak yang merugikan terhadap kesehatan, termasuk kesehatan remaja (Ricci, 2009). Di sisi lain, sebagian keluarga dengan tingkat ekonomi tinggi memiliki remaja yang cenderung berperilaku atau budaya berfoya-foya serta terjerumus dalam kehidupan antisosial, dan gaya hidup bebas (narkoba, seks bebas) yang sangat berdampak terhadap kesehatan remaja.

Remaja termasuk dalam kelompok usia sekolah, produktif dan reproduktif. Perubahan fisik dan psikososial yang dialami pada masa remaja menyebabkan remaja rentan terhadap masalah kesehatan. Masalah yang sering dihadapi remaja terkait kesehatan reproduksi antara lain : perilaku seks bebas, kehamilan tidak dikehendaki, aborsi yang tidak aman, dan penyakit infeksi menular seksual (Mikaela, 2016; Rahayu, 2017). Remaja berhak atas kesehatan reproduksinya sendiri oleh sebab itu kesehatan remaja perlu mendapat perhatian serius agar remaja tetap sehat dan berkualitas secara fisik maupun psiko-sosial. Untuk mengatasi masalah remaja dibutuhkan keterlibatan multidisiplin ilmu, lintas program, lintas sektor dan masyarakat.

B. Remaja

1. Definisi Remaja

Masa remaja sering dianggap sebagai masa yang penuh tantangan karena masa remaja merupakan peralihan masa anak-anak menjadi dewasa diikuti perubahan biologis, psikologis, sosial-budaya (Nur, 2020; Adjie, 2013). Remaja didefinisikan secara luas sebagai periode dalam hidup ketika seorang individu berkembang mencapai keterampilan dan berbagai hal yang diperlukan untuk menjadi orang dewasa yang produktif dan reproduktif (Elnimeiri, 2020 ; Adji, 2013). Pada masa remaja terjadi pertumbuhan yang cepat (Growth Spurt), pubertas, pertumbuhan fisik disertai perkembangan mental, kognitif, dan psikis. WHO mendefinisikan remaja sebagai periode perkembangan yang diawali dengan munculnya tanda-tanda seks sekunder sampai tercapainya kematangan seksual dan reproduksi, serta merupakan proses pencapaian mental dan identitas dewasa disertai peralihan ketergantungan sosioekonomi ke arah kemandirian. (Adji, 2013).

2. Tahapan Pubertas

Pubertas merupakan istilah untuk proses perubahan biologis dan fisiologis yang cepat pada masa remaja terutama terjadinya maturisasi organ-organ reproduksi. Pubertas berasal dari kata kata Latin *pubescere* yang berarti mendapat *pubes* atau rambut kemaluan. Secara biologis, pubertas merupakan indikator dimulainya masa remaja, namun karena tidak ada penanda biologis yang bermakna tentang berakhirnya masa remaja, maka hal yang dapat dijadikan indikator berakhirnya masa remaja menuju dewasa adalah faktor – faktor sosial seperti pernikahan (Adji, 2013). Masa pubertas terbagi atas tiga tahapan, yaitu :

a. Prapubertas

Prapubertas disebut juga sebagai tahap pematangan yang terjadi sekitar 2 tahun sebelum pubertas atau satu sampai dua tahun terakhir masa anak-anak. Pada masa

prapuber anak tidak disebut sebagai anak-anak ataupun remaja. Ciri-ciri seks sekunder mulai nampak namun organ reproduksi belum berkembang secara sempurna.

b. Puber

Tahap ini adalah titik pencapaian kematangan seksual. Pada anak perempuan ditandai dengan menstruasi, dan pada anak laki-laki ditandai mimpi basah, ciri seks sekunder berkembang dan sel-sel diproduksi dalam organ seks.

c. Pascapuber

Merupakan periode pada satu sampai dua tahun sesudah pubertas, ketika proses pembentukan tulang sudah lengkap, ciri - ciri seks sekunder sudah berkembang dengan baik, serta fungsi reproduksi terbentuk dengan cukup baik.

3. Klasifikasi Usia Remaja

Batasan usia remaja sangat bervariasi tergantung pada kepentingannya.

- a. Menurut WHO yang termasuk dalam kelompok remaja adalah umur 12 sampai 24 tahun, namun jika sudah menikah di usia remaja tidak digolongkan lagi sebagai remaja tetapi dewasa (Adji, 2013).
- b. Menurut UU Perlindungan Anak adalah batasan usia remaja adalah 10 - 18 tahun.
- c. Menurut Permenkes No. 25 tahun 2014, remaja adalah kelompok anak usia 10 - 18 tahun.
- d. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) menyebutkan usia remaja adalah 10 - 24 tahun dan belum menikah.
- e. Menurut UU Perburuan, remaja adalah anak usia 16 - 18 tahun, atau sudah menikah dan mempunyai tempat untuk tinggal
- f. Menurut UU No. 1 tahun 1974, anak dianggap sudah remaja apabila cukup matang untuk menikah yaitu umur 16 tahun untuk perempuan dan 19 tahun untuk laki - laki. Namun setelah adanya perubahan UU

Perkawinan No. 16 tahun 2019, maka batasan usia menikah baik laki - laki maupun perempuan adalah 19 tahun. Hal ini bertujuan untuk melindungi kesehatan reproduksi calon pengantin di usia muda karena usia reproduksi yang baik adalah 20- 35 tahun.

Usia remaja juga dikategorikan atas :

- 1) Remaja Awal (10 - 14 tahun)
- 2) Remaja Akhir (15 - 19 tahun)
- 3) Pasca Remaja (20 - 24 tahun)

4. Pertumbuhan dan Perkembangan Masa Remaja

Remaja mengalami pertumbuhan fisik, kognitif, dan psikososial yang pesat sehingga dapat memengaruhi perasaan, pikiran, pengambilan keputusan, dan interaksi mereka dengan dunia di sekitar mereka. Pada masa ini, remaja menetapkan pola perilaku, misalnya terkait dengan aktivitas fisik, diet, penggunaan zat, dan aktivitas seksual yang dapat melindungi kesehatan mereka atau orang lain di lingkungan sekitar mereka, atau sebaliknya membahayakan kesehatan dan masa depannya (WHO, 2023).

a. Perubahan Fisik

Perubahan fisik pada masa remaja secara spesifik dibedakan menjadi :

1) Perubahan Hormon

Pubertas merupakan fase yang disertai oleh perubahan hormon yang mengatur pertumbuhan seks sekunder pada laki-laki dan perempuan. Hormon- hormon tersebut adalah *gonadotropin releasing hormone* (GnRH) (hormon pertumbuhan), *Luteinizing hormone* (LH), *Follicle stimulating hormone* (FSH). Hormon hormon ini diproduksi di hipotalamus otak. Menjelang masa pubertas (10 - 14 tahun), hipotalamus melepaskan hormon GnRH, yang memicu FSH dan Peningkatan sekresi GnRH oleh hipotalamus diikuti rangkaian perubahan sistem endokrin yang kompleks. Sistem ini menyebabkan umpan balik positif dan negatif pada

sistem endokrin yang diikuti dengan tanda seks sekunder, pacu tumbuh, dan kesiapan untuk reproduksi. LH menstimulasi sel leyding untuk mensekresi hormon testosteron pada laki-laki. FSH disekresi oleh kelenjar pituitary dan berperan dalam perkembangan reproduksi seksual. Hormon ini memengaruhi testis dan ovarium. FSH dan hormon androgen juga memengaruhi pertumbuhan rambut. Hormon FSH dan LH pada minggu trimester kedua dan ketiga (Minggu ke - 13 sampai akhir minggu ke - 27), disekresi oleh kelenjar hipofisis janin, kadarnya memuncak pada pertengahan kehamilan yaitu pada saat folikel ovarium pertama dan tubulus seminiferous janin matang. FSH pada masa anak-anak kadarnya rendah, menjelang pubertas (10 - 14 tahun) produknya meningkat. Pada masa pubertas, FSH menstimulasi sel granulosa untuk menghasilkan hormon estrogen pada perempuan. Pada laki-laki stimulasi hormon FSH, menyebabkan perkembangan tubulus seminiferous sehingga terjadi peningkatan ukuran testis selama masa prepubertas dan pubertas. Hormon pertumbuhan dan steroid seks berperan penting dalam laju pertumbuhan linear pada masa pubertas. Hormon testosteron dan estrogen juga menstimulasi nafsu makan dan aktivitas fisik menyebabkan remaja mengalami pertumbuhan tinggi badan pada awal pubertas. Terdapat beberapa faktor yang berperan terhadap awal dimulainya pubertas antara lain faktor genetik, gizi, dan lingkungan (Cleveland, 2023; Gotra, 2023; Batubara, 2010).

2) Perubahan Fisik

Perubahan fisik pada masa pubertas berlangsung sangat cepat dan dalam rangkaian tahapan yang yang teratur dan berkelanjutan. Terdapat lima

perubahan fisik spesifik yang menyertai masa pubertas, yaitu :

a) Pertambahan tinggi badan yang cepat (pacu tumbuh)

Pertambahan tinggi badan anak remaja laki-laki kira-kira 10 cm pertahun. Sedangkan perempuan 9 cm pertahun. Pertambahan tinggi badan remaja perempuan terjadi 2 tahun lebih awal dari laki-laki. Puncak pertumbuhan tinggi badan (*peak hight velocity*) remaja perempuan adalah sekitar umur 12 tahun, sedangkan laki-laki umur 14 tahun. Pertumbuhan pada remaja perempuan akan berakhir pada umur 16 tahun dan laki-laki 18 tahun dan setelah usia tersebut pertumbuhan tinggi badan hampir selesai. Pertumbuhan tinggi badan juga dipengaruhi oleh hormon steroid seks yang menyebabkan maturasi tulang pada lempeng fisis. Pada akhir pubertas lempeng fisis akan menutup sehingga pertumbuhan tinggi badan akan terhenti.

b) Perkembangan seks sekunder

Sistem hormonal yang berkembang selama masa pubertas mengakibatkan pada remaja mengalami perkembangan seks sekunder. Pada remaja perempuan terjadi pertumbuhan rambut pubis, menarche. Pada laki-laki terjadi perubahan penis, pertumbuhan rambut pada lengan, dan wajah, perubahan suara, serta peningkatan produksi minyak, dan meningkatnya aktivitas kelenjar keringat sehingga menyebabkan remaja rentan mengalami jerawat.

c) Perkembangan organ-organ reproduksi

Perubahan fisik remaja terjadi akibat pertumbuhan fisik termasuk maturisasi organ-organ reproduksi. Awal pubertas pada remaja

laki-laki ditandai dengan meningkatnya volume testis, ukuran testis lebih dari 3 mL. Umumnya perubahan testis terjadi pada umur 9 tahun dan diikuti dengan pembesaran penis. Ukuran penis dewasa dicapai pada usia 16 - 17 tahun. Pada fase ini rambut akan tumbuh rambut pubis kemudian rambut aksila, sedangkan kumis dan jenggot akan tumbuh kemudian. Perubahan suara terjadi akibat bertambah panjangnya pita suara akibat pertumbuhan laring dan hormon testosteron. Perubahan suara terjadi bersamaan dengan pertumbuhan penis. Remaja laki-laki juga mengalami mimpi basah (*wet dream*) yang terjadi sekitar 13 - 17 tahun. Pubertas pada remaja perempuan, ditandai dengan timbulnya *breast budding* atau tunas payudara yang kemudian akan berkembang secara bertahap menjadi payudara dewasa. Rambut pubis juga mulai tumbuh pada usia 11 - 12 tahun. Menstruasi pertama (*menarche*) biasanya terjadi setelah 2 tahun pubertas atau di fase akhir pubertas (sekitar umur 12,5 tahun). Selain itu, pada organ reproduksi laki-laki terjadi proses pematangan sperma (*spermatogenesis*). Pada perempuan terjadi pematangan sel telur (*oogenesis*). *Spermatogenesis* terjadi secara terus menerus mulai dari masa pubertas sampai meninggal, dan proses *spermatogenesis* menghasilkan jutaan sel sperma setiap hari. *Spermatogenesis* terjadi di testis sampai sperma bergerak ke epididimis. Sel sperma yang matang disebut *spermatogonia*. *Oogenesis* dimulai pada masa janin dan dilanjutkan pada masa pubertas sampai menopause. *Oogenesis* terjadi di

ovarium sampai ovum matang bergerak ke tuba fallopi. Berbeda dengan proses spermatogenesis yang menghasilkan sperma setiap hari, oogenesis menghasilkan hanya satu sel telur yang matang setiap bulan dan beberapa sel telur membutuhkan waktu bertahun-tahun mencapai pematangan.

- d) Perubahan komposisi tubuh
Remaja mengalami perubahan berat badan karena perubahan komposisi tubuh. Pada laki-laki disebabkan peningkatan massa otot dan pada perempuan terjadi peningkatan massa lemak. Perubahan komposisi tubuh juga disebabkan karena hormon steroid seks
- e) Perubahan sistem sirkulasi dan respirasi yang berkaitan dengan kekuatan dan stamina.

b. Perubahan Psikososial

Remaja (*adolescent*) ditinjau dari aspek psikososial dibedakan atas tiga tahapan, yaitu :

1) Remaja awal/dini (*early adolescent*) : 10 – 14 tahun

Pada periode ini terjadi percepatan pertumbuhan yang menyebabkan berbagai perubahan fisik maupun psikososial. Berbagai perubahan psikologis remaja antara lain :

- a) Merasa ingin bebas
- b) Jiwa labil
- c) Krisis identitas
- d) Meningkatnya kemampuan verbal untuk diri
- e) Lebih banyak memikirkan keadaan tubuhnya dan mulai berfantasi (abstrak)
- f) Berkurangnya rasa hormat pada orang tua dan kadang berlaku kasar
- g) Penting/lebih dekat dengan teman sebaya
- h) Terdapat pengaruh teman sebaya (*peer group*)
- i) Cenderung bersifat kekanak-kanakan
- j) Tertarik pada keadaan sekarang, bukan masa depan

- k) Secara seksual mulai merasa malu, tertarik pada lawan jenis namun masih bermain dalam kelompok
 - l) Mencari orang lain yang disayangi selain orang tua
 - m) Mulai melakukan eksperimen dengan tubuh seperti melakukan masturbasi, miras atau narkoba
- 2) Remaja pertengahan (*midle adolescent*) : 15 - 17 tahun
- a) Mulai mencari identitas diri
 - b) Sangat memperhatikan penampilan
 - c) Mulai tertarik pada lawan jenis dan ingin berkencan
 - d) Timbul perasaan cinta yang mendalam
 - e) Kemampuan berpikir abstrak (menghayal) semakin berkembang
 - f) Berkhayal mengenai hal-hal terkait seksual
 - g) Mengeluh orang tua terlalu ikut campur dalam kehidupannya
 - h) Tidak, atau kurang menghargai pendapat orang tua
 - i) Sering sedih (*moody*)
 - j) Sering menulis buku harian
 - k) Sering memperhatikan kelompok bermain secara selektif dan kompetitif
- 3) Remaja lanjut (*late adolescent*) : 18 tahun
- Secara fisik pada periode ini remaja sudah mencapai kematangan fisik secara sempurna, dan perubahan psikososial yang terjadi antara lain :
- a) Identitas diri lebih kuat
 - b) Emosi lebih stabil
 - c) Mengungkapkan perasaan kebebasan diri
 - d) Lebih selektif mencari teman sebaya
 - e) Memiliki citra diri (gambaran, peranan, keadaan)
 - f) Dapat mewujudkan perasaan cinta atau mulai serius berhubungan dengan lawan jenis
 - g) Lebih menghargai orang lain
 - h) Lebih konsisten terhadap minatnya
 - i) Mampu memikirkan ide
 - j) Memiliki kemampuan berpikir abstrak atau menghayal

- k) Selera humor lebih berkembang
- l) Lebih memikirkan masa depan termasuk peran yang diinginkan nanti (Iskandarsyah, 2006; Batubara, 2010).

C. Kesehatan Reproduksi Remaja

1. Definisi Kesehatan Reproduksi Remaja

Reproduksi merupakan salah satu komponen penting dalam kehidupan manusia dan berhubungan dengan kemampuan makhluk hidup beregenerasi atau meneruskan keturunan (WHO, 2010). Reproduksi secara harafiah berasal dari kata “re” yang artinya kembali, dan “produksi” yang arti menghasilkan atau membuat. Jadi reproduksi dapat dimaknai sebagai suatu proses kehidupan dalam memproduksi atau menghasilkan generasi baru atau keturunan.

Menurut WHO, kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera secara utuh dari fisik, mental dan sosial bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan fungsinya maupun prosesnya. Definisi ini juga menyiratkan bahwa seseorang dapat memiliki kehidupan seks yang memuaskan dan aman serta memiliki kemampuan dan kebebasan untuk bereproduksi. Mengacu pada definisi kesehatan reproduksi, maka kesehatan reproduksi remaja dapat didefinisikan sebagai suatu kondisi sehat terkait sistem reproduksi baik fungsi, komponen, dan proses yang dimiliki remaja dalam aspek fisik, mental, emosional, dan spiritual. Dengan kata lain kesehatan reproduksi remaja adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial remaja termasuk keadaan bebas dari kehamilan tidak diinginkan, aborsi yang tidak aman, penyakit menular seksual (PMS) termasuk HIV AIDS serta semua bentuk kekerasan dan pemaksaan seksual (PCI, 2000 dalam Winarni, 2020).

2. Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja

Banyak masalah yang dapat timbul akibat kurang memperhatikan kesehatan reproduksi. Masalah yang timbul

juga berkaitan dengan terbatasnya akses informasi atau kurang pengetahuan tentang kesehatan reproduksi. Masalah yang sering ditemui antara lain kehamilan tidak diinginkan (KTD), aborsi, pernikahan dini, penyakit infeksi menular seksual (PMS), dan HIV-AIDS, bentuk kekerasan seksual dan kebiasaan-kebiasaan tidak sehat seperti merokok, miras, penyalahgunaan zat yang sangat dipengaruhi oleh kemajuan informasi global. Kebiasaan-kebiasaan tersebut berdampak pada cepatnya usianya seksual aktif serta mengantarkan remaja pada perilaku seksual berisiko tinggi (Djama, 2017).

3. Hak - Hak Reproduksi Remaja

Berdasarkan Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan di Kairo (1994), terdapat 12 hak-hak reproduksi, yaitu :

- a. Hak mendapatkan informasi dan pendidikan
- b. Hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi termasuk terhindar dari risiko kematian akibat proses reproduksi
- c. Hak untuk kebebasan berpikir tentang kesehatan reproduksi
- d. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan terhadap pemerkosaan, kekerasan, penyalahgunaan, dan pelecehan seksual
- e. Hak untuk mendapatkan manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan terkait kesehatan reproduksi
- f. Hak untuk menentukan jumlah anak dan jarak kelahiran
- g. Hak untuk hidup (dilindungi dari kematian akibat kehamilan dan proses melahirkan)
- h. Hak atas kebebasan dan keamanan berkaitan dengan kehidupan reproduksi
- i. Hak atas kerahasiaan pribadi berkaitan dengan kesehatan reproduksinya
- j. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga
- k. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi

1. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan dalam keluarga dan kehidupan reproduksi

D. Faktor Yang Berhubungan dengan Kesehatan Reproduksi Remaja

Faktor-faktor yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja adalah :

1. Faktor Sosial Ekonomi, dan Demografi

Faktor sosial ekonomi terutama kemiskinan dan demografi sangat berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Menurut data UNICEF, dari 17% remaja usia produktif (10 – 19 tahun) di Indonesia usia, terdapat 10,8% remaja hidup di bawah garis kemiskinan (Khazaeian, 2018). Dampak faktor ekonomi dan demografi terlihat pada keluarga dengan status ekonomi yang rendah, terutama yang tinggal di tempat terpencil atau pedesaan cenderung memiliki tingkat pendidikan yang rendah, mengalami hambatan untuk mengakses informasi kesehatan maupun memanfaatkan fasilitas layanan kesehatan seksual dan reproduksi. Ketidaktahuan remaja tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi berpotensi merugikan terhadap kesehatan reproduksi terutama bagi remaja wanita seperti kehamilan di usia remaja, penyakit infeksi menular seksual, aborsi yang tidak aman, bahkan kematian (Ardiansah, 2022; Manukampe, 2021).

Selain hamil dan menikah di usia muda, remaja wanita dari keluarga dengan status ekonomi rendah cenderung tidak melakukan pemeriksaan kehamilan, tidak menggunakan kontrasepsi, dan tidak menggunakan fasilitas kesehatan untuk mengetahui upaya pencegahan penyakit menular seksual, dan sebaliknya pada keluarga dengan status ekonomi yang tinggi (Rani, 2004). Beberapa hasil penelitian menyebutkan bahwa ada hubungan antara tingkat pendapatan wanita dengan kesehatan reproduksi. Wanita dengan pendapatan yang tinggi memiliki kesehatan reproduksi yang lebih baik dibanding wanita dengan pendapatan yang rendah (Khazaeian, 2018). Hasil penelitian

lain mendapatkan bahwa wanita yang menikah di usia remaja, tingkat pendidikan rendah dan tinggal di pedesaan, tinggal di rumah dengan status ekonomi yang rendah, memiliki peluang melahirkan lebih tinggi dibandingkan dengan wanita remaja yang memiliki tingkat pendidikan yang tinggi. Hal yang sama juga terjadi pada remaja wanita yang tinggal di perkotaan dengan status ekonomi keluarga yang rendah memiliki peluang melahirkan lebih tinggi dibandingkan dengan remaja dari keluarga dengan status ekonomi tinggi (Manukampe, 2021).

Remaja yang melahirkan sudah pasti melewati masa pubertas yang diawali dengan menarche. Perbaikan status sosial ekonomi juga berkaitan dengan pubertas. Pada abad ke-16-18 menarche dilaporkan terjadi pada usia 14- 15 tahun, pada tahun 1928 menarche dilaporkan terjadi pada usia 13,7 tahun, dan umur menarche dilaporkan terus menurun dari tahun ke tahun, hingga tahun 2005 dilaporkan usia menarche rata-rata pada umur 12,5 tahun di Amerika, dan 12,5 di Indonesia (Kemenkes, 2022; Hapsari, 2019).

2. Faktor Budaya dan Lingkungan

Budaya, nilai, keyakinan dan lingkungan berdampak terhadap kesehatan. Norma sosial dan budaya khususnya jenis kelamin, orientasi seksual, atau kecacatan menentukan pola perilaku sosial serta dapat membatasi atau membentuk perilaku sehari. Banyak praktik budaya berdampak buruk terhadap kesehatan reproduksi. Misalnya praktik tradisional, banyak anak banyak rejeki, pantangan makan makanan tertentu pada saat hamil, dan lain-lain.

Budaya mengacu pada masyarakat dan cara hidup. Budaya tercermin dari perilaku, sikap, praktik, ideologi masyarakat, dan terbentuk dari persepsi, perasaan melalui berbagai pengalaman sosial budaya serta memengaruhi seseorang menghadapi masalah kesehatan (Fabia, 2018; Schein, 2010).

Kesehatan remaja sangat dipengaruhi oleh kondisi lingkungan tempat tinggal atau masyarakat setempat.

Pengaruh utama kehidupan masyarakat terhadap kesehatan antara lain perkembangan global, peran sosial, dan status ekonomi sosial. Pengaruh kemajuan informasi global termasuk media sosial dapat memicu remaja yang dalam masa transisi mencari identitas diri untuk mengadopsi kebiasaan yang tidak sehat seperti merokok, miras, penyalahgunaan zat, seks bebas dan perkelahian. Kondisi tersebut sangat memengaruhi konsep diri remaja dan gaya hidup yang akhirnya memengaruhi kesehatan (Ardiansah, 2022; Ricci, 2009).

3. Faktor biologis

Faktor biologis terkait dengan kondisi fisik seseorang. Faktor kondisi fisik dibagi atas dua yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal adalah faktor yang berasal dari diri individu diantaranya sifat jasmani yang diwariskan orang tua, dan kematangan. Faktor eksternal adalah faktor yang berasal dari luar anak yaitu antara lain kesehatan (misalnya cacat sejak lahir, penyakit atau cacat pada organ reproduksi), gizi, lingkungan, dan sosioekonomi (Ekawati, 2021).

4. Faktor psikologis

Faktor psikologis dapat terjadi sebagai akibat langsung dan tidak langsung akan berdampak pada remaja. Beberapa faktor psikologis yang memengaruhi kesehatan remaja adalah :

a. Keharmonisan dengan keluarga

Hubungan yang dekat dan harmonis antara orang tua dan remaja sangat mendukung perkembangan mental remaja ke arah positif. Namun sebaliknya disharmonisasi keluarga sangat mengganggu perkembangan psikologis remaja yang membutuhkan penyeimbangan sehingga remaja dapat mencapai perkembangan psikososial yang matang dan adekuat sesuai dengan tingkat usianya. Gangguan psikologis yang dapat terjadi pada remaja mulai dari ringan sampai gangguan jiwa berat yaitu emosi tidak stabil, kecemasan depresi, gangguan psikosomatik, skizofrenia, dan terjerumus dalam penyalahgunaan NAPZA. Untuk mencegah terjadinya masalah psikologis

pada remaja, orang tua dapat menjalankan perannya sebagai guru, teman, hakim, pengawas, pengontrol waktu anak, merangkul anak, pembimbing anak, membangun rencana pendidikan anak, membangun lingkungan sosial anak, dan menciptakan lingkungan yang baik.

b. Hormon

Meningkatnya hormon dan pematangan fisik terkait dengan perkembangan pubertas pada masa remaja. Hormon estrogen dan testosteron yang diproduksi pada masa pubertas sangat memengaruhi fungsi otak, emosi, dan dorongan seks dan perilaku remaja. Kondisi ini berdampak pada aspek kognitif sosial, dan hubungan dengan teman sebaya, yang juga sangat berkaitan dengan gangguan mood dan kecemasan (IDAI, 2013).

c. Hubungan seksual pra-nikah

Seks bebas pada remaja merupakan salah satu masalah sosial yang sering ditemui dan sangat meresahkan. Seks pranikah dapat mencetus terjadinya penyakit infeksi menular seksual HIV-AIDS, penyakit herpes, sifilis, dan lainnya. Hal lain yang dapat terjadi adalah kehamilan pra-nikah yang tidak diinginkan dengan dampak aborsi yang tidak aman, infeksi organ reproduksi, hingga risiko kematian.

Penyebab perilaku seksual pranikah antara lain tekanan pasangan, keinginan dicintai, keingintahuan tentang seks, keinginan populer, tidak ingin diejek masih perawan, merasa sudah siap melakukan, dan pengaruh media social (Rahayu, 2013). Dampak psikologis yang dapat terjadi pada remaja yang melakukan hubungan seksual pranikah adalah perasaan takut, cemas, marah, depresi, rendah diri, rasa bersalah, rasa berdosa, dan rasa ketagihan atau kecanduan. Orang tua sangat berperan dalam mendidik remaja tentang pendidikan seks dan memberikan pemahaman remaja secara dini tentang seks. Selain orang tua, remaja juga berperan terhadap dirinya sendiri dalam mencegah perilaku seksual pranikah.

Remaja harus selektif memilih teman bergaul, dan rajin beribadah (Wahyuni, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Adji, J. M. (2013). *Kesehatan Reproduksi Remaja dalam Aspek Sosial*. Ikatan Dokter Anak Indonesia: <https://www.idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/kesehatan-reproduksi-remaja-dalam-aspek-sosial>
- Ardiansah., & Hoesin, M. (2022). *Kesehatan Reproduksi Remaja: Permasalahan dan Upaya Pencegahan*. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan: Kementerian Kesehatan RI : https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/29/kesehatan-reproduksi-remaja-permasalahan-dan-upaya-pencegahan
- Batubara, J,L,R. (2010). *Adolescent Development (Perkembangan Remaja)*. 12(10) : <https://saripediatri.org/index.php/saripediatri/article/view/540>
- Berensson, K. (2009). *Öppna jämförelser 2009. Folkhälsa [Open comparisons 2009. Public health]*. Stockholm: Swedish Association of Local Authorities and Regions (SKL).
- Barooti E, Sadeghi N, Karimi-Zarchi M, Soltani HR (2011). *New results regarding trends in Iranian women's health and a comparison with WHO data*. Clin Exp Obstet Gynecol 2011, 38(4):390-393.
- Djama, N, T. (2017). *Kesehatan Reproduksi Remaja*. Ternate Maluku Utara : Poltekkes Kemenkes : <https://moraref.kemenag.go.id/documents/article/978747822422004261>
- Ekawati, D., Sabur, F., Umar, S., & Gasma A. (2021).Efektivitas *Penyuluhan Tentang Perubahan Fisik pada Remaja pada Masa Pubertas terhadap Peningkatan Pengetahuan Siswa di SDN No. 9 Cini Ayo Jeneponto*. Journal Inovasi Penelitian (JIP). 2021 Des. 2 (7). DOI: 10.47492/jip.v2i7.1052
- Cleveland Clinic. (2023). *Follicle stimulating Hormon* : <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/24638-follicle-stimulating-hormone-fsh>
- Elnimeiri, M. K. M., Sati, S. S. M., & Ibrahim, M. K. M. (2020). *Barriers to Acces Utilization of Reproductive Service by Adolescent-*

- Khartoum State-Sudan-2020 : Study Protocol. Reproductive Health* (2020) 17:121: <https://doi.org/10.1186/s12978-020-00967-y>
- Fabia, R.S.A., Khadrawi Saddia M., & Ellasus Rosanta A. (2018). *Behavior, Awereness and Sensitivity of Healthcare Provider in a Multiculture Environment*. *Nurse Media Journal of Nursing* 8(2) H.58-70. Available Online at <http://ejournal.undip.ac.id/index.php/medianers>
- Gotra, W. (2023). *Mengenal Perubahan Fisiologis Hormon pa Masa Pubertas*. Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Diakses dari : https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/2111/mengenal-perubahan-fisiologis-hormon-pada-masa-pubertas
- Halstrom, M., Ranjbar V., & Ascher, H. (2016). *Adolescent Health Care in Multi-Culture Area : A Qualitatif Study From Adolescents Prespective*. *International Journal of Adolescence and Youth* : <https://doi.org/10.1080/02673843.2015.1137777>
- Hapsari, A. (2019). *Buku ajar Kesehatan Reproduksi Modul Kesehatan Reproduksi Remaja*. Malang : Wineka Media
- Hurlock, E.B. (1998). *Perkembangan Anak*. Jakarta: Erlangga.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). (2013). *Masalah Kesehatan Mental Psikososial Remaja*. Jakarta : Indonesian Pediatric Society : <https://www.idai.or.id/artikel/seputar-kesehatan-anak/masalah-kesehatan-mental-emosional-remaja>
- Iskandarsyah, A. (2006). *Remaja dan Permasalahannya: Perspektif Psikologi Terhadap Permasalahan Remaja dalam Bidang Pendidikan*. Fakultas Psikologi, Universitas Padjajaran.
- Manukampe, M. N., Fwemba, I., Zulu, J. M., & Michelo, C. (2021). *Association Between Socioeconomic Status and Fertility Among Adolescent Age 15 to 19 : an Analysis of The 2013/2014 Zambia Demographic Health Survey (ZDHS)*. *Reprod Health*. 2021 Sep 10;18(1) 182: doi : 10.1186/s12978-021.01230-8 : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34507589/>
- Nur, H., & Daula, N. (2020). *Dinamika Perkembangan Remaja : Problematika dan Solusi*. Edisi pertama. Jakarta : Kencana

- Rahayu, A., Noor, M. S., Yulidasari, S., Rahman, S., & Putri A, O. (2017). Buku ajar Kesehatan Reproduksi
- Rani, M., & Lule, E. (2004). *Exploring The Socioeconomic Dimension of Adolescent Reproductive Health: A Multicountry Analysis*. *International Family Planning Perspectives*, 30(3): pp : 110-117
- Ricci S.S. (2009). *Essentials of Maternity, NewBorn, and Women's Health Nursing 2nd Edition*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkinszd
- Schein, E. (2010). *Organizational culture and leadership: Volume 2 of the Jossey Bass business & management series (4th ed.)*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Wahyuni., & Sri, A. (2020). Dampak Perilaku Seks Pranikah dan Upaya Pencegahan Terhadap Remaja di Desa Tonyaman Kecamatan Binuang Kabupaten Polewali Mandar.
- Wahyuni C. (2017). *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Kediri : Strada Press
- Wulandari, W. A., & Jember. M. I. (2016). *Pengaruh Faktor sosial ekonomi Rumah Tangga Terhadap Sikap Kesehatan Reproduksi Pada Remaja*. *E Jurnal EP Undud*. 6 (5) : 884-919 : <https://ojs.unud.ac.id/index.php/eep/article/view/29861>
- World Health Organization. 2010. Menstruation And The Menstrual Cycle. Article from *National Institute of Child Health and Human Development* : from:www.nichd.nih.gov/health/topics
- WHO. (2022). Reproductive Health. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>
- Winarni, S., Nugroho, J., & Agushybana. (2020). *Buku Ajar Dasar Kesehatan Reproduksi*. Semarang : FKM Undip Press

BIODATA PENULIS



Ivonne, A. V, Gasper, S.Kep, Ns.,M.Kep. lahir di Ambon tanggal 14 Desember 1969. Penulis lulus pendidikan DIII Keperawatan di Ambon pada tahun 1992 , Ners tahun 2007 di Universitas Hasanudin Makassar, dan S2 Magister Keperawatan Komunitas Di Universitas Indonesia tahun 2014. Pengalaman bekerja sebagai guru di Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Tual sejak tahun 1997, dan menjadi Dosen Poltekkes Kemenkes Maluku pada Prodi Keperawatan Tual tahun 2001 sampai sekarang. Mata kuliah yang diajarkan penulis antara lain Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Ilmu Biomedik Dasar, dan Metodologi Penelitian.

BAB 14

Dampak Pernikahan Usia Dini Terhadap Kesehatan Reproduksi

Sri Restu Tempali S.Kep.Ns.M.SC

A. Pendahuluan

Pernikahan dini adalah pernikahan yang lebih muda dari usia yang seharusnya belum siap menikah. Pernikahan dini juga merupakan pernikahan yang sah dilakukan oleh seorang laki-laki atau perempuan yang tidak memiliki persiapan dan kedewasaan untuk takut akan mengalami berbagai resiko atau akibat yang serius. Efek penting ini bahkan memengaruhi kesehatan saat melahirkan. Perkawinan dini terjadi apabila perkawinan dilangsungkan pada usia yang melanggar aturan Undang-Undang Perkawinan, yaitu. wanita di bawah 16 tahun dan pria di bawah 19 tahun (Indrianingsih et al., 2020)

Pernikahan dini disebabkan oleh beberapa faktor, salah satunya adalah pengetahuan. Ketidaktahuan orang tua, anak dan masyarakat tentang pentingnya pendidikan, arti dan tujuan perkawinan menyebabkan terjadinya perkawinan usia muda. Kebanyakan dari mereka tidak menyadari bahaya pernikahan dini. Selain itu, kepercayaan dan adat istiadat keluarga juga menentukan menikah muda. Sering terlihat bahwa orang tua menikahkan anaknya pada usia yang sangat muda karena ingin meningkatkan status sosial keluarga, memperkuat ikatan keluarga atau melestarikan tradisi keluarga mereka (Putri et al., 2020).

Pernikahan ialah momentum yang sangat berarti untuk setiap hidup manusia yang berupa jalinan lahir batin antara seseorang laki-laki dan perempuan sebagai suami dan istri dengan tujuan membentuk keluarga yang harmonis dan kekal berdasarkan ketuhanan yang maha esa. Selain mempersatukan dua orang yang berbeda, pernikahan akan secara otomatis mengubah status keduanya. Pelaksanaan pernikahan sebelum usia yang ditentukan memiliki risiko yang bisa dirasakan oleh pihak perempuan maupun laki-laki. Ketidaksiapan anak pada usia yang belum siap menikah dapat menyebabkan berbagai hal, misalnya putusnya pendidikan, mengganggu kesehatan reproduksi, perceraian pada usia muda, kekerasan dalam rumah tangga, dan lain sebagainya. Selain itu, pernikahan dini juga menimbulkan dampak buruk secara mental ataupun fisik. (Masyarakat et al., 2021)

Masa remaja merupakan masa untuk mencari identitas diri dan membutuhkan pergaulan dengan teman-teman sebaya, pernikahan dini secara social akan menjadi bahan pembicaraan teman-teman remaja di masyarakat, kesempatan untuk bergaul dengan teman-teman sesama remaja hilang, sehingga remaja kurang dapat membicarakan masalah-masalah yang dihadapinya. Mereka memasuki lingkungan orang dewasa dan keluarga yang baru dan asing bagi mereka. Bila mereka kurang dapat menyesuaikan diri, maka akan timbul berbagai ketegangan dalam hubungan keluarga dan masyarakat. Pernikahan dini dapat mengakibatkan remaja berhenti sekolah sehingga kehilangan kesempatan untuk menuntut ilmu sebagai bekal untuk hidup dimasa depan. Sebagian besar pasangan muda ini menjadi tergantung dengan orang tua sehingga kurang dapat mengambil keputusan sendiri. Bila pasangan ini berusaha untuk bekerja, maka pendapatannya pun tergolong rendah bahkan tidak dapat memenuhi kebutuhan hidup keluarga. Keadaan ini akan membuat pasangan rentan terhadap pengaruh kurang baik dari lingkungan sekitarnya (Carolin & Lubis, 2021)

B. Dampak Pernikahan Usia Dini terhadap Kesehatan Reproduksi

Masa remaja merupakan masa peralihan dari masa kanak-kanak menuju dewasa dengan berbagai perubahan baik secara fisik, emosi, sosial, dan nilai-nilai moral. Oleh karena itu, masa remaja relatif bergejolak dibandingkan dengan masa perkembangan lainnya. Pada tahap remaja tengah menjadi sangat penting, dikarenakan pada masa ini remaja berada pada tahap masa pencarian identitas diri, membutuhkan peran teman sebaya, menghadapi kondisi (Puspasari et al., 2020)

1. Masalah kanker leher rahim (Indrianingsih et al., 2020)

Dari segi kesehatan pasangan muda yang melakukan pernikahan dini akan beresiko mengalami masalah kesehatan reproduksi seperti kanker leher Rahim dan trauma fisik pada organ intim. Dengan kata lain, Rahim anak remaja cenderung tidak dapat menahan calon bayi yang seharusnya bertahan didalam kandungan selama kurang lebih 9 bulan. Jika dipaksa akan menyebabkan persalinan premature karena lahir sebelum usia 38 minggu, pecahnya ketuban, keguguran, mudah terkena infeksi hingga anemia kehamilan (kekurangan zat besi) selain itu memiliki kecenderungan yang tinggi untuk melahirkan anak yang stunting, resiko kesehatan ibu dan bayi lebih tinggi seperti tekanan darah tinggi, dan kemungkinan terburuk kematian dan janin pendarahan saat melahirkan disebabkan karena otot Rahim yang terlalu lemah menyebabkan pendarahan relatif lebih sulit berhenti.

2. Masalah kehamilan seperti perdarahan, keguguran dan susah saat melahirkan (Puspasari et al., 2020)

Perkawinan wanita di bawah umur mengakibatkan mereka mengalami kehamilan padahal alat reproduksi belum siap untuk dibuahi. Sehingga terjadi beberapa masalah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Masalah kehamilan yang pernah terjadi pada ibu hamil yang masih berusia muda adalah terjadinya perdarahan, keguguran dan susah saat melahirkan. Wanita yang

menikah dini akan mengalami masalah saat hamil, melahirkan dan nifas, yaitu adanya kurang darah (anemia), persalinan lama/bayi tidak segera keluar, bengkak pada akhir kehamilan, perdarahan pada saat melahirkan dan masa nifas, serta adanya infeksi pada jalan lahir. Pernikahan dini seringkali diiringi oleh kehamilan remaja yang berisiko tinggi karena ketidaksiapan psikologis sehingga terjadi keguguran, persalinan premature, depresi mental dan bahkan penularan penyakit seksual. Selain itu akan mengalami masalah saat hamil, melahirkan dan nifas, yaitu adanya kurang darah (anemia), persalinan lama/bayi tidak segera keluar, bengkak pada akhir kehamilan, perdarahan pada saat melahirkan dan masa nifas, serta adanya infeksi pada jalan lahir.

3. Masalah Stunting(Usia et al., 2022)

Salah satu risiko yang menyebabkan stunting yaitu adanya anak yang lahir dari wanita yang melakukan pernikahan dini dan mengalami kehamilan pada usia dini. Usia ibu sangat berperan penting pada faktor psikologis terhadap kondisi kehamilannya, sehingga hal ini akan berpengaruh pada pola asuh anak. Selain itu, usia ibu juga berpengaruh terhadap pertumbuhan janin, jika ibu mendapatkan asupan nutrisi yang baik maka akan berdampak baik pada janin. Pada kenyataannya banyak wanita yang menikah dini dan melahirkan di bawah usia 19 tahun. Wanita tersebut secara mental belum siap dalam menghadapi kehamilan, persalinan, dan mengasuh anak sehingga akan memengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Hal ini dipengaruhi oleh adanya tekanan faktor ekonomi, orang tua, pendidikan, diri sendiri, dan faktor adat setempat. Pola asuh gizi pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) memengaruhi asupan gizi dan berdampak langsung dengan kejadian stunting.

C. Faktor terjadinya Pernikahan Dini

1. Menurut (Mandiri, 2022)

a. Pendidikan

Rendahnya tingkat pendidikan maupun pengetahuan orangtua, anak dan masyarakat, menyebabkan adanya kecenderungan untuk menikahkan anaknya yang masih dibawah umur dan tidak dibarengi dengan pemikiran yang panjang tentang akibat dan dampak permasalahan yang dihadapi.

b. Peraturan budaya

Faktor budaya bisa jadi merupakan salah satu penyebab pernikahan dini. Usia layaknya menikah menurut budaya dikaitkan dengan datangnya haid pertama bagi wanita

c. Keluarga cerai

Banyak anak-anak korban perceraian terpaksa menikah secara dini karena berbagai alasan misalnya, tekanan ekonomi, untuk meringankan beban orang tua tunggal, membantu keluarga, mendapatkan pekerjaan, meningkatkan taraf hidup, dan sebagainya.

d. Daya tarik fisik

Faktor lain yang mendorong terjadinya pernikahan dini adalah daya tarik fisik. Banyak remaja yang terjerumus ke dalam pernikahan karena daya tarik fisik

2. Menurut (Masyarakat et al., 2021) terdapat beberapa aspek yang menjadi pemicu atau faktor terjadinya pernikahan dini, antara lain.

a. Kebutuhan ekonomi.

b. Pendidikan rendah.

c. Kultur nikah muda.

d. Perkawinan yang diatur.

e. Seks bebas pada remaja yang menyebabkan kehamilan sebelum menikah.

Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) juga memberikan arahan perihal umur minimum seseorang untuk melakukan pernikahan. Hal ini disebabkan

memperhitungkan dari berbagai aspek seperti, kesiapan reproduksi, biologis, dan psikis (BKKBN, 2017). Serupa adanya kemungkinan perceraian, kesehatan ibu dan anak saat melahirkan, meningkatnya angka fertilitas serta banyak hal lainnya. Pada kesehatan mental yaitu saat memasuki dunia rumah tangga yang mana terdapat hak serta kewajiban yang perlu dipenuhi sebaik mungkin, sehingga keharmonisan dalam rumah tangga dapat terwujud. Dalam konteks ini, dibutuhkan kesehatan mental dan tidak hanya bermodal cinta. Tidak sedikit pernikahan yang dilakukan karena keterpaksaan, yang mana hal ini akan memengaruhi keharmonisan rumah tangga dikarenakan suami dan istri belum memiliki mental yang siap untuk menikah di usia muda dan resiko terjadi perceraian akan semakin besar

DAFTAR PUSTAKA

- Carolin, B., & Lubis, R. (2021). *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pernikahan Usia Dini*. May. <https://doi.org/10.33024/jkm.v7i1.3110>
- Indrianingsih, I., Nurafifah, F., Ramdani, D., Hamdani, S., Amri, Y., Pratama, Y. H., Putri, D. A., Luh, N., Putriyani, S., Januarti, L., Lombok, J., Nusa, T., & Barat, T. (2020). *Analisis dampak pernikahan usia dini dan upaya pencegahan di desa janapria*. 2(1), 16–26.
- Mandiri, rena cipta. (2022). *kesehatan reproduksi remaja dan napsa*.
- Masyarakat, P. K., Sekarayu, S. Y., Nurwati, N., Sosial, I. K., & Reproduksi, K. (2021). *Dampak pernikahan usia dini terhadap kesehatan reproduksi 1*.
- Puspasari, H. W., Pawitaningtyas, I., Humaniora, P., Kesehatan, M., Kesehatan, B. L., Kunci, K., Dini, P., & Ibu, K. (2020). *Masalah Kesehatan Ibu Dan Anak Pada Pernikahan Usia Dini di Beberapa Etnis Indonesia : Dampak dan Pencegahannya Maternal and Child Health Problems in Early Age Marriage at Several Ethnic Indonesia : The Impact and Prevention*. 275–283.
- Putri, R., Kecamatan, D. I., & Melintang, L. (2020). *Factors that Influence The Incidence Of Early Marriage In Young Women In The Lembah*. 3(2), 55–61.
- Usia, P., Terhadap, R., Stunting, K., Kertek, P., Wonosobo, K., & Permatasari, C. (2022). *HIGEIA JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*. 6(1), 31–37.

BIODATA PENULIS



Sri Restu Tempali S.kep,Ns, M.sc. lahir di kolonadale (morut), pada 15 Oktober 1962. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di Fakultas Kedokteran UNHAS Makassar dan S2 di Ilmu Kedokteran klinik maternal perinatal UGM. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen tetap di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palu.

BAB 15 | Determinan Pemilihan KB Hormonal di Indonesia

Iyam Manueke S.SiT, M.Kes

A. Pendahuluan

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 tahun 2009, keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami, istri atau suami, istri dan anaknya atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.

Definisi sosial untuk keluarga yaitu merupakan sekelompok orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang berinteraksi dan berkomunikasi dalam peran sebagai suami, istri, ayah, ibu, anak, saudara dan bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya,

B. Konsep Keluarga

1. Pengertian keluarga berencana

Keluarga berencana merupakan upaya peningkatan kepedulian dan peran serta masyarakat melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga, peningkatan kesejahteraan keluarga untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia dan sejahtera. Prinsip dasar metode kontrasepsi adalah mencegah sperma laki-laki mencapai dan membuahi sel telur wanita (fertilisasi) atau mencegah telur yang sudah dibuahi untuk berimplimentasi (melekat) dan berkembang di dalam rahim (Jitowiyono dkk, 2019).

Dalam Jurnal Linda, dkk (2015) Menurut teori ada tiga fase dalam pelayanan kontrasepsi yaitu: fase menunda kehamilan bagi PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun, fase menjarangkan kehamilan dengan periode usia isteri

antara 20-35 tahun, dan fase menghentikan/mengakhiri kehamilan.

KB mencakup layanan, kebijakan, informasi, sikap, praktik dan komoditas, termasuk kontrasepsi, yang memberi wanita, pria, pasangan, dan remaja kemampuan untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan dan memilih apakah dan/ atau kapan memiliki anak (Wahyuni S, 2022).

Keluarga berencana menurut WHO adalah tindakan yang memakai individu atau pasangan suami istri untuk:

- a. Mendapatkan objek-objek tertentu
- b. Menghindari kelahiran yang tidak diinginkan
- c. Mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan
- d. Mengatur interval diantara kehamilan
- e. Mengontrol waktu saat kelahiran dalam hubungan suami istri
- f. Menentukan jumlah anak dalam keluarga (Sihite S dan Siregar N, 2022).

Menurut UU no 10 tahun 1992 KB merupakan upaya bagaimana cara meningkatkan rasa peduli dan mengikutsertakan masyarakat dalam mendewasakan usia pada pernikahan, mengatur kelahiran, membina ketahanan keluarga serta meningkatkan kesejahteraan keluarga demi terwujudnya keluarga kecil yang sejahtera dan bahagia (Amalini, 2019).

2. Tujuan Keluarga Berencana

Tujuan KB adalah bertujuan dalam peningkatan kesehatan dan kesejahteraan ibu dan anak serta terwujudnya keluarga yang sehat, dan keluarga kecil yang bahagia serta sejahtera. Melalui program KB ini dapat mengendalikan kelahiran dan pertumbuhan penduduk di Indonesia. Selain itu dengan KB diharapkan bisa menjadikan penduduk Indonesia menjadi sumber daya manusia yang berkualitas dan bermutu untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga (Kemenkes RI, 2016).

Adapun tujuan KB menurut Jalilah dan Prapitasari, meliputi :

- a. Pengaturan kelahiran
- b. Pendewasaan usia perkawinan dan
- c. Peningkatan ketahanan serta kesejahteraan keluarga

Tujuan khusus KB adalah memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan ibu, anak, keluarga dan bangsa, mengurangi angka kelahiran untuk menikah taraf hidup rakyat dan bangsa memenuhi permintaan masyarakat terhadap pelayanan Kb dan KR yang berkualitas, termasuk upaya-upaya menurunkan angka kematian ibu dan bayi dan anak, serta penanggulangan masalah kesehatan reproduksi.

3. Sasaran Keluarga Berencana

Sasaran KB merupakan sasaran langsung dan tidak langsung. Sasaran langsung yakni pasangan usia subur yang memiliki tujuan untuk menurunkan angka kelahiran dengan menggunakan alat kontrasepsi secara berkelanjutan. Sasaran tidak langsung yakni pelaksana dan pengelola KB (Kemenkes RI, 2016).

4. Ruang Lingkup Keluarga Berencana

Menurut Wahyuni (2022) ruang lingkup Keluarga Berencana yaitu:

- a. Ibu, yaitu dengan mengatur jumlah dan jarak kelahiran.
- b. Suami, yaitu dengan memberikan kesempatan suami agar dapat melakukan hal berikut yaitu memperbaiki kesehatan fisik dan mengurangi beban ekonomi keluarga yang ditanggungnya.
- c. Seluruh Keluarga, dilaksanakan program KB dapat meningkatkan kesehatan fisik, mental dan sosial setiap anggota keluarga dan bagi anak dapat memperoleh kesempatan yang lebih besar dalam hal pendidikan serta kasih sayang kedua orang tuanya.

Ruang lingkup Keluarga Berencana secara umum adalah Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi Remaja, Ketahanan dan Pemberdayaan Keluarga, Penguatan Pelembagaan Keluarga Kecil Berkualitas, Keserasian

Kebijakan Kependudukan, Pengelolaan SDM Aparatur, Penyelenggaraan Pimpinan Kenegaraan dan Pemerintahan, Peningkatan Pengawasan dan Akuntabilitas Aparatur Negara (Wahyuni, 2022).

5. Faktor-faktor yang memengaruhi pemilihan KB

Faktor yang memengaruhi pemilihan kontrasepsi yaitu :

a. Efektivitas, keamanan, frekuensi pemakaian dan efek samping, serta kemauan dan kemampuan untuk melakukan kontrasepsi secara teratur dan benar. Selain hal tersebut, pertimbangan kontrasepsi juga didasarkan atas biaya serta peran dari agama dan kultur budaya mengenai kontrasepsi tersebut (nelwan, 2019).

b. Frekuensi bersenggama, kemudahan untuk kembali hamil lagi, efek samping ke laktasi, dan efek dari kontrasepsi tersebut di masa depan. Sayangnya, tidak ada metode kontrasepsi, kecuali abstinensia (tidak berhubungan seksual), yang efektif mencegah kehamilan (Nelwan, 2019).

c. Pendidikan

Peran pendidikan dalam memengaruhi pola pemikiran wanita untuk menentukan kontrasepsi mana yang lebih sesuai untuk dirinya, kecenderungan ini menghubungkan antara tingkat pendidikan akan memengaruhi pemahaman dan pengetahuan seseorang (Sugiana dkk, 2021).

d. Pengetahuan

Pengetahuan seseorang tentang penggunaan kontrasepsi yang diperoleh melalui media massa atau informasi, sosial budaya dan ekonomi, lingkungan dan pengalaman (Luba & Rukinah, 2021).

Pengetahuan ibu akseptor KB memengaruhi perilakunya dalam memilih kontrasepsi suntik sebagai alat kontrasepsi karena ibu dengan pengetahuan tinggi tentu mempunyai perilaku yang berbeda dengan yang pendidikannya rendah karena ibu yang berpengetahuan

tinggi lebih memilih cara penggunaan alat kontrasepsi yang lebih efisien dan praktis (Hasnani, 2019).

e. Kepercayaan dan budaya

Pengaruh kepercayaan dan budaya akseptor KB terhadap penggunaan kontrasepsi. Agama memperbolehkan KB dengan alasan KB dianggap penting untuk menjaga kesehatan ibu dan anak (Septalia & Puspitasari, 2016).

f. Usia

Kematangan usia seseorang memengaruhi dalam pengambilan keputusan dan proses berfikir dalam menentukan KB yang akan di gunakan. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir (Sartika & Qomariah, 2020).

Hal ini dikarenakan pada umur 20-35 tahun adalah usia produktif yang mengharuskan wanita agar dapat merencanakan dengan baik jumlah anak yang diinginkan (Bakri dkk, 2019).

g. Ekonomi

Tinggi rendahnya status ekonomi masyarakat dapat memengaruhi pemilihan jenis kontrasepsi, hal ini berkaitan dengan kemampuan masyarakat dalam membeli alat kontrasepsi (Manayo, 2021).

Akseptor KB suntik berpendapat bahwa biaya yang mereka keluarkan lebih murah, dibanding dengan yang menggunakan IUD (Qomariyah dkk, 2022).

Diperlukan sosialisasi program KB terutama adanya pelayanan gratis perlu ditingkatkan bila memungkinkan agar petugas KB melakukan kunjungan rumah dalam memberikan sosialisasi program KB tersebut (Widiyanti & Lestariningsih, 2022).

h. Paritas

Faktor paritas atau banyaknya anak memengaruhi pemilihan kontrasepsi yang akan digunakan , semakin banyak anak yang dimiliki maka akan semakin besar kecenderungan untuk menghentikan kesuburan

sehingga lebih cenderung untuk memilih kontrasepsi (Puspasari dkk, 2022).

i. Pengambilan Keputusan dalam Pemilihan Alat

Faktor - faktor yang menentukan pemilihan dapat berubah seiring dengan bertambahnya usia reproduksi sehingga perlu reevaluasi terhadap metode apa yang paling baik untuk memenuhi kebutuhan individual responden (Astuti & Ilyas, 2017).

j. Dukungan Suami

Dukungan suami, dikarenakan penggunaan kontrasepsi menjadi tanggung jawab bersama pasangan sebagai pasangan, agar metode kontrasepsi yang dipilih sesuai dengan kebutuhan dan keinginan pasangan. Laki-laki dan perempuan harus saling mendukung dalam menggunakan kontrasepsi, karena KB dan kesehatan reproduksi bukan tanggung jawab laki-laki atau perempuan semata (Hasna dkk, 2022).

Peran seperti ikut pada saat konsultasi pada tenaga kesehatan saat istri akan memakai alat kontrasepsi, mengingatkan istri jadwal minum obat atau jadwal untuk kontrol, mengingatkan istri hal yang tidak boleh dilakukan saat memakai alat kontrasepsi dan sebagainya akan sangat berperan bagi istri saat akan atau telah memakai alat kontrasepsi (Surjono & Nurhidayah, 2016).

k. Pekerjaan

Wanita bekerja diduga mempunyai kecenderungan lebih tinggi untuk memakai alat kontrasepsi. Nilai waktu yang dimiliki wanita bekerja adalah lebih mahal dibandingkan dengan wanita yang tidak bekerja. Kesempatan wanita bekerja untuk mengurus anak lebih sedikit dibandingkan dengan yang tidak bekerja. Oleh karena itu wanita bekerja akan cenderung memakai alat kontrasepsi untuk membatasi jumlah anak (Fransisca, 2019).

6. Macam-macam kontrasepsi hormonal dan cara kerjanya

Kontrasepsi modern (hormonal) menurut Jitowiyono, dkk (2019) antara lain:

a. Alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR)

Mekanisme kerja:

- 1) IUD yang mengeluarkan hormon yang akan mengentalkan lendir serviks sehingga menghalangi pergerakan sperma untuk melewati kavum uteri.
- 2) Memengaruhi fertilitas sebelum ovum mencapai kavum uteri.
- 3) IUD bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, IUD mengurangi kemampuan sperma untuk fertilisasi.
- 4) Sifat-sifat dari cairan uterus mengalami perubahan-perubahan pada pemakaian IUD yang menyebabkan blastokista tidak dapat hidup dalam uterus.
- 5) Produksi lokal prostaglandin yang meninggi, yang menyebabkan sering adanya kontraksi uterus pada pemakaian IUD yang dapat menghalangi nidasi.

b. Pil kombinasi

Pil kombinasi adalah pil yang mengandung kombinasi antara estrogen dan progesteron yang diproduksi secara alami oleh wanita, dimana pil kombinasi ini dibagi menjadi beberapa jenis yaitu:

- 1) Monofasik: pil yang tersedia dalam kemasan 20/21 tablet yang mengandung hormon aktif estrogen / progestin dalam dosis yang sama, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- 2) Bifasik: pil yang tersedia dalam kemasan 21 tablet mengandung hormon aktif estrogen/progestin dengan dua dosis yang berbeda, dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.
- 3) Trifasik: pil yang tersedia dalam 21 tablet yang mengandung hormon aktif estrogen/progestin dengan 3 dosis yang berbeda dengan 7 tablet tanpa hormon aktif.

- c. Alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK)/Implant
Salah satu jenis kontrasepsi yang berupa susuk yang terbuat dari sejenis karet silastik yang berisi hormon, dipasang pada lengan atas.
- d. Suntik
Suntik kombinasi merupakan kontrasepsi suntik yang berisi hormon sintesis estrogen dan progesteron.

7. Efek Samping Alat Kontrasepsi

Ada banyak jenis kontrasepsi yang tersedia, setiap pasangan perlu memilih jenis alat kontrasepsi mana yang cocok dan aman digunakan untuk menunda kehamilan. Hal ini dikarenakan setiap alat kontrasepsi memiliki kelebihan dan kekurangannya (Herawati, 2022).

Adapun efek samping dari alat kontrasepsi menurut (Haryati, 2023) antara lain:

- a. Kontrasepsi Suntikan Hormonal
 - 1) Kontrasepsi pil
 - a) Gangguan haid
 - b) Sakit kepala biasa
 - c) Mual muntah
 - d) Payudara nyeri
 - e) Perubahan berat badan
 - f) Perubahan mood dan aktivitas seksual
 - g) Jerawat
 - b. Kontrasepsi suntik
 - a) Gangguan haid
 - b) Kembang dan rasa tidak nyaman di perut
 - c) Perubahan berat badan
 - d) Perubahan mood/ hasrat seksual
 - e) Nyeri kepala ringan
 - f) Nyeri payudara
 - g) Jerawat
 - h) Mual/pusing/muntah
 - i) Keputihan
 - j) Melasma

- c. Alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK)
Efek sampingnya antara perubahan pola haid seperti spotting, haid tidak teratur lebih dari 8 hari, haid jarang, amnorea, mual, anoreksia, sakit kepala, perubahan libido, perubahan berat badan dan jerawat.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalini, M. P. 2019. Strategi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dalam Meningkatkan Pengguna Program Keluarga Berencana di Kota Samarinda, *Journal Ilmu Pemerintahan*, 7 (3), pp. 1379-1390.
- Astuti, D., & Ilyas, H. (2017). Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemilihan alat kontrasepsi suntik. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Sai Betik*, 11(2), 233-243.
- Bakri, Z., Kundre, R., & Bidjuni, H. (2019). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemilihan Metode Kontrasepsi Pada Wanita Usia Subur Di Wilayah Kerja Puskesmas Ranotana Weru. *Jurnal Keperawatan*, 7(1).
- Fransisca, L. (2019). Faktor-faktor yang berhubungan dengan pemilihan kontrasepsi suntik di BPM Lismarini Palembang. *Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan*, 9(17), 47-53.
- Hasna, F. N., Susiloningtyas, I., & Realita, F. (2022). Faktor-Faktor yang Memengaruhi Penggunaan Kontrasepsi Hormonal Suntik 3 Bulan. *Jurnal Health Sains*, 3(12), 1794-1807.
- Hasnani, F. H. (2019). Faktor yang Memengaruhi Akseptor dalam Memilih Alat Kontrasepsi Suntik: Family Planning. *Quality: Jurnal Kesehatan*, 13(1), 22-27.
- Herawati, T. (2022). *Buku Saku Pemilihan Alat dan Efek Samping Kontrasepsi*. Pekalongan: NEM.
- Jalilah, N., dan Prapitasari, R. (2020). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Indramayu. CV Adanu Abimata.
- Jitowiyono, S., dan Rouf, M. (2019). *Keluarga Berencana (KB) dalam Perspektik Bidan*. Yogyakarta: PT. Pustaka Baru.
- Kemendes RI. (2016). *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*.
- Luba, S., & Rukinah, R. (2021). Faktor yang Memengaruhi Akseptor Kb dalam Memilih Alat Kontrasepsi. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(1), 253-258.
- Manayo, E. R. (2021). Faktor-faktor yang memengaruhi tingginya minat pengguna kontrasepsi hormonal dibandingkan non hormonal. *Jambura Nursing Journal*, 3(2), 49-58.
- Nelwan, I. (2019). *Epidemiologi Kesehatan Reproduksi*. Sleman: Deepublish.

- Puspasari, H., Dini, A. Y. R., Nurdiyana, S., Yulistiyana, L. N., Khasanah, Y. Y., & Fitri, A. (2022). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Pemilihan Kontrasepsi Suntik 3 Bulan Di Klinik Ariza Medika Tahun 2022. *Jurnal Kesehatan*, 13(2), 187–192.
- Qomariyah, Q., Maharani, K., & Harjanti, A. I. (2022). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Akseptor KB Dalam Memilih Kontrasepsi Di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Ayu Semarang. *Indonesian Journal of Midwifery (IJM)*, 5(1), 39–43.
- Sartika, W., & Qomariah, S. (2020). Faktor yang memengaruhi penggunaan KB suntik. *Oksitosin: Jurnal Ilmiah Kebidanan*, 7(1), 1–8.
- Septalia, R., & Puspitasari, N. (2016). Faktor yang memengaruhi pemilihan metode kontrasepsi. *Jurnal Biometrika Dan Kependudukan*, 5(2), 91–98.
- Sihite, S., Siregar, N. (2022). *Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management.
- Sugiana, E., Hamid, S. T. A., & Sari, E. P. (2021). Faktor-Faktor yang Memengaruhi Penggunaan Kontrasepsi Implant. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*, 21(1), 372–377.
- Surjono, D. W., & Nurhidayah, N. (2016). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Akseptor Kb Dalam Pemilihan Kontrasepsi Suntik 3 Bulan Atau 1 Bulan. *Tunas Medika Jurnal Kedokteran & Kesehatan*, 3(4).
- Wahyuni, S. (2022). *Pelayanan Keluarga Berencana (KB)*. UNISMA PRESS.
- Widiyanti, S., & Lestariningsih, S. (2022). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Pemilihan Alat Kontrasepsi Pada Akseptor Keluarga Berencana. *Jurnal Medikes (Media Informasi Kesehatan)*, 9(2), 141–156.

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
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

