

DASAR KESEHATAN REPRODUKSI



Tim Penulis:

Yulianti Nataya Rame Kana | Riza Mazidu Sholihin
Cyntia Puspa Pitaloka | Yuli Zuhkrina | Eny Qurniyawati
Suriana | Serly Monika Br Sembiring | Nuraini Fauziah
Martina | Lina Herida Pinem | Apriliana Pipin | Elfrida Simamora
Riska Melanie | Denisius Umbu Pati | Yunita Ella Isdianti Noor

DASAR KESEHATAN REPRODUKSI

**Yulianti Nataya Rame Kana
Riza Mazidu Sholihin
Cyntia Puspa Pitaloka
Yuli Zuhkrina
Eny Qurniyawati
Suriana
Serly Monika Br Sembiring
Nuraini Fauziah
Martina
Lina Herida Pinem
Apriliana Pipin
Elfrida Simamora
Riska Melanie
Denisius Umbu Pati
Yunita Ella Isdianti Noor**

DASAR KESEHATAN REPRODUKSI

Tim Penulis:

Yulianti Nataya Rame Kana
Riza Mazidu Sholihin
Cyntia Puspa Pitaloka
Yuli Zuhkrina
Eny Qurniyawati
Suriana
Serly Monika Br Sembiring
Nuraini Fauziah
Martina
Lina Herida Pinem
Apriliana Pipin
Elfrida Simamora
Riska Melanie
Denisius Umbu Pati
Yunita Ella Isdianti Noor

Editor : Muhamad Rizal Kurnia, M.E., C.Ed.
Tata Letak : Asep Nugraha, S.Hum.
Desain Cover : Septimike Yourintan Mutiara, S.Gz.
Ukuran : UNESCO 15,5 x 23 cm
Halaman : viii, 239
ISBN : 978-623-8385-72-0
Terbit Pada : Juni 2024
Anggota IKAPI : No. 073/BANTEN/2023

Hak Cipta 2024 @ Sada Kurnia Pustaka dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit dan penulis.

PENERBIT PT SADA KURNIA PUSTAKA

Jl. Warung Selikur Km.6 Sukajaya – Carenang, Kab. Serang-Banten
Email : sadapenerbit@gmail.com
Website : sadapenerbit.com & repository.sadapenerbit.com
Telpon/WA : +62 838 1281 8431

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan yang Maha Esa karena atas perkenanan-Nyalah kami dapat menyelesaikan buku ini dengan baik. Buku **“Dasar Kesehatan Reproduksi”** ini disusun sebagai upaya untuk memberikan pemahaman dan komprehensif tentang kesehatan reproduksi. Dengan bahasa yang mudah dipahami dan penjelasan yang mendetail, buku ini menjadi sumber referensi yang bermanfaat bagi mahasiswa, profesional kesehatan, dan siapa saja yang ingin memahami lebih dalam tentang kesehatan reproduksi.

Buku ini dirancang untuk memberikan pemahaman mendalam tentang berbagai aspek kesehatan reproduksi. Buku ini disusun secara sistematis, dimulai dari konsep dasar hingga topik-topik lanjutan yang penting dalam bidang kesehatan reproduksi. Setiap bab menguraikan dengan cermat mengenai kesehatan reproduksi. Dimulai dengan pengantar tentang kesehatan reproduksi, anatomi dan fisiologi sistem reproduksi manusia, siklus reproduksi normal: periode menstruasi dan ovulasi, gangguan kesehatan reproduksi: penyebab dan penanganan, kontrasepsi: metode dan penggunaan yang aman, perawatan prenatal: pentingnya kesehatan selama kehamilan, proses persalinan: fase, tanda, dan penanganannya, asuhan postnatal: perawatan ibu dan bayi setelah melahirkan, hak reproduksi dan seksual, pendidikan seksual: membangun kesadaran dan pemahaman, kekerasan seksual: dampak dan pendekatan terapeutik, teknologi reproduksi, kanker reproduksi, dampak lingkungan terhadap kesehatan reproduksi, kesehatan reproduksi kelompok rentan, advokasi kesehatan reproduksi.

Semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang besar bagi para akademisi, praktisi, dan siapa saja yang berkepentingan dalam bidang kesehatan khususnya kesehatan reproduksi. Terima kasih telah memilih buku ini sebagai sumber pengetahuan Anda. Semoga Anda menemukan Inspirasi dan wawasan berharga di dalamnya.

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 PENGANTAR TENTANG KESEHATAN REPRODUKSI.....	1
Kesehatan Reproduksi	1
Tujuan Kesehatan Reproduksi	2
Sasaran Kesehatan Reproduksi	2
Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi	3
Faktor yang Memengaruhi Kesehatan Reproduksi	5
Indikator Kesehatan Reproduksi Wanita di Indonesia	6
Hak Kesehatan Reproduksi.....	8
Daftar Pustaka	11
Profil Penulis.....	12
BAB 2 ANATOMI DAN FISIOLOGI SISTEM REPRODUKSI MANUSIA	13
Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi Pria	13
Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita	17
Daftar Pustaka	21
Profil Penulis	22
BAB 3 SIKLUS REPRODUKSI NORMAL: PERIODE MENSTRUASI DAN OVULASI	23
Pendahuluan	23
Menstruasi.....	24
Kontrol Siklus Menstruasi	24
Tahapan Siklus Menstruasi.....	26
Kesimpulan	33
Daftar Pustaka	34
Profil Penulis	36
BAB 4 GANGGUAN KESEHATAN REPRODUKSI.....	37
Endometriosis	37
<i>Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS)</i>	43
Fibroid	44
Kanker pada Sistem Reproduksi	44

Sistitis Interstisial.....	45
HIV/AIDS	45
Penyakit Menular Seksual (PMS)	47
Daftar Pustaka.....	49
Profil Penulis.....	50
BAB 5 KONTRASEPSI: METODE DAN PENGGUNAAN YANG AMAN	51
Pendahuluan	51
Metode Kontrasepsi.....	52
Metode Kontrasepsi untuk Remaja.....	59
Daftar Pustaka.....	63
Profil Penulis.....	66
BAB 6 PENTINGNYA KESEHATAN SELAMA KEHAMILAN	67
Kesehatan Reproduksi dalam Merencanakan Kehamilan Sehat	67
Pelayanan Antenatal Terpadu	68
Perawatan Sehari-hari Ibu Hamil	70
Aktivitas Fisik yang Harus Dihindari Ibu Hamil	70
Program untuk Menjaga Kesehatan Ibu Hamil.....	70
Daftar Pustaka.....	77
Profil Penulis.....	78
BAB 7 PROSES PERSALINAN: FASE, TANDA DAN PENANGANANNYA	79
Manajemen Persalinan Normal.....	79
Fase Persalinan.....	79
Tanda – Tanda Persalinan	83
Penanganan Persalinan.....	83
Daftar Pustaka.....	91
Profil Penulis.....	93
BAB 8 ASUHAN POSTNATAL: PERAWATAN IBU DAN BAYI SETELAH MELAHIRKAN.....	94
Konsep Dasar Postnatal (Masa Nifas).....	94
Adaptasi Fisiologis Postnatal (Masa Nifas)	98
Pelaksanaan Asuhan Postnatal.....	103
Perawatan Postnatal Pada Ibu.....	111
Perawatan Postnatal Pada Bayi	113

ASI Eksklusif.....	115
Menyusui (Laktasi)	116
Daftar Pustaka.....	118
Profil Penulis.....	119
BAB 9 HAK REPRODUKSI DAN SEKSUAL	120
Pendahuluan	120
Hak-hak Reproduksi dan Seksual	121
Sejarah Konferensi Dunia Tentang Reproduksi dan Seksual ..	122
Dasar Hukum	124
Pelanggaran Hak Reproduksi dan Seksual	125
Daftar Pustaka.....	130
Profil Penulis.....	132
BAB 10 PENDIDIKAN SEKSUAL: MEMBANGUN KESADARAN DAN PEMAHAMAN	133
Membangun Kesadaran dan Pemahaman Masyarakat Tentang Kesehatan seksual/ Reproduksi.....	133
Konsep Pendidikan Kesehatan Seksual dan Reproduksi.....	135
Metode Pendidikan Kesehatan Seksual	136
Media Pendidikan Kesehatan Seksual dan Reproduksi	137
Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan Seksual	138
Pendidikan Kesehatan Seksual Pada Remaja.....	138
Pendidikan Kesehatan Seksual Pada Ibu Hamil.....	140
Pendidikan Kesehatan Seksual Pada Ibu Nifas.....	142
Perencanaan Pendidikan Kesehatan Seksual dan Reproduksi	142
Daftar Pustaka.....	144
Profil Penulis.....	146
BAB 11 KEKERASAN SEKSUAL	147
Pengertian Kekerasan Seksual	147
Dampak kekerasan seksual.....	150
Pendekatan Terapeutik.....	150
Daftar Pustaka.....	156
Profil Penulis.....	160
BAB 12 TEKNOLOGI REPRODUKSI	161
Sejarah dan Konsep <i>In Vitro Fertilization</i> (IVF)	161

<i>In Vitro Fertilization (IVF) Konvensional & Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICSI)</i>	162
Indikasi <i>In Vitro Fertilization (IVF)</i>	164
Obat-Obatan <i>In Vitro Fertilization (IVF)</i>	164
Pemeriksaan yang Dilakukan Sebelum Memasuki Program <i>In Vitro Fertilization (IVF)</i>	167
Tahapan Program <i>In Vitro Fertilization (IVF)</i>	168
Kegagalan Teknik <i>In Vitro Fertilization (IVF)</i>	175
Daftar Pustaka	176
Profil Penulis	178
BAB 13 KANKER REPRODUKSI	179
Definisi Kanker Serviks	179
Etiologi dan Faktor Risiko Kanker Serviks	179
Penapisan Kanker Serviks	180
Tatalaksana Manajemen Kanker Serviks	182
Konsep dan Epidemiologi Kanker Endometrium	187
Patogenesis Kanker Endometrium	188
Faktor Risiko Kanker Endometrium	189
Klasifikasi/Stadium Kanker Endometrium	189
Tatalaksana Manajemen Kanker Endometrium	191
Daftar Pustaka	192
Profil Penulis	201
BAB 14 DAMPAK LINGKUNGAN TERHADAP KESEHATAN REPRODUKSI	202
Definisi Dampak Lingkungan terhadap Kesehatan Reproduksi	202
Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi	203
Jenis-jenis Dampak Lingkungan terhadap Kesehatan Reproduksi	204
Beberapa Contoh Kasus Kesehatan Reproduksi disebabkan Dampak Lingkungan	206
Upaya-upaya Penanggulangan Dampak Lingkungan terhadap Kesehatan Reproduksi	208
Daftar Pustaka	210
Profil Penulis	212

BAB 15 KESEHATAN REPRODUKSI KELOMPOK RENTAN	213
Pengantar Kelompok Rentan	213
Kesehatan Reproduksi Wanita/Perempuan.....	217
Kesehatan Reproduksi Anak-anak dan remaja	220
Kesehatan Reproduksi Penyandang Disabilitas	221
Kesehatan Reproduksi Lanjut Usia (Lansia)	223
Daftar Pustaka	225
Profil Penulis.....	226
BAB 16 ADVOKASI KESEHATAN REPRODUKSI	227
Pendahuluan	227
Advokasi Kesehatan	228
Prinsip Advokasi Secara Umum.....	229
Kerangka Kerja Advokasi Kesehatan	231
Indikator Keberhasilan Advokasi Kesehatan	236
Kesimpulan.....	237
Daftar Pustaka	238
Profil Penulis.....	239

BAB 1

PENGANTAR TENTANG KESEHATAN REPRODUKSI

Yulianti Nataya Rame Kana, S.KM., M.Kes.
Puskesmas Sasi Kabupaten Timor Tengah Utara

Kesehatan Reproduksi

Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) yang diadakan di Kairo, Mesir pada tahun 1994, dihadiri oleh 180 negara. Mereka mencapai kesepakatan untuk mengubah cara menangani masalah kependudukan dan pembangunan dengan memprioritaskan hak reproduksi dan kesehatan reproduksi. Kesehatan reproduksi didefinisikan sebagai keadaan fisik, mental, dan sosial yang sehat yang tidak memiliki penyakit atau kelainan yang mempengaruhi fungsi dan proses sistem reproduksi.

Kesehatan reproduksi adalah keadaan yang lengkap dari kesejahteraan mental, fisik, dan sosial yang mencakup semua aspek sistem, fungsi, dan proses. Kesehatan reproduksi bukan hanya berarti masyarakat sehat dan bebas disabilitas. Mereka menikah secara sah serta beriman kepada Tuhan Yang Maha Esa, mereka dapat memenuhi kebutuhan rohani dan materiil serta menciptakan hubungan rohani yang serasi dan seimbang antara keluarga, masyarakat, dan lingkungannya.

Tujuan Kesehatan Reproduksi

Dua tujuan dari Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi adalah untuk memastikan bahwa setiap orang berhak atas pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, aman, dan bertanggung jawab. Kebijakan ini akan menjamin kesehatan WUS, dapat melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas, serta pada akhirnya menurunkan AKI. Tujuan dari kesehatan reproduksi terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus.

1. Tujuan Umum

Memberikan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif, termasuk pendidikan seksual perempuan dan hak-hak reproduksi, memberikan perempuan lebih banyak kebebasan dan kendali atas fungsi dan proses reproduksi mereka, sehingga meningkatkan kualitas hidup mereka.

2. Tujuan Khusus

Kesehatan reproduksi memiliki tujuan khusus yang meliputi:

- a. Meningkatkan kemandirian perempuan, terkhususnya pada peran dan fungsi reproduksi.
- b. Memperkuat peran dan tanggung jawab sosial perempuan mengenai kapan waktunya hamil, berapa jumlah anak yang ingin dimiliki, dan lama jarak antar kehamilan.
- c. Penciptaan peran dan tantangan sosial bagi laki-laki
- d. Mendukung laki-laki dalam proses pengambilan keputusan, mencari sumber informasi, dan memberikan layanan yang berdampak pada kebutuhan kesehatan reproduksi mereka.

Sasaran Kesehatan Reproduksi

1. Sasaran Utama

- a. Remaja: pendidikan seks; mempersiapkan menghadapi *menarche* secara fisik, psikis, sosial, serta higienis;
- b. Wanita: WUS dan PUS;
- c. Lansia: mempersiapkan diri secara benar dan berpikir positif tentang menyongsong masa menopause; dan pola asupan/nutrisi yang banyak mengandung Kalsium (Ca) guna mengurangi risiko penyakit osteoporosis.

2. Sasaran Antara

- a. Kader bidang kesehatan
- b. Dukun melahirkan
- c. Toma
- d. Toga
- e. Lembaga Swadaya Masyarakat

Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi mencakup seluruh rentang hidup manusia, mulai dari lahir hingga meninggal. Pendekatan siklus hidup atau yang dikenal dengan pendekatan siklus hidup digunakan dalam penyelenggaraan kesehatan reproduksi untuk mencapai tujuan yang jelas dan komponen kinerja yang terdefinisi dengan baik. Pendekatan ini memperhatikan hak-hak reproduksi setiap individu dan terpadu serta dilaksanakan dengan kualitas tinggi sesuai program layanan yang tersedia.

Kesehatan reproduksi dapat dicapai pada semua tahap pendekatan siklus hidup lima tahap. Kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan siklus hidup yang meliputi (Akbar dkk, 2021):

1. Konsepsi

Pelayanan ANC, persalinan, nifas dan bayi baru lahir yang aman serta perlakuan yang setara terhadap janin laki-laki dan perempuan.

2. Bayi dan Anak

Pemberian ASI Eksklusif dan penyapihan yang tepat, pemberian makanan seimbang dan bergizi, vaksinasi, pengasuhan anak usia dini (MTBM) terpadu, pencegahan dan pengendalian kekerasan terhadap anak, bagi semua pendidikan anak. Kesempatan pendidikan yang setara.

3. Remaja

Gizi seimbang, informasi yang memadai tentang kesehatan reproduksi, berkurangnya kekerasan sosial, pemberantasan kecanduan narkoba, pernikahan pada usia yang sesuai, peningkatan pendidikan dan keterampilan, peningkatan harga diri, kebebasan yang lebih besar dari godaan dan ancaman.

4. Usia Subur

Hamil dan bersalin dengan aman, pencegahan kelainan dan kematian ibu dan bayi, penggunaan alat kontrasepsi untuk mengendalikan jarak kelahiran dan jumlah kehamilan, pencegahan penyakit menular seksual dan HIV/AIDS, pelayanan kesehatan reproduksi, pencegahan aborsi, pencegahan dini deteksi kanker payudara dan serviks, serta penatalaksanaan dan pencegahan infertilitas.

5. Usia Lanjut

Mewaspadaai gejala menopause dan andropause, serta mewaspadaai kemungkinan timbulnya penyakit degeneratif berat seperti miopia, gangguan metabolisme, kelainan penyakit, dan osteoporosis, serta deteksi dini kanker rahim pada wanita dan kanker prostat pada pria.

Lebih luas, Kesehatan reproduksi memiliki ruang lingkup sebagai berikut:

1. Masalah Kesehatan Reproduksi Wanita

Terdiri dari masalah kesehatan perempuan, mortalitas dan morbiditas akibat kehamilan, persalinan, masa nifas, dan masa kehamilan tertunda. Faktor sosiokultural seperti tingkat kesuburan, sikap masyarakat terhadap infertilitas, dan nilai anak juga mempengaruhi masalah ini.

2. Isu Gender dan Seksualitas

Kontrol sosiokultural terhadap isu norma sosial mengenai seksualitas, perilaku seksual, homoseksualitas, poligami, dan perceraian. Selain itu, pemerintah terus mengambil langkah-langkah untuk memerangi pornografi, prostitusi, pendidikan seks, status dan peran perempuan, serta perlindungan bagi perempuan pekerja.

3. Masalah yang Berkaitan dengan Kehamilan yang Tidak Diinginkan

Permasalahan ini mencakup aborsi yang tidak aman, efek kehamilan yang tidak diinginkan pada kesehatan ibu dan keluarga, dan kebijakan pemerintah untuk mengatasi masalah ini.

4. Isu Kekerasan dan Perkosaan Terhadap Perempuan

Banyak faktor yang meliputi tren perkosaan dan dampaknya terhadap perempuan, norma-norma masyarakat yang menentang KDRT, sikap masyarakat terhadap kekerasan, perkosaan dan prostitusi, serta isu perkosaan tindakan penanggulangan.

5. Masalah Infeksi Menular Seksual/IMS

IMS (gonore, sifilis, klamidia, herpes, HIV/AIDS, dll). Dampak sosial dan ekonomi dari infeksi menular seksual, kesadaran masyarakat terhadap infeksi menular seksual, dan upaya pemerintah untuk memerangi infeksi menular seksual, termasuk penyediaan layanan kesehatan kepada pekerja seks komersial.

Faktor yang Memengaruhi Kesehatan Reproduksi

Beberapa faktor tersebut yakni:

1. Faktor sosial ekonomi dan demografi (kemiskinan, rendahnya pendidikan, ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, usia pertama kali melakukan hubungan seksual, usia pertama kali menikah, usia pertama kali hamil, akses terhadap pelayanan kesehatan, remaja putus sekolah) generasi muda.
2. Faktor budaya dan lingkungan (misalnya praktik tradisional yang berdampak negatif terhadap kesehatan reproduksi, keyakinan bahwa banyak anak beruntung, keyakinan kontradiktif tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak-anak dan remaja (informasi), kesadaran sosial perempuan, ketidaksetaraan gender, lingkungan, tempat tinggal, jenis sosialisasi, fungsi reproduksi individu, hak dan tanggung jawab, dukungan dan partisipasi politik, dll).
3. Faktor psikologis (misalnya harga diri tekanan teman sebaya, dampak konflik orang tua pada remaja, depresi akibat ketidakseimbangan hormon, kurangnya kebebasan materi bagi perempuan dibandingkan laki-laki), nilai-nilai, dll).
4. Faktor Biologis: Penyakit genetik, infeksi menular seksual pada saluran kelamin, anemia, penyakit radang panggul, tumor ganas pada saluran kelamin.

Semua faktor di atas dapat berdampak buruk pada kesehatan wanita. Oleh karena itu, diperlukan pertimbangan yang matang untuk memastikan setiap perempuan pasti ingin mendapatkan hak reproduksinya dan mendapatkan kehidupan reproduksi yang lebih baik.

Indikator Kesehatan Reproduksi Wanita di Indonesia

Indikator kesehatan perempuan adalah ukuran status kesehatan perempuan dalam kelompok populasi tertentu. Ada beberapa cara untuk mengetahui status kesehatan ibu anda. Pendidikan, pendapatan, angka harapan hidup, angka kematian ibu, angka kelahiran, dan lain-lain merupakan indikator status kesehatan ibu.

1. Pendidikan

Kemiskinan menghalangi kesempatan pendidikan. Tidak semua orang mempunyai kesempatan yang sama untuk bersekolah, tergantung seberapa besar dana yang bisa dikeluarkan untuk itu. Tingkat pendidikan berpengaruh terhadap kesehatan karena masyarakat dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung mempunyai pemahaman yang lebih baik mengenai masalah kesehatan dan pencegahannya. Dengan pendidikan yang memadai, masyarakat dapat menemukan tempat berlindung, menghidupi diri sendiri, dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan keluarga dan masyarakat.

Pendidikan mempengaruhi pandangan perempuan terhadap kesehatan. Kurangnya pendidikan membuat perempuan kurang peduli terhadap kesehatannya dan tidak menyadari risiko dan ancaman terhadap kesehatannya. Anda mungkin memiliki alat yang lebih baik karena Anda tidak memiliki banyak pengetahuan, namun Anda tetap dapat menggunakannya dengan bijak. Pendidikan berdampak pada pembangunan sosial ekonomi suatu negara, karena kualitas pendidikan memiliki dampak yang signifikan terhadap sumber daya manusia.

2. Penghasilan

Meningkatnya pendapatan perempuan maka pola pemenuhan kebutuhan akan berubah dari pemenuhan kebutuhan dasar

menjadi pemenuhan kebutuhan tambahan terutama untuk meningkatkan kesehatan perempuan. Status ekonomi dan pendapatan seringkali dikaitkan dengan masalah kesehatan perempuan. Misalnya, anemia defisiensi besi sering terjadi pada WUS dan sering kali disebabkan oleh asupan makanan yang tidak seimbang. Anemia pada ibu hamil lebih mungkin membahayakan kesehatan Anda.

3. Usia Harapan Hidup

Merupakan jumlah waktu yang diperlukan untuk hidup seseorang di seluruh dunia. Jumlah dan proporsi harapan hidup wanita di Indonesia telah meningkat sejak tahun 1980. Harapan hidup wanita adalah 54 tahun pada tahun 1980, kemudian 64,7 tahun pada tahun 1990, dan 70 tahun pada tahun 2000.

Penambahan jumlah orang tua di Indonesia disebabkan oleh usia harapan hidup yang meningkat. Data menunjukkan peningkatan tahunan dalam jumlah wanita Indonesia yang memasuki masa menopause. Meningkatnya jumlah ini disebabkan oleh populasi yang lebih tua dan usia harapan hidup yang lebih lama, serta peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Di luar masalah takdir, penyebab panjang umur manusia tergantung pada beberapa faktor yaitu:

- a. Pola makan
- b. Penyakit bawaan dari lahir: Orang yang memiliki risiko rendah penyakit degeneratif
- c. Lingkungan tempat tinggal
- d. Stress atau tekanan

4. Kematian Ibu

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), infeksi, perdarahan, dan komplikasi persalinan merupakan tiga faktor yang mempengaruhi tingginya angka kematian ibu. Perdarahan postpartum, sepsis postpartum, aborsi, eklampsia, dan persalinan terhambat merupakan lima penyebab utama kematian ibu. Faktor reproduksi ibu juga meningkatkan risiko kematian ibu.

Jumlah kelahiran setelah kelahiran pertama terbukti meningkatkan angka kematian ibu dibandingkan dengan jumlah kelahiran kedua hingga ketiga. Usia ibu saat lahir, lebih muda dari

20 tahun dan lebih tua dari 35 tahun saat lahir, juga merupakan faktor risiko kematian ibu, dan jarak aman antar kehamilan adalah 3 hingga 4 tahun.

5. Tingkat Kesuburan

Masa subur yaitu masa siklus menstruasi seorang wanita ketika sel telurnya telah matang dan siap untuk dibuahi, dan ia hamil ketika berhubungan seks. Hormon wanita estrogen dan progesteron mempengaruhi siklus menstruasi. Beberapa indikator klinis, seperti perubahan suhu basal tubuh, perubahan sekresi lendir serviks (leher rahim), perubahan leher rahim, perubahan lama siklus menstruasi (metode kalender), termasuk perubahan payudara dan nyeri perut, merupakan hal yang penting hasil, inilah perubahan hormonal pada tubuh wanita.

- a. Pasangan yang kesulitan mendapatkan keturunan dapat menguntungkan dengan mengetahui masa subur;
- b. Mengevaluasi waktu ovulasi;
- c. Memprediksi hari subur maksimal;
- d. Mengoptimalkan waktu konsepsi untuk mendapatkan kehamilan;
- e. Membantu menemukan beberapa masalah ketidaksuburan

Hak Kesehatan Reproduksi

Dua belas hak atas kesehatan reproduksi diakui di seluruh dunia, diantaranya:

1. Hak untuk hidup, setiap perempuan berhak dilindungi dari resiko kematian selama kehamilan.
2. Hak atas kebebasan dan keamanan, melakukan aborsi, atau disterilkan tidak boleh dengan paksaan, dan setiap orang berhak menikmati dan mengatur kehidupan seksual dan reproduksinya.
3. Hak atas kesetaraan dan bebas dari diskriminasi, setiap orang berhak untuk bebas dari diskriminasi, termasuk diskriminasi yang berkaitan dengan kehidupan seksual dan reproduksi.
4. Hak atas Privasi, setiap orang berhak atas pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi yang menghormati privasinya. Semua perempuan berhak atas keputusan reproduksi mereka sendiri.

5. Hak atas Kebebasan Berpikir, ajaran agama, keyakinan, filosofi, dan interpretasi tradisi tidak boleh membatasi kebebasan mereka untuk berpikir tentang kesehatan reproduksi dan seksual.
6. Hak atas Informasi dan Pendidikan, informasi dan pendidikan mengenai kesehatan reproduksi dan seksual berhak diperoleh oleh setiap orang, termasuk kesehatan dan kesejahteraan keluarga, dan individu yang terjamin.
7. Hak untuk menikah atau tidak serta membentuk dan merencanakan keluarga, setiap orang berhak untuk tidak dipaksa menikah sebelum berumur 19 tahun (UU Perkawinan No.16 Tahun 2019).
8. Hak untuk memutuskan apakah dan kapan akan mempunyai anak.
9. Hak atas Pelayanan dan Perlindungan Kesehatan Informasi, keterjangkauan, pilihan, keamanan, kerahasiaan, kepercayaan, martabat, kenyamanan dan kelangsungan pelayanan adalah hak setiap orang.
10. Hak untuk memperoleh manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan, setiap individu berhak atas pelayanan kesehatan reproduksi yang diberikan melalui teknologi modern yang aman dan dapat diterima.
11. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi politik Setiap orang berhak menuntut agar pemerintahnya memprioritaskan hak kesehatan seksual dan reproduksinya.
12. Hak untuk bebas dari pelecehan dan penganiayaan, termasuk hak untuk melindungi anak dari eksploitasi dan pelecehan seksual. Setiap orang berhak atas perlindungan dari pemerkosaan, kekerasan, penyalahgunaan dan pelecehan seksual.

Kebijakan teknis operasional untuk pemenuhan hak reproduksi di Indonesia, menurut BKKBN (Rokayah dkk, 2021):

1. Promosi Hak-Hak Reproduksi Pertimbangkan apakah undang-undang, peraturan dan kebijakan yang ada saat ini konsisten dan mendukung hak-hak reproduksi, dengan mempertimbangkan kondisi sosial budaya setempat. Upaya penegakan hak-hak reproduksi membutuhkan dukungan politik dan legislatif untuk menetapkan undang-undang hak-hak reproduksi yang mencakup berbagai aspek pelanggaran hak-hak reproduksi.

2. Advokasi Hak Kesehatan Reproduksi, tujuan dari organisasi advokasi ini adalah untuk memenuhi komitmen perwakilan agama, politik, sosial, LSM/LSOM, dan perusahaan. Ruang lingkup tindakan pemerintah menjadi semakin terbatas, dan dukungan masyarakat sipil serta LSM sangat dibutuhkan. Dukungan dari para pemimpin sangat penting untuk menjamin hak-hak reproduksi. LSM yang membela hak-hak reproduksi juga sangat penting.
3. KIE tentang Hak Kesehatan Reproduksi. KIE memungkinkan masyarakat untuk lebih memahami dan secara kolektif melaksanakan hak-hak reproduksi.
4. Sistem Pelayanan Hak-hak Reproduksi. Indikator terpenuhinya hak-hak reproduksi meliputi:
 - a. Angka Kematian Ibu (AKI)
 - b. Angka Kematian Bayi (AKB)
 - c. Angka cakupan pelayanan KB, Jumlah bumil dengan 4T (terlalu muda, terlalu tua, terlalu dekat jarak kehamilan, terlalu banyak anak)
 - d. Jumlah perempuan atau bumil dengan masalah kesehatan terutama anemia dan kekurangan energi kronis (KEK)
 - e. Perlindungan bagi perempuan terhadap PMS
 - f. Pemahaman laki-laki terhadap upaya pencegahan penularan PMS.

Daftar Pustaka

Akbar, H., KM, S., Epid, M., Qasim, N. M., Hidayani, W. R., KM, S., ... & KM, S. (2021). *Teori Kesehatan Reproduksi*. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.

Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi

Rokayah, Y., Inayanti, E., & Rusyanti, S. (2021). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi & Keluarga Berencana (KB)*. Penerbit NEM

Undang - Undang Nomor 16 Tahun 2019 tentang Perkawinan

PROFIL PENULIS



Yulianti Nataya Rame Kana, S.KM., M.Kes.

Penulis berhasil menyelesaikan studi S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat peminatan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku di Universitas Nusa Cendana Kupang pada tahun 2014. Pada Tahun 2015, penulis menjadi fasilitator kesehatan reproduksi remaja di beberapa Sekolah Menengah Pertama di Kota Kupang dan Kabupaten Kupang. Selanjutnya, pada tahun 2015 sampai tahun 2018 penulis bekerja sebagai Tenaga Nusantara Sehat di salah satu Puskesmas di Kota Batam, Kepulauan Riau dan Kabupaten Nduga, Papua. Kemudian Tahun 2023, Penulis menyelesaikan studi S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat peminatan Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku pada Universitas Airlangga Surabaya. Saat ini penulis bekerja sebagai tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku di Puskesmas Sasi Kabupaten Timor Tengah Utara Provinsi Nusa Tenggara Timur. Penulis memiliki minat dalam melakukan penelitian yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi khususnya kesehatan reproduksi pada remaja, kesehatan ibu dan kesehatan anak. Penulis masih mengasah kemampuan dalam menulis agar kedepannya dapat lebih baik lagi.

Email Penulis: ramekana@gmail.com

BAB 2

ANATOMI DAN FISILOGI SISTEM REPRODUKSI MANUSIA

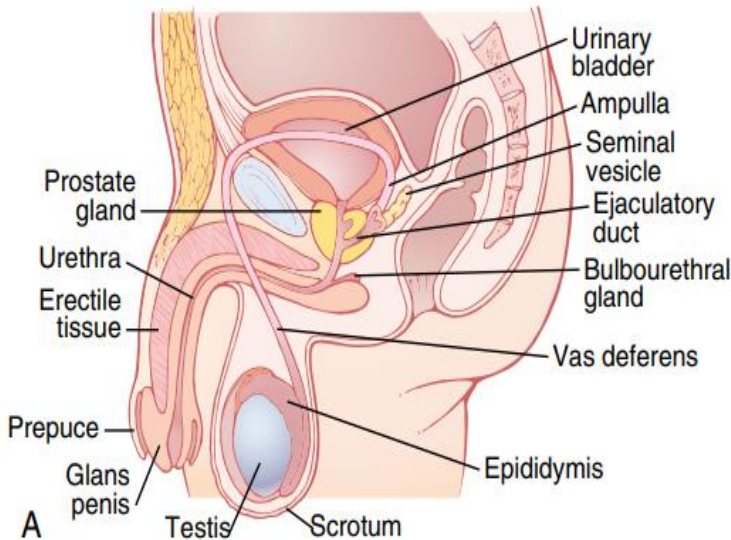
dr. Riza Mazidu Sholihin, Sp.U.

Akademi Farmasi dan Makanan (AKAFARMA) Sunan Giri Ponorogo

Sistem reproduksi manusia adalah sistem organ yang digunakan manusia untuk bereproduksi. Sistem reproduksi dapat berjalan dengan syarat semua organ baik secara anatomi maupun fisiologi berfungsi dengan baik. Ciri-ciri penting reproduksi manusia adalah pelepasan sel telur, pembuahan sel telur oleh sperma, pengangkutan sel telur yang telah dibuahi ke uterus, implantasi blastocyst, pertumbuhan sel telur hingga menjadi janin (*Human reproductive system / Definition, Diagram & Facts / Britannica, t.t.*).

Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi Pria

Organ reproduksi pria terbagi menjadi 2 yakni interna dan eksterna. Organ reproduksi eksterna berupa skrotum dan penis. Sedangkan organ reproduksi interna berupa *tubulus seminiferus*, *epididymis*, *vas deferens*, *ductus ejaculatory*, testis, vesikel seminalis, kelenjar prostat, dan kelenjar bulbourethral. Masing masing organ memiliki fungsi yang saling berikatan satu sama lain dalam melakukan proses reproduksi (*5.1 Human Reproductive Anatomy – Human Biology, t.t.*).

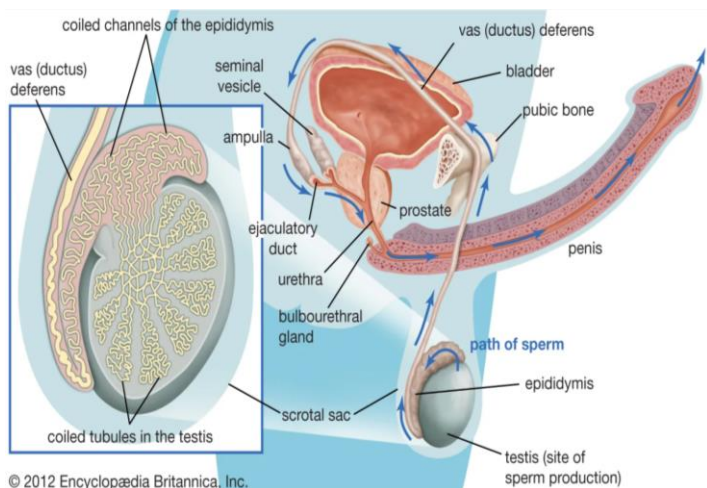


Gambar 2.1: Anatomi Organ Reproduksi Pria

Sumber : (Hall, 2011b)

1. Testis

Testis merupakan organ tempat produksi sperma atau spermatogenesis. Kedua testis biasanya turun sempurna ke dalam skrotum dari titik asalnya di dinding belakang perut. Setiap testis memiliki panjang 4 sampai 5 cm atau sekitar 1,5 sampai 2 inci. Organ ini tertutup dalam kantung berserat yang disebut tunika albuginea. Bagian dalam kantung dilapisi oleh tunika vaskulosa yang berisi jaringan pembuluh darah serta ditutupi oleh tunika vaginalis, yang merupakan kelanjutan dari selaput yang melapisi perut dan panggul. Tunika albuginea mempunyai perluasan ke setiap testis yang bertindak sebagai partisi parsial untuk membagi testis menjadi sekitar 250 kompartemen, atau lobulus. Setiap lobulus berisi satu atau lebih tubulus melingkar atau saluran sempit tempat pembentukan sperma. Jika diluruskan, Panjang tubulus tersebut bisa sekitar 70 cm (sekitar 28 inci) (Hall, 2011b).



Gambar 2.2: Organ Testis Pria

Sumber : (*Human reproductive system - Male Anatomy, Hormones, Reproduction / Britannica, t.t.*)

Proses pembentukan sperma membutuhkan waktu sekitar 60 hari. Proses ini berlangsung di lapisan tubulus, dimulai dengan spermatogonia, atau sel sperma primitif, di lapisan terluar lapisan. Spermatozoa (sperma) yang keluar dari tubulus tidak mampu bergerak sendiri-sendiri, tetapi mengalami proses pematangan lebih lanjut di saluran saluran reproduksi pria. Prosesnya dapat dilanjutkan setelah ejakulasi melewati organ reproduksi Wanita (*Human reproductive system - Male Anatomy, Hormones, Reproduction / Britannica, t.t.*).

2. Skrotum

Skrotum adalah kantong kulit yang terletak di bawah simfisis pubis dan tepat di depan paha bagian atas. Skrotum berisi testis dan bagian terendah dari korda spermatika. Septum atau sekat skrotum membagi kantong menjadi dua kompartemen dan muncul dari raphe. Raphe berbelok ke depan ke permukaan bawah penis dan dilanjutkan kembali ke perineum.

3. Penis

Penis merupakan organ yang mengalirkan urin dari vesika urinaria serta berfungsi sebagai organ sanggama pada saat berhubungan

badan. Penis berisi tiga tabung jaringan ereksi yang membentang sepanjang organ yakni sepasang corpus cavernosum, dan corpus spongiosum di bagian ventral. Jaringan ini akan dipenuhi darah sehingga menjadi tegak dan keras sebagai persiapan untuk melakukan hubungan seksual. Selama hubungan seksual, sfingter otot polos pada pembukaan kandung kemih akan menutup dan mencegah urin masuk ke penis.

4. Kelenjar Prostat

Kelenjar prostat merupakan organ berbentuk buah kenari yang mengelilingi uretra. Organ ini memiliki serangkaian saluran pendek yang terhubung langsung ke uretra. Kelenjar prostat merupakan campuran otot polos dan jaringan kelenjar. Jaringan kelenjar membuat cairan encer seperti susu yang mengandung nutrisi, enzim, dan antigen spesifik prostat (PSA). PSA adalah enzim proteolitik yang membantu mencairkan ejakulasi beberapa menit setelah dikeluarkan dari pria. Sekresi kelenjar prostat menyumbang sekitar 30 persen dari sebagian besar air mani.

5. Vas Deferens

Duktus deferens atau vas deferens merupakan kelanjutan dari saluran epididimis. Duktus deferens mempunyai lapisan otot polos yang tebal sehingga memberikan ciri khas seperti tali pusat. Selaput lendir yang melapisi bagian dalam berbentuk lipatan memanjang dan sebagian besar ditutupi oleh sel-sel kolumnar yang tidak bersilia, meskipun beberapa sel mempunyai silia yang tidak bergerak. Ampulla berdinding lebih tipis dan mungkin berfungsi sebagai tempat penyimpanan sperma (Malmquist & Prescott, t.t.).

6. Kelenjar Bulbouretral

Kelenjar bulbouretral atau kelenjar Cowper adalah kelenjar berbentuk kacang polong yang terletak di bawah kelenjar prostat di awal bagian dalam penis. Kelenjar tersebut, yang berdiameter hanya sekitar 1 cm (0,4 inci), memiliki saluran ramping yang membentang ke depan dan ke tengah hingga bermuara di dasar bagian spons uretra. Kelenjar ini menetralkan residu asam di uretra yang tersisa dari urin (Malmquist & Prescott, t.t.).

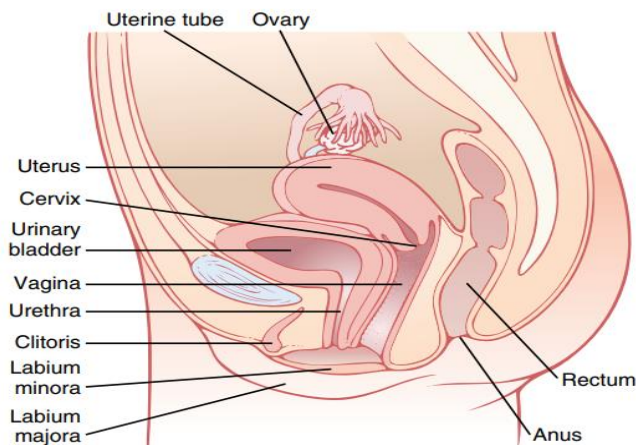
Tabel 2.1 : Fungsi Organ Reproduksi Pria

Organ	Lokasi	Fungsi
Skrotum	Eksterna	Tempat testis
Penis	Eksterna	Saluran keluar urin
Tubulus Seminiferus	Interna	Tempat maturase sperma di testis
Epididimis	Interna	Bagian dari jalur keluar sperma dari tubuh
Vas deferens	Interna	Bagian dari jalur keluar sperma dari tubuh
Ejaculatory duct	Interna	Tempat pencampuran sperma dengan komponen semen serta bagian dari jalur keluar sperma dari tubuh
Testis	Interna	Produksi sperma dan hormon pria
Vesika seminalis	Interna	Berkontribusi dalam produksi semen
Prostat	Interna	Berkontribusi dalam produksi semen
Kelenjar bulbouretral	Interna	Membersihkan uretra saat ejakulasi

Sumber : (*Human Reproductive Anatomy – Human Biology, t.t.*)

Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita

Sistem reproduksi Wanita dibedakan menjadi 2 yakni genitalia interna dan eksterna. Organ yang termasuk genitalia eksterna yakni vulva, yang terdiri dari mons pubis, klitoris, labia mayora, labia minora, dan kelenjar vestibular. Sedangkan organ yang termasuk genitalia interna yakni vagina, uterus, ovarium dan tuba falopi. (*Human Reproductive Anatomy – Human Biology, t.t.*)

**Gambar 2.3: Organ Reproduksi Wanita**

Sumber : (Hall, 2011a)

1. Vulva

Vulva terdiri dari mons pubis, klitoris, labia mayora, labia minora, dan kelenjar vestibular. Mons pubis berbentuk bulat dan merupakan area lemak yang menutupi tulang kemaluan. Klitoris merupakan suatu struktur dengan jaringan ereksi yang mengandung sejumlah besar saraf sensorik dan berfungsi sebagai sumber rangsangan selama hubungan seksual. Labia mayora adalah sepasang lipatan jaringan memanjang yang terletak di posterior mons pubis dan menutupi komponen vulva lainnya. Labia mayora berasal dari jaringan yang sama yang menghasilkan skrotum pada pria. Labia minora adalah lipatan jaringan tipis yang terletak di tengah labia mayora. Labia ini melindungi bukaan vagina dan uretra (Malmquist & Prescott, t.t.).

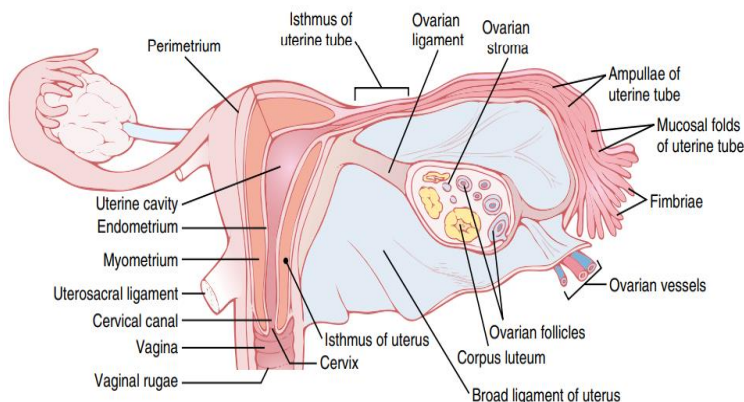
2. Vagina

Vagina adalah struktur tubular fibromuskular yang fleksibel dan memanjang dari ruang depan vulva hingga leher rahim. Vagina distal adalah introitus. Vagina anterior berbatasan dengan dinding kandung kemih posterior, sedangkan vagina posterior berbatasan dengan rektum anterior (*Human reproductive system - Female Anatomy, Hormones, Reproduction / Britannica, t.t.*).

3. Uterus

Uterus terdiri dari korpus (badan) dan leher rahim. Bagian superior korpus uteri disebut fundus, sedangkan bagian inferior yang berdekatan dengan serviks disebut isthmus/segmen bawah rahim. Dinding rahim mengandung 3 lapisan berbeda: endometrium, miometrium, dan serosa.

Serviks uteri adalah struktur berbentuk tabung yang berbatasan dengan rongga rahim dan vagina. Organ ini bertindak sebagai saluran antara keduanya. Serviks inferior bermuara ke vagina bagian atas di tulang serviks. Lapisan serviks yang menonjol ke dalam vagina disebut ektoserviks dan terdiri dari epitel skuamosa berlapis. Lapisan bagian dalam saluran serviks adalah endoserviks, terdiri dari epitel kolumnar (Hall, 2011a).



Gambar 2.4: Genitalia Interna Wanita

Sumber: (*Human reproductive system - Female Anatomy, Hormones, Reproduction* | Britannica, t.t.)

4. Ovarium

Ovarium adalah gonad wanita, tempat gametogenesis dan sekresi hormon seks. Korteks luar setiap ovarium adalah tempat perkembangan folikel, sedangkan medula bagian dalam berisi pembuluh darah dan jaringan ikat. Pada wanita yang belum hamil, ovarium berbentuk almond terletak pada posisi vertikal menghadap fossa ovarium. Masing-masing ovarium memiliki panjang lebih dari 2,5 cm (1 inci), lebar 1,25 cm (0,5 inci), dan ketebalannya sedikit lebih kecil, namun ukurannya sangat bervariasi seiring usia dan aktivitas seksual.

Folikel ovarium atau yang kadang disebut folikel graaf merupakan penutup bulat untuk sel telur yang sedang berkembang di korteks dekat permukaan ovarium. Saat lahir dan masa kanak-kanak, folikel-folikel ini terdapat dalam bentuk banyak folikel ovarium primer atau yang belum berkembang. Masing-masing berisi sel telur primitif, atau oosit, dan masing-masing ditutupi oleh satu lapisan sel pipih. Sebanyak 700.000 folikel primer terdapat di dua ovarium wanita muda. Kebanyakan dari penyakit ini mengalami kemunduran sebelum atau sesudah masa pubertas. (*Human reproductive system - Female Anatomy, Hormones, Reproduction* | Britannica, t.t.)

5. Tuba Falopi

Tuba falopi merupakan organ yang membawa sel telur dari ovarium ke rongga rahim. Tiga bagian tuba falopi dibedakan menjadi ujung luar berbentuk corong (infundibulum), bagian tengah yang melebar dan berdinding tipis (ampula) dan bagian seperti tali pusat.

Pembuahan sel telur biasanya terjadi di ampula tuba dan akan diangkut ke Rahim. Namun, pada beberapa kasus, sel telur yang sudah dibuahi bisa menempel dan berkembang di tuba sehingga menjadi kehamilan ektopik yang berbahaya bagi ibu.

Tabel 2.2: Fungsi Organ Reproduksi Wanita

Organ	Lokasi	Fungsi
Clitoris	Eksterna	Organ sensorik
Mons pubis	Eksterna	Lemak yang menutupi pubis
Labia Mayor	Eksterna	Menutup labia minor
Labia Minor	Eksterna	Menutup vestibula
Ovarium	Interna	Membawa dan tempat perkembangan sel telur
Tuba Falopi	Interna	Saluran yang membawa telur ke uterus
Uterus	Interna	Tempat berkembangnya embrio
Vagina	Interna	Saluran intercourse, dan jalan lahir

Sumber : (Human Reproductive Anatomy – Human Biology, t.t.)

Daftar Pustaka

- Hall, J. (2011a). Female Physiology Before Pregnancy and Female Hormones. Dalam W. Smitt (Ed.), *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology* (12 ed., hlm. 987–1002). Saunders elsevier.
- Hall, J. (2011b). Reproductive and Hormonal Functions of the Male (and Function of the Pineal Gland). Dalam W. Schmitt (Ed.), *Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology* (12 ed., hlm. 973–986). Saunders Elsevier.
- Human Reproductive Anatomy – Human Biology*. (t.t.). Diambil 19 Mei 2024, dari <https://open.lib.umn.edu/humanbiology/chapter/5-1-human-reproductive-anatomy/>
- Human reproductive system - Female Anatomy, Hormones, Reproduction | Britannica*. (t.t.). Diambil 19 Mei 2024, dari <https://www.britannica.com/science/human-reproductive-system/The-female-reproductive-system>
- Human reproductive system - Male Anatomy, Hormones, Reproduction | Britannica*. (t.t.). Diambil 19 Mei 2024, dari <https://www.britannica.com/science/human-reproductive-system/The-male-reproductive-system>
- Human reproductive system | Definition, Diagram & Facts | Britannica*. (t.t.). Diambil 19 Mei 2024, dari <https://www.britannica.com/science/human-reproductive-system>
- Malmquist, S., & Prescott, K. (t.t.). *5.1 Human Reproductive Anatomy*.

PROFIL PENULIS



dr. Riza Mazidu Sholihin, Sp.U.

Penulis menempuh pendidikan dasar di MI Maarif Singosaren Ponorogo Kemudian melanjutkan ke SMP Negeri 2 dan SMA Negeri 1 Ponorogo kemudian melanjutkan pendidikan dokter dan spesialis Urologi di FK Unair Surabaya. Saat ini menjadi Staf Pengajar di Akademi Farmasi dan Makanan (AKAFARMA) Sunan Giri Ponorogo dan Dokter pendidik Klinis di RSUD Dr Harjono Ponorogo. Selain itu penulis juga bekerja di RSUD Muslimat Ponorogo dan aktif di kegiatan sosial bersama Banser Husada.

BAB 3

SIKLUS REPRODUKSI NORMAL: PERIODE MENSTRUASI DAN OVULASI

dr. Cyntia Puspa Pitaloka, M.Kes.
Universitas Kristen Petra

Pendahuluan

Sistem reproduksi pada perempuan memiliki suatu siklus teratur yang pada dasarnya memiliki tujuan untuk persiapan proses pembuahan dan kehamilan. Pada manusia, siklus ini disebut siklus menstruasi yang merupakan proses pendarahan per vaginam secara periodik yang diiringi dengan luruhnya mukosa uterus. Secara umum, siklus ini berlangsung selama 28 hari meskipun terdapat variasi antar individu (Thiyagarajan dkk., 2024).

Siklus reproduksi dimulai saat seorang perempuan memasuki masa pubertas (rata-rata 8,5 – 13 tahun) dan berakhir saat mengalami menopause (rata-rata 51 tahun). Rentang waktu antara usia menstruasi pertama (*menarche*) dan menopause disebut masa reproduksi yang rata-rata berlangsung selama 36 tahun (Mihm dkk., 2011). Seorang perempuan yang *menarche* lebih lambat akan memiliki masa reproduksi yang lebih pendek dibanding yang *menarche* lebih awal (Bjelland dkk., 2018). Di dalam masa reproduksi inilah seorang perempuan akan mengalami menstruasi dan ovulasi yang akan kita bahas dalam bab ini.

Menstruasi

Menstruasi normal didefinisikan sebagai siklus pendarahan melalui vagina yang berasal dari korpus *uteri* di antara waktu *menarche* dan menopause. Menstruasi yang normal dapat dijelaskan ke dalam empat hal, yaitu frekuensi, keteraturan, durasi, dan volume perdarahan selama periode menstruasi (Critchley dkk., 2020). Lokasi tinggal, etnis, dan status sosial ekonomi turut memengaruhi variabilitas masing-masing indikator tersebut (Mihm dkk., 2011)

1. Frekuensi dan Keteraturan Siklus Menstruasi Normal

Siklus menstruasi dimulai dari hari pertama haid hingga dimulainya lagi haid berikutnya. Pada perempuan muda yang subur, siklus ini berlangsung rata-rata selama 28 hari, dengan variabilitas 25 – 34 hari. Panjang siklus ini mengalami perubahan sejak *menarche* hingga menopause. Di atas usia 35 tahun, panjang siklus ini akan memendek (Mihm dkk., 2011). Seorang perempuan yang memiliki siklus menstruasi kurang dari 21 hari disebut polimenorea, sedangkan di atas 35 hari disebut oligomenorea. Siklus menstruasi paling tidak teratur pada tahun-tahun pertama *menarche* dan menjelang menopause yang disebabkan oleh anovulasi dan tidak adekuatnya perkembangan folikel (Reed & Carr, 2000).

2. Durasi dan Volume Siklus Menstruasi Normal

Pendarahan selama siklus menstruasi merupakan penanda siklus dan dimulai pada akhir fase luteal dan di awal fase folikular. Delapan puluh persen perempuan akan mengalami pendarahan selama 3 – 6 hari (rentang 2 – 12 hari) dengan volume darah paling besar pada hari kedua. Darah yang hilang selama siklus ini rata-rata 33,2 ml (10-84 ml). Di atas usia 35 tahun, terdapat pengurangan lama haid dan semakin memendek seiring usia (Mihm dkk., 2011).

Kontrol Siklus Menstruasi

Siklus menstruasi diatur oleh hormon steroid dan juga senyawa non-steroid. Estrogen dan progesteron merupakan hormon steroid utama yang mengatur sistem reproduksi perempuan. Estrogen berperan

dalam penebalan lapisan endometrium melalui proliferasi sel endometrial pada fase folikuler. Pemberian estrogen dari luar pada kontrasepsi menekan pelepasan hormon GnRH (*Gonadotropin-releasing hormone*) sehingga menghambat pelepasan LH (*Luteinizing hormone*) dan FSH (*Follicle-stimulating hormone*). Estrogen dihasilkan terutama oleh ovarium (17- β -estradiol), jaringan lemak, dan plasenta (Rosner dkk., 2024).

Progesteron menyiapkan uterus untuk implantasi sel telur yang telah dibuahi dengan stimulasi perkembangan arteri spiralis dan sekresi kelenjar endometrial. Progesteron juga memproduksi lendir serviks yang tebal dan meningkatkan suhu tubuh yang merupakan penanda masa ovulasi (Rosner dkk., 2024).

Pelepasan estrogen dan progesteron sepanjang siklus menstruasi memberikan umpan balik negatif pada hipotalamus dan hipofisis anterior. Namun demikian, selama ovulasi, estrogen yang disekresi oleh ovarium memberikan umpan balik positif pada hipotalamus yang kemudian meningkatkan pulsasi keluar GnRH, menstimulasi lonjakan LH, dan menyebabkan rupturnya korpus luteum dan pelepasan folikel dominan ke tuba falopii untuk fertilisasi (Rosner dkk., 2024).

Selain steroid, ovarium juga memproduksi senyawa non-steroid, salah satunya adalah inhibin. Inhibin merupakan senyawa yang menghambat sekresi FSH dari hipofisis anterior. Inhibin B disekresi oleh folikel antral yang bertumbuh pada awal fase folikuler, sedangkan inhibin A disekresi oleh korpus luteum. Konsentrasi inhibin B meningkat pada awal fase folikuler, menurun setelah berada pada puncaknya di pertengahan siklus, dan rendah kembali pada fase luteal. Sebaliknya, konsentrasi inhibin A rendah pada fase folikular tapi meningkat selama fase luteal, sejalan dengan progesteron. Terdapat korelasi negatif antara inhibin B dan FSH yang menunjukkan adanya peran dari inhibin B pada efek umpan balik negatif ovarium pada sekresi FSH. Pada awal fase folikuler, senyawa penting yang berperan dalam mekanisme umpan balik negatif ovarium adalah estradiol dan inhibin B. Sedangkan selama fase luteal, kombinasi dari estradiol, progesteron, dan inhibin A memediasi efek umpan balik negatif sekresi gonadotropin (Messinis dkk., 2014).

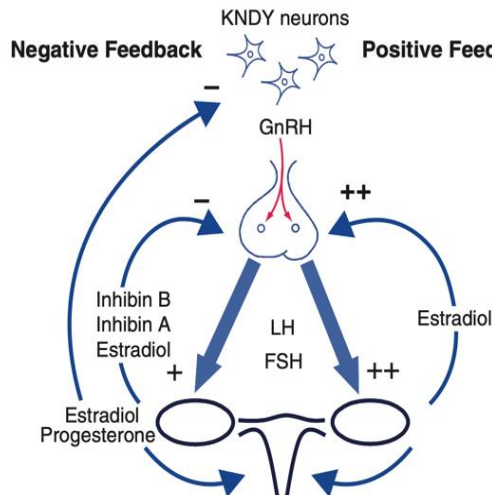
Tahapan Siklus Menstruasi

Menstruasi adalah pengelupasan lapisan uterus secara siklik dan teratur yang disebabkan oleh aktivitas hormon yang diproduksi oleh hipotalamus, hipofisis anterior, dan ovarium. Siklus menstruasi dibagi ke dalam 2 fase, yaitu folikular atau proliferasif dan fase luteal atau sekretorik. Di antara dua fase tersebut, terdapat periode ovulasi dan menstruasi.

Untuk dapat memahami siklus menstruasi, perlu memahami mekanisme kerja utama dari siklus ini, yaitu mekanisme umpan balik positif dan negatif. Dalam kontrol umpan balik negatif, perubahan dalam faktor yang diatur secara homeostatis akan memicu respons yang bertujuan mengembalikan faktor tersebut ke nilai normal dengan menggerakkannya ke arah yang berlawanan dari perubahan awal. Pada sistem kontrol ini, luaran disesuaikan untuk menahan perubahan sehingga variabel yang dikontrol tetap relatif stabil. Sebaliknya, pada umpan balik positif, keluaran memperkuat atau meningkatkan perubahan sehingga variabel yang dikontrol terus bergerak searah dengan perubahan awal. (Sherwood, 2012).

Sistem reproduksi pada perempuan sangat bergantung pada umpan balik negatif steroid gonad dan inhibin untuk memodulasi sekresi hormon FSH dan umpan balik positif estrogen untuk menghasilkan lonjakan hormon LH pra-ovulasi. (Loscalzo dkk., 2022). GnRH disekresi di hipotalamus kemudian dikirim ke hipofisis anterior yang kemudian menstimulasi hipofisis anterior untuk mensekresi FSH dan LH. FSH dan LH lalu memberikan sinyal pada ovarium. LH merangsang sel teka pada ovarium untuk memproduksi progesteron dan androstenedion. Ketika androstenedion disekresi, hormon ini kemudian berdifusi pada sel granulosa disekitarnya. FSH merangsang sel granulosa untuk mengubah androstenedion menjadi testosteron, kemudian menjadi 17- β -estradiol (estrogen yang dihasilkan oleh ovarium) dengan mengaktifkan enzim aromatase. Saat kadar 17- β -estradiol atau progesteron meningkat sesuai fase siklus menstruasi, terjadi umpan balik negatif ke hipofisis anterior untuk mengurangi produksi FSH dan LH.

Pengecualian terjadi pada saat ovulasi. Pada masa ini, sejumlah kritis $17\text{-}\beta\text{-estradiol}$ yang diproduksi di ovarium menyebabkan umpan balik positif ke hipofisis anterior untuk meningkatkan kadar FSH dan LH (Gambar 3.1). Selain itu, dalam sistem ini sel granulosa menghasilkan inhibin dan activin yang menghambat dan merangsang pelepasan FSH dari hipofisis anterior. Mekanisme umpan balik ini dikendalikan dengan meningkatkan regulasi untuk mempercepat produksi hormon atau menurunkan regulasi untuk mengurangi produksi hormon melalui reseptor GnRH di hipofisis anterior. (Thiyagarajan dkk., 2024).



Gambar 3.1: Umpan Balik Positif dan Negatif Sistem Reproduksi Perempuan

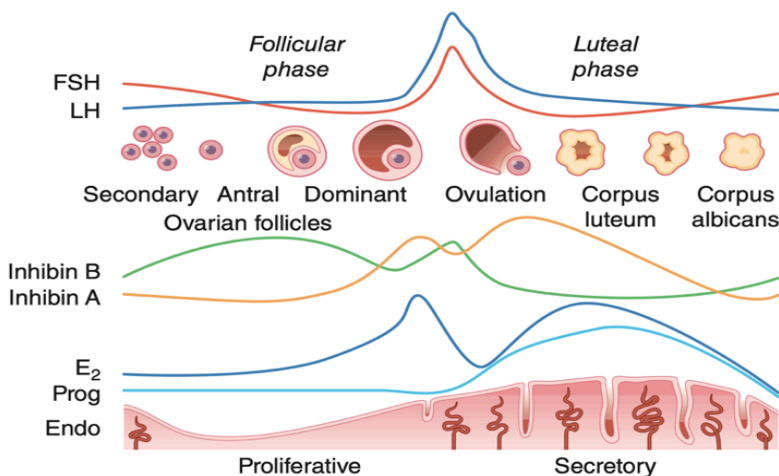
Sumber: (Hall & Dokras, 2022)

1. Fase Folikular/Proliferatif

Fase folikular dimulai dari haid hari pertama hingga ovulasi. Biasanya terjadi pada hari pertama hingga hari keempat belas pada siklus menstruasi normal 28 hari. Fase ini merupakan penentu panjang siklus menstruasi pada individu. Ketika fase luteal pada umumnya berlangsung selama 14 hari, terdapat variasi pada fase folikular sehingga siklus menstruasi normal memiliki rentang 21 – 35 hari.

Sesuai Namanya, fase folikular ditandai dengan perkembangan folikel ovarium. Folikulogenesis dimulai beberapa hari terakhir dari siklus menstruasi sebelumnya hingga pelepasan folikel matur saat ovulasi. Tujuan dari fase ini adalah penambahan tebal lapisan endometrium di uterus, merangsang pertumbuhan stroma dan kelenjar, dan meningkatkan kedalaman arteri spiralis yang mensuplai endometrium. Pertumbuhan lapisan endometrium ini diperlukan untuk persiapan implantasi ovum yang telah dibuahi (Rosner dkk., 2024).

Hormon utama fase ini adalah estrogen, terutama 17- β -estradiol. Peningkatan hormon ini terjadi akibat peningkatan regulasi reseptor FSH di dalam folikel pada awal siklus. Menjelang akhir fase folikuler, peningkatan 17- β -estradiol akan merangsang umpan balik negatif di hipofisis anterior sehingga terjadi penurunan produksi steroid.



Gambar 3.2: Hubungan Antara Gonadotropin, Perkembangan Folikel, Sekresi Gonad, dan Perubahan Endometrium Selama Siklus Menstruasi Normal.

(E₂, estradiol; Endo, endometrium; FSH, *Follicle Stimulating Hormone*; LH, *Luteinizing Hormone*; Prog, progesterone)

Sumber: (Hall & Dokras, 2022)

Penurunan produksi steroid oleh korpus luteum dan penurunan secara drastis inhibin A pada fase proliferaatif menyebabkan FSH meningkat pada akhir siklus menstruasi (Gambar 3.2). Peningkatan FSH menyebabkan terjadinya perekrutan sekelompok folikel ovarium di setiap ovarium (kanan dan kiri), yang salah satunya nanti akan menjadi dominan dan matang untuk berovulasi. Pada akhir fase folikular, ukuran folikel dominan membesar hingga 20-25 mm (Reed & Carr, 2000; Rosner dkk., 2024). Setelah ovulasi terjadi, kadar FSH mulai menurun akibat umpan balik negatif estrogen dan efek negatif inhibin B yang diproduksi oleh folikel yang sedang berkembang (Reed & Carr, 2000).

Selama fase folikular, kadar $17\text{-}\beta\text{-estradiol}$ dalam darah meningkat seiring dengan pertumbuhan folikel. Peningkatan $17\text{-}\beta\text{-estradiol}$ menyebabkan FSH merangsang pembentukan reseptor LH pada sel granulosa, yang kemudian menghasilkan sedikit progesteron dan *17-hydroxyprogesteron* (17-OHP). Kedua hormon ini memberikan umpan balik positif ke kelenjar hipofisis, yang menyebabkan peningkatan pelepasan LH. Kadar FSH naik pada awal fase folikular dan turun sampai menjelang ovulasi. Sebaliknya, kadar LH rendah pada awal fase folikular dan mulai naik di pertengahan fase folikular karena umpan balik positif dari peningkatan $17\text{-}\beta\text{-estradiol}$ (Reed & Carr, 2000).

Fase ini berperan penting dalam menciptakan lingkungan yang cocok bagi sperma. Selama fase ini, lendir serviks yang melimpah, berair, dan elastis terbentuk untuk membantu sperma bergerak. Selain itu, folikel primordial mulai berkembang menjadi folikel de Graaf, sedangkan folikel lainnya yang tidak matang mengalami degenerasi. Fase ini mempersiapkan tubuh untuk tahap selanjutnya yaitu ovulasi.

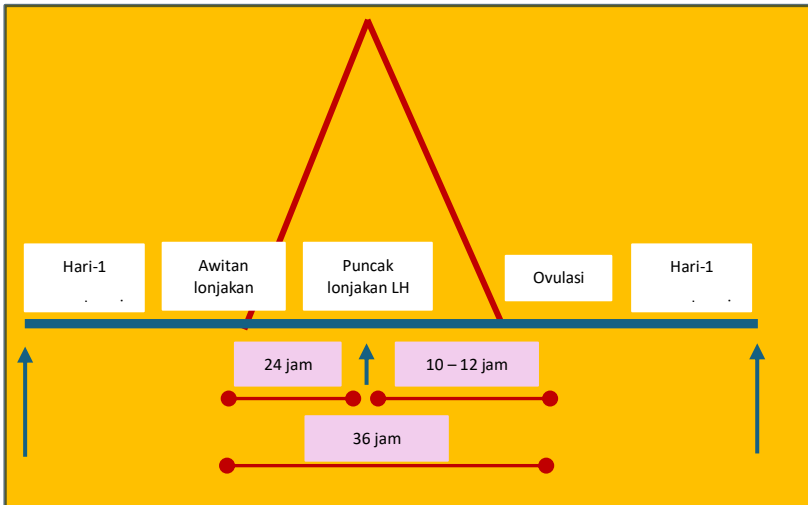
2. Ovulasi

Ovulasi merupakan pelepasan oosit matur (ovum) dari ovarium. Pada umumnya, hanya satu ovum yang dilepaskan selama ovulasi. Pelepasan ovum dari ovarium ini terjadi secara acak pada setiap siklus, dari ovarium sisi kanan atau kiri. Ovulasi berlangsung di

antara fase proliferasi dan sekretori dan selalu terjadi 14 hari sebelum menstruasi. Pada siklus 28 hari, ovulasi terjadi pada hari keempat belas.

Di akhir fase proliferasi terjadi peningkatan kadar $17\text{-}\beta$ -estradiol akibat maturasi dari folikel yang memproduksi hormon tersebut. Pada periode ini, $17\text{-}\beta$ -estradiol memberikan umpan balik positif pada hipotalamus. Umpan balik positif ini meningkatkan pengeluaran GnRH dan menstimulasi produksi FSH dan LH sehingga terjadi peningkatan drastis kadar FSH dan LH (Rosner dkk., 2024). Tingginya kadar FSH dan LH pada fase ini disebut lonjakan LH. Awitan lonjakan LH terjadi sekitar 34-36 jam sebelum ovulasi dan merupakan prediktor yang akurat waktu ovulasi (Gambar 3.3).

Lonjakan LH menyebabkan folikel yang matang pecah dan melepaskan ovum. Selain itu, lonjakan LH juga merangsang luteinisasi sel granulosa yang meningkatkan produksi progesteron. Progesteron ini kemudian memicu lonjakan FSH di pertengahan siklus.



Gambar 3.3: Awitan Lonjakan LH Biasanya Terjadi 36 Jam Sebelum Ovulasi. Puncak Lonjakan LH Terjadi 10-12 Jam Sebelum Ovulasi.

Sumber: (Reed & Carr, 2000)

Prostaglandin memainkan peranan penting dalam proses ovulasi. Sebagai respon dari hormon LH dan progesteron yang meningkat, kadar prostaglandin dan hormon proteolitik seperti *collagenase* dan plasmin juga meningkat. Enzim ini bersama dengan prostaglandin mencerna kolagen pada dinding folikel dan menyebabkan pelepasan kompleks oosit-cumulus. Prostaglandin juga merangsang pelepasan ovum melalui stimulasi otot polos ovarium. Pasien yang mendapatkan terapi dosis tinggi penghambat sintesis prostaglandin seperti Indocin dapat menyebabkan produksi prostaglandin berkurang dan tidak terjadi ruptur folikel. Oleh karena itu, untuk meningkatkan peluang kehamilan pada wanita yang ingin memiliki keturunan, di sekitar masa ovulasi tidak disarankan untuk mengonsumsi obat-obatan golongan penghambat sintesis prostaglandin dan penghambat COX karena bisa menghambat produksi prostaglandin dan mencegah terjadinya ovulasi (Reed & Carr, 2000).

Cervix uteri mengalami perubahan selama masa ovulasi. Akibat perubahan hormonal, lendir serviks semakin banyak dan encer untuk memudahkan perjalanan sperma melalui sistem reproduksi wanita (Thiyagarajan dkk., 2024). Oleh karena itu, pada fase ini, keluhan yang sering muncul adalah keputihan. Selama keputihan berwarna bening, tidak gatal, berbau, dan nyeri, maka hal itu adalah keputihan fisiologis (Rao & Mahmood, 2020).

Pada akhir ovulasi, kadar $17\text{-}\beta\text{-estradiol}$ mengalami penurunan. Hal ini disebabkan oleh penghambatan sintesis estradiol oleh progesteron. Selanjutnya, siklus mulai memasuki fase luteal.

3. Fase Luteal/Sekretorik

Pada kebanyakan perempuan, fase ini biasanya berlangsung selama 14 hari. Setelah ovulasi, sel granulosa yang tidak dilepaskan bersama oosit mulai membesar, membentuk vakuola, dan mengumpulkan pigmen kuning yang disebut lutein. Sel granulosa yang menguning bergabung dengan sel teka-lutein yang baru terbentuk, serta jaringan stroma di sekitar ovarium, membentuk korpus luteum.

Korpus luteum adalah organ endokrin sementara yang mengeluarkan progesteron. Fungsi utamanya adalah mempersiapkan endometrium yang telah menebal karena estrogen untuk implantasi ovum yang telah dibuahi. Usia korpus luteum bergantung pada dukungan LH. Fungsi korpus luteum menurun pada akhir fase luteal, kecuali terdapat cukup kadar beta-HCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) yang diproduksi selama kehamilan. Jika tidak ada kehamilan, korpus luteum akan rusak dan membentuk jaringan parut yang disebut *corpus albicans*.

Kadar estrogen naik dan turun dua kali selama siklus menstruasi. Estrogen meningkat di pertengahan fase folikuler dan menurun setelah ovulasi. Kemudian, terjadi peningkatan estrogen kedua di pertengahan fase luteal dan penurunan pada akhir siklus menstruasi. Peningkatan estradiol sejalan dengan peningkatan serum progesteron dan *17- α -hydroxyprogesterone*. Sekresi hormon selama fase luteal diatur oleh korpus luteum, yang mulai menurun fungsinya 9-11 hari setelah ovulasi. (Reed & Carr, 2000).

4. Menstruasi

Saat tidak terjadi kehamilan, hormon steroid mulai berkurang karena menurunnya fungsi korpus luteum. Penurunan progesteron menyebabkan peningkatan penggulungan dan penyempitan arteriol spiral. Penyempitan ini menyebabkan berkurangnya aliran darah ke lapisan endometrium yang mengakibatkan iskemia. Proses ini memicu endometrium melepaskan prostaglandin yang menyebabkan kontraksi otot polos uterus dan pengelupasan jaringan endometrium yang ditandai dengan adanya pendarahan melalui vagina. Penggunaan obat penghambat sintesis prostaglandin dapat menurunkan pendarahan menstruasi dan dapat digunakan sebagai terapi pada perempuan dengan pendarahan menstruasi berlebihan atau menoragia.

Cairan menstruasi terdiri dari jaringan endometrium yang mengalami deskuamasi, sel darah merah, eksudat inflamasi, dan enzim proteolitik. Dalam waktu dua hari setelah permulaan menstruasi dan ketika pelepasan endometrium masih terjadi,

estrogen yang diproduksi oleh folikel yang sedang tumbuh mulai merangsang regenerasi epitel permukaan endometrium. Estrogen yang disekresi oleh folikel ovarium yang sedang tumbuh menyebabkan vasokonstriksi berkepanjangan yang memungkinkan terbentuknya bekuan darah di atas pembuluh darah endometrium.

Durasi rata-rata aliran menstruasi adalah 4 – 6 hari, namun rentang normal pada wanita dapat berkisar 2 – 8 hari. Jumlah rata-rata kehilangan darah menstruasi adalah 30 ml dan lebih dari 80 ml dianggap tidak normal. Berbagai faktor dapat mempengaruhi aliran darah termasuk konsumsi obat-obatan, ketebalan endometrium, kelainan darah, dan gangguan pembekuan darah. (Reed & Carr, 2000; Thiyagarajan dkk., 2024).

Kesimpulan

Siklus menstruasi merupakan siklus reproduksi yang terjadi pada perempuan. Secara umum, siklus ini berlangsung selama 28 hari yang dimulai pada hari pertama haid hingga dimulainya haid lagi hari berikutnya. Siklus ini terdiri dari 2 fase, yaitu fase folikular/proliferasi dan luteal/sekresi. Di antara fase folikular dan fase luteal, terdapat fase ovulasi. Menstruasi terjadi pada masa akhir fase sekresi hingga awal fase folikular sebagai akibat tidak adanya fertilisasi dan implantasi pada fase luteal. Hormon utama yang berperan dalam kontrol siklus menstruasi adalah estrogen, progesteron, FSH, dan LH.

Daftar Pustaka

- Bjelland, E. K., Hofvind, S., Byberg, L., & Eskild, A. (2018). The relation of age at menarche with age at natural menopause: A population study of 336 788 women in Norway. *Human Reproduction*, 33(6), 1149–1157. <https://doi.org/10.1093/humrep/dey078>
- Critchley, H. O. D., Babayev, E., Bulun, S. E., Clark, S., Garcia-Grau, I., Gregersen, P. K., Kilcoyne, A., Kim, J.-Y. J., Lavender, M., Marsh, E. E., Matteson, K. A., Maybin, J. A., Metz, C. N., Moreno, I., Silk, K., Sommer, M., Simon, C., Tariyal, R., Taylor, H. S., ... Griffith, L. G. (2020). Menstruation: Science and society. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223(5), 624–664. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.06.004>
- Hall, J. E., & Dokras, A. (2022). Disorders of the female reproductive system. Dalam *Harrison's Principles of Internal Medicine* (21st ed., hlm. 3027–3033). McGraw Hill.
- Loscalzo, J., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Jameson, J. L. (Ed.). (2022). *Harrison's principles of internal medicine* (21st edition). McGraw Hill.
- Messinis, I. E., Messini, C. I., & Dafopoulos, K. (2014). Novel aspects of the endocrinology of the menstrual cycle. *Reproductive BioMedicine Online*, 28(6), 714–722. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2014.02.003>
- Mihm, M., Gangooly, S., & Muttukrishna, S. (2011). The normal menstrual cycle in women. *Animal Reproduction Science*, 124(3–4), 229–236. <https://doi.org/10.1016/j.anireprosci.2010.08.030>
- Rao, V. L., & Mahmood, T. (2020). Vaginal discharge. *Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine*, 30(1), 11–18. <https://doi.org/10.1016/j.ogrm.2019.10.004>
- Reed, B. G., & Carr, B. R. (2000). The Normal Menstrual Cycle and the Control of Ovulation. Dalam K. R. Feingold, B. Anawalt, M. R. Blackman, A. Boyce, G. Chrousos, E. Corpas, W. W. de Herder, K. Dhatriya, K. Dungan, J. Hofland, S. Kalra, G. Kaltsas, N. Kapoor, C.

Koch, P. Kopp, M. Korbonits, C. S. Kovacs, W. Kuohung, B. Laferrère, ... D. P. Wilson (Ed.), *Endotext*. MDTText.com, Inc. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279054/>

Rosner, J., Samardzic, T., & Sarao, M. S. (2024). Physiology, Female Reproduction. Dalam *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537132/>

Sherwood, L. (2012). *Introduction to human physiology* (8. ed). Brooks/Cole, Cengage Learning.

Thiyagarajan, D. K., Basit, H., & Jeanmonod, R. (2024). Physiology, Menstrual Cycle. Dalam *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500020/>

PROFIL PENULIS



dr. Cyntia Puspa Pitaloka, M.Kes.

Penulis menamatkan studi kedokterannya di Universitas Airlangga pada tahun 2013. Setelah menyelesaikan satu tahun internsip, penulis memutuskan untuk bergabung dalam Program PTT Kementerian Kesehatan di Kecamatan Bungku Pesisir, Kabupaten Morowali, Sulawesi Tengah. Tiga tahun pengalaman yang dihabiskan di Puskesmas daerah sangat terpencil telah menjadi titik balik bagi penulis, memantik cinta mendalam pada bidang kesehatan masyarakat. Sementara bekerja di tengah-tengah masyarakat, penulis menyaksikan betapa besar kesenjangan antara fasilitas kesehatan di kota besar dan pedesaan, terutama dalam hal sumber daya manusia dan pelayanan yang tersedia. Penulis juga menyadari bahwa kesehatan ibu dan anak di daerah tersebut masih belum mendapat perhatian yang memadai.

Dengan gairah yang tumbuh dari ketidakpuasan tersebut, penulis memutuskan untuk melanjutkan pendidikan ke tingkat magister, memfokuskan diri pada kesehatan ibu dan anak di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga pada tahun 2019. Penulis yakin bahwa untuk memperbaiki kesehatan masyarakat di suatu daerah tidak bisa dilakukan seorang diri. Sebagai manifestasi dari keyakinan tersebut, penulis kini aktif sebagai dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Petra, untuk mengajar dan berbagi pengalaman klinis serta pentingnya peran dokter di daerah terpencil kepada mahasiswa. Tujuannya sederhana: agar semakin banyak dokter yang tergerak untuk melayani dan memberikan cahaya harapan bagi setiap sudut di Indonesia.

Email Penulis: cyntia.pitaloka@petra.ac.id

BAB 4

GANGGUAN KESEHATAN REPRODUKSI

Yuli Zuhkrina, S.ST., M.Kes.
Universitas Abulyatama

Sistem reproduksi wanita sangat rentan terhadap permasalahan kesehatan reproduksi. Sedikit saja terjadi ketidakseimbangan hormone maka akan berdampak besar pada fungsi dan kesehatannya. Ciri-ciri dari gangguan kesehatan reproduksi dapat dilihat dari normalitas menstruasi yang didapatkan pada setiap bulan diantaranya yaitu darah haid terlalu sedikit atau terlalu banyak, terlalu lama dan terlalu nyeri (Zuhkrina *et al.*, 2022). Hal-hal tersebut dapat menjadi salah satu penyebab dari gangguan kesehatan reproduksi:

Endometriosis

Endometriosis yaitu tumbuhnya jaringan atau sel-sel endometrium di luar cavum uteri berupa kelenjar maupun stroma endometrium. Kedutan kelenjar tersebut masih dapat berfungsi sehingga masih dapat terjadi penebalan pada bagian lain diluar uterus. Endometriosis ini sering terjadi pada wanita pasca melahirkan dengan usia diatas 30 tahun dengan gejala yang dapat ditimbulkan yaitu *menoraghia* (haid berlebih) dan *dismenore progresif* (haid yang terlalu sakit). Namun tidak jarang endometriosis juga dapat ditemukan pada wanita

berumur 25-35 tahun namun sangat jarang terjadi pada wanita yang sudah menopause (Purwaningsih, 2021).

Endometriosis hampir ditemukan pada semua organ kecuali pada organ limpa yaitu pericardium, septum retrovaginal, kandung kemih, ureter, bekas luka, tuba fallopi, ovarium, ekstra vagina dan juga terdapat kasus dengan endometriosis pada ligament uterosacral. Sel-sel dari endometrium dapat beredar melalui sistem peredaran darah, sehingga mempermudah sel-sel endometrium untuk dibawa ke bagian tubuh yang lainnya (Purwaningsih, 2021).

Penyebab lainnya dari endometriosis yaitu darah menstruasi mengandung sel-sel endometriosis mengalir kembali ke tuba fallopi sampai rongga panggul (menstruasi retrograde) dan mengakibatkan terjadinya penempelan sel-sel endometriosis dan dapat tumbuh disana yang ditandai dengan perdarahan sepanjang siklus menstruasi. Hal ini dapat diperparah apabila terdapat pasien dengan permasalahan sistem imun karena tidak dapat mengenal dan menghancurkan jaringan dari endometrium yang berkembang dan tumbuh di luar kavum uteri (Purwaningsih, 2021).

Pengobatan terhadap penderita endometriosis yang dapat dilakukan yaitu memperkecil ukuran maupun mengurangi gejala yang dapat ditimbulkan. Terapi yang dianjurkan berupa penggunaan obat-obatan penghilang rasa nyeri, terapi hormone yang berfungsi untuk menghambat terbentuknya jaringan endometrium hingga menghentikan menstruasi dan operasi (Purwaningsih, 2021).

Gejala endometriosis pada umumnya:

1. Adanya rasa nyeri di beberapa tempat, tergantung dimana endometriosis tersebut berkembang dan tidak semua penderita endometriosis merasakan keluhan yang sama, seperti:
 - a. Nyeri yang sangat hebat pada saat menstruasi
 - b. Nyeri timbul selama atau setelah coitus (berhubungan) akibat penetrasi, sehingga menimbulkan nyeri di antara perbatasan ovarium dengan otot bagian atas vagina
 - c. Nyeri pada bagian pervis.
2. Menstruasi yang tidak teratur
3. Pendarahan

4. Infertil

a. Infertilitas pada wanita

Infertilitas merupakan tidak terjadinya pembuahan selama kurun waktu satu tahun setelah berhubungan seksual tanpa penggunaan alat pelindung seperti kontrasepsi. Pasangan infertilitas yaitu pasangan yang telah menjalankan perkawinannya selama 1 tahun dengan kriteria keluarga yang harmonis namun belum hamil atau belum mempunyai keturunan (Harnani, Marlina and Kersani, 2019).

Pengelompokan infertilitas terdiri dari 2 jenis, yaitu:

1) Infertilitas primer

Pasangan usia subur (PUS) yang telah menikah dalam jangka waktu satu tahun dan telah aktif melakukan hubungan seksual dengan baik tanpa menggunakan pencegahan (kontrasepsi), namun belum pernah terjadi kehamilan atau belum pernah melahirkan anak hidup.

2) Infertilitas sekunder

Suatu keadaan pasangan usia subur (PUS) sudah mampu mempunyai anak dan sulit untuk memperoleh anak lagi, dan sudah melakukan hubungan seksual secara aktif dan benar tanpa adanya usaha pencegahan (Harnani, Marlina and Kersani, 2019).

Menurut *World Health organization* (WHO) penyebab dari infertilitas dari wanita yaitu faktor tuba fallopi (saluran telur) 36%, gangguan ovulasi 33%, endometriosis 6%, dan hal-hal lain 40%, selebihnya diakibatkan oleh kelainan antara suami dan istri atau tanpa diketahui penyebabnya namun gangguan yang diakibatkan dapat terdeteksi, seperti:

1) Gangguan pada organ reproduksi wanita

Gangguan reproduksi pada wanita merupakan faktor utama penyebab terjadinya fertilitas yaitu infeksi vagina, kelainan pada servik, kelainan uterus, kelainan pada tuba fallopi (ketidaknormalan pada struktur maupun fungsinya).

2) Gangguan yang berkaitan pada Rahim, diantaranya: endometriosis, kanker indung telur dan kanker serviks.

3) Gangguan ovulasi

Penyebab umum kemandulan seorang wanita yaitu terletak pada permasalahan ovulasi, diantaranya ovarium tidak mampu melepaskan ovum (sel telur) setia bulannya yang terjadi akibat salah satu pengendali fungsi reproduksi mengalami masalah atau tidak berfungsi. Permasalahan ovulasi seringkali terjadi pada wanita dengan haid yang tidak teratur atau tidak memiliki periode (*amenorrhea*).

4) Gangguan imunologis

Embrio dengan antigen yang berbeda dari ibunya, maka tubuh akan memberikan reaksi pertanda respon terhadap benda asing, sehingga reaksi tersebut dapat menyebabkan terjadinya abortus spontan pada wanita hamil (Harnani, Marlina and Kersani, 2019).

b. Infertilitas pada Pria

Permasalahan infertilitas juga dapat disebabkan oleh pria yaitu sekitar 30-40%, diantaranya:

1) Gangguan spermatogenesis

Spermatogenesis adalah proses pembuatan sperma. Sel yang belum terspesialisasi membutuhkan waktu sekitar 72-74 hari untuk berkembang menjadi sel sperma yang matang.

a) Kualitas sperma

(1) Jumlah sperma dalam sekali keluar yaitu 2-6 ml. Dimana satu kali terjadinya ejakulasi mengandung 20 juta ekor spermatozoa permililiternya.

(2) Pergerakan sperma untuk maju ke pembuahan minimal 50% dari seluruh jumlah sperma yang keluar dan sperma harus mempunyai jumlah yang normal, 30% sperma yang tidak normal maka sperma tersebut tidak akan masuk ke rahim wanita untuk melakukan pembuahan maka terjadinya infertilitas.

- b) Gangguan pabrik sperma disebabkan oleh faktor kebiasaan, pekerjaan, penyakit bawaan, gangguan pada saluran sperma dan gangguan pada semen.

2) Gangguan pada sistem reproduksi pria

- a) Disfungsi Ereksi (penurunan kemampuan ereksi) dan priapismus (ereksi yang berlangsung lama), diakibatkan oleh:

- (1) Gangguan vaskuler, terjadi akibat kerusakan pada endotel pembuluh darah. Penyebabnya seperti menderita hipertensi, pengguna nikotin, *atherosclerosis* (penyumbatan pembuluh darah) akibat hiperkolesterol.

- (2) Gangguan hormonal, menyebabkan terganggunya produksi hormone testosterone oleh sel Leydig testis akibat dari kelainan genetik, trauma testis, infeksi testis, berbagai racun testis (gonadotoksik) dan juga dapat diakibatkan oleh gangguan hormon dari organ endokrin seperti hipertiroidisme dan hiperprolaktinemia serta peristiwa radiasi di daerah pelvis.

- (3) Gangguan saraf, dapat terjadi pada penderita diabetes mellitus, operasi daerah panggul (operasi prostat), trauma tulang belakang, radiasi area pelvis. Hal ini mengakibatkan kerusakan saraf yang berakhir dengan gangguan fungsi ereksi.

- (4) Gangguan akibat medikasi, akibat pemakaian obat-obatan tertentu seperti obat hipertensi, obat untuk menurunkan kolesterol, obat anti depresi dan obat antipsikotik (Rizal, 2021).

- b) Hipospadia, merupakan kondisi saluran urine pada laki-laki berada pada kondisi tidak normal, yaitu bukan diujung penis melainkan dibagian bawahnya. Kondisi ini merupakan kelainan bawaan sejak lahir yang perlu diatasi melalui tindakan operasi (Baroroh and Maslikhah, 2024)

- c) Varikokel (varises buah zakar), penyakit yang ditandai dengan adanya pembengkakan pada pembuluh darah vena dalam kantong buah zakar atau skrotum. Selain dapat memperkecil testis dan menyebabkan infertilitas. Penyebab varikokel belum diketahui secara pasti, namun diantaranya yaitu: faktor genetik, makanan, suhu testis dan tekanan tinggi disekitar perut (Danarto, 2021).
- d) Hiperplasia Prostat Jinak/*Benign prostate hyperplasia* (BPH): perubahan histopatologis jinak pada prostat adalah membesarnya kelenjar prostat dan menjepit uretra yaitu saluran yang mengalirkan urine dari kandung kemih ke lubang kencing (Hamid and Hustrini, 2015)
- e) Hidrokel, adalah penumpukan patologi cairan di sekitar testis, sehingga menyebabkan pembengkakan di area skrotum. Penyebab hidrokel yaitu akibat adanya kelainan pada testis atau epididimis sehingga dapat mengganggu sistem sekresi/reabsorpsi cairan pada kantong hidrokel. Kelainan pada testis seperti adanya infeksi, tumor atau trauma pada testis/epididimis (Duarsa, 2021).
- f) Kanker prostat, merupakan penyakit yang sering terjadi pada pria berusia diatas 50 tahun namun juga dapat terjadi pada anak muda dan semua laki-laki berpotensi terkena penyakit ini. Kanker prostat menyebar pada tempat terpenting dalam tubuh yaitu getah bening dan tulang (Prawirowidjojo, 2020).
- g) Hipogonadisme yaitu menurunnya fungsi testis oleh karena gangguan interaksi hormon androgen dan testosteron. Hormon testosterone ini memegang peranan penting karena fungsinya mengekalkan keinginan seks.
- h) Kriptorkidisme yaitu kondisi kelainan pria pada saat bayi yaitu tidak turunnya testis kedalam skrotum namun tetap tertahan di dalam rongga abdomen (perut).
- i) Uritis yaitu infeksi yang terjadi dari uretra yang merupakan saluran pembawa air kemih yang disebabkan oleh bakteri, virus dan jamur (Harnani, Marlina and Kersani, 2019).

- j) Infeksi menular seksual, merupakan infeksi yang dapat ditularkan melalui perilaku hubungan seksual yang beresiko baik secara vaginal, anal dan oral. Kelompok yang paling beresiko terkena HIV/AIDS adalah wanita pejalan sex (WPS), gay (homoseksual), waria (heteroseksual), penasun (pengguna narkoba suntik) dan ibu rumah tangga (Abrori and Qurbaniah, 2017).

Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS)

Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS)/hyperandrogenic anovulation (HA) yaitu gangguan sistem reproduksi perempuan yang telah memasuki usia reproduksi atau masa subur, namun tanda-tandanya biasanya terlihat waktu pra menstruasi atau setelah menopause. Sasaran PCOS yaitu indung telur (ovarium) hingga mengganggu proses pelepasan sel telur (ovulasi) yang disebabkan oleh karena sistem hormon yang tidak normal. Hal ini dipengaruhi oleh faktor genetik, hormonal, metabolisme dan lingkungan (Harnani, Marlina and Kersani, 2019).

Hormon yang berperan pada PCOS yaitu GnRH (*Gonadotropin-Releasing Hormone*), LH (*Luteinizing Hormone*), FSH (*Follicle Stimulating Hormone*), estrogen, progesterone dan androgen (Harnani, Marlina and Kersani, 2019).

Faktor penyebab PCOS yaitu:

1. Peningkatan GnRH dapat memicu meningkatnya frekuensi serta sekresi LH. LH yang meningkat secara otomatis dapat menurunkan kadar FSH. Hal ini mempengaruhi kelebihan produksi androgen dari sel teka dalam folikel ovarium sehingga menyebabkan adanya gangguan pada perkembangan folikel dan berkurangnya hambatan GnRH oleh progesterone.
2. Resistensi folikel terhadap FSH, disebabkan oleh regulasi dari aksi FSH intra ovarium lainnya, diantaranya dapat meningkatnya kadar *hormone anti mullerian* (AMH). Peningkatan AMH dapat menurunkan sensitivitas FSH dan dapat menghalangi konversi androgen menjadi estrogen melalui aktivitas hambatan aromatase

sehingga terbentuk hiperandrogenisme. Berkurangnya sensitivitas FSH mampu menghambat pematuran folikel, akibat dari tidak mampu menentukan folikel dominan untuk dilanjutkan ke tahap ovulasi.

3. Penderita PCO yang obesitas dapat menyebabkan infertilitas karena dapat mengurangi homeostasis ovulasi yang dapat menyebabkan sekresi gonadotropin dan resistensi insulin. Penyebab utama hiperandrogenisme pada PCOS yaitu resistensi insulin melalui stimulasi sekresi androgen ovarium serta mampu menghambat produksi *sex hormone binding globulin* (SHBG). Hormon androgen dan SHBG dapat saling berikatan dalam darah, hal ini mengaktifkan hormone androgen tanpa memberikan efek didalam tubuh seorang perempuan. Penghambatan SHGB dapat meningkatkan hormon androgen (Purwaningsih, 2021).

Fibroid

Inflamasi dapat mempengaruhi terbentuknya fibroid. Proses inflamasi normal terjadi pada perempuan di usia subur atau produksi. Fibroid (mioma uteri) dapat menimbulkan komplikasi apabila dibiarkan tanpa ditangani. Komplikasi dari mioma salah satunya yaitu infertilitas. Pada saat seorang wanita hamil tumor tersebut dapat mengakibatkan keguguran, mal presentasi janin, gangguan plasenta, perdarahan pasca salin serta prematuritas. Mioma (tumor jinak) dapat mengecil sendiri dalam waktu 6 bulan s/d 3 tahun atau menjelang masa menopause. Penanganannya juga dapat dilakukan melalui pembedahan. Tumor ini jarang sekali berkembang ke *leiomyosarcoma* adalah suatu kanker yang dapat menyerang jaringan otot polos (Purwaningsih, 2021).

Kanker pada Sistem Reproduksi

Terdapat dua macam tumor berdasarkan tingkat keganasannya yaitu tumor ganas dan tumor tidak ganas. Tumor ganas berpotensi menjadi kanker dengan masa pertumbuhan yang sangat cepat serta dapat menyebar ke sel-sel lain dan mampu merusak sel-sel yang sehat. Kanker ini dapat menyerang laki-laki maupun perempuan. Tanda dari

adanya kanker pada tubuh manusia yaitu adanya benjolan yang timbul tidak wajar. Kanker yang dapat menyerang sistem reproduksi wanita yaitu kanker serviks, kanker payudara, kanker ovarium, kanker uterus, kanker vagina, kanker vulva dan kanker saluran tuba. Sedangkan kanker yang dapat menyerang sistem reproduksi pria yaitu kanker prostat, kanker penis dan kanker testicular (Purwaningsih, 2021).

Faktor-faktor penyebab kanker pada sel-sel tertentu dipengaruhi oleh:

1. Riwayat penyakit kanker dari keluarga
2. Terinfeksi virus HPV (*human papilloma virus*)
3. Terpapar dengan hormone dalam kadar tinggi ataupun penggunaan yang berkepanjangan
4. Mengalami obesitas karena dapat meningkatkan TNF- α , IL-1, IL-6 dan eritropoetin yang berperan dalam proses proliferasi
5. Menderita penyakit yang dapat menyebabkan inflamasi kronis (peradangan jangka panjang) yang dapat merangsang sel untuk terus membelah
6. Menurunnya sistem kekebalan tubuh, misalnya akibat menderita HIV/AIDS
7. Terpapar dengan radiasi zat kimia yang dapat merangsang mutasi genetik
8. Merokok dan alkohol (Purwaningsih, 2021).

Sistitis Interstisial

Sistitis interstisial atau IC merupakan masalah kesehatan yang terjadi pada kandung kemih yang mulai mengalami iritasi atau peradangan dan menyebabkan munculnya jaringan perut atau kandung kemih yang menjadi keras.

HIV/AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan Sindrom Imunodefisiensi akibat virus. HIV dapat menyerang sistem kekebalan tubuh, khususnya sel CD4 yang sangat penting dalam melawan infeksi. HIV menyebabkan sistem kekebalan tubuh melemah, sehingga rentan terhadap berbagai infeksi dan penyakit. HIV/AIDS tidak memiliki obat

untuk disembuhkan sepenuhnya, namun dengan pemberian antiretroviral (ART) dapat membantu mengubah kondisi menjadi penyakit kronis yang dapat dikelola dengan baik (Ping and dkk, 2024).

Tahapan Infeksi HIV:

1. Infeksi HIV Akut: ini merupakan tahap awal terinfeksi HIV, terjadi pada periode waktu 2-4 minggu setelah virus masuk ke dalam tubuh yang ditandai dengan tingginya viral load dan replikasi virus yang cepat. Pada masa ini penderita HIV sangat menular. Gejala menyerupai flu berat dan mungkin sangat ringan sehingga tidak diketahui.
2. Infeksi HIV Kronis: melewati fase akut, infeksi berkembang ke tahap latensi klinis. Pada masa ini terus bereplikasi di tingkat rendah, terkadang tidak mengalami gejala apapun. Tahap ini dapat berlangsung selama satu decade atau lebih. Apabila tidak diberikan pengobatan, penderita dapat tetap pada tahap ini selama bertahun-tahun, namun HIV tetap aktif dan berkembang pada tingkat yang bervariasi.
3. AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*): tahap ini menjadi tahap paling parah dan merupakan tahap akhir dari infeksi HIV. System kekebalan tubuh pada tahap ini rusak parah dan penderita rentan terhadap infeksi oportunistik dan kanker. Penentuan diagnosa AIDS dibuat pada saat jumlah CD4 T-sel turun dibawah 200 sel per milimeter kubik darah atau ketika infeksi oportunistik tertentu terjadi.

Penanganan terhadap pasien HIV/AIDS:

1. Terapi Antiretroviral (ART)
Pilar utama pengobatan HIV/AIDS yaitu antiretroviral yang bertujuan menekan replikasi virus HIV, mempertahankan jumlah CD4+ T-cell dan memperlambat progresi penyakit dan perlu diperhatikan riwayat pengobatan sebelumnya.
2. Pemantauan Kesehatan
Perlu dilakukan pemantauan rutin termasuk pemeriksaan CD4+ T-cell count, viral load HIV, tes fungsi hati dan pemeriksaan kesehatan

lainnya. Pemantauan yang teratur dapat membantu evaluasi perkembangan penyakit.

3. Pencegahan Infeksi Oportunistik

Pemberian vaksinasi penting dilakukan untuk dapat mencegah infeksi, selain dari pemberian profilaksis antibiotik, anti jamur atau antivirus sesuai anjuran medis.

4. Perawatan Dukungan

Pemberian perawatan dukungan yang komprehensif termasuk konseling psikologis, edukasi manajemen penyakit dan dukungan sosial.

5. Manajemen Komplikasi

Perlu dilakukan pengelolaan secara terintegrasi dengan tim perawatan kesehatan seperti pada pengelolaan komplikasi terkait HIV/AIDS diantaranya oportunistik, penyakit kardiovaskuler, masalah psikologis dan gangguan neurologis.

6. Perubahan Gaya Hidup

Memberikan edukasi kepada penderita untuk dapat hidup sehat dimulai dari pola makan dengan gizi seimbang, olahraga dan berhenti merokok.

7. Pemantauan Kesehatan Mental

Pemberian konseling dan dukungan psikologis dapat membantu penderita terhadap kecemasan, depresi dan stress.

8. Edukasi Pasien

Pemberian edukasi diberikan sesuai kebutuhan penderita misalnya tentang HIV/AIDS, pengobatan yang diterima, pencegahan penularan dan manajemen kondisi (Ping and dkk, 2024).

Penyakit Menular Seksual (PMS)

PMS adalah penyakit yang disebabkan melalui kontak atau hubungan seksual. Kuman penyebab infeksi yaitu bakteri, jamur, virus dan parasite. Penyakit menular seksual yang disebabkan oleh infeksi bakteri yaitu:

1. *Sifilis* (Raja Singa)

Penyebabnya adalah bakteri *Treponema Pallidum* dapat menimbulkan luka pada alat kelamin atau mulut. Penularannya melalui kontak dengan luka.

2. **Gonore (Kencing Nanah)**

Penyebabnya adalah *Neisseria gonorrhoeae*. Bakteri ini dapat menyebar ke bagian tubuh lain melalui aliran darah. Gonore ini merupakan penyakit PMS yang paling sering terjadi. Risiko infeksi meningkat pada orang yang memiliki pasangan seksual yang tidak tetap (bergonta ganti pasangan). Gejala dari penyakit ini yaitu keluarnya cairan kuning kental disertai peradangan hebat pada muara saluran kencing dan gangguan siklus menstruasi. Gonore pada ibu hamil dapat ditularkan kepada bayinya melalui persalinan normal dan dapat mengakibatkan kebutaan pada bayi.

3. **Chlamydia**

Disebabkan oleh bakteri *Chlamydia trachomatis*. Penularan dapat terjadi melalui kontak luka pada area kelamin. Pada wanita chlamydia menyerang leher rahim sedangkan pada pria menyerang saluran urine di penis. Penyakit ini juga mengakibatkan kemandulan pada wanita selain gonore.

4. **Lymphogranuloma Venereum (LGV)**

Disebabkan oleh *Chlamydia trachomatis*. Tipe Chlamydia dan LGV memiliki tipe yang berbeda meskipun terinfeksi dari bakteri yang sama.

5. **Granuloma Inguinale/donovanosis**

Disebabkan oleh infeksi bakteri *Klebsiella granulomatis*. Penyakit ini tergolong dalam jenis penyakit menular seksual yang jarang terjadi (Pratiwi and dkk, 2023).

Daftar Pustaka

- Abrori and Qurbaniah, M. (2017) *Buku Ajar Infeksi Menular Seksual*. Edited by P. Abrori. Pontianak: UM Pontianak Pers.
- Baroroh, I. and Maslikhah (2024) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan neonatus, bayi dan Balita*. Edited by M. Nasrudin. Jawa Tengah: NEM.
- Danarto, H.. (2021) *Buku Ajar Urologi*. Edited by H. Prasetyo. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Duarsa, G.W.K. (2021) *Massa Skrotum dan Testis*. Edited by Djaiful. Surabaya: Airlangga University Press.
- Hamid, A.R. and Hustrini, N.M. (2015) *Saluran Ginjal dan Saluran Kemih*. 4th edn. Edited by S. Tharmapalan. Dicitak di Indonesia: Hooi Ping Chee.
- Harnani, Y., Marlina, H. and Kersani, E. (2019) 'Teori Kesehatan Reproduksi', in R. Selvasari (ed.) *Teori Kesehatan Reproduksi*. 1st edn. Yogyakarta: Deepublish, pp. 54–58.
- Ping, M.F. and dkk (2024) *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Reproduksi*. 1st edn. Edited by Daryaswanti. Jambi: Sonpedia Publishing Indonesia..
- Pratiwi, L. and dkk (2023) *Penyakit Menular Seksual*. Edited by H. Wijayanti. Jawa Barat: Jejak.
- Prawirowidjojo, M. (2020) *Memahami Kanker Prostat*. Jakarta: Elex Media Komputindo.
- Purwaningsih, D. (2021) 'Book Chapter Kesehatan Reproduksi', in S. Nurjanah (ed.) *Kesehatan Reproduksi*. Pertama. Sukoharjo: Pradina Pustaka, pp. 73–82.
- Rizal, D.M. (2021) *Fisiologi Sistem Reproduksi Pria*. Edited by M. Pratiwi. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.
- Zuhkrina, Y. *et al.* (2022) 'Penyuluhan Tentang Terlalu Lama, Terlalu Banyak, Terlalu Sakit (3t) Pada Saat Menstruasi Pada Remaja Putri Di Desa Naga Uambang Kecamatan Lhoknga Kabupaten Aceh Besar', *BAKTIMAS: Jurnal Pengabdian pada Masyarakat*, 4(4), pp. 204–210.

PROFIL PENULIS



Yuli Zuhkrina, S.ST., M.Kes.

Lahir di Aceh Besar, 25 Juli 1985. Anak dari pasangan ibu (alm) Rusmini H.A, S.Pd dan ayah Muhammad Nur Raja. Penulis merupakan anak ke 3 dari 5 bersaudara. Saat ini penulis sudah berkeluarga dengan Hendri Firdaus, Amd dan dikaruniai 2 orang putra (Muhammad Raja Ghaffaar dan Muhammad Malka Firdaus) serta 1 orang putri (Sharraftal Medina). Mengawali pendidikan

di bidang kesehatan di Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Tjoet 'Nyak Dhien Banda Aceh Tahun 2000-2003, untuk jenjang pendidikan Diploma III penulis tempuh di Poltekkes Kemenkes Aceh Tahun 2004-2007, Diploma IV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung Tahun 2007-2008 dan tahun 2012-2014 penulis menempuh pendidikan pada Magister Kesehatan Universitas Sumatera Utara, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Peminatan Kesehatan Reproduksi.

Riwayat pekerjaan tahun 2003-2007 pernah bekerja sebagai perawat bakti di Puskesmas Ingin Jaya Kabupaten Aceh Besar, Tahun 2010-2012 menjadi Bidan Pegawai Tidak tetap (PTT) di Puskesmas Ingin Jaya Kabupaten Aceh Besar, Tahun 2009-2019 menjadi Dosen tetap di Akademi Kebidanan Yayasan pendidikan Mona Banda Aceh dan tahun 2019 sampai dengan sekarang menjadi Dosen Tetap di Universitas Abulyatama Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Program Studi Pendidikan Profesi Bidan. Untuk pengembangan ilmu pengetahuan penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian lingkup kesehatan ibu dan anak.

Penulis dapat dihubungi melalui suret yulizuhkrina@gmail.com

BAB 5

KONTRASEPSI: METODE DAN PENGGUNAAN YANG AMAN

Eny Qurniyawati, S.ST., M.Kes., M.Epid.
Universitas Airlangga

Pendahuluan

Kehamilan yang tidak direncanakan berdampak negatif terhadap sistem kesehatan, karena tidak hanya menimbulkan biaya sosial yang tinggi akibat morbiditas ibu dan atau janin, namun juga biaya terkait aborsi legal ataupun ilegal. Kontrasepsi merupakan instrumen yang aman dan efektif yang memungkinkan wanita subur untuk menghindari kehamilan, dan semua yang meminta kontrasepsi harus menerima konseling rinci tentang pilihan kontrasepsi. Kontrasepsi diartikan sebagai intervensi yang mengurangi kemungkinan kehamilan setelah melakukan hubungan seksual (Bahamondes *et al.*, 2020; Teal and Edelman, 2021).

Jenis kontrasepsi bervariasi, tetapi beberapa cocok untuk situasi tertentu. Kesehatan seseorang secara keseluruhan, usia, frekuensi aktivitas seksual, jumlah pasangan seksual, kemanjuran obat atau alat, kesuburan, kepatuhan dan penggunaan obat-obatan, dan keinginan untuk memiliki anak di masa depan adalah semua faktor yang mempengaruhi metode pengendalian kehamilan yang paling efektif. Faktor lain yang dipertimbangkan saat memilih metode kontrasepsi yang tepat adalah memastikan bahwa setiap orang dapat mengakses

metode kontrasepsi yang mereka pilih. Ini termasuk memberikan kebebasan berpendapat, berekspresi, dan memilih, hak atas pekerjaan dan pendidikan, serta manfaat kesehatan yang signifikan (Teal and Edelman, 2021; WHO, 2023).

Metode Kontrasepsi

Kontrasepsi modern dapat dibagi menjadi metode reversibel (dapat dipulihkan) dan irreversibel (tidak dapat dipulihkan) menurut mekanisme kerjanya. Sterilisasi bedah pada wanita dengan oklusi tuba dan pada pria dengan vasektomi, yang ditawarkan sebagai metode ireversibel, sangat efektif tetapi mengakibatkan penghentian kesuburan secara permanen. Metode modern lainnya, yang juga sangat efektif untuk mencegah kehamilan memiliki efek reversibel dan pasangan dapat menjadi subur kembali setelah jangka waktu tertentu setelah penghentian penggunaannya. Metode kontrasepsi reversibel biasanya dikelompokkan menjadi hormonal (seperti pil khusus progestin atau patch estrogen-progestin, pil kombinasi) atau non-hormonal (kondom, diafragma) dan jangka panjang (seperti alat kontrasepsi dalam rahim/IUD) atau jangka pendek (seperti pil). Metode kontrasepsi reversibel juga dapat dikelompokkan berdasarkan tingkat efektivitasnya dalam mencegah kehamilan (Teal and Edelman, 2021).

Tabel 5.1 : Metode Kontrasepsi

Metode Reversibel	
	Kontrasepsi Intrauterine Alat kontrasepsi dalam rahim (IUD) tembaga berbentuk huruf "T" ini dimasukkan ke dalam rahim untuk mencegah kehamilan. Alat ini dapat bertahan di rahim selama sepuluh tahun. Tingkat kegagalan penggunaan rata-rata 0,8%.

 Implant  Shot  Oral Contraception	Metode Hormon <i>Implan</i> Batang tipis tunggal yang disebut implan ditempatkan di bawah kulit lengan atas wanita selama tiga tahun. Batangnya mengandung progestin, yang dilepaskan ke dalam tubuh selama periode tersebut. Probabilitas kegagalan penggunaan adalah 0,1%. <i>Suntikan</i> Wanita menerima suntikan hormon progestin di lengan atau bokong setiap tiga bulan, dengan tingkat kegagalan penggunaan rata-rata 4%. <i>Kontrasepsi oral kombinasi</i> Juga dikenal sebagai "pil", mengandung hormon estrogen dan progestin yang diresepkan oleh dokter. Setiap hari harus mengonsumsi pil pada waktu yang sama. Jangan menggunakan pil ini jika usia lebih dari 35 tahun dan merokok atau memiliki riwayat pembekuan darah atau kanker payudara. Tingkat kegagalan penggunaan rata-rata adalah 7%. <i>Pil khusus progestin</i> Pil khusus progestin, juga dikenal sebagai pil mini, tidak mengandung estrogen dan progestin, tetapi hanya progestin. Diminum setiap hari pada waktu yang sama. Sangat cocok untuk wanita yang tidak dapat mengonsumsi estrogen. Secara umum, tingkat kegagalan penggunaan adalah 7%. <i>Koyo KB</i> Koyo KB dapat digunakan di perut bagian bawah, bokong, atau bagian atas tubuh (tetapi tidak di payudara). Metode ini direkomendasikan oleh dokter. Koyo ini melepaskan hormon estrogen
--	--

 Patch	dan progestin ke dalam darah. Pemasangan koyo dilakukan setiap minggu selama tiga minggu. Pada minggu keempat, jika tidak menggunakan koyo, maka akan mendapatkan menstruasi. Secara umum, tingkat kegagalan penggunaan adalah 7%.
 Ring	<i>Kontrasepsi hormonal cincin vagina</i> Cincin melepaskan hormon progestin dan estrogen. Penggunaan dengan menempatkan cincin di dalam vagina. Pasang cincin selama tiga minggu, kemudian lepaskan pada minggu saat terjadi menstruasi, setelah itu pasang cincin baru kembali. Tingkat kegagalan penggunaan umum 7%.
 Diaphragm	Metode Penghalang <i>Diafragma atau tutup serviks</i> Sebelum melakukan hubungan seksual, diafragma atau penutup dimasukkan ke dalam vagina dengan spermisida untuk memblokir atau membunuh sperma. Metode ini ditentukan oleh tenaga kesehatan profesional. Tingkat kegagalan penggunaan umum untuk diafragma 17%. Tingkat kegagalan penggunaan tutup serviks pada umumnya 22%.
 Male Condom	<i>Spons</i> Kontrasepsi spons mengandung spermisida dan ditempatkan di vagina hingga menutup serviks. Spons bekerja hingga 24 jam dan harus dibiarkan di dalam vagina setidaknya selama 6 jam setelah hubungan seksual terakhir, kemudian dikeluarkan dan dibuang. Tingkat kegagalan penggunaan umumnya 17%. <i>Kondom pria</i> Kondom pria membantu mencegah sperma memasuki tubuh pasangan. Kondom lateks, jenis yang paling umum, juga membantu mencegah

 Female Condom	HIV dan IMS lainnya. Kondom “alami” atau “kulit domba” membantu mencegah kehamilan, namun mungkin tidak memberikan perlindungan terhadap IMS, termasuk HIV. Kondom tersedia tanpa resep. Tingkat kegagalan penggunaan umumnya 13%. <i>Kondom wanita</i> Kondom wanita membantu mencegah kehamilan dengan menghalangi sperma mencapai sel telur. Dikemas dengan pelumas dan tersedia tanpa resep. Bisa dimasukkan hingga delapan jam sebelum hubungan seksual. Kondom wanita membantu mencegah IMS. Tingkat kegagalan penggunaan umumnya 21%. <i>Spermisida</i> Spermisida bekerja dengan membunuh sperma atau mempersulit sperma mencapai sel telur. Tersedia dalam beberapa bentuk diantaranya busa, gel, krim, film, supositoria, atau tablet. Spermisida ditempatkan di vagina tidak lebih dari 1 jam sebelum berhubungan. Kemudian dibiarkan di tempatnya setidaknya 6 hingga 8 jam setelah hubungan intim. Spermisida dapat digunakan dengan kondom pria, wanita, diafragma, atau penutup serviks. Spermisida dapat dibeli tanpa resep atau diresepkan oleh tenaga kesehatan profesional. Tingkat kegagalan penggunaan umumnya 21%.
 Fertility Awareness-based Methods	Metode Berbasis Kesadaran Kesuburan <i>Metode Berbasis Kesadaran Kesuburan</i> Memahami pola kesuburan bulanan dapat membantu merencanakan untuk hamil atau menghindari kehamilan. Pola kesuburan adalah jumlah hari dalam sebulan ketika subur dan hari-hari ketika tidak subur. Jika memiliki siklus menstruasi yang teratur, akan memiliki sembilan

	hari subur atau lebih setiap bulan. Jika tidak ingin hamil, maka harus menghindari melakukan hubungan seks pada hari-hari subur tersebut atau menggunakan metode kontrasepsi penghalang. Tingkat kegagalan penggunaan bervariasi antar metode, umumnya berkisar 2-23%.
 Lactational Amenorrhea Method	Metode Amenore Laktasi (MAL) Menyusui dapat digunakan sebagai metode pencegahan kehamilan sementara. MAL digunakan jika tiga kondisi terpenuhi: (1) amenore (tidak mengalami periode menstruasi setelah melahirkan), (2) menyusui penuh atau hampir penuh, dan (3) kurang dari enam bulan setelah melahirkan bayi. Jika salah satu dari ketiga kondisi tersebut tidak terpenuhi, metode kontrasepsi lain harus digunakan.
 Emergency Contraception	Kontrasepsi Darurat Tidak seperti metode kontrasepsi konvensional, kontrasepsi darurat dapat digunakan ketika tidak ada alat kontrasepsi yang digunakan saat berhubungan seks atau ketika metode kontrasepsi lainnya tidak berfungsi, seperti ketika kondom rusak. <i>IUD Tembaga</i> Dalam waktu lima hari setelah hubungan seksual tanpa kondom, pemasangan IUD dapat dilakukan. <i>Pil Kontrasepsi Darurat</i> Pil kontrasepsi darurat dapat dikonsumsi hingga lima hari setelah hubungan seks tanpa kondom. Namun, semakin cepat dikonsumsi, semakin baik hasilnya. Ada tiga jenis pil berbeda yang dapat digunakan untuk kontrasepsi darurat. Beberapa pil kontrasepsi darurat tersedia tanpa resep, dan beberapa hanya tersedia dengan resep dokter.

Metode Irreversibel**Operasi tuba**

Saluran tuba diikat atau ditutup atau dipotong sehingga sperma dan sel telur tidak dapat bertemu untuk pembuahan. Prosedur ini dapat dilakukan di rumah sakit atau di pusat bedah rawat jalan. Pasien dapat pulang pada hari yang sama setelah operasi dan melanjutkan aktivitas normal dalam beberapa hari. Cara ini langsung efektif. Tingkat kegagalan penggunaan umumnya 0,5%.

Vasektomi

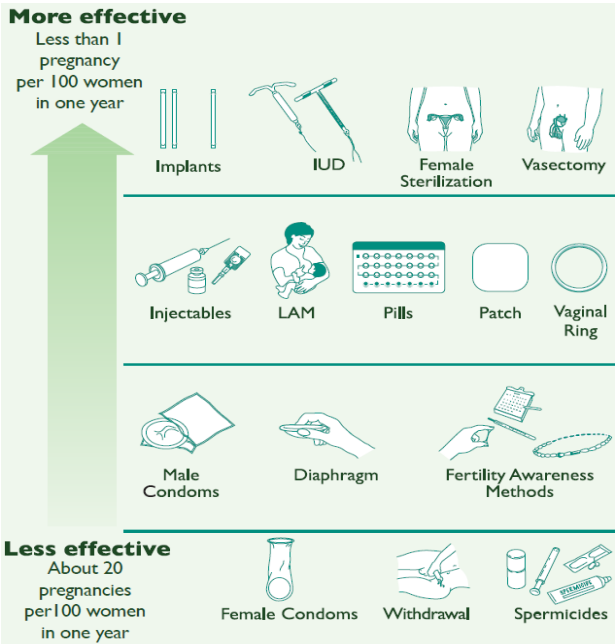
Prosedur ini dilakukan untuk mencegah sperma masuk ke penis, sehingga sperma yang dapat membuahi sel telur tidak pernah keluar saat ejakulasi. Biasanya, prosedur ini dilakukan di pusat bedah rawat jalan. Pasien dapat kembali ke rumah mereka pada hari yang sama. Waktu pemulihan kurang dari 1 minggu. Setelah operasi, diharapkan mengunjungi layanan kesehatan untuk memastikan jumlah sperma turun hingga nol, sekitar 12 minggu. Alat kontrasepsi lain harus digunakan sampai jumlah sperma turun menjadi nol. Tingkat kegagalan penggunaan umumnya 0,15%.

Sumber : (Bradley *et al.*, 2023; CDC, 2024)

Efektivitas metode kontrasepsi dapat diukur dengan menghitung jumlah kehamilan yang terjadi pada setiap 100 wanita setiap tahun. Metode kontrasepsi dikategorikan berdasarkan keefektifannya menjadi berikut (WHO, 2023):

- sangat efektif (0 – 0,9 kehamilan per 100 wanita)
- efektif (1 – 9 kehamilan per 100 wanita)
- cukup efektif (10 – 19 kehamilan per 100 wanita)
- kurang efektif (20 atau lebih kehamilan per 100 wanita).

Efektivitas kontrasepsi juga berhubungan dengan pendekatan dalam konseling kontrasepsi yang digunakan. Salah satunya dengan pendekatan "GATHER" di mana petugas kesehatan melakukan **G**reets yaitu menyapa dan membangun hubungan baik, **A**sk yaitu mengajukan pertanyaan dan mendengarkan, **T**ells yaitu memberitahukan informasi yang relevan untuk membantu membuat pilihan, **H**elps yaitu membantu membuat keputusan dan memberikan informasi terkait lainnya, **E**xplains yaitu menjelaskan metode secara rinci termasuk keefektifannya, potensi efek sampingnya, dan bagaimana untuk menggunakannya, dan terakhir **R**eturn yaitu kembali meminta saran atau pertanyaan lebih lanjut (Rinehart, Rudy and Drennan, 1998).



Gambar 5.1: Efektivitas Metode Kontrasepsi

Sumber : Diadaptasi dari *Family Planning – A Global Handbook For Providers, 2022 Edition* (WHO, USAID, 2022)

Metode Kontrasepsi untuk Remaja

Remaja didefinisikan oleh WHO sebagai individu yang berusia antara 10 – 19 tahun (WHO, 2024). Selama masa remaja, kaum muda mengalami banyak perubahan fisik, kognitif, emosional, dan perubahan perilaku saat mereka memperoleh otonomi yang meningkat dan bereksperimen di banyak bidang. Eksperimen dapat mencakup penggunaan alkohol atau narkoba, merokok, dan aktivitas seksual, yang semuanya dapat dikaitkan dengan risiko kesehatan seksual dan reproduksi seperti kehamilan yang tidak diinginkan dan infeksi menular seksual (IMS) (Todd and Black, 2020). Pendekatan konseling kontrasepsi pada remaja dapat dilihat pada Tabel 5.2.

Tabel 5.2 : Konseling Kontrasepsi pada Remaja

<i>Be Welcoming (Bersikap Ramah)</i> - Gunakan bahasa dan materi yang ramah remaja - Menyampaikan terkait kerahasiaan - Bersikap tidak menghakimi
<i>What to Ask (Apa yang Harus Ditanyakan)</i> - Riwayat reproduksi dan seksual, termasuk penggunaan kontrasepsi sebelumnya dan saat ini - Riwayat medis termasuk kondisi medis tertentu atau obat-obatan yang mungkin merupakan kontraindikasi terhadap penggunaan kontrasepsi - Hubungan dengan pasangannya - Apa yang saat ini dia lakukan untuk mencegah kehamilan - Seberapa penting untuk menghindari kehamilan saat ini - Kemampuan dan motivasi untuk menggunakan kontrasepsi secara teratur dan benar - Kebutuhan dan harapan terhadap suatu metode kontrasepsi - Dukungan yang didapatkan di rumah atau dari pasangan - Apakah perlu menyembunyikan penggunaan kontrasepsinya - Apakah lebih suka mengalami menstruasi atau tidak menstruasi
<i>Be Sure to Check (Pastikan untuk Memeriksa)</i> - Kesadaran akan metode dan apakah sudah memiliki preferensi - Keakuratan pengetahuan

- Metode yang sesuai dengan kebutuhan dan harapan telah didiskusikan
- Pilihan-pilihan potensial yang teridentifikasi dapat diterima
- Bagaimana dalam membayar biaya kontrasepsi
- Apakah skrining IMS sudah sesuai
- Apakah memiliki ketakutan atau kekhawatiran

What to Tell (Apa yang Harus Disampaikan)

- Bagaimana metode ini bekerja, seberapa efektif metode ini, bagaimana menggunakannya secara konsisten dan benar, apa yang harus dilakukan jika melewatkan satu dosis, dan kapan harus mencari pertolongan medis
- Bagaimana pengaruhnya terhadap siklus menstruasi
- Apa saja manfaat non-kontrasepsi
- Efek samping yang mungkin terjadi dan apa yang harus dilakukan jika terjadi
- Kapan harus kembali untuk kunjungan tindak lanjut

Sumber: (Todd and Black, 2020)

Pilihan Kontrasepsi Remaja:

1. Kontrasepsi dalam rahim/ *Intra Uterine Device* (IUD)
2. Kontrasepsi yang hanya menggunakan progestin
 - a. Kontrasepsi implan
 - b. Kontrasepsi suntik (*Depo Medroksi Progesteron Asetat Intramuskular/DMPA-IM*)
 - c. Kontrasepsi pil (*Progestin Only Pill/POP*)
3. Kontrasepsi hormonal kombinasi
 - a. Kontrasepsi Pil Kombinasi (*Combined Oral Contraceptive /COC pills*)
 - b. Kontrasepsi Koyo (*The Contraceptive Patch*)
 - c. Kontrasepsi Ring Vagina (*The Vaginal Contraceptive Ring*)

Tabel 5.3 : Pertimbangan Penggunaan Kontrasepsi Hormonal Kombinasi pada Remaja

<i>Penambahan berat badan</i> Saat ini tidak ada bukti yang cukup untuk menghubungkan penggunaan kontrasepsi oral kombinasi dengan penambahan berat badan. Ketika memberikan konseling kepada remaja tentang penambahan berat badan, penting untuk mendiskusikan perkembangan fisik yang sedang berlangsung, dan perubahan berat badan rata-rata untuk perempuan selama satu tahun (Gallo <i>et al.</i>, 2014).
<i>Perubahan mood</i> Beberapa penelitian menjelaskan adanya peningkatan risiko depresi pada pengguna berbagai jenis kontrasepsi hormonal di kalangan remaja. Petugas kesehatan harus memberikan konseling kepada remaja bahwa kontrasepsi kombinasi dapat dikaitkan dengan perubahan suasana hati (Lopez, Kaptein and Helmerhorst, 2012; Skovlund <i>et al.</i>, 2016; Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2019).
<i>Kepadatan mineral tulang (Bone Mineral Density/BMD)</i> Masa remaja adalah masa pertambahan massa tulang yang berlanjut hingga sekitar usia 25 tahun. Pada remaja yang sehat, kontrasepsi oral kombinasi dengan setidaknya 30 mcg etinil estradiol mungkin lebih disukai karena mineralisasi tulang yang lebih buruk terlihat dengan pilihan dosis yang lebih rendah (Di Meglio, Crowther and Simms, 2018). Remaja dengan gangguan makan berisiko mengalami penurunan BMD. Meskipun sebuah studi baru-baru ini menyarankan penggunaan COC terkait dengan normalisasi resorpsi tulang pada remaja dengan anoreksia nervosa dan dapat membatasi keropos tulang (Maïmoun <i>et al.</i>, 2019), kontrasepsi oral kombinasi umumnya tidak direkomendasikan untuk pencegahan osteoporosis pada remaja ini (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2019).
<i>Obesitas</i> Banyak penyakit penyerta yang terkait dengan obesitas belum diketahui dan pilihan kontrasepsi bagi remaja relatif tidak

terbatas. Studi mengenai kontrasepsi kombinasi pil dan koyo menunjukkan bahwa kemanjurannya mungkin menurun pada remaja yang kelebihan berat badan dibandingkan dengan berat badan normal (Kaneshiro and Edelman, 2011). Risiko trombosis vena lebih tinggi pada remaja obesitas yang mengonsumsi kontrasepsi oral kombinasi. Pil khusus progestin dan sistem intrauterin levonorgestrel tampaknya merupakan metode yang aman dan efektif pada remaja yang mengalami obesitas (Greydanus, Omar and Tsitsika, 2009).

Sumber: diolah penulis

4. Kontrasepsi Barrier

Kondom pria adalah metode kontrasepsi yang paling sering digunakan pada hubungan seksual pertama, dan salah satu metode yang paling umum digunakan di kalangan remaja karena biayanya yang murah dan tidak memerlukan resep dokter (Bitzer *et al.*, 2016). Tingkat kegagalan penggunaan biasanya mencapai 18% dan mungkin lebih tinggi pada remaja karena penggunaan yang tidak konsisten atau tidak benar (Black *et al.*, 2015). Petugas kesehatan dapat membantu memastikan bahwa remaja memahami penggunaan kondom yang benar termasuk ukuran, penempatan, penyimpanan, dan pelumas yang aman serta bagaimana bernegosiasi penggunaan kondom dengan pasangannya (Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2019). Terlepas dari metode kontrasepsi yang dipilih, petugas kesehatan harus mendorong remaja agar terus menggunakan kondom untuk pencegahan IMS (Todd and Black, 2020).

Daftar Pustaka

- Bahamondes, L. *et al.* (2020) 'Long-acting reversible contraceptive (LARCs) methods', *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 66, pp. 28–40.
- Bitzer, J. *et al.* (2016) 'Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents', *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 21(6), pp. 417–430.
- Black, A. *et al.* (2015) 'Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4).', *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 37(10), pp. 936–942. Available at: [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)30033-0](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)30033-0).
- Bradley, S.E.K. *et al.* (2023) 'Effectiveness, safety, and comparative side effects', *Contraceptive technology*. 22nd ed. Burlington, Massachusetts: Jones & Barlett Learning, pp. 125–172.
- CDC (2024) *Contraception*, CDC. Available at: <https://www.cdc.gov/reproductive-health/contraception/index.html>.
- Eisenberg, D.L. *et al.* (2012) 'Correlates of dual-method contraceptive use: an analysis of the National Survey Of Family Growth (2006–2008).', *Infectious diseases in obstetrics and gynecology*, 2012, p. 717163. Available at: <https://doi.org/10.1155/2012/717163>.
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (2019) *FSRH-guideline-Contraceptive Choices for Young People Clinical Effectiveness Unit March 2010 (Amended May 2019)* ISSN. Available at: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/cec-ceu-guidance-young-people-mar-2010/>.
- Gallo, M.F. *et al.* (2014) 'Combination contraceptives: effects on weight', *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Preprint], (1).
- Gersten, J. *et al.* (2016) 'Effect of Extended 30 µg Ethinyl Estradiol with Continuous Low-Dose Ethinyl Estradiol and Cyclic 20 µg Ethinyl Estradiol Oral Contraception on Adolescent Bone Density: A Randomized Trial.', *Journal of pediatric and adolescent gynecology*,

- 29(6), pp. 635–642. Available at:
<https://doi.org/10.1016/j.jpap.2016.05.012>.
- Greydanus, D.E., Omar, H.A. and Tsitsika, A.K. (2009) 'Concepts of contraception for adolescents with obesity: Pathways of judicial moderation', *International Journal of Child Health and Human Development*, 1(4), pp. 411–419. Available at:
<https://ukzn.idm.oclc.org/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2009-05261-017&site=ehost-live&scope=site%0Ahttp://Greydanus@kcms.msu.edu>.
- Kaneshiro, B. and Edelman, A. (2011) 'Contraceptive considerations in overweight teens.', *Current opinion in obstetrics & gynecology*, 23(5), pp. 344–349. Available at:
<https://doi.org/10.1097/GCO.0b013e328348ec82>.
- Lopez, L.M., Kaptein, A.A. and Helmerhorst, F.M. (2012) 'Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome', *Cochrane database of systematic reviews* [Preprint], (2).
- Maimoun, L. *et al.* (2019) 'Oral contraceptives partially protect from bone loss in young women with anorexia nervosa', *Fertility and Sterility*, 111(5), pp. 1020–1029.e2. Available at:
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.01.008>.
- Di Meglio, G., Crowther, C. and Simms, J. (2018) 'Contraceptive care for Canadian youth.', *Paediatrics & child health*, 23(4), pp. 271–277. Available at: <https://doi.org/10.1093/pch/pxx192>.
- Rinehart, W., Rudy, S. and Drennan, M. (1998) 'GATHER guide to counseling', *Population reports. Series J, Family planning programs*, (48), pp. 1–31.
- Skovlund, C.W. *et al.* (2016) 'Association of hormonal contraception with depression', *JAMA psychiatry*, 73(11), pp. 1154–1162.
- Teal, S. and Edelman, A. (2021) 'Contraception Selection, Effectiveness, and Adverse Effects: A Review', *JAMA*, 326(24), pp. 2507–2518. Available at:

<https://doi.org/10.1001/jama.2021.21392>.

Todd, N. and Black, A. (2020) 'Contraception for adolescents', *Journal of clinical research in pediatric endocrinology*, 12(Suppl 1), p. 28.

WHO, USAID, J. (2022) *Family Planning - A Global Handbook for Providers*, 2022 edit.

WHO (2023) *Family Planning/Contraception Methods*, WHO. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.

WHO (2024) *Adolescent Health*, WHO. Available at: <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>.

PROFIL PENULIS



Eny Qurniyawati, S.ST., M.Kes., M.Epid.

Penulis kelahiran Tangerang, 22 Agustus 1988. Menyelesaikan Studi D4 pada Program Studi Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret (UNS) Surakarta pada tahun 2009 dan pada tahun 2015 menyelesaikan Studi Magister Kedokteran Keluarga di UNS. Penulis menyelesaikan

kembali Magister Epidemiologi di Universitas Airlangga pada tahun 2022. Penulis tercatat sebagai dosen aktif pada Divisi Epidemiologi, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Airlangga sejak tahun 2019. Mengajar pada mata kuliah Dasar Epidemiologi, Manajemen Data, Epidemiologi Kanker, Epidemiologi Penyakit Tidak Menular, Epidemiologi Penyakit Menular, Pengukuran Kesehatan. Bidang penelitian pada bidang Epidemiologi, Kesehatan Ibu Anak, serta Kesehatan Reproduksi. Untuk mewujudkan sebagai dosen profesional, penulis aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemendikbudristek.

Email Penulis: eny.qurniyawati@fkm.unair.ac.id / enyqur88@gmail.com

BAB 6

PENTINGNYA KESEHATAN SELAMA KEHAMILAN

Suriana, S.ST., M.Keb.

Institut Kesehatan dan Bisnis Kurnia Jaya Persada Palopo

Kesehatan Reproduksi dalam Merencanakan Kehamilan Sehat

1. Hak Reproduksi

Kesehatan fisik, mental dan sosial berkaitan dengan sistem, fungsi dan proses reproduksinya (tidak ada masalah/kelainan) yang memengaruhi kegiatan reproduksi merupakan istilah dari kesehatan reproduksi (Kemenkes RI, 2021), (Kemenkes, 2022).

Kehamilan merupakan salah satu proses reproduksi yang harus dipersiapkan dengan baik sehingga tercipta kehamilan sehat, kesejahteraan ibu dan janin dan tidak memiliki masalah / kelainan (Kemenkes RI, 2021).

Dalam mencapai kehamilan sehat diperlukan persiapan fisik dan mental sebelum masa kehamilan. Karena, proses kehamilan yang direncanakan berdampak pada kondisi ibu dan janin menjadi lebih sehat (Kasmiati, 2023).

Adapun hak reproduksi yaitu :

- a. Suami istri memiliki hak dalam menentukan jumlah anak, jarak kelahiran.

- b. Perempuan berhak memperoleh edukasi mengenai kesehatan reproduksi sehingga kehamilan, persalinan, nifas dan bayi dalam kondisi sehat.
- c. Hubungan pasutri dilakukan dengan keinginan bersama tanpa paksaan.

2. Kondisi Layak Hamil

- a. Umur : 20-35 tahun merupakan usia terbaik untuk hamil.
- b. Jumlah anak : < 3 anak.
- c. Jarak kehamilan : > 2 tahun. Jika < 2 tahun sebaiknya menunda kehamilan.
- d. Status Gizi ideal.
- e. Tidak ada riwayat kehamilan sebelumnya dengan penyakit / penyulit.
- f. Kondisi kesehatan : tidak mempunyai masalah kesehatan. Kondisi kesehatan yang diperhatikan yaitu kadar HB, penyakit menular, penyakit tidak menular, kesehatan jiwa, dan penyakit genetik. Buku saku, lembar balik (Kemenkes RI, 2021), (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021)

Pelayanan Antenatal Terpadu

1. Konsep

Pelayanan antenatal terpadu merupakan kegiatan yang diberikan pada seluruh ibu hamil mulai sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan secara komprehensif. Pelayanan antenatal terpadu bertujuan agar ibu hamil menjalani kehamilan sehat, persalinan lancar dan bayi yang sehat, dengan memberikan pelayanan komprehensif (Kemenkes RI, 2020).

2. Indikator Pelayanan Terpadu

- a. Kunjungan Pertama (K1)
K1 merupakan kunjungan pertama ibu hamil dengan tenaga kesehatan guna mendapatkan pelayanan sesuai standar. Kunjungan pertama harus dilakukan pada awal kehamilan sehingga dapat mendeteksi dini masalah dan ditangani segera.
- b. Kunjungan K4
Kontak ibu hamil dengan tenaga kesehatan/bidan untuk mendapat pelayanan antenatal selama kehamilannya minimal 4. Kunjungan dapat > 4 sesuai kebutuhan (jika ada keluhan).

c. Kunjungan K6

Kunjungan ibu hamil minimal 6 x dengan tenaga kesehatan (dokter/bidan) untuk mendapatkan pelayanan sesuai standar. Pemeriksaan segera dilakukan oleh tenaga kesehatan jika seorang ibu terlambat datang bulan. Minimal 6 kali melakukan pemeriksaan selama kehamilan diantaranya :

- 1) Trimester I (hingga 12 minggu) 1x pemeriksaan oleh dokter
- 2) Trimester II (12 mg-24mg) 2x pemeriksaan oleh bidan
- 3) Trimester III (24mg-40 mg) 3x pemeriksaan (salah satunya oleh dokter) (Kementerian Kesehatan RI, 2023)

3. Standar Pelayanan Antenatal Meliputi 10T

a. Timbangan Berat Badan dan Ukur Tinggi Badan

- 1) Tinggi badan untuk mengetahui status gizi dan risiko persalinan.
- 2) Berat badan untuk memantau peningkatan apakah sesuai dengan grafik.

b. Ukur tekanan Darah

Bertujuan mengetahui apakah hipertensi (>140/90 mmhg)

c. Nilai LILA (lingkar lengan atas)

LILA <23,5 CM berisiko KEK

d. Ukur Tinggi Fundus Uteri (TFU)

e. Tentukan Presentasi Janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)

Mengetahui letak janin dan masalah lain.

f. Skrining status imunisasi Tetanus dan pemberian imunisasi bila diperlukan

g. Pemberian tablet tambah darah setiap hari selama hamil (90 tablet selama kehamilan)

h. USG dan Laboratorium

- 1) USG untuk mendeteksi kondisi kehamilan dan janin (adanya kelainan).

- 2) Laboratorium : HB, protein urine.

i. Tata laksana kasus (penanganan kasus sesuai kewenangan)

Apabila terdapat masalah segera dirujuk,

j. Temu wicara/ konseling

Edukasi mengenai kehamilan, ASI eksklusif, perawatan bayi baru lahir (Kemenkes RI, 2020), (Kurniasih et al., 2020)

Perawatan Sehari-hari Ibu Hamil

1. Menjaga Kebersihan Diri
 - a. Rutin mencuci tangan di bawah air mengalir menggunakan sabun
 - b. Mandi (keramas) dan gosok gigi 2x sehari (pagi dan sore).
 - c. Menjaga kebersihan vagina.
 - d. Periksa mulut
2. Istirahat yang cukup
3. Pasutri melakukan stimulasi dengan janin (mengajak komunikasi)
4. Selama kehamilan sehat boleh melakukan hubungan suami istri.
5. Makan makanan secara proporsional (Kementerian Kesehatan RI, 2023)

Aktivitas Fisik yang Harus Dihindari Ibu Hamil

1. Membungkuk tanpa pegangan
2. Jongkok lebih dari 90 derajat
3. Mengejan (angkat beban berat)
4. Menahan nafas (berenang)
5. Melompat
6. Risiko keseimbangan (naik sepeda)
7. Tengadakan kepala (main bulu tangkis)
8. Adu kuat (karate)
9. Ibu hamil minum obat tanpa resep dokter
10. Stres berlebihan
11. Merokok/ terpapar asap rokok
12. Minum-minuman beralkohol/jamu
13. Tidur telentang >10 menit pada hamil tua guna menghindari kekurangan oksigen pada janin (Kementerian Kesehatan RI, 2023)

Program untuk Menjaga Kesehatan Ibu Hamil

1. Gizi

Gizi pada ibu hamil harus terpenuhi agar mencukupi kebutuhan janinnya, dengan status gizi yang baik sebelum merencanakan kehamilan seperti tidak kurus dan tidak anemia. Karena asupan zat gizi bayi dalam kandungan diperoleh zat gizi dari gizi ibunya.

Pemantauan pertambahan berat badan ibu selama hamil menjadi penilaian untuk mengetahui janin mendapat asupan gizi cukup. Janin yang kurang mendapat asupan gizi selama kehamilan dapat menghambat tumbuh kembangnya yang dapat mengakibatkan lahir dengan berat badan rendah. IMT (indeks Massa Tubuh) menjadi tolak ukur untuk mengetahui status gizi ibu, dengan cara :

$$\text{IMT} = \frac{\text{BB (kg)}}{\text{TB(m)}^2}$$

Tabel 6.1 : Pertambahan BB Selama Hamil

IMT sebelum hamil (kg/m ²)	Kenaikan BB selama hamil (kg)	Kenaikan BB TM III (rentang rerata kg/minggu)
Gizi Kurang / KEK (<18,5)	12,71 – 18,16	0,45 (0,45-0,59)
Normal (18,5-24,9)	11,35 – 15,89	0,45 (0,36-0,45)
Kelebihan BB (25,0-29,9)	6,81 – 11,35	0,27 (0,23-0,32)
Obes (≥ 30,0)	4,99 – 9,08	0,23 (0,18-0,27)

Sumber : Kemenkes 2020

a. Gizi Seimbang

Ibu hamil harus mengonsumsi gizi seimbang untuk mencukupi gizinya dan tumbuh kembang janinnya. Gizi seimbang dapat dipenuhi melalui :

1) Mengonsumsi berbagai makanan dengan porsi banyak.

Makanan beraneka ragam perlu dikonsumsi lebih banyak selama hamil karena adanya peningkatan kebutuhan zat gizi diantaranya :

a) Protein

Protein dapat diperoleh dengan konsumsi ikan, telur, susu yang bertujuan pertumbuhan janin dan kesehatan ibu hamil.

b) Zat besi

Sumber zat besi dengan konsumsi ikan, daging, hati dan tempe, selain itu mengonsumsi tablet tambah darah. Zat

besi berperan dalam pembentukan hemoglobin (hb) pada sel darah merah, yang dapat mengakibatkan anemia (hb kurang) yang dapat menyebabkan BBLR dan perdarahan pada ibu.

c) Asam folat

Sayuran hijau termasuk sumber asam folat seperti bayam, kacang-kacangan yang berfungsi untuk pembentukan sel dan sistem saraf.

d) Vitamin

Apel, avocado, pepaya (buah berwarna) menjadi sumber vitamin dan mengurangi risiko sembelit pada ibu hamil.

e) Kalsium

Sumber kalsium yaitu sayuran hijau, kacang-kacangan, ikan teri, susu. Kekurangan kalsium pada ibu hamil dapat mengakibatkan pengeroposan tulang dan gigi serta komplikasi (keracunan kehamilan).

f) Iodium

Sumber iodium yaitu makan laut (ikan, udang, kerang, rumput laut). Iodium berfungsi mengatur tumbuh kembang janin, dan merupakan bagian dari hormon tiroksin dan triiodotironin.

2) Makanan yang mengandung garam tinggi dibatasi.

Hal ini untuk menghindari hipertensi selama kehamilan yang dapat memicu kematian janin, pertumbuhan terhambat dan solusio plasenta.

3) Konsumsi air putih yang banyak

2-3 liter/hari kebutuhan yang diperlukan ibu hamil guna mendukung produksi cairan amnion, volume darah dan sirkulasi darah. Selain itu banyak konsumsi air putih membantu pencernaan, mengatur suhu tubuh (Kemenkes, n.d.)

4) Konsumsi kafein dikurangi

Sumber kafein yaitu kopi, coklat, teh dan minuman suplemen energi. Kopi merupakan sumber utama kafein, jika tidak dibatasi akan mengakibatkan dehidrasi (selalu BAK), hipertensi dan detak jantung meningkat (Kemenkes RI, 2020)

b. Pemberian Tablet Tambah Darah

Ibu hamil konsumsi 90 tablet tambah darah selama kehamilan (1 tablet/hari) sebagai upaya pencegahan anemia. Ibu hamil mengalami penurunan hb pada TM I,II dan meningkat pada TM III. Rentang terjadi anemia pada kehamilan karena adanya peningkatan volume darah untuk pembentukan plasenta janin.

c. Pemberian Kalsium

1.500–2.000 mg/oral direkomendasikan pemberian suplemen tablet kalsium pada ibu hamil guna mengurangi risiko preeklamsia.

d. Mengatasi KEK (Kekurangan Energi Kronik)

Dalam mengatasi KEK pada ibu hamil dapat dimulai sejak masa remaja dengan melakukan penanggulangan bersama lintas sektor, organisasi profesi dsb (Kemenkes RI, 2020).

2. Penyakit Tidak Menular

a. Riwayat Tekanan Darah Tinggi

Skrining dilakukan untuk mengetahui faktor risiko hipertensi pada kehamilan dan penanggulangannya.

Tabel 6.2 : Skrining Pre Eklamsi pada Usia Kehamilan <20 mg

Kriteria	Risiko Sedang	Risiko Tinggi
Anamnesis		
Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru		
Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu : bayi tabung, obat induksi ovulasi.		
Usia > 35 tahun		
Nulipara		
Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya > 10 thn		
Riwayat preeklamsia pada ibu / saudara perempuannya		
Obesitas sebelumnya (IMT >30 kg/m)		
Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya		

Kehamilan multipel		
Diabetes dalam kehamilan		
Hipertensi kronik		
Penyakit ginjal		
Penyakit autoimun		
Keguguran berulang, riwayat IUFD		
Pemeriksaan fisik		
Mean Arterial Pressure > 90 mmhg		
Protein urine		

Sumber : Kemenkes 2020.

Keterangan sistem skoring :

Ibu hamil dilakukan rujukan bila

2 risiko sedang atau 1 risiko tinggi.

b. Riwayat Diabetes

Hiperglikemia yang terdeteksi pada kehamilan perlu ditentukan jenisnya yaitu diabetes melitus tipe 2 kehamilan atau diabetes melitus gestasional.

c. Riwayat Thalasemia

Setiap pasangan yang berencana memiliki keturunan dan memiliki riwayat keluarga thalasemia, maka dianjurkan melakukan skrining pasangan tersebut (Kemenkes RI, 2020).

3. Imunisasi

Ibu hamil rentan terkena infeksi sebab adanya perubahan sistem imun. Sehingga perlunya imunisasi guna mengurangi kesakitan dan kematian pada ibu hamil dan janinnya. salah satu imunisasi yang diberikan pada ibu hamil yaitu vaksin tetanus dan difteri toksoid yang memiliki manfaat melindungi janin dari penyakit, kesehatan bagi ibu. Pemberian imunisasi sesuai jumlah dan intervalnya.

Tabel 6.3 : Jadwal Pemberian Imunisasi (Kementerian Kesehatan RI, 2023)

Status	Interval Minimal Pemberian	Masa Perlindungan
T1	-	Langkah awal pembentukan kekebalan tubuh terhadap penyakit Tetanus
T2	4 mg setelah T1	3 Tahun
T3	6 bln setelah T2	5 Tahun
T4	1thn setelah T3	10 Tahun
T5	1 thn setelah T4	Lebih dari 25 tahun

Sumber : Kemenkes 2023

4. Kesehatan Jiwa

Jiwa yang sehat selama hamil seperti merasa senang dengan kehamilannya, menerima segala perubahan yang terjadi bahagia, senang, menerima segala perubahan selama kehamilan, merupakan sehat mental yang menjadi harapan semua ibu hamil, akan tetapi terkadang timbul beberapa masalah yang memengaruhi kesehatan mental ibu dan tumbuh kembang janin.

a. Stres

Pada kehamilan terjadi perubahan tubuh sehingga terkadang ibu stres terhadap situasi ini karena tidak menyenangkan seperti mual muntah yang umum terjadi pada awal kehamilan.

b. Kecemasan

Perasaan khawatir yang berlebihan yang tidak dapat dikendalikan dapat menyebabkan kecemasan sehingga ibu hamil mengalami gelisah, mudah tersinggung dan sulit berkonsentrasi

c. Panik

Gelisah yang luar biasa ditandai dengan pusing, nafas tersengal, jantung berdebar bahkan berkeringat sampai nyeri.

5. Kelas Ibu Hamil

a. Definisi

Kelas ibu hamil adalah sarana belajar kelompok ibu hamil (tatap muka) dalam meningkatkan pengetahuan/ perawatan mulai kehamilan sampai bayi.

b. Tujuan kelas ibu hamil :

- 1) Terjalin komunikasi dan berbagi pengalaman sesama ibu hamil serta dengan tenaga kesehatan (bidan) mengenai kehamilan
- 2) Memberikan pengetahuan tentang kehamilan : keluhan yang sering dijumpai dan cara mengatasinya, perubahan tubuh selama hamil.
- 3) Persalinan tentang tanda-tanda persalinan, tanda bahaya dan proses persalinan.
- 4) Perawatan nifas : asi eksklusif, menjaga kesehatan ibu nifas.
- 5) KB pasca persalinan
- 6) Perawatan bayi baru lahir : tanda bahaya bayi baru lahir, pemberian imunisasi pada bayi.
- 7) Mitos/kepercayaan dan adat istiadat setempat berhubungan dengan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2023), (Khairi et al., 2023)

Daftar Pustaka

- Kasmiati. (2023). ASUHAN KEHAMILAN. In *PT. Literasi Nusantara Abadi Grup* (Vol. 4, Issue 1).
- Kemenkes, R. (n.d.). *TIPS BUMIL SEHAT*. <https://pkmsopaah.pamekasankab.go.id/ibu-hamil-sehat-dan-terhindar-dari-stunting/>
- Kemenkes, R. (2022). Kebijakan Strategi Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak (Md1). *Kemenkes*, 584.
- Kemenkes RI. (2020). Pedoman Pelayanan Antenatal Terpadu 2020 Ed.3. In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Vol. III* (Issue 3). <https://repository.kemkes.go.id/book/147>
- Kemenkes RI. (2021). *Buku Saku Merencanakan Kehamilan Sehat*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Lembar Balik Merencanakan Kehamilan Sehat*. 4, 1–23.
- Khairi, S., Bahtiar, H., & Aqidah, F. (2023). Pelaksanaan Kelas Ibu Hamil Dengan Modifikasi Menggunakan Pedoman Tahun 2015 Di Wilayah Kerja Puskesmas Tanjung Karang Kota Mataram. *Jurnal LENTERA*, 1(1), 47–57. <https://doi.org/10.57267/lentera.v1i1.86>
- Kurniasih, N. I. D., Marwati, A. T., Hidayat, A., & Makiyah, S. N. (2020). The Evaluation of Standard Implementation of 10T Antenatal Care (ANC) Services. *Jurnal Riset Kesehatan*, 12(2), 429–444. <https://doi.org/10.34011/juriskesbdg.v12i2.1795>

PROFIL PENULIS



Suriana, S.ST., M.Keb.

Penulis dilahirkan di Kalosi pada tanggal 08 Juli 1992 sebagai anak ke-2 dari dua bersaudara dari pasangan H. Hamid dan Hj. Sedang. Saat ini penulis bertempat tinggal di Tanrutedong Sidenreng Rappang Sulawesi Selatan. Penulis mulai menempuh pendidikan 1998 – 2004 SD Negeri 6 Tanrutedong, 2004-2007 SMP Negeri 1 Dua Pitue, 2007-2010 SMK Kesehatan Bahari Parepare, 2010-2013 D-III Kebidanan Universitas Muslim Indonesia, 2014-2015 D-IV Bidan Pendidik STIKES Mega Rezky Makassar, 2017-2019 Magister Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar.

Penulis bekerja dalam pelayanan kesehatan yaitu seorang Bidan pada Rumah Sakit UIT Makassar 2015- 2019. Pekerjaan selanjutnya mulai 2020 sebagai tenaga pengajar yaitu dosen di Institut Kesehatan dan Bisnis Kurnia Jaya Persada Palopo . Selain itu, penulis juga aktif dalam kegiatan organisasi profesi yaitu Ikatan Bidan Indonesia, kegiatan keagamaan yang ada di masyarakat (Badan Kontak Majelis Taklim), sebagai penulis buku dengan harapan dapat memberikan sumbangsih dalam dunia pendidikan untuk kemajuan bangsa dan negara.

Email Penulis: suriana759@gmail.com

BAB 7

PROSES PERSALINAN: FASE, TANDA DAN PENANGANANNYA

Bdn. Serly Monika Br Sembiring, S.ST., M.Kes.
Institut Kesehatan Sumatera Utara

Manajemen Persalinan Normal

Meskipun melahirkan adalah prosedur yang normal, ada kalanya kondisi rumit dapat menyebabkan kesalahan dan memerlukan intervensi medis. Manajemen tenaga kerja berisiko rendah melibatkan keseimbangan antara membiarkan proses alami terus berlanjut dan menghindari masalah. Pemantauan kardiotokografi sering digunakan untuk melacak detak jantung janin dan kontraksi uterus selama persalinan. Dokter mengawasi penelusuran jantung janin untuk menilai efektivitas kontraksi dan indikasi gawat janin yang memerlukan intervensi. Tanda-tanda vital ibu diperoleh secara berkala dan setiap kali ada kekhawatiran mengenai perubahan keadaan klinisnya. Kecuali ada masalah yang memerlukan pemeriksaan lebih sering, pemeriksaan serviks biasanya dilakukan setiap dua hingga tiga jam (ACOG Committee Opinion, 2019).

Fase Persalinan

Tahap I adalah fase awal persalinan; Tahap II adalah pengusiran janin; Tahap III adalah pelepasan plasenta; dan Tahap IV adalah tahap pemantauan. Empat tahapan fase persalinan adalah sebagai berikut:

1. Fase Persalinan Kala 1

Derajat dilatasi serviks menentukan pembagian kala satu persalinan menjadi dua periode. Fase aktif dimulai pada 6 cm dan berlanjut hingga dilatasi serviks lengkap, sedangkan fase laten biasanya ditandai pada 0 hingga 6 cm. Pada tahap pertama, bagian presentasi janin juga memulai proses keterlibatan ke dalam panggul. Untuk memastikan posisi janin, pelebaran serviks, dan penipisan serviks, banyak pemeriksaan serviks yang dilakukan selama fase awal persalinan. Panjang serviks pada bidang anterior-posterior disebut penipisan serviks. Penipisan 100% adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan situasi di mana serviks telah menipis total dan tidak ada lagi panjangnya (Liao, 2005).

Posisi janin ditentukan relatif terhadap posisinya di panggul ibu. Ketika tulang bagian presentasi janin sejajar dengan tulang belakang iskiadika ibu, janin berada pada stasiun 0. Di proksimal spina iskiadika terdapat stasiun -1 sentimeter hingga -5 sentimeter, dan distal spina iskiadika terdapat stasiun +1 hingga +5.

Ada dua fase tahap awal persalinan: fase laten dan fase aktif. Serviks terus melebar hingga sekitar 6 cm selama fase laten. Dibandingkan dengan fase aktif, fase laten biasanya lebih lama dan kurang dapat diprediksi dalam hal laju perubahan serviks. Menurut Zhang (2010), wanita nulipara atau multipara dapat mengalami fase laten normal yang berlangsung masing-masing hingga 20 jam atau 14 jam, tanpa dianggap lama.

Serviks berubah lebih cepat dan dapat diprediksi pada fase aktif hingga mencapai 10 sentimeter dan pelebaran serta penipisan serviks selesai. Persalinan aktif dengan pembukaan serviks yang lebih cepat umumnya dimulai dengan pembukaan sekitar 6 sentimeter. Selama fase aktif, serviks biasanya melebar dengan kecepatan 1,2 hingga 1,5 sentimeter per jam. Multipara, atau wanita dengan riwayat pernah melahirkan melalui vagina, cenderung menunjukkan pelebaran serviks yang lebih cepat.

Tidak adanya perubahan serviks selama lebih dari 4 jam dengan adanya kontraksi yang memadai atau enam jam dengan kontraksi yang tidak memadai dianggap sebagai penghentian persalinan dan mungkin memerlukan intervensi klinis.

2. Fase Persalinan Kala 2

Leher rahim terbuka hingga 10 cm selama kala dua persalinan, yang diakhiri dengan kelahiran bayi. Setelah pelebaran serviks selesai, janin turun ke dalam saluran vagina dengan atau tanpa upaya mengejan dari ibu. Janin melewati jalan lahir melalui 7 gerakan yang disebut gerakan kardinal. Ini termasuk keterlibatan, penurunan, fleksi, rotasi internal, ekstensi, rotasi eksternal, dan pengeluaran (Liao, 2005).

Pada wanita yang pernah melahirkan secara normal sebelumnya, yang tubuhnya telah terbiasa melahirkan janin, kala dua mungkin hanya memerlukan percobaan singkat, sedangkan durasi yang lebih lama mungkin diperlukan pada wanita nulipara. Pada ibu melahirkan tanpa anestesi neuraksial, kala dua persalinan berlangsung kurang dari tiga jam pada ibu nulipara dan kurang dari dua jam pada ibu multipara. Pada wanita yang menerima anestesi neuraksial, kala dua persalinan biasanya berlangsung kurang dari empat jam pada ibu nulipara dan kurang dari tiga jam pada ibu multipara (Liao, 2005)..

Jika kala dua persalinan berlangsung lebih lama dari parameter tersebut, maka kala dua dianggap berkepanjangan. Beberapa elemen dapat mempengaruhi durasi kala II persalinan, antara lain faktor janin seperti ukuran dan posisi janin, atau faktor ibu seperti bentuk panggul, besarnya upaya ekspulsif, penyakit penyerta seperti hipertensi atau diabetes, usia, dan riwayat persalinan sebelumnya (Pitkin, 2003).

3. Fase Persalinan Kala 3

Evakuasi plasenta menandai berakhirnya tahap ketiga persalinan, yang dimulai saat janin lahir. Terpisahnya plasenta dari antarmuka uterus ditandai dengan tiga tanda utama, termasuk semburan darah di vagina, pemanjangan tali pusat, dan fundus uterus berbentuk globular pada palpasi (Liao, 2005).

Pengeluaran plasenta secara spontan biasanya memakan waktu antara 5 hingga 30 menit. Waktu persalinan yang lebih dari 30 menit dikaitkan dengan risiko perdarahan postpartum yang

lebih tinggi dan mungkin merupakan indikasi untuk pengangkatan secara manual atau intervensi lainnya (Liao, 2005).

Penatalaksanaan kala III persalinan melibatkan penempatan traksi pada tali pusat dengan tekanan fundus secara simultan untuk menghasilkan persalinan plasenta yang lebih cepat.

4. Fase Persalinan Kala 4

Setelah plasenta lahir, kala empat persalinan berlangsung selama satu hingga dua jam. Karena perdarahan pascapersalinan biasanya terjadi dalam dua jam pertama, tujuannya saat ini adalah memantau. Cedera yang terjadi selama pemisahan plasenta dan robekan serviks dan perineum adalah penyebab paling umum kehilangan darah setelah melahirkan. 250 cc perdarahan ibu nifas dianggap normal; jumlah ini biasanya antara 100 dan 300 cc. Perdarahan ibu perlu diselidiki karena dianggap tidak normal bila melebihi 500 cc.

Dianjurkan untuk tinggal bersama wanita nifas setidaknya satu jam setelah bayi dan plasenta lahir. Sebelum berangkat dari ibu baru, sebaiknya lakukan dulu sebagai berikut :

- a. Kontraksi pada rahim : Lakukan palpasi untuk menilai kualitas kontraksi rahim.
- b. Perdarahan ibu : ada atau tidaknya perdarahan, berapa banyak perdarahannya, baik signifikan maupun tipikal.
- c. Kandung kemih ibu : Kandung kemih ibu perlu dikosongkan; jika sudah penuh, dia harus buang air; jika tidak, harus dilakukan kateterisasi.
- d. Luka perineum: Periksa jahitan ibu untuk mengetahui apakah masih ada luka yang tersisa dan apakah luka tersebut mengeluarkan darah atau tidak.
- e. Selaput ketuban dan plasenta harus keluar sepenuhnya.
- f. Kesehatan ibu pasca melahirkan secara keseluruhan, termasuk tekanan darah, pernapasan, denyut nadi, dan masalah lainnya.
- g. Kesehatan bayi secara keseluruhan normal (Irfana, dkk, 2022).

Tanda – Tanda Persalinan

Pada ibu primigravida, tanda-tanda persalinan pada minggu ke 36 antara lain mengecilnya fundus uteri akibat kepala bayi masuk ke panggul. Menurut Jenny Sondakh (2013) dalam Irfana, dkk (2022) indikator bahwa persalinan akan segera dimulai, seperti:

1. Adanya His Persalinan

Hal ini ditandai dengan nyeri yang menjalar dari pinggang ke depan, bersifat teratur, dengan interval yang lebih pendek dan kepalan tangan yang lebih kuat. Kekuatan ibu meningkat seiring dengan banyaknya aktivitas yang dilakukannya, misalnya berjalan kaki.

2. Pengeluaran Lendir Bercampur dengan Darah

Perubahan serviks yang disebabkan oleh persalinan akan menyebabkan serviks menjadi rata dan terbuka. Hal ini menyebabkan perdarahan karena pecahnya pembuluh darah dan keluarnya lendir dari saluran serviks.

3. Pecah Ketuban

Selaput akan pecah saat pembukaan menjadi paling lengkap. Persalinan harus dimulai dalam waktu kurang dari sehari setelah selaput ketuban pecah.

4. Pemeriksaan Dalam

Pembukaan serviks, pelunakan servik, dan perdarahan serviks merupakan temuan pemeriksaan internal.

Penanganan Persalinan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No.21 Tahun 2021 Setiap program atau rangkaian program yang ditujukan kepada ibu sejak awal persalinan sampai enam jam setelah melahirkan disebut pelayanan kesehatan bersalin. Persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan dilakukan oleh tim yang terdiri dari paling sedikit satu orang tenaga kesehatan dan dua orang tenaga kesehatan yang berkompeten dan berwenang. Jika akses persalinan di fasilitas layanan kesehatan dibatasi, tim yang terdiri dari dua atau lebih tenaga kesehatan dapat melakukan persalinan tanpa insiden.

Adapun asuhan persalinan teori yang dikemukakan oleh Saifuddin (2014) adalah sebagai berikut.

1. Mengenali Tanda Dan Gejala Kala Dua

Dengarkan dan amati gejala-gejala berikut:

- a. Ibu mengalami keinginan yang kuat;
- b. Dia merasakan peningkatan tekanan di rektum dan vagina;
- c. Perineumnya menonjol;
- d. Vulva dan sfingter analnya terbuka.

2. Persiapan Pertolongan Persalinan

- a. Menjamin kelengkapan alat, bahan dan resep dasar untuk membantu proses persalinan dan mengawasi keterikatan pada ibu dan bayi. Pada anak asfiksia, pengobatan dilakukan di tempat yang rata dan keras, dua bahan dan satu handuk sempurna dan kering, lampu sorot 60 watt berjarak 60 cm dari tubuh anak.
- b. Kenakan perlengkapan pertahanan individu seperti topi, kacamata, penutup kepala, penutup plastik, sepatu dan handuk bersih.
- c. Hilangkan semua permata yang dikenakan, bersihkan dengan sabun di bawah aliran air bersih, lalu tangan dikeringkan dengan handuk pribadi.
- d. Kenakan sarung tangan DTT
- e. Masukkan oksitosin 10 IU ke dalam jarum (Gunakan tangan memakai DTT dan sarung tangan steril (pastikan tidak ada noda pada jarum))

3. Verifikasi Dilatasi Penuh dan Kesehatan Janin yang Optimal

- a. Gunakan kapas atau kain kasa yang direndam dalam air Disinfeksi Tingkat Tinggi untuk menyeka vulva dan perineum dengan lembut, gerakkan dari depan ke belakang.
- b. Verifikasi pembukaan menyeluruh dengan melakukan pemeriksaan menyeluruh.
- c. Lakukan amniotomi jika pembukaan sudah lengkap namun selaput ketuban belum pecah.

- d. Untuk mendekontaminasi sarung tangan, rendam sarung tangan secara terbalik selama sepuluh menit setelah dicelupkan ke dalam larutan klorin 0,5%. Selanjutnya, cuci kedua tangan.
- e. Setelah rahim berkontraksi, periksa detak jantung janin (FHR) untuk memastikan antara 120 dan 160 x/menit, yang merupakan kisaran tipikal.

4. Siapkan Ibu dan Keluarga

- a. Bantu ibu untuk menemukan postur yang nyaman dan yakinkan ibu bahwa pembukaan telah sempurna dan janin dalam keadaan sehat.
- b. Jika ibu ingin mengejan dan mengalami kontraksi yang hebat, mintalah bantuan keluarga untuk membantu ibu dalam posisi mengejan yang ideal. Setelah ibu duduk atau berada pada posisi lain yang diinginkan, bantulah ibu pada posisi tersebut dan pastikan kenyamanannya.
- c. Mendorong ibu untuk bertindak ketika mempunyai keinginan yang kuat untuk bertindak:
- d. Jika ibu tidak merasa perlu mengejan, dorong ibu untuk mengambil posisi yang nyaman.

5. Bersiap Membantu Bayi Lahir

- a. Dengan diameter vulva 5 sampai 6 cm, jika kepala bayi terlihat, tutupi perut ibu dengan kain bersih dan kering.
- b. Selipkan kain bersih, lipat tiga, di bawah bokong ibu.
- c. Angkat penutup set persalinan dan pastikan semua instrumen dan perlengkapan yang diperlukan tersedia.
- d. Kenakan handscoen pada masing-masing tangan.

6. Bersiap Membantu Kelahiran Bayi

- a. Lahirnya Kepala
 - 1) Jika bayi memiliki diameter vulva 5 sampai 6 cm, buka vulva dan gunakan satu tangan untuk melindungi perineum dengan handuk kering dan bersih. Kepala bayi kemudian ditahan dengan tangan yang lain untuk mencegah defleksi.

membantu kelahiran kepala. Minta ibu bernapas dengan lembut atau cepat dan dangkal.

- 2) Waspada potensi lilitan tali pusat dan lakukan tindakan yang diperlukan. Segera lakukan persalinan jika terjadi kekusutan tali pusat.
- 3) Tunggu kepala bayi putar paksi luar dengan sendirinya.

b. Lahirnya Bahu

Kepala bayi secara bipariet setelah diputar ke arah luar. Saat ibu mengalami kontraksi, dorong ibu untuk mengejan. Saat bahu depan muncul di bawah lengkungan kemaluan, gerakkan kepala bayi secara perlahan ke bawah dan ke distal. Kemudian, gerakkan perlahan ke atas dan ke distal untuk melahirkan bahu belakang.

c. Lahirnya Badan dan Tungkai

- 1) Untuk menopang kepala dan lengan bawah bayi setelah bahu lahir, selipkan tangan bawah ke arah perineum ibu. Telusuri dan pegang lengan atas dengan tangan atas.
- 2) Penelusuran tangan pada punggung, bokong, tungkai, dan kaki bayi dilanjutkan setelah tubuh dan lengan bayi dilahirkan. Selanjutnya, pegang pergelangan kaki bayi dengan meletakkan jari telunjuk bersama ibu jari dan jari lainnya di antara kedua kakinya. Setelah kedua bahu bayi lahir, geser tangan bawah ke arah perineum ibu untuk menyanggah kepala, lengan sebelah bawah. Pada tangan atas menelusuri dan memegang lengan atas.

7. Perawatan Bayi Baru Lahir

a. Merawat Bayi Baru Lahir :

- 1) Melakukan pemeriksaan pada bayi baru lahir. Tentukan apakah bayi bernapas dengan mudah atau menangis dengan keras.
- 2) Periksa bayinya; apakah ia bergerak secara aktif? Lakukan resusitasi (pengobatan asfiksia neonatal) bila bayi tidak menangis, tidak bernapas, atau nafasnya berat.

b. Keringkan tubuh bayi.

Tanpa menyeka pernis, keringkan bayi dimulai dari kepala,

- wajah, dan badan, kecuali tangan. Selanjutnya, ganti handuk basah dengan handuk segar dan kering. Baringkan bayi pada perut ibu.
- d. Pastikan rahim ibu kosong dengan memeriksanya sekali lagi.
 - e. Beritahu ibu bahwa suntikan oksitosin 10 IU intramuskular akan diberikan untuk memastikan kontraksi uterus yang tepat.
 - f. Dalam satu menit setelah bayi lahir, suntikkan 10 unit IM oksitosin ke sepertiga bagian atas paha lateral distal.
 - g. Dua menit setelah bayi dilahirkan, jepit tali pusar sekitar tiga sentimeter dari bagian tengah bayi. Kemudian, berjarak dua sentimeter dari penjepit pertama, klem kembali tali pusat dengan menekan isinya searah dengan ibu.
 - h. Memotong tali pusar dan mengikatnya:
 - 1) Jepit tali pusar dengan satu tangan untuk melindungi perut bayi, lalu potong menjadi dua di antara kedua penjepit tersebut.
 - 2) Gunakan benang steril untuk mengikat tali pusar pada salah satu sisinya, lalu lingkarkan
 - 3) Lepaskan penjepit dan letakkan di dalam wadah yang disediakan.
 - i. Posisikan bayi sehingga kulit ibu dan bayi bersentuhan. Bayi dibaringkan di dada ibu, perut menghadap ke atas. Untuk menekan dada atau perut ibu, bahu bayi diluruskan. Jaga posisi bayi serendah mungkin terhadap puting susu ibu.
 - j. Selanjutnya, letakkan kain hangat di atas ibu dan anak dan kenakan topi bayi.

8. Manajemen Aktif Kala 3

- a. Pindahkan penjepit yang menahan tali pusat sejauh 5 sampai 10 cm dari vulva ibu
- b. Untuk mendeteksinya, letakkan satu tangan di tepi atas simfisis perut ibu. Pada tangan lain lakukan peregangannya tali pusar.
- c. Jika rahim sudah berkontraksi, tekan perlahan rahim ke belakang (dorso-kranial) dengan satu tangan sambil mengencangkan tali pusat ke bawah untuk menghindari inversi uterus. Jika plasenta masih belum keluar setelah 30 hingga 40

detik, hentikan peregangan tali pusar, tunggu hingga kontraksi berikutnya terjadi, lalu ulangi langkah sebelumnya. Jika rahim ibu tidak langsung berkontraksi, mintalah pasangannya atau anggota keluarga lainnya untuk merangsang putingnya.

d. Lahirkan plasenta

- 1) Tarik tali pusar sejajar dengan lantai, lalu ke atas, dan terakhir mengikuti sumbu jalan lahir. Minta ibu untuk melakukan peregangan saat melakukan peregangan dan dorong ke arah dorso-kraniol hingga plasenta terpisah dari rahim.
- 2) Gunakan kedua tangan untuk mengeluarkan plasenta jika sudah keluar dari introitus vagina. Keluarkan plasenta dan letakkan pada wadah yang telah ditentukan setelah dipegang dan diputar dengan kedua tangan hingga selaput ketuban terpelintir.
- 3) Jika selaput ketuban robek, keluarkan sisa selaput tersebut dengan klem steril atau dengan menggunakan sarung tangan steril untuk memeriksa sisa selaput ketuban.

e. Masase Pada Uterus Ibu

Pijat rahim ibu pada perutnya setelah plasenta dan selaput ketuban terpisah. Caranya, letakkan telapak tangan pada fundus ibu dan gosok perlahan dengan gerakan memutar hingga fundus terasa keras yang menandakan kontraksi rahim. Berikan pijatan 15 menit kemudian bila rahim masih belum berkontraksi. Buatlah persiapan yang diperlukan.

f. Menilai Perdarahan

- 1) Pastikan plasenta pada sisi ibu dan bayi utuh dan tidak rusak dengan melihat kedua sisi. Tempatkan plasenta di area yang ditentukan.
- 2) Periksa adanya luka pada perineum dan vagina ibu. Jahit semua laserasi yang menyebabkan pendarahan. Jika ada pendarahan aktif akibat robekan, segera jahit.
- 3) Pastikan tidak ada darah dan rahim berkontraksi normal.
- 4) Luangkan setidaknya satu jam dengan bayi menyentuh kulit ibu di dadanya.

- 5) Setelah satu jam, timbang dan ukur bayi, berikan obat tetes mata, dan berikan suntikan intramuskular 1 mg vitamin K1 pada paha anterolateral kiri.
- 6) Setelah satu jam pemberian vitamin K1 memberikan suntikan vaksinasi Hepatitis B kepada bayi di paha anterolateral kanan.
 - a) Dekatkan bayi dengan ibunya sehingga proses menyusui dapat dilakukan kapanpun diperlukan.
 - b) Jika bayi tidak dapat menyusui dalam satu jam pertama, ibu akan meletakkan bayinya kembali di dadanya sampai bayi mampu menyusui.
- g. Evaluasi pasca persalinan
 - 1) Awasi kontraksi dan hentikan pendarahan.
 - a) Selama lima belas menit pertama setelah melahirkan, periksa kontraksi dan pendarahan 2-3 kali.
 - b) Setiap lima belas menit selama satu jam pertama.
 - c) Pada jam kedua, setiap 20 hingga 30 menit
 - d) Atonia uteri akan dilakukan jika rahim tidak berkontraksi dengan baik.
 - 2) Tunjukkan pada ibu dan suami bagaimana merasakan kontraksi dan pijatan pada rahim.
 - 3) Evaluasi kehilangan darah.
 - 4) Setelah satu jam pertama setelah melahirkan, periksa denyut nadi dan kandung kemih ibu setiap 15 menit, dan setelah jam kedua, setiap 30 menit.
 - a) Selama dua jam pertama, ukur suhu tubuh ibu setiap jamnya.
 - b) Jika ditemukan hasil yang menyimpang, ambil tindakan yang diperlukan.
 - 5) Pastikan bayi bernapas dengan normal (40–60 kali per menit) dan Suhu tubuh bayi (36,5°C hingga 37,5°C) normal.
- h. Kebersihan Ibu
 - 1) Disinfeksi semua peralatan yang digunakan selama sepuluh menit dengan merendamnya dalam larutan klorin 0,5%. Setelah mendisinfeksi peralatan, cuci dan bilas.

- 2) Masukkan semua bahan yang terkontaminasi ke dalam tong sampah yang sesuai.
 - 3) Gunakan air Disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT) untuk membersihkan induknya. Bersihkan ibu dari sisa lendir, darah, dan cairan ketuban. Kenakan pakaian yang kering dan bersih untuk ibu
 - 4) Pastikan ibu merasa nyaman. Anjurkan keluarga untuk memberi makan dan minum pada ibu serta membantunya dalam menyusui bayinya.
 - 5) Rawat area bersalin dengan larutan klorin 0,5% untuk membersihkannya.
 - 6) Rendam handscoon yang tidak bersih selama sepuluh menit dalam larutan klorin 0,5% setelah dicelupkan ke dalam dan dibalik.
 - 7) Gunakan sabun untuk mencuci kedua tangan di bawah aliran air.
- i. Dokumentasi
- Mengisi partograf

Daftar Pustaka

- Irfana Tri Wijayanti, dkk (2023). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan. Yogyakarta : K. Media
- Liao JB, Buhimschi CS, Norwitz ER. (2005). Persalinan normal: mekanisme dan durasi. *Obstet Gynecol Clin North Am.* ; 32 (2):145-64,
- Opini Komite ACOG No. 766 (2019) Ringkasan: Pendekatan untuk Membatasi Intervensi Selama Persalinan dan Kelahiran. *Obstet Ginekol* ; 133 (2):406-408.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual
- Pitkin RM. Friedman EA. (2003) Persalinan primigravida: analisis grafisostatistik. *Obstet Gynecol* 1955;6:567-89. *Obstet Ginekol*; 101 (2):216.
- Prawiroharjo, S. 2014. Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Sarwono Prawirohardjo.
- Rerung, R. R., Fauzan, M., & Hermawan, H. (2020). Website Quality Measurement of Higher Education Services Institution Region IV Using Webqual 4.0 Method. *International Journal of Advances in Data and Information Systems*, 1(2), 89-102.
- Sondakh, Jenny J.S. (2013). Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Penerbit Erlangga.
- Stewart, D. & Simmons, M. (2010). *The Business Playground: Where Creativity and Commerce Collide*. Berkeley, AS: New Riders Pres
- Walyani.E.S, & Endang.P. (2016). Asuhan Kebidanan Persalinan & Bayi Baru Lahir. Yogyakarta: PT Pustaka Baru.

Zhang J, Landy HJ, Ware Branch D, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, Hatjis CG, Ramirez MM, Bailit JL, Gonzalez-Quintero VH, Hibbard JU, Hoffman MK, Kominiarek M, Learman LA, Van Veldhuisen P, Troendle J, Reddy UM., (2010) Consortium on Safe Labor. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Ginekol* ; 116 (6):1281-1287.

PROFIL PENULIS



Bdn. Serly Monika Br Sembiring, S.ST., M.Kes.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 2005 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Diploma Tiga Kebidanan dan berhasil lulus pada tahun 2008. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi D4 Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Medan pada tahun 2010. Pada tahun 2011 penulis menyelesaikan studi S2 di Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Pada Tahun 2022 penulis mengikuti Pendidikan profesi bidan di INKESU dan berhasil lulus pada tahun 2023

Penulis memiliki kepakaran di bidang kebidanan khususnya kehamilan, persalinan dan nifas. Dan untuk mewujudkan karier sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI pada Tahun 2019 dan 2020. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Atas dedikasi dan kerja keras dalam menulis buku.

Email Penulis: serlykembaren25@gmail.com

BAB 8

ASUHAN POSTNATAL: PERAWATAN IBU DAN BAYI SETELAH MELAHIRKAN

Nuraini Fauziah, S.S.T., M.K.M.
Politeknik Negeri Madura

Konsep Dasar Postnatal (Masa Nifas)

Post memiliki arti pasca atau setelah, natal memiliki arti kelahiran. Postnatal merupakan masa setelah kelahiran bayi atau juga dapat disebut sebagai masa dimana bayi telah lahir dari dalam kandungan (Papalia et al., 2010). Masa postnatal yang didefinisikan disini disebut sebagai periode nifas yaitu dimulai segera pasca bayi lahir dan berlangsung sampai enam minggu (42 hari). Masa ini merupakan masa kritis bagi ibu postnatal, bayi baru lahir (BBL), suami, dan keluarga (WHO, 2022).

Pada masa postnatal terdapat masa neonatus bagi seorang bayi yang dimulai pada waktu bayi lahir hingga akhir minggu kedua setelah bayi lahir (Papalia et al., 2010). Masa postnatal dapat juga disebut sebagai masa postpartum (puerperium/nifas) bagi seorang ibu yang terjadi setelah lahirnya plasenta dan berakhir ketika alat reproduksi kembali seperti kondisi awal sebelum hamil selama enam minggu (Kasmiati, 2023).

Menurut Pitriani & Andriyani (2014) masa nifas atau puerperium adalah periode sejak bayi lahir dan plasenta terlepas dari rahim hingga enam minggu setelahnya, disertai dengan kembalinya organ reproduksi kandungan seperti sedia kala, yang mengalami perubahan seperti robekan dan perlukaan sebagai akibat proses bersalin.

Pada masa postnatal diperlukan asuhan komprehensif bagi ibu dan bayi mulai dari ibu masih dalam perawatan pasca persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit/ puskesmas/ klinik/ praktik bidan mandiri) sampai ibu nifas pulang ke rumah. Banyak perubahan ibu yang terjadi seperti perubahan fisik, involusi uteri, laktasi (Kasmiati, 2023).

1. Tujuan Asuhan Postnatal

Asuhan postnatal (masa nifas) sangat perlu diperhatikan karena periode postnatal ini masih masuk ke dalam masa kritis bagi ibu dan bayi terutama dalam 24 jam pertama (Kasmiati, 2023; Puspita et al., 2022). Tujuan asuhan postnatal antara lain:

- a. Menjaga kesehatan fisik dan fisiologis ibu serta bayinya
 Penolong persalinan harus menjaga kesehatan fisik dan fisiologis ibu maupun bayinya. Bidan mengajarkan personal hygiene kepada ibu postnatal tentang bagaimana teknik membersihkan daerah kelamin dengan sabun dan air (Kasmiati, 2023; Puspita et al., 2022; Wijaya et al., 2023).
- b. Melaksanakan skrining komprehensif, mendeteksi masalah, mengobati, serta merujuk
 Bidan bertugas melakukan pengawasan pada kala IV (nifas saat di ruang bersalin) yang meliputi pemeriksaan plasenta, pengawasan TFU, konsistensi rahim, dan keadaan umum ibu. Apabila ditemukan masalah, maka bidan segera melakukan tindakan sesuai dengan standar pelayanan pada penatalaksanaan masa nifas (Kasmiati, 2023; Puspita et al., 2022; Wijaya et al., 2023).
- c. Melakukan rujukan secara aman dan tepat waktu
 Rujukan dilakukan bila terjadi penyulit atau komplikasi pada ibu dan bayinya. Bidan merujuk ke fasilitas pelayanan rujukan

- d. Memberikan pendidikan kesehatan (penkes)
Penkes antara lain tentang perawatan diri, perawatan bayi, memandikan bayi, nutrisi, ASI, menyusui, imunisasi bayi, dan kebutuhan gizi dan nutrisi ibu menyusui
- e. Memberikan pelayanan keluarga berencana
Bidan memberikan konseling KB tentang jenis dan metode KB, efek samping, efektifitas KB dengan memperhatikan kebutuhan klien (ibu dan suami) serta menghargai keputusan klien.
- f. Melayani pemenuhan kebutuhan psikologis postnatal ibu
Bidan bersikap empati dan menjadi konselor pendamping bagi ibu postnatal dan suami untuk mengatasi masalah psikis, *anxiety*, *blues*, maupun depresi.

2. Peran Bidan dalam Asuhan Postnatal

Peran dan tanggung jawab bidan dalam masa nifas antara lain sebagai berikut:

- a. Memberikan dukungan sesuai kebutuhan ibu untuk mengurangi ketegangan fisik dan psikologis selama nifas secara kontinu.
- b. Sebagai promotor dan fasilitator hubungan antara ibu dan bayi serta keluarga.
- c. Mendorong ibu untuk menyusui dengan benar dan tepat serta meningkatkan rasa nyaman ibu dan bayi.
- d. Mendeteksi komplikasi, masalah, atau penyulit selama masa nifas dan menyusui serta melaksanakan rujukan.
- e. Memberikan konseling untuk ibu dan keluarganya tentang informasi penting selama nifas dan menyusui.
- f. Melakukan manajemen asuhan kebidanan postnatal (mulai dari pengkajian, interpretasi data, diagnosa, antisipasi tindakan segera, rencana asuhan serta penatalaksanaan dan evaluasi).
- g. Menjaga etika kebidanan dalam pemberian asuhan kebidanan postnatal (nifas dan menyusui).

3. Tahapan Masa Postnatal

Periode waktu atau tahapan masa postnatal (nifas atau puerperium) menurut Kasmiati (2023) dan Wijaya et al. (2023) antara lain sebagai berikut:

a. *Periode Immediate Postpartum*

Merupakan masa segera setelah plasenta keluar hingga 24 jam. Masa ini disebut sebagai fase kritis karena umumnya sering terjadi perdarahan postpartum diakibatkan atonia uteri. Bidan harus memantau berkala, meliputi; kontraksi uterus, pengeluaran lochia, kandung kemih, tekanan darah dan suhu.

b. *Periode Early Postpartum (>24 Jam-1 Minggu)*

Bidan memastikan involusi uteri dalam keadaan normal, tidak ada perdarahan, lochia tidak bau busuk, tidak mengalami demam, ibu cukup mendapatkan makanan atau nutrisi dan cairan, serta ibu dapat menyusui dengan baik, tidak merasakan nyeri.

c. *Periode Late Postpartum (>1 Minggu-6 Minggu)*

Pada late postpartum, bidan tetap memberikan asuhan dan pemeriksaan kunjungan rutin serta konseling perencanaan KB.

d. *Remote Puerperium*

Merupakan waktu atau periode yang diperlukan ibu untuk pulih dan sehat secara optimal terutama bila selama hamil atau bersalin memiliki penyulit atau komplikasi. Periode ini biasanya menandakan akhir dari masa postpartum atau masa nifas ibu.

Selain diartikan sebagai masa nifas, terkadang masa postnatal juga diartikan sebagai masa pasca kelahiran hingga periode satu tahun postnatal. Menurut WHO (2022) pembagian periode waktu postnatal yang tidak berkaitan dengan masa nifas dapat dibagi menjadi tiga:

a. *Early Postnatal Period (0 s/d 3 bulan)*

Periode awal pasca kelahiran hingga tiga bulan pertama pasca kelahiran bayi, dapat disebut juga dengan periode puerperium atau nifas (hingga 6 minggu atau sekitar 40 hari). Pada masa ini masih memerlukan pendampingan, perhatian intensif, serta dukungan penuh dari tenaga kesehatan maupun keluarga. Bagi ibu bekerja di Indonesia, memiliki masa cuti 3 bulan untuk mengakomodir kebutuhan pada periode ini.

b. *Mid-Postnatal Period (>3 s/d 6 bulan)*

Periode pertengahan pasca kelahiran merupakan periode dimana ibu telah melalui masa kritis nya saat masa nifas. Pada

periode ini umumnya ibu sudah memiliki *support* dan sudah stabil dalam melakukan perawatan bayi dan pemberian ASI. Pada periode ini pula umumnya ibu sudah bisa memetakan kegiatan pengurusan (perawatan) bayinya sehari-hari. Mendekati akhir bulan keenam, ibu akan mulai mencari referensi dalam membuat MPASI bagi bayinya. Proses adaptasi ke late postnatal ini terkadang juga dapat mengganggu psikis ibu apabila tidak didampingi dan tertangani dengan baik.

c. *Late Postnatal Period* (>6 s/d 12 bulan)

Periode pasca kelahiran akhir pada bulan ke enam hingga bulan ke dua belas post natal umumnya didominasi pada perubahan drastis perkembangan bayi. Ibu dan suami dituntut untuk dapat berperan sebagai orang tuang yang dapat memfasilitasi pertumbuhan dan perkembangan bayinya. Ilmu parenting yang telah didapat sebelum memasuki masa ini sangat diperlukan guna mendukung stimulasi positif kepada bayinya.

Adaptasi Fisiologis Postnatal (Masa Nifas)

Perubahan fisiologis postnatal merupakan perubahan alami yang terjadi pada periode masa nifas. Adaptasi perubahan fisiologis postnatal yang terjadi antara lain:

1. Perubahan Sistem Reproduksi

Selama masa nifas, alat reproduksi interna maupun eksterna mulai kembali seperti keadaan semula seperti sebelum hamil. Perubahan keseluruhan alat genitalia ini disebut involusio. Perubahan sistem reproduksi lainnya antara lain sebagai berikut:

a. Rahim (Uterus)

Setelah plasenta lahir, uterus akan terus menerus berkontraksi hingga mengembalikan ukuran rahim. Aktivitas ini disebut involusio uterus. Involusio melibatkan pengguguran desidua serta pengelupasan situs plasenta yang ditunjukkan dengan ukuran dan berat uterus serta warna dan banyaknya lochia.

Banyaknya lochia dan kecepatan involusio tidak akan terpengaruh oleh pemberian sejumlah preparat metergin dan lainnya dalam proses persalinan. Involusio tersebut dapat

dipercepat prosesnya bila ibu menyusui bayinya. Otot-otot uterus segera berkontraksi setelah postpartum. Pembuluh-pembuluh darah yang berada diantara anyaman otot uterus akan terjepit. Proses ini akan menghentikan pendarahan setelah plasenta lahir.

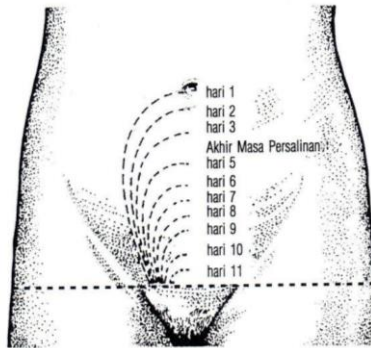
Pengurangan ukuran uterus tidak akan mengurangi jumlah otot sel. Sebaliknya, masing-masing sel akan berkurang ukurannya secara drastis saat sel-sel tersebut membebaskan dirinya dari bahan-bahan seluler yang berlebihan. Sama halnya dengan proses saat menstruasi, uterus yang tidak pada keadaan hamil yang mempunyai permukaan yang luas dan besar yang memerlukan banyak pasokan darah. Pembuluh darah ini akan menua kemudian akan menjadi lenyap dengan penyerapan kembali endapan-endapan hialin. Mereka dianggap telah digantikan dengan pembuluh-pembuluh darah baru yang lebih kecil. Posisi TFU dan berat uterus pada masa involusio uteri ditunjukkan dengan tabel berikut:

Tabel 8.1 : TFU dan Berat Uterus menurut Masa Involusio

Involusio	TFU	Berat Uterus
Bayi Lahir	Setinggi pusat, 2 jari bawah pusat	1.000 gr
1 minggu	Pertengahan pusat simfisis	750 gr
2 minggu	Tidak teraba diatas simfisis	500 gr
6 minggu	Mengecil, normal	50 gr
8 minggu	Normal seperti sebelum hamil	30 gr

Sumber: Kasmianti (2023)

Setelah bayi lahir, fundus uteri berada setinggi pusat. Uterus akan terus menerus mengecil hingga di minggu ke delapan fundus sudah kembali normal seperti sebelum hamil. Penampakan gambar TFU ditunjukkan pada gambar 8.1 di bawah ini.



**Gambar 8.1: Tinggi Fundus Uteri selama Masa Nifas
(Involutio Uteri)**

Sumber : Prawirohardjo (2014)

Rasa sakit atau *after pains* yang muncul disebabkan kontraksi rahim, umumnya berlangsung 2-4 hari pasca persalinan dan bila mengganggu, ibu nifas dapat diberi obat-obatan anti sakit dan anti mulas.

b. Lokia

Lokia (*lochia*) adalah cairan yang berasal dari kavum uteri dan vagina selama masa nifas. Jumlah rata-rata pengeluaran lokia adalah kira-kira 240-270 ml. Lokia dibagi menjadi (Fitriani, 2021):

- 1) Lokia rubra (*cruenta*) berwarna merah karena berisi darah segar dan sisa-sisa selaput ketuban, sisa-sisa selaput ketuban, set-set desidua, verniks, caseosa, lanugo, dan mekonium selama 2 hari pascapersalinan. Inilah lochia yang akan keluar selama sampai tiga hari postpartum.
- 2) Lokia sanguelenta berwarna merah kuning berisi darah dan lendir yang keluar pada hari ke 3 sampai hari ke 6 postpartum.
- 3) Lokia serosa adalah lochia berikutnya yang muncul di hari ke 7 sampai hari ke 14. Dimulai dengan versi yang lebih pucat dari lochia rubra. Lokia ini berbentuk serum dan berwarna merah jambu kemudian menjadi kuning. Cairan tidak berwarna merah jambu ini kemudian berubah menjadi

kuning. Lochia ini mengandung terutama cairan serum, jaringan desidua, leukosit dan eritrosit.

- 4) Lokia alba (terakhir) dimulai pada hari ke 14 kemudian masuk lama makin sedikit hingga sama sekali berhenti hingga satu atau dua minggu setelahnya (pada minggu ke 2-6 masa nifas). Bentuknya seperti cairan putih berbentuk krim serta terdiri atas leukosit dan sel-sel desidua. Lochia mempunyai bau yang khas, tidak seperti bau menstruasi.

c. Endometrium

Perubahan pada endometrium adalah timbulnya thrombosis, degenerasi dan nekrosis di tempat implantasi plasenta, pada hari pertama tebal endometrium 2,5 mm, mempunyai permukaan yang kasar akibat pelepasan desidua dan selaput janin. Setelah tiga hari mulai rata, sehingga tidak ada pembentukan jaringan parut pada bekas implantasi plasenta (Prawirohardjo 2012).

d. Serviks

Segera setelah berakhirnya kala II, serviks akan menjadi sangat lembek dan kendur. Serviks tersebut bisa melepuh dan lecet, terutama di bagian anterior. Rongga leher serviks bagian luar akan membentuk seperti keadaan sebelum hamil pada saat empat minggu post partum (Sitti 2009). Setelah persalinan, bentuk serviks umumnya agak menganga seperti corong berwarna kehitaman. Setelah bayi lahir tangan masih bisa masuk kedalam rongga rahim. Namun, setelah 2 jam hanya dapat dilalui oleh 2-3 jari. Kemudian setelah 7 hari hanya dapat dilalui 1 jari.

e. Vagina

Vagina dan lubang vagina pada awal nifas berupa saluran yang luas berdinding tipis. Secara berangsur-angsur luasnya berkurang, namun jarang kembali seperti pada ukuran seperti seorang nulipara. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Hymen tampak sebagai tonjolan jaringan yang kecil, yang dalam proses pembentukan berubah menjadi karunkulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara (Fitriani 2021).

f. Payudara

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadi secara alami. Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir. Setelah melahirkan, ketika hormon plasenta tidak lagi menghambat, maka kelenjar pituitare akan mengeluarkan prolaktin (Kasmiati, 2023).

2. Perubahan Sistem Pencernaan

Ibu postpartum dapat merasa lapar dan siap menyantap makanannya dua jam setelah persalinan. Kalsium sangat diperlukan untuk gigi pada kehamilan dan masa nifas, dimana pada masa ini terjadi penurunan konsentrasi ion kalsium karena meningkatnya kebutuhan kalsium pada ibu, terutama pada bayi yang dikandungnya untuk proses pertumbuhan janin pada ibu dalam masa laktasi (Kasmiati, 2023; Wijaya et al., 2023).

3. Perubahan Sistem Perkemihan

Pelvis dan ginjal ureter yang teregang dan berdilatasi selama kehamilan kembali normal pada akhir minggu keempat setelah melahirkan. Kandung kemih ibu nifas mempunyai kapasitas yang meningkat. Oleh karena itu, distensi yang berlebihan, urine residua yang berlebihan, dan pengosongan yang tidak sempurna, harus diwaspadai. Ureter dan pelvis renalis yang mengalami distensi akan kembali normal pada 2 hingga 8 minggu setelah persalinan (Kasmiati, 2023; Wahyuningsih, 2018; Wijaya et al., 2023).

4. Perubahan Sistem Muskuloskeletal

Ligamen-ligamen, fascia dan diafragma pelvis yang meregang waktu kehamilan dan persalinan berangsur-angsur kembali pada sediakala. Kadang kala ligamen rotundum mengendur, sehingga uterus jatuh ke belakang. Fascia jaringan penunjang alat genitalia yang mengendur dapat diatasi dengan latihan-latihan tertentu. Mobilitas sendi berkurang dan posisi lordosis akan kembali secara perlahan (Kasmiati, 2023).

5. Perubahan Sistem Hematologi

Sistem hematologi yang mungkin terjadi adalah leukositosis. Leukositosis merupakan peningkatan jumlah sel-sel darah putih hingga 15.000 selama persalinan. Leukosit akan tetap tinggi

jumlahnya selama beberapa hari pertama masa puerperium. Terkadang, jumlah sel-sel darah putih masih dapat meningkat lebih tinggi hingga 25.000-30.000 tanpa adanya kondisi patologis persalinan. Akan tetapi, berbagai jenis kemungkinan infeksi perlu dicurigai.

Jumlah hemoglobin serta eritrosit akan sangat bervariasi pada awal-awal masa nifas sebagai akibat dari volume darah, volume plasma dan volume sel darah yang berubah-ubah. Hematokrit pada hari pertama dan kedua umumnya lebih rendah dari titik 2 % atau lebih tinggi dari pada saat memasuki persalinan awal. Hal ini menunjukkan bahwa klien dianggap telah kehilangan darah yang cukup banyak. Rincian jumlah darah yang terbuang pada klien kira-kira 200-500 ml hilang selama persalinan, 500-800 ml hilang selama minggu pertama postpartum, dan terakhir 500 ml selama sisa nifas (Andriyani, 2014).

Pelaksanaan Asuhan Postnatal

Angka kematian dan kesakitan ibu dan bayi baru lahir tercatat secara global masih tinggi. Upaya tatalaksana atau asuhan untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan mendukung perawatan bayi baru lahir belum dilaksanakan secara optimal (WHO, 2022). Layanan perawatan pascakelahiran merupakan komponen mendasar dari rangkaian perawatan ibu, bayi baru lahir, dan anak, dan merupakan kunci untuk mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) di bidang kesehatan reproduksi, ibu dan anak, termasuk target untuk mengurangi angka kematian ibu dan mengakhiri kematian bayi baru lahir yang dapat dicegah (WHO, 2022).

Pelaksanaan asuhan kebidanan postnatal tak terlepas juga dari pengkajian varney yang dilakukan oleh para bidan di tempat praktik. Penjabaran asuhan antara lain, meliputi:

1. Pengkajian Data Fisik dan Psikososial

a. Pengkajian data fisik

Kaji masalah pada masa prenatal, kaji proses persalinan, dan kaji segera masa postpartum meliputi tanda umum, kehilangan darah, keseimbangan cairan, dan eliminasi urin.

b. Pengkajian data psikososial

Data psikososial dikaji dari respons ibu dan suami terhadap kelahiran bayinya. Apakah ibu dan suami bahagia (menerima), blues (sedih, kelelahan, cemas, bingung), atau depresi (sepi, tidak aman, obsesif, emosi, tidak bahagia).

c. Riwayat kesehatan ibu

Kaji riwayat kesehatan yang lalu, riwayat penyakit keturunan dalam keluarga, riwayat penyakit menular dalam keluarga, riwayat KB (keluarga berencana) dan perencanaan KB.

d. Kebiasaan sehari-hari

Pengkajian meliputi pola nutrisi, eliminasi, pola istirahat dan tidur, kebersihan diri, aktivitas fisik, rekreasi dan hiburan.

e. Pemeriksaan fisik

Dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital (TTV) meliputi tekanan darah, suhu, nadi, pernapasan, keadaan umum. Kemudian pemeriksaan atas kepala hingga ekstremitas bawah.

Ibu nifas dengan suhu tinggi ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) dikhawatirkan mengalami infeksi atau adanya morbiditas puerperalis. Apabila denyut nadi diatas 100 bpm selama puerperium, hal tersebut mungkin menunjukkan infeksi atau hemoragi pascapartum (abnormal).

Pada pengkajian payudara memperhatikan penampilan, pembesaran, simetris, pigmentasi, posisi bayi pada payudara, warna kulit, keadaan areola dan integritasi puting, stimulation nipple adanya kolostrum, apakah payudara terisi susu, kepenuhan atau pembengkakan, benjolan, nyeri, sumbatan ductus, kongesti, dan tanda mastitis, perabaan pembesaran kelenjar getah bening diketiak.

Pada bagian abdomen mengkaji evaluasi abdomen terhadap involusi uterus, teraba lembut, tekstur *doughy* (kenyal), musculus rectus abdominal utuh (*intact*) atau terdapat diastasis recti dan kandung kemih, distensi, striae. Untuk involusi uterus periksa kontraksi uterus, konsistensi (keras, lunak, *boggy*), perabaan distensi, posisi TFU, dan nyeri.

Pada bagian ekstremitas melakukan pemeriksaan adanya oedema, nyeri tekan atau panas pada betis, adanya tanda homan, periksa refleks (Kumala, 2017).

f. Perubahan psikologis

Pada masa nifas terjadi perubahan psikologi ibu dalam merawat bayinya, yang terbagi menjadi tiga periode (Sulastri, 2020):

1) Periode *Taking In*

- a) Periode ini terjadi 1-2 hari sesudah kelahiran ibu pasif dan tergantung, dia khawatir akan tubuhnya.
- b) Ibu akan cerita berulang terkait pengalamannya waktu bersalin dan melahirkan
- c) Tidur tanpa gangguan sangat diperlukan ibu agar dapat mencegah gangguan tidur, pusing, *iritabel*, *interference*
- d) Peningkatan nutrisi

2) Periode *Taking Hold*

- a) Periode ini berlangsung pada hari 2 - 4 postpartum. Ibu menjadi perhatian dan antusias pada kemampuannya menjadi orang tua yang sukses dan meningkatkan tanggung jawab bayinya
- b) Pada masa ini ibu agak sensitif dan merasa tidak mahir dalam merawat dan menyusui bayinya. Ibu biasanya cenderung menerima nasihat bidan atau perawat karena ia terbuka untuk menerima pengetahuan dan kritikan yang bersifat pribadi.
- c) Ibu konsentrasi pada pengontrolan fungsi tubuhnya, buang air kecil, buang air besar, keluatan, dan ketahanan tubuhnya.
- d) Ibu berusaha keras untuk menguasai tentang keterampilan tentang perawatan bayi misalnya: menggendong, menyusui, memandikan dan memasang popok.

3) Periode *letting-go*

- a) Pada masa ini ibu sudah menerima tanggung jawab dan peran barunya yakni mampu merawat bayinya.
- b) Pada masa ini ibu sudah terhindar dari *Syndrome Baby Blues* maupun *Postpartum Depression*

g. Data pengetahuan dan perilaku ibu

- 1) Kaji pengetahuan ibu yang berkaitan dengan perawatan bayi, perawatan nifas, asi eksklusif, cara menyusui, KB, serta hal lain yang penting selama masa nifas dan menyusui.
- 2) Kaji keterampilan ibu melakukan perawatan bagi dirinya sendiri (personal hygiene, nutrisi, perawatan payudara), dan kemampuan melakukan perawatan bayi baru lahir (teknik menyusui, perawatan tali pusat, memandikan, menggantikan popok/ pakaian bayi, menjalin kedekatan tali asih dengan bayinya, cara memfasilitasi hubungan bayi dengan ayahnya, cara fasilitasi hubungan bayi dengan sibling, dan cara fasilitasi hubungan bayi dengan kakek atau neneknya.
- 3) Kaji keamanan bayi saat tidur, saat digendong, saat diperjalanan, saat mengeluarkan secret, saat BAK/BAB, dan perawatan saat tersedak atau mengalami gangguan ringan.
- 4) Kaji pencegahan infeksi dan penjadwalan imunisasi.

2. Merumuskan Diagnosa atau Masalah Aktual

a. Masalah nyeri

Gangguan rasa nyeri pada masa nifas banyak dialami meskipun pada persalinan normal tanpa komplikasi. Hal tersebut menimbulkan tidak nyaman pada ibu, ibu diharapkan dapat mengatasi gangguan ini dan memberi kenyamanan pada ibu. Gangguan rasa nyeri yang dialami ibu antara lain: a) After pains/keram perut; b) Pembengkakan payudara; c) Nyeri perineum; d) Konstipasi; e) Haemoroid; f) Diuresis.

b. Masalah infeksi nifas

Infeksi nifas umumnya terjadi melalui traktus genitalis setelah persalinan dengan gejala munculnya suhu tubuh melebihi dari 38 °C pada hari ke 2 hingga 10 postpartum dan diukur peroral sedikitnya empat kali sehari.

Penyebab infeksi nifas dapat disebabkan oleh beragam kuman masuk ke dalam alat kandungan seperti eksogen (kuman datang dari luar), autogen (kuman masuk dari tempat lain dalam tubuh) dan endogen (dari jalan lahir sendiri). Penyebab

yang terbanyak dan lebih dari 50% adalah streptococcus anaerob (Kasmiati, 2023). Penyebab infeksi nifas ini antara lain: Streptococcus haemolyticus anaerobic, Staphylococcus aureus, Escherichia Coli, Clostridium Welchii.

Cara terjadinya infeksi dapat disebabkan oleh penyebaran oleh bakteri yang terbawa dari tangan pemeriksa/penolong. Selain itu *droplet infection* atau kontaminasi bakteri dari secret hidung maupun mulut petugas pada sarung tangan dan alat-alat di kamar bersalin. Di dalam rumah sakit terdapat banyak kuman pathogen dari penderita lain, kuman terbawa oleh aliran udara hingga mengenai ibu nifas. Kemudian tindakan koitus pada akhir kehamilan tidak menjadi sebab infeksi, kecuali mengakibatkan pecahnya ketuban sebelum persalinan.

Jenis infeksi nifas antara lain: 1) Infeksi pada perineum, vulva, vagina dan serviks; 2) Endometritis; 3) Septicemia dan piemia; 4) Peritonitis; 5) Selulitis pelvika (parametritis); 6) Salpingitis dan ooforitis.

Pencegahan infeksi selama masa nifas, dapat ditangani antara lain dengan cara:

- 1) Merawat luka-luka yang diakibatkan pasca persalinan dengan agar tidak terkena infeksi. Peralatan medis, sarana prasarana, pakaian, dan kain yang berhubungan dengan alat kandungan harus steril.
- 2) Penderita dengan infeksi nifas sebaiknya diisolasi dalam ruangan khusus, tidak bercampur dengan ibu sehat.
- 3) Pada hari pertama postnatal, pengunjung pasien hendaknya dibatasi untuk berkunjung.

Penanganan umum infeksi nifas:

- 1) Antisipasi setiap kondisi yang menjadi komplikasi nifas.
- 2) Berikan pengobatan yang rasional dan efektif sesuai kebutuhan ibu.
- 3) Lanjutkan observasi dan pengobatan terhadap masalah saat kehamilan dan persalinan.
- 4) Jangan pulangkan penderita apabila masa kritis belum terlampaui.

- 5) Beri catatan atau instruksi tertulis untuk asuhan mandiri di rumah dan gejala-gejala yang memerlukan pertolongan segera.
- 6) Lakukan tindakan dan perawatan bagi BBL yang sesuai dari ibu yang mengalami infeksi nifas.
- 7) Berikan hidrasi secara oral/IV (Kasmiati, 2023).

c. Masalah cemas

Bidan harus bersikap empati dan memberikan dukungan mental pada ibu dalam mengatasi kecemasan. Rasa cemas sering timbul pada ibu masa nifas karena perubahan fisik dan emosi masih menyesuaikan diri dengan kehadiran bayi. Periode” masa krisis” ini memerlukan banyak adaptasi perubahan perilaku. Tingkat kecemasan tentunya berbeda setiap individu.

Keadaan psikis dapat mempengaruhi kondisi fisik ibu. Atasi kecemasan dengan mendorong ibu untuk mengungkapkan perasaannya dengan melibatkan suami serta keluarga atau mertua untuk memberi dukungan. Bidan memberikan pendidikan kesehatan (penkes) sesuai kebutuhan ibu sehingga dapat membangun kepercayaan diri kepada pasien berperan sebagai ibu baru. Bidan harus dapat menjelaskan pada ibu dan suaminya tentang bagaimana mengatasi rasa cemas selama masa nifas antara lain (Kasmiati, 2023):

- 1) Bidan dapat memperhatikan dan memberi ucapan selamat atas kehadiran bayinya yang berguna agar muncul perasaan senang pada ibu
- 2) Bidan melibatkan suami dan keluarga dalam merawat bayi sehingga beban ibu berkurang.
- 3) Bidan memberi informasi atau konseling tentang kebutuhan ibu selama periode ini. Sehingga membangun kepercayaan diri ibu dalam perannya sebagai ibu.
- 4) Bidan memberikan penkes termasuk pendidikan peran seorang ibu.
- 5) Bidan dapat membantu dalam hubungan ibu dan bayinya serta menerima bayi dalam keluarganya.

- 6) Bidan berperan sebagai teman ibu dan keluarga dalam memberi nasihat.
 - 7) Bidan bertanya kepada ibu mengenai perasaannya apakah nyaman atau tidak, guna mewaspadai gejala depresi.
- d. Masalah KB
- Bidan berperan dalam menjelaskan tentang keluarga berencana dan alat kontrasepsi kepada ibu dan suaminya:
- 1) Idealnya, pasangan menunggu minimal 2 tahun sebelum ibu hamil kembali.
 - 2) Umumnya perempuan tidak akan menghasilkan telur (ovulasi) sebelum ia mendapatkan lagi haidnya selama menyusui (amenore laktasi).
 - 3) Penggunaan kontrasepsi tetap lebih aman, terutama apabila ibu sudah haid lagi.
 - 4) Sebelum menggunakan metode KB, terdapat beberapa hal yang harus dijelaskan kepada ibu dan suami antara lain: 1) Penjelasan metode KB dapat mencegah kehamilan dan efektivitasnya. 2) Kelebihan dan kekurangannya. 3) Efek samping 4) Cara penggunaan metode yang dipilih 5) Kapan metode yang dipilih dapat digunakan bagi ibu nifas dan menyusui.
- e. Masalah gizi
- Bidan berperan dalam penyuluhan gizi dan nutrisi bagi ibu kepada ibu dan suaminya selama masa postnatal meliputi:
- 1) Konsumsi tambahan 500 kalori setiap hari dibandingkan dengan kondisi saat hamil, karena kebutuhan untuk tenaga ibu pasca melahirkan dan asupan agar menghasilkan produksi ASI yang berkualitas.
 - 2) Makanan bergizi dan seimbang untuk mendapatkan protein, mineral dan vitamin yang cukup.
 - 3) Minum air putih (air mineral/ air putih yang masak) sedikitnya 3 liter air setiap hari dan anjurkan ibu untuk minum setiap kali setelah menyusui.
 - 4) Tablet zat besi bisa diminum untuk menambah zat gizi setidaknya selama 40 hari pasca persalinan.

- 5) Minum kapsul vitamin A agar dapat memberikan manfaat vitamin A kepada bayi melalui ASI.
- f. Masalah tanda dan bahaya
Bidan berperan menjelaskan pada ibu dan suami nya tentang tanda bahaya selama masa nifas, antara lain:
 - 1) Lelah dan sulit tidur
 - 2) Adanya tanda dan infeksi puerperalis (demam)
 - 3) Nyeri atau panas sakit berkemih, nyeri abdomen
 - 4) Sembelit, hemoroid
 - 5) Sakit kepala terus menerus, nyeri ulu hati dan edema
 - 6) Lochea berbau busuk, sangat banyak
 - 7) Puting susu pecah dan mammae banyak
 - 8) Sulit menyusui
 - 9) Rabun senja
- g. Masalah menyusui bayi
Kaji teknik menyusui bayi dan berikan edukasi posisi menyusui yang benar.

3. Merumuskan Diagnosa atau Masalah Potensial

Langkah ini untuk menentukan antisipasi dan pencegahan masalah potensial yang dialami ibu nifas. Diagnosa potensial antara lain:

- a. Masalah perkemihan
- b. Masalah BAB/BAK
- c. Masalah hubungan seksual

4. Merencanakan Asuhan Kebidanan

Asuhan dan evaluasi dilakukan secara berkelanjutan dan terus-menerus meliputi:

- a. Meninjau ulang data
Data dan catatan sebelumnya yaitu catatan saat intrapartum, antepartum, catatan jumlah jam atau hari postpartum, catatan pengawasan, catatan pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, dan pengobatan sebelumnya.
- b. Mengkaji riwayat
Mengkaji bagaimana kondisi ibu terkait: ambulasi (mobilisasi pasien), berkemih, defekasi, nafsu makan (pola makan),

gangguan nyeri, ketidaknyamanan, psikologis ibu, istirahat (pola tidur), menyusui.

c. Pemeriksaan fisik

Melakukan pemeriksaan mengukur TTV, pemeriksaan payudara, abdomen, lokia, perineum, ekstremitas (kaki).

Perawatan Postnatal Pada Ibu

Bidan dan dokter perlu melakukan deteksi dini terhadap kondisi yang mungkin merugikan dan mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan ibu postnatal. Beberapa asuhan postnatal bagi ibu nifas yang direkomendasikan secara global berdasarkan bukti sahih (*evidence-based*) menurut WHO (2022), antara lain:

Tabel 8.2 : Daftar Rekomendasi Asuhan Postnatal Pada Ibu menurut WHO

Jenis Asuhan/ Perawatan Ibu	Rekomendasi
Pengkajian fisiologis ibu postpartum	Pemeriksaan ibu postpartum berkala: - perdarahan vagina, tonus uterus/ kontraksi, TFU, suhu, dan nadi dari 1 jam pertama hingga 24 jam setelah melahirkan - tekanan darah harus diukur segera setelah lahir dan diulangi 6 jam kemudian - kandung kemih diperiksa setiap 6 jam melalui pengeluaran urin Tenaga kesehatan harus menilai kondisi ibu: fungsi berkemih, fungsi usus, sakit kepala, kelelahan, nyeri punggung, luka perineum, nyeri perineum, kebersihan perineum, nyeri payudara dan nyeri tekan rahim serta lokia.
Skrining penyakit TBC	Ibu nifas dengan riwayat baik dari keluarga atau riwayat lalu memiliki TB maka perlu dilakukan pemeriksaan orang serumah/ terdekatnya. Penyakit TBC, termasuk wanita dalam masa nifas dan bayi baru lahir, harus diskriminasi secara sistematis untuk penyakit TBC.
Kompres dingin untuk menghilangkan nyeri perineum	Pendinginan lokal seperti kompres es atau bantalan dingin, dapat diberikan kepada ibu postpartum segera setelah melahirkan untuk menghilangkan rasa sakit akibat trauma perineum yang dialami saat melahirkan.

Jenis Asuhan/ Perawatan Ibu	Rekomendasi
Analgesia oral untuk menghilangkan nyeri perineum	Parasetamol oral (analgesia oral) direkomendasikan sebagai pilihan tingkat pertama untuk menghilangkan nyeri perineum postpartum.
Meredakan nyeri secara farmakologis akibat kram/involusi uterus	Obat antiinflamasi nonsteroid oral (NSAID) dapat digunakan ketika analgesia diperlukan untuk menghilangkan nyeri pascapersalinan akibat kram rahim (involusio uteri).
Intervensi non farmakologi untuk penanganan payudara bengkak	Untuk pengobatan pembengkakan payudara pada masa nifas, ibu harus dikonseling dan didukung untuk mempraktikkan teknik dan posisi menyusui serta perlekatan bayi yang tepat, benar pada payudara, pemerasan ASI, dan penggunaan air hangat atau kompres dingin.
Intervensi non farmakologi untuk mencegah mastitis	Untuk pencegahan mastitis pada masa nifas, perempuan harus diberi konseling dan didukung untuk berlatih teknik menyusui, posisi dan perlekatan bayi yang baik. Pijat payudara, pemerasan ASI dengan tangan, dan penggunaan air hangat atau dingin juga dapat membantu meringankan mastitis.
Pencegahan sembelit postnatal	Nasihat diet dan informasi tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan sembelit harus diberikan oleh tenaga kesehatan kepada ibu nifas untuk mencegah sembelit pasca melahirkan.
Skrining untuk depresi dan kecemasan postnatal	Skrining depresi dan kecemasan pascapersalinan dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen yang tervalidasi. Skrining ini juga dianjurkan dan disertai dengan layanan diagnostik bagi ibu nifas positif depresi (depression) maupun positif cemas (anxiety)
Pencegahan depresi dan kecemasan postnatal	Intervensi psikososial dan/atau psikologis selama periode antenatal dan postnatal (asuhan <i>antenatal care</i>) dianjurkan untuk mencegah depresi dan kecemasan pasca melahirkan.
Aktivitas fisik dan perilaku berolahraga	Ibu nifas tanpa kontraindikasi harus: - melakukan aktivitas fisik secara teratur selama masa nifas

Jenis Asuhan/ Perawatan Ibu	Rekomendasi
	- melakukan aktivitas fisik minimal 150 menit sepanjang minggu untuk memberikan manfaat kebugaran - jika memungkinkan, dapat menggabungkan berbagai aktivitas penguatan fisik dan otot serta menambahkan peregangan lembut dalam jadwal aktivitas fisik (olahraga) Ibu nifas harus membatasi jumlah waktu beristirahat dengan mengganti waktu duduk santai menjadi aktivitas fisik baik ringan, sedang, hingga berat yang dapat memberikan manfaat kesehatan. Intensitas aktivitas fisik disesuaikan dengan kemampuan ibu nifas.
Kontrasepsi pasca melahirkan (KB)	Penyediaan informasi dan layanan kontrasepsi yang komprehensif guna program keluarga berencana dianjurkan untuk diberikan selama perawatan pasca kelahiran.

Sumber: WHO (2022)

Perawatan Postnatal Pada Bayi

Bidan perlu memberikan asuhan postnatal bagi bayi dan memberikan edukasi perawatan bayi baru lahir kepada ibu nifas. Beberapa asuhan postnatal bagi bayi baru lahir yang direkomendasikan secara global berdasarkan bukti sahih (*evidence-based*) menurut WHO (2022), antara lain:

Tabel 8.3 : Daftar Rekomendasi Asuhan Postnatal Pada Bayi Baru Lahir menurut WHO

Jenis Asuhan/ Perawatan Bayi	Rekomendasi
Penilaian tanda-tanda bahaya pada bayi baru lahir (BBL)	Tanda-tanda bahaya yang perlu dinilai: - tidak menyusu dengan baik; - riwayat kejang; pernapasan cepat (pernapasan > 60 bpm); - tarikan dada yang parah/ keras; - tidak ada gerakan spontan; - demam (suhu > 37.5 °C); - suhu tubuh rendah (suhu <35.5 °C); - penyakit kuning, atau telapak tangan dan telapak kaki kuning dalam 24 jam pertama setelah lahir atau sepanjang usia BBL

Jenis Asuhan/ Perawatan Bayi	Rekomendasi
	Orang tua dan keluarga harus didorong untuk memeriksakan bayinya ke fasilitas kesehatan sejak dini jika teridentifikasi tanda-tanda bahaya di atas saat kunjungan nifas/ postnatal.
Skrining untuk kelainan mata	Skrining kelainan mata direkomendasikan dan harus disertai dengan diagnostik apabila teridentifikasi ada kelainan.
Skrining untuk gangguan pendengaran	Skrining pendengaran BBL atau <i>Universal Newborn Hearing Screening</i> (UNHS) dengan pemeriksaan OAE (otoacoustic emissions) (OAE) atau AABR (automated auditory brainstem response) direkomendasikan untuk identifikasi dini kelainan pendengaran bilateral atau permanen.
Skrining untuk hiperbilirubinemia	Skrining universal untuk hiperbilirubinemia neonatal dengan bilirubinometer transkutan (TcB) direkomendasikan saat keluar dari fasilitas kesehatan.
Waktu mandi pertama untuk mencegah hipotermia	Waktu mandi pertama kali bagi BBL yang sehat dan cukup bulan harus ditunda selama 1 jam setidaknya 24 jam setelah lahir (1 hari pasca kelahiran).
Perawatan tali pusat	Dianjurkan perawatan tali pusat yang bersih dan kering. Tidak perlu diberi antiseptik maupun dibalut kassa.
Posisi tidur untuk pencegahan kematian bayi mendadak	Dianjurkan menidurkan bayi dengan posisi terlentang selama satu tahun pertama untuk mencegah SIDS (<i>sudden infant death syndrome</i>) dan kematian bayi mendadak tak terduga (SUDI= <i>sudden unexpected death in infancy</i>)
Imunisasi	Imunisasi BBL harus sesuai rekomendasi terbaru WHO untuk imunisasi rutin.
Pijat seluruh tubuh	Pijat lembut seluruh tubuh dapat dipertimbangkan untuk BBL cukup bulan dan sehat karena manfaatnya terhadap pertumbuhan dan perkembangan.
Perkembangan anak usia dini	Perkembangan anak usia dini didukung dengan: - Semua bayi dan balita harus mendapatkan perawatan responsif antara usia 0 hingga 3 tahun. Sehingga orang tua dan pengasuh harus mendukung pemberian perawatan yang responsif.

Jenis Asuhan/ Perawatan Bayi	Rekomendasi
	- Orang tua dan pengasuhnya harus terlibat dalam kegiatan pembelajaran dini bagi bayi dan anak-anak umur 0 hingga 3 tahun, seperti pemberian stimulus dan pendampingan pertumbuhan dan perkembangan (tumbang). - Intervensi nutrisi dan gizi optimal pada bayi baru lahir, bayi, dan balita. - Intervensi psikososial untuk mendukung kesehatan mental ibu harus diintegrasikan ke dalam layanan kesehatan dan pengembangan anak usia dini.
ASI eksklusif	Seluruh bayi harus mendapatkan ASI eksklusif sejak lahir hingga usia 6 bulan. Ibu harus diberi konseling dan diberikan dukungan untuk pemberian ASI eksklusif pada setiap kunjungan nifas (postnatal)
Melindungi, mempromosikan dan mendukung pemberian ASI di fasilitas kesehatan bersalin	Fasilitas kesehatan bersalin (RS/ RB/ Puskesmas/ Klinik/ Klinik Bidan) harus mempunyai kebijakan menyusui yang jelas dan dikomunikasikan secara rutin kepada staf kesehatan, pasien, dan keluarganya. Tenaga kesehatan yang memberikan layanan komunikasi informasi dan edukasi (KIE) pemberian makanan bayi, ASI eksklusif, dan dukungan menyusui, harus memiliki pengetahuan, kompetensi dan keterampilan yang memadai untuk mendukung perempuan dalam menyusui dan memberikan ASI.

Sumber: WHO (2022)

ASI Eksklusif

Setiap ibu memproduksi ASI sebagai makanan alami yang dapat dikonsumsi oleh bayinya. Pemberian ASI Eksklusif merupakan salah satu upaya mendukung terciptanya sumber daya manusia yang berkualitas. Pemberian ASI eksklusif pada bayi usia 0-6 bulan secara global dilaporkan persentasenya di bawah 40% (Fauziah & Riono, 2021). Padahal di targetnya secara global minimal 80%. ASI (Air Susu Ibu) merupakan satu-satunya jenis makanan yang mempunyai kandungan zat gizi terbaik guna mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan bayi usia 0-6 bulan setelah lahir (Fauziah & Riono,

2021). Sedangkan ASI Eksklusif merupakan kondisi dimana bayi hanya diberi ASI saja hingga berumur 6 bulan, tanpa tambahan cairan lain seperti susu formula, madu, air teh, air putih, produk susu formula, air jeruk, dan tanpa tambahan makanan padat seperti pisang, pepaya, biskuit, bubur nasi, bubur susu, dan nasi tim (Wijaya et al., 2023).

Manfaat ASI bagi bayi yaitu: 1) Sebagai nutrisi lengkap; 2) Meningkatkan daya tahan tubuh; 3) Meningkatkan kecerdasan mental, emosional, spiritual, diikuti perkembangan sosial yang baik; 4) Mudah dicerna dan diserap; 5) Gigi, langit-langit dan rahang tumbuh sempurna; 6) Memiliki komposisi gizi lengkap seimbang meliputi karbohidrat, kalori, lemak, protein, vitamin; 7) Perlindungan penyakit infeksi (otitis media, daire dan saluran pernafasan); 8) Antibodi ASI dapat melindungi bayi dari alergi; 9) Pemberi rangsang intelegensi saraf; 10) Meningkatkan kesehatan dan kepandaian (Roesli, 2008).

Tenaga kesehatan berperan penting untuk menggalakkan pemberian ASI eksklusif kepada ibu. Pemberian KIE kepada pasien dan keluarga untuk memberikan pengetahuan dan pemahaman pentingnya ASI eksklusif, manfaat ASI bagi ibu dan bagi bayi, teknik pemberian ASI, dan upaya peningkatan produksi ASI.

Menyusui (Laktasi)

Laktasi atau menyusui memiliki arti produksi dan pengeluaran ASI. Menyusui merupakan perilaku yang dipengaruhi oleh banyak faktor motivasi internal dan eksternal (Fauziah & Riono, 2021). Tentunya banyak faktor-faktor yang mempengaruhi pemberian ASI eksklusif dan menyusui bayi (Fauziah, 2023).

Faktanya, selain pemberian ASI eksklusif jika proses menyusui dan perlekatan kepada bayi dilakukan dengan benar, maka bayi akan memperoleh perkembangan fisik, emosional, dan spiritual yang optimal selama hidupnya (Fauziah & Riono, 2021). Berdasarkan rekomendasi WHO tentang ASI eksklusif hingga 6 bulan, tenaga kesehatan harus memberikan konseling dan dukungan pemberian ASI eksklusif kepada pasien (ibu pasca melahirkan) pada setiap

kunjungan postnatal (nifas). Menyusui direkomendasikan untuk berlanjut hingga anak berumur 2 tahun (WHO, 2022).

Secara fisiologis, payudara memiliki hormon estrogen dan progesteron yang berfungsi untuk maturasi alveoli. Dalam proses laktasi terdapat beberapa hormon yang berperan dalam proses produksi dan pengeluaran ASI. Hormon prolaktin adalah hormon yang berfungsi untuk produksi ASI di samping hormon lainnya seperti insulin, tiroksin dan sebagainya (Saragih, 2023).

Terdapat dua refleks pada ibu yang berperan dalam proses laktasi, yaitu refleks prolaktin dan refleks aliran timbul akibat perangsangan puting susu oleh hisapan bayi (Kasmiati, 2023). Kedua refleks tersebut dijelaskan sebagai berikut:

1. Refleks Prolaktin

Puting susu memiliki banyak ujung saraf sensorik. Apabila dirangsang akan memunculkan impuls menuju hipotalamus berlanjut ke kelenjar hipofisis depan sehingga kelenjar ini mengeluarkan hormon prolaktin. Prolaktin berperan dalam produksi ASI dalam alveoli.

2. Refleks Aliran (*Let Down Reflex*)

Rangsang puting susu tidak hanya diteruskan ke kelenjar hipofisis depan, namun juga ke kelenjar hipofisis belakang, yang memicu pengeluaran hormon oksitosin. Oksitosin berfungsi memacu kontraksi otot polos pada dinding alveolus dan dinding saluran, sehingga ASI akan dipompa keluar.

Daftar Pustaka

- Fauziah, N. (2023). Relationship Between Accessibility to Health Services with Exclusive Breastfeeding. *Journal of Global Research in Public Health*, 8(1), 104–109. <https://doi.org/10.30994/jgrph.v8i1.442>
- Fauziah, N., & Riono, P. (2021). Impact of Baby-Friendly Hospital Initiative for Improving Exclusive Breastfeeding: A Systemic Review of Ten Steps to Successful Breastfeeding. *KnE Life Sciences*, 2021, 881–896. <https://doi.org/10.18502/kls.v6i1.8766>
- Kasmiasi. (2023). *Asuhan Kebidanan Masa Nifas dilengkapi dengan Evidence Based Perawatan Luka Perineum Masa Nifas*. Listerasi Nusantara.
- Papalia, D. E., Old, S. W., & Feldman, R. D. (2010). Human Development (Psikologi Perkembangan): Bag I s/d IV. *Collections: Katalog Perpustakaan Badan PPSPDMK Kemenkes RI (4513)*. Repositori Riset Kesehatan. Jakarta Pusat.
- Pitriani, R., & Andriyani, R. (2014). Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Normal (Askeb III). *Yogyakarta: Deepublish*.
- Puspita, I. M., Ma'rifah, U., & Taufiqoh, S. (2022). *Asuhan Kebidanan Nifas*. Rena Cipta Mandiri.
- Saragih, R. (2023). *Asuhan Kebidanan Pasca Persalinan & Menyusui*. Rena Cipta Mandiri.
- Wahyuningsih, H. P. (2018). *Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui*. Kementerian Kesehatan RI.
- WHO. (2022). WHO Recommendations on Maternal and Newborn Care for a Positive Postnatal Experience. In *World Health Organization*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- Wijaya, W., Limbong, T. O., & Yulianti, D. (2023). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas untuk Sarjana Akademik dan Profesi*. Penerbit NEM.

PROFIL PENULIS



Nuraini Fauziah, S.S.T., M.K.M.

Penulis merupakan seorang dosen PNS di Jurusan Kesehatan Politeknik Negeri Madura (Poltera). Penulis lahir di Bengkulu Utara pada tanggal 24 Oktober 1994. Penulis merupakan putri keempat dari empat bersaudara pasangan Turkan, S.Ag dan Suparti, S.Pd, SD. Kepakaran penulis di bidang Kesehatan Masyarakat, Kebidanan, dan Kesehatan Reproduksi. Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai sejak lulus dari SMA Negeri 1 Surakarta tahun 2012. Penulis kemudian menempuh pendidikan Diploma III Kebidanan di Universitas Sebelas Maret (UNS) lulus tahun 2015. Kemudian melanjutkan Diploma IV Bidan Pendidik pada kampus yang sama lulus tahun 2016. Pada tahun 2019 penulis menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat dengan Peminatan Kesehatan Reproduksi di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia (UI), Depok dengan predikat cumlaude.

Saat ini penulis aktif mengajar dan melakukan kegiatan tridharma perguruan tinggi. Selain berprofesi sebagai dosen penulis juga aktif melakukan penelitian, menulis buku, dan menulis artikel yang berfokus pada tema kesehatan ibu dan anak, remaja, lansia, kesehatan reproduksi, gizi dan diet, promosi kesehatan, kebijakan kesehatan masyarakat, administrasi rumah sakit, keperawatan, dan rumpun topik sebidang lainnya. Tahun 2023 penulis berhasil mendapatkan hibah penelitian pendanaan dari Kemdikbud Program Kedaireka Matching Fund Tahun 2023. Penulis memiliki beberapa HKI produk ciptaan dan inovasi yang berguna bagi masyarakat. Penulis juga aktif melakukan aktivitas pengabdian kepada masyarakat.

Email Penulis: nuraini.fauziah@poltera.ac.id

BAB 9

HAK REPRODUKSI DAN SEKSUAL

Martina, S.ST., M.Kes.
Universitas Abulyatama

Pendahuluan

Permasalahan reproduksi merupakan suatu permasalahan yang masih perlu ditelaah secara mendalam baik yang berhubungan dengan presensi pemenuhan hak-haknya ataupun dinamika kesehatan yang terkandung di dalamnya. Forum diskusi baik ditingkat nasional maupun tingkat internasional terus dilakukan oleh berbagai negara. Dalam konferensi Kependudukan ICPD (*International Conference on Population and Development*) yang diselenggarakan di Kairo pada tahun 1994 sudah ada sebuah kesepakatan tentang rencana tindakan yang merupakan luaran dari kerja keras yang begitu panjang sejak konferensi Internasional Perserikatan Bangsa Bangsa berkenaan dengan HAM (Hak Asasi Manusia) di Teheran tahun 1968 dan setelah itu pada tahun 1975 diadakan Kongres tentang perempuan di Meksiko serta pada tahun 1985 Kongres di Nairobi. Diantara kesepakatan yang dituang dalam pasal 7 (tujuh) secara spesifik berkaitan dengan hak dan kesehatan reproduksi (Nida, 2013).

Di Indonesia sendiri transformasi kesehatan reproduksi sudah pernah dipelopori oleh sebuah organisasi yaitu PKBI (Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia) pada tahun 1960 disaat terjadinya

pertambahan jumlah penduduk dengan mempromosikan program keluarga berencana. Program KB tersebut mendapat pandangan dan dukungan positif dari semua negara, akan tetapi setelah 15 tahun kemudian yaitu pada tahun 1975-1985 muncul isu bahwa program Keluarga Berencana tersebut mempunyai konsekuensi bagi kesehatan. sehingga, pada tahun 1975 kembali diselenggarakan kongres perempuan 1 dan 2 tahun 1980. pada konferensi tersebut, diulas mengenai pokok permasalahan yang menyangkut dengan hak perempuan. Tahun 1985 timbul perdebatan baru dalam kerangka kesehatan reproduksi para perempuan dan juga hak asasi manusia yaitu tentang seksualitas (Mayasari Ade Tyas., Febriyanti Hellen., 2021).

Permasalahan hak reproduksi perempuan sangat erat kaitannya dengan peran dan posisi perempuan, baik dalam lingkup kehidupan keluarga maupun dalam lingkup kehidupan bermasyarakat. Begitu juga pemenuhan akan kesehatan reproduksi bagi perempuan sangat berkaitan dengan kesadaran perempuan terhadap hak-haknya sebagai manusia dan kapasitas yang terkandung dalam hak-hak reproduksi (Sandrayati, 2020).

Hak-hak Reproduksi dan Seksual

Salah satu hak asasi manusia tentang reproduksi telah diakui dan disahkan secara nasional maupun internasional. Yang terkandung dalam hak reproduksi meliputi hak-hak yang sangat mendasar bagi tiap-tiap pasangan dalam mengatur waktu dan jarak serta jumlah anak yang diinginkan, begitupun hak untuk memperoleh informasi seputar reproduksi dan hak-hak dalam menghasilkan keputusan tentang reproduksi tanpa adanya tekanan, diskriminasi, dan juga unsur kesewenang-wenangan. Makna tersebut mengisyaratkan bahwa dalam sebuah keluarga/rumah tangga, hak dan kewajiban yang berkaitan dengan reproduksi mutlak dibicarakan dan ditetapkan secara bersama-sama.

Hak seksual dan reproduksi mempunyai penafsiran dua aspek, yaitu dari aspek kekuatan dan aspek sumber daya. Kekuatan mempunyai makna bahwa dalam membuat sebuah keputusan atau ketetapan harus berasaskan informasi yang benar tentang fertilitas,

kesehatan ginekologi, aktivitas seksual, kehamilan dan pendidikan. Sebaliknya sumber daya bermakna untuk menjalankan keputusan-keputusan di atas dengan aman. Hal ini jelas melibatkan karakter tubuh dan kontrol atas tubuh perempuan itu sendiri (Kholis, 2021).

Hak reproduksi dan seksual (HKSAR) merupakan bagian dari hak asasi manusia (HAM). Sehingga hak ini harus dilindungi, dihormati bersama oleh tiap-tiap manusia. Baik itu laki-laki atau perempuan masing-masing mempunyai hak untuk menetapkan keputusan secara independen dan berkomitmen penuh dalam menetapkan berapa orang anak yang diinginkan dengan mengatur waktu dan jarak dari setiap anak yang akan dilahirkan. Sehingga lahirlah anak sebagai generasi yang sehat dan cerdas. Termasuk juga hak mendapatkan informasi atau keterangan tentang cara-cara yang benar dan dianjurkan dalam menjalankan hak reproduksi dan seksual. Selain itu juga mendapat persamaan hak dan derajat kesehatan reproduksi dan seksual bagi laki-laki dan perempuan di mata hukum dan pemerintahan (Wirenviona Rima., 2020).

Sejarah Konferensi Dunia Tentang Reproduksi dan Seksual

Secara universal hak dan kesehatan reproduksi telah diakui oleh semua negara dalam konferensi perserikatan bangsa-bangsa melalui UNFPA pada tahun 1994 di Kairo, dalam konferensi tersebut semua negara ikut menyepakati pendeklarasian pelayanan kesehatan reproduksi terhadap semua individu maupun pasangan (Ulya dan others, 2022).

1. Konferensi WINA pada tahun 1993

Konferensi ini membahas tentang perspektif gender dalam hak asasi manusia (HAM) dan isu-isu polemik berkenaan hak-hak reproduksi dan seksual perempuan. Konferensi ini juga memproklamasikan hak asasi manusia, khususnya pada anak dan perempuan sepenuhnya secara terpadu yang merupakan bagian dari HAM (Mayasari Ade Tyas., Febriyanti Hellen., 2021).

2. *Fourth World Conference on Women (FWCW)*

Konferensi perempuan sedunia yang ke-4 ini dilangsungkan pada tanggal 4-15 bulan september tahun 1995 di kota Beijing, Cina. Konferensi ini menciptakan 12 area penting yang mutlak

diperhatikan, yaitu: 1) Kemiskinan; 2) Kesehatan; 3) Konflik senjata; 4) Kekerasan; 5) Diskriminasi; 6) Pendidikan dan pelatihan; 7) Ekonomi; 8) Pengambilan keputusan; 9) Mekanisme Institusional; 10) Media; 11) Lingkungan; 12) Hak asasi manusia.

3. ***International Planned Parenthood Federation***

Merumuskan 12 hak reproduksi dan seksual (IPPF, 1995), yaitu:

- a. Hak untuk dapat hidup, tiap-tiap perempuan memiliki hak untuk terbebas dari risiko kematian karena kehamilan.
- b. Hak atas kemerdekaan dan rasa aman,
- c. Hak atas kesetaraan dan bebas dari bermacam-macam diskriminasi,
- d. Hak atas kerahasiaan pribadi,
- e. Hak atas kebebasan berpikir,
- f. Hak untuk mendapatkan informasi dan pendidikan,
- g. Hak untuk menikah atau tidak menikah serta membentuk dan merencanakan keluarga secara independen
- h. Hak untuk memutuskan mempunyai anak atau tidak dan kapan rencana mempunyai anak.
- i. Hak atas perlindungan dan pelayanan kesehatan,
- j. Hak untuk merasakan keuntungan dari perkembangan ilmu pengetahuan,
- k. Hak atas kebebasan berkumpul dan mengambil bagian dalam politik, dan
- l. Hak untuk lepas dari perlakuan buruk dan penganiayaan, termasuk hak-hak perlindungan anak dari eksploitasi dan penganiayaan seksual. (Laili AN., Esyuananik., 2022).

4. ***Sustainable Development Goals (SDGs)***

Pada tanggal 25 September 2015, bertempat di Markas Besar PBB (Perserikatan Bangsa-Bangsa) para pemimpin dunia dengan tepat mengesahkan rancangan pembangunan berkelanjutan (*Sustainable Development Goals*). Pada tujuan nomor 3, menargetkan terjadinya penurunan angka kematian ibu secara global pada tahun 2030 dengan target kurang dari 70 per 100.000 orang. Untuk mencapai target tersebut tentunya diperlukan regulasi dan kebijakan-kebijakan untuk mendukung penurunan angka kematian ibu, termasuk di dalamnya kebijakan tentang

penguatan peraturan pencegahan pernikahan pada usia dini serta berbagai program pemerintah, seperti peningkatan pelayanan kesehatan reproduksi dan seksual dan dapat dijangkau dengan mudah (Sandrayati, 2020).

Dasar Hukum

1. Undang Undang RI NO 10 Tahun 1992

Dalam undang-undang ini berisi tentang Hak reproduksi dan seksual, termasuk juga mengatur mengenai tata cara pengaturan kehamilan, yang tertuang pada pasal 18 dan 19. Bunyi dari pasal 18 yaitu "Tiap-tiap pasangan suami-istri memiliki kebebasan dalam merencanakan berapa orang anak yang diinginkan dengan jarak kelahiran yang disesuaikan secara sadar dan mempunyai komitmen yang kuat dalam menghasilkan generasi penerus". Dan dalam pasal 19 dibahas tentang pengaturan kehamilan untuk membantu suami dan istri untuk melahirkan pada usia yang ideal yang dilaksanakan dengan mandiri dan leluasa oleh setiap pasangan suami dan istri dengan penuh tanggung jawab. (RI, 1992).

2. Undang Undang RI NO 39 Tahun 1999

Dalam undang-undang RI No 39 tahun 1999 ini juga mengatur tentang hak-hak asasi dalam bentuk perlindungan. Hak reproduksi dan seksual merupakan elemen dari HAM. Kemudian undang-undang ini mendukung hak untuk hidup bagi setiap orang, melestarikan keturunan, mendapatkan informasi dan pengetahuan tanpa adanya diskriminasi serta berasaskan keadilan (UU RI, 1999)

3. Undang Undang RI No 26 Tahun 2000

Hak asasi manusia yang diatur dalam UU RI Nomor 26 Tahun 2000 mengenai hak wanita diantaranya jaminan hak reproduksi bagi wanita. Hak tersebut tercantum pada Pasal 49 ayat tiga yang berbunyi: "Hak khusus yang berada erat pada diri seorang perempuan yang berhubungan fungsi reproduksinya, dilindungi dan dijamin oleh norma hukum." Undang-undang membenarkan bahwa tiap-tiap orang mempunyai hak-hak reproduksi. Hak-hak reproduksi yang dimaksud adalah:

- a. Menjalani aktivitas reproduksi dan seksual secara aman dan sehat tanpa ada paksaan atau tekanan dari pasangan sahnya.
- b. Memastikan aktivitas reproduksinya terbebas dari segala bentuk diskriminasi, tekanan, atau kekerasan dan menghormati nilai-nilai mulia dengan tidak menjatuhkan martabat manusia sepadan dengan norma agama.
- c. Memastikan sendiri tentang segala sesuatu yang meliputi proses reproduksi secara sehat dari segi medis serta tidak berseberangan dengan norma agama.
- d. Mendapatkan informasi, edukasi dan konseling secara benar dan tepat serta mampu dipertanggungjawabkan seputar kesehatan reproduksi (UU RI, 2000).

4. PP No 61 Tahun 2014

Dalam pasal 3 Peraturan pemerintah No 61 tahun 2014 diuraikan tentang hak reproduksi dan seksual setiap orang harus mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas dan dapat dipertanggungjawabkan serta memberi jaminan kesehatan bagi ibu selama masa reproduksi agar mampu melahirkan generasi yang sehat dan cerdas. Selanjutnya dalam peraturan pemerintah ini juga dibahas mengenai hak reproduksi para remaja untuk memperoleh layanan kesehatan, informasi dan edukasi sesuai dengan kebutuhan reproduksinya (RI, 2014).

Pelanggaran Hak Reproduksi dan Seksual

1. Perkosaan

Pemeriksaan mempunyai makna mencuri, merampas, memaksa, atau membawa pergi. Jika dilihat dari istilah yaitu suatu tindakan dalam melampiaskan hasrat seksual, yang dilakukan oleh laki-laki kepada sorang perempuan. Perkosaan tidak selalu dalam bentuk persetubuhan, namun termasuk juga dalam formasi serangan ataupun paksaan yang melibatkan organ seks/kelamin seperti anal seks, oral seks, merusak alat vital perempuan dengan menggunakan benda. (Ulya and others, 2022).

Disisi lain, berpacaran dikalangan remaja ada yang berpendapat bahwa tindakan apapun yang dilakukan atas dasar

cinta kasih boleh saja. Sehingga banyak laki-laki yang meminta bahkan memaksa pasangannya untuk melakukan hubungan seksual sebagai bentuk bukti cintanya. Dan banyak para perempuan memang tidak menghendaki hal tersebut, namun pasangannya akan berusaha mempengaruhi atau memaksanya. Pemaksaan semacam ini termasuk ke dalam pengingkaran terhadap hak reproduksi seorang wanita. walaupun aktivitas seksual tersebut dilakukan atas dasar suka masa suka, namun belum ada ikatan pernikahan yang sah, maka sikap dan perbuatan tersebut tetap merugikan pihak perempuan (Eka and Wardani, 2023).

2. Aborsi

Undang-Undang Nomor 39 tahun 1999 juga mengatur perkara HAM, diantaranya mengatur hak untuk hidup atau melangsungkan kehidupan merupakan hak dari setiap manusia (ibu dan janin) dalam melindungi diri serta menjaga martabatnya sebagai manusia. Hal tersebut juga diperlukan sebagai dasar moral dan keyakinan dalam berbaur atau berinteraksi antar sesama manusia dan sang pencipta. Pada saat janin sudah ditiupkan ruh oleh Tuhan, lalu dilakukan upaya pengguguran hanya karena sebab dan alasan ingin melindungi keberlanjutan hidup calon ibu, maka yang dilakukan tersebut termasuk dalam kategori pelanggaran HAM.

Perlakuan aborsi terhadap korban hasil perkosaan jika ditelaah berdasarkan peraturan pemerintah nomor 61 tahun 2014 mutlak memenuhi standar dan prosedur yang telah ditetapkan. Yaitu dengan memberikan pembuktian tentang usia kehamilan dengan surat keterangan hasil pemeriksaan dari dokter, keterangan tim penyidik serta surat keterangan dari psikolog, dan disertakan hasil konseling sebelum tindakan dan konseling setelah tindakan aborsi. Dalam tindakan aborsi ini sangat diperlukan kesadaran setiap individu dan pengawasan semua pihak agar tidak terjadi penyalahgunaan kewenangan dan maraknya terjadi praktik suap. Sehingga tindakan aborsi bisa dikabulkan jika pemohon adalah benar-benar korban hasil perkosaan dan dapat membuktikannya dengan menunjukkan beberapa surat

keterangan yang terdiri dari surat keterangan hasil pemeriksaan dari dokter, surat keterangan dari tim penyidik dan surat keterangan dari psikolog. Berdasarkan amanat HAM, tindakan aborsi terhadap korban hasil perkosaan hanya boleh dilakukan dengan tujuan untuk melindungi jiwa janin dan ibu. Diluar dari pertimbangan tersebut, dianggap melanggar HAM.

3. Pelanggaran Hak-hak Reproduksi ang Kodrati

Pelanggaran hak yang dihadapi oleh perempuan sehubungan dengan kebebasan dalam bereproduksi yang sifatnya kodrat seperti menstruasi, hamil, melahirkan dan menyusui serta keluarga berencana) ini masih terjadi dalam lingkungan pekerjaan. Para pekerja wanita dianggap sebagai tenaga kerja yang lemah dan tidak produktif. Sehingga sangat mudah terjadi pelanggaran hak asasi manusia terhadap pendayagunaan tenaga kerja perempuan tanpa adanya perlawanan dari pihak perempuan. Khususnya untuk mendapatkan kelonggaran pada saat menstruasi, sedang hamil atau melahirkan, bagi sang pengusaha lebih baik mencari alasan untuk memecat daripada memberikan hak-hak cuti bagi mereka, begitu pula ketika bayinya lahir. (Ensiklopedia, 2024).

4. Pemaksaan Kontrasepsi

Salah satu elemen dari kebebasan bereproduksi dan aktivitas seksual tiap-tiap individu atau pasangan adalah menetapkan kapan menginginkan kehamilan, berapa orang anak yang ingin dimiliki serta berapa lama jarak antara setiap anak. Maka dalam mendukung kebebasan tersebut dapat dilakukan beberapa metode. Salah satunya yaitu penggunaan alat kontrasepsi. Terdapat beberapa alat kontrasepsi yang bisa digunakan, yaitu: kontrasepsi oral, suntik, IUD, implant, kondom, MOP dan MOW.

Dalam implementasi penggunaan alat kontrasepsi tersebut masih saja ditemukan persoalan dalam memperoleh kebebasan bereproduksi pada perempuan yang selalu terabaikan. Permasalahan yang terjadi sebagai akibat dari adanya kesetaraan gender terhadap perempuan adalah pemakaian alat kontrasepsi lebih dititikberatkan kepada perempuan sebagai upaya pencegahan akibat dari aktifnya dorongan seksual laki-laki dan para perempuan mempunyai kewajiban untuk memenuhinya.

Sehingga konsekuensi dari aktivitas seksual yang aktif tersebut perempuan/istri menjadi hamil. Jika tidak ingin hamil maka perempuanlah yang harus menggunakan alat kontrasepsi sebagai perlindungan diri. Lebih lanjut lagi perempuan tidak memiliki kebebasan dalam memilih dan menentukan alat kontrasepsi yang diinginkan karena harus mendapatkan izin suami terlebih dahulu, hal ini dapat dilihat dari pemakaian alat kontrasepsi yang mengandung hormonal seperti suntik dan pil lebih dominan baru setelah itu penggunaan IUD dan implant dari pada alat kontrasepsi pria seperti kondom dan vasektomi. Hal ini disebabkan karena laki-laki kurang bahkan tidak mendapatkan informasi yang benar mengenai peran sertanya dalam mengendalikan pertumbuhan penduduk. Para laki-laki juga harus diberi pemahaman bahwa dalam program keluarga berencana juga terdapat alat kontrasepsi yang bisa digunakan untuk laki-laki. Jadi bukan perempuan saja yang wajib menggunakan alat kontrasepsi.

5. Pelecehan Seksual

Pelecehan seksual dapat diartikan sebagai bentuk tindakan yang menjurus kepada seks yang secara sepihak tidak diinginkan oleh orang yang menjadi sasarannya, sehingga akibat dari tindakan tersebut korban merasa malu, tersinggung, marah, benci dan lain sebagainya. Pelecehan seksual bisa saja terjadi secara fisik dan pelecehan tanpa melibatkan fisik (non fisik). Pelecehan seksual dengan cara memegang, meraba, dan mencium disebut sebagai pelecehan secara fisik. Sedangkan pelecehan non fisik dapat melalui bahasa, tatapan, gambar atau perkataan. Dalam pengertian tersebut, dapat dikatakan terjadi pelecehan seksual apabila dalam perlakuan tersebut terdapat paksaan dari salah satu pihak. Namun, apabila kedua belah pihak saling setuju dan tidak ada unsur paksaan, maka aktivitas tersebut tidak termasuk dalam kategori pelecehan seksual. Beberapa contoh pelecehan seksual yang kerap dialami para perempuan di Indonesia adalah pemerkosaan, pelecehan seksual, bahkan kekerasan di dalam rumah tangga, dan lain-lain sebagainya. Perilaku pelecehan seksual tentunya memberikan dampak negatif seperti trauma pada korban yang dilecehkan. (Farid *et al.*, 2020)

6. Pemaksaan Perkawinan dan Kehamilan

Pilihan untuk menikah dengan siapa berhubungan erat dengan penentuan nasib sendiri yang telah diakui dalam beberapa instrumen internasional utama sebagai hak asasi manusia yang sangat mendasar. Dengan demikian setiap orang memiliki hak untuk menikah dengan siapa pun sesuai pilihan hati masing-masing dan bebas dari berbagai bentuk tekanan dan paksaan. Namun, di Indonesia masih kerap terjadi fenomena kawin paksa. Hal tersebut dipicu oleh berbagai faktor yang ada dalam keluarga seperti perjodohan keluarga, janji, utang yang tidak sanggup dilunasi dan faktor lainnya (Hidayat Sabrina., Handrawan., 2023).

Daftar Pustaka

- Eka, D. and Wardani, K. (2023) 'Analisis Hukum terhadap Tindak Pidana Kekerasan Seksual', 17, pp. 103–107.
- Eksiklopedia, D. (2024) 'Hak Reproduksi dan Seksual', pp. 1–32. Available at: https://p2k.stekom.ac.id/ensiklopedia/hak_reproduksi_dan_seksual.
- Farid, D. *et al.* (2020) 'Analisis Seksual Di Universitas Islam Indonesia Menggunakan Pendekatan Hak Asasi Manusia', *Jurnal Penegakan Hukum Indonesia*, pp. 57–71.
- Hidayat Sabrina., Handrawan., H. (2023) 'Kebijakan Hukum Pidana Pemaksaan Perkawinan Yang Baru Diketahui Setelah Perkawinan Teradi', *Halu Oleo Legal Research*, 5(2), pp. 516–575.
- Kholis, B. (2021) *Perlindungan Reproduksi Perempuan dan Interpretasinya di Pengadilan Agama (Studi Putusan Pengadilan Agama DKI Jakarta 2015-2019)*. Jakarta: A-Empat.
- Laili AN., Esyuananik., K.U. (2022) *Menyiapkan Kesehatan Reproduksi dan Seksual Bagi Calon Pengantin (Pandangan Dalam Budaya Madura)*. NEM.
- Mayasari Ade Tyas., Febriyanti Hellen., P.I. (2021) *Kesehatan Reproduksi Wanita Disepanjang Daur Kehidupan*. Edisi I. Banda Aceh.
- Nida, F.L.K. (2013) 'Penegakan Hak Reproduksi Perempuan Dalam Kebijakan Keluarga Berencana Di Indonesia', *Palastren Jurnal Studi Gender*, 6(1), pp. 159–184. Available at: <http://journal.iainkudus.ac.id/index.php/Palastren/article/view/982>.
- RI, P.P. (2014) 'PP No.61 Tahun 2014', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.
- RI, U. (1992) 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 1992 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan

- Keluarga Sejahtera', *Presiden Republik Indonesia*, pp. 1–42. Available at: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/46602>.
- Sandrayati, M. (2020) *Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan Di Indonesia*. Edisi. Jakarta Pusat: Komisi Nasional Hak Asasi Manusia.
- Ulya and others (2022) 'Rendahnya Pengetahuan Hak Reproduksi Perempuan pada Remaja Putri Faizatul Ulya', *Journal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 13(April), pp. 415–420. Available at: <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.33846/sf13226>.
- UU RI (1999) 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 Tentang Hak Asasi Manusia'.
- UU RI (2000) 'UU RI Nomor 26 Tahun 2000 Tentang Pengadilan HAM', *Jdih Bpk* [Preprint].
- UU RI (2009) 'Undang -Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan', 47(57), p. 3.
- Wirenviona Rima., R.I. (2020) *Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Surabaya: Airlangga University Press.

PROFIL PENULIS



Martina, S.ST., M.Kes.

Anak ke 2 dari 8 bersaudara ini Lahir di Juli, Kabupaten Bireuen pada tanggal 07 Maret 1983 dari Pasangan (Alm) Muhammad Hatta, AR dan Nurjannah Amin. Mengawali pendidikan kesehatan di Akademi Kebidanan Yayasan Pendidikan Mona Banda Aceh tahun 2001, Program D4 Kebidanan (Bidan Pendidik) di Politeknik Kesehatan Aceh, Banda Aceh tahun 2009. Pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat Minat Studi Kesehatan Reproduksi tahun 2014 di Universitas Sumatera Utara Medan. Penulis merupakan tenaga pengajar pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan di Universitas Abulyatama Aceh. Penulis aktif dalam kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi (mengajar, meneliti dan melakukan pengabdian kepada masyarakat). Penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dalam lingkup kebidanan yaitu pada remaja, ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui dan tumbuh kembang anak. Beberapa hasil penelitian dan pengabdian telah penulis publish pada jurnal nasional terakreditasi. Penulis pernah menulis buku Asuhan Kebidanan Kehamilan (Manajemen Asuhan Pada Kehamilan).

Penulis dapat dihubungi melalui surel martina.idrus@gmail.com.

BAB 10

PENDIDIKAN SEKSUAL: MEMBANGUN KESADARAN DAN PEMAHAMAN

Ns. Lina Herida Pinem, S.Kep.,M.Kep.
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Membangun Kesadaran dan Pemahaman Masyarakat Tentang Kesehatan seksual/ Reproduksi

Peningkatan kesadaran dan pemahaman, kemauan dan kemampuan hidup secara sehat dalam segala aspek termasuk seksual dan reproduksi merupakan cita-cita pembangunan kesehatan masyarakat. Hal ini akan ditunjukkan dengan kemampuan masyarakat mengimplementasikan perilaku sehat serta hidup dalam kondisi lingkungan yang terjamin kesehatannya. Perilaku masyarakat yang sadar dan paham kesehatan seksual dan reproduksi, juga akan ditunjukkan dengan mengakses berbagai jenis pelayanan kesehatan.

Meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat tentang seksual merupakan langkah penting untuk mencegah dan mengatasi masalah kesehatan seksual dan reproduksi. Upaya peningkatan kesadaran dan pemahaman masyarakat tentang seksual yang dapat dilakukan menurut WHO (2017), Tim Direktorat Sekolah Dasar (2020), Rahayu et al. (2017) adalah:

1. Edukasi dan Pelatihan

Memberikan pelatihan tentang kesehatan reproduksi pada masyarakat sejak dini. Edukasi kesehatan perlu diberikan sejak dini pada remaja, wanita usia subur terkait perawatan organ reproduksi, dampak pornografi, kehamilan tidak diinginkan, dampak aborsi dan seks bebas yang dapat menyebabkan HIV/AIDS dan infeksi menular seksual, serta pendewasaan usia pernikahan dengan melibatkan peran Pemerintah, orang tua, dan juga peer group.

2. Kebijakan dan Prosedur

Menyusun kebijakan dan prosedur yang jelas terkait permasalahan kesehatan seksual, termasuk cara melaporkan insiden, penyelidikan, dan sanksi bagi pelaku kekerasan seksual. Pastikan prosedur tersebut mudah diakses oleh seluruh masyarakat

3. Pusat Dukungan Korban

Mendirikan pusat dukungan untuk korban kekerasan seksual yang menyediakan dukungan konseling, medis, dan hukum. Pastikan pusat ini memiliki tenaga profesional yang terlatih.

4. Kampanye Kesadaran

Mengadakan kampanye kesadaran secara berkala dengan penggunaan media sosial, dan poster untuk menyoroti isu kesehatan reproduksi. Dalam kampanye ini, difokuskan pada edukasi, dukungan, dan pencegahan.

5. Kerjasama Lintas Sektoral

Pengembangan strategi masyarakat dan implementasi program terintegrasi memerlukan kerjasama dan kemitraan dengan institusi pendidikan, institusi kesehatan, lembaga penegak hukum, pusat krisis, dan organisasi non pemerintah yang berfokus pada kesehatan seksual dan reproduksi.

Meningkatkan kesadaran dan pemahaman tentang seksual dan kesehatan reproduksi pada masyarakat merupakan komitmen jangka panjang, dan perlu melibatkan seluruh aspek masyarakat.

Konsep Pendidikan Kesehatan Seksual dan Reproduksi

Kegiatan pendidikan yang dikenal sebagai pendidikan kesehatan seksual bertujuan untuk mengajarkan orang-orang bagaimana mereka dapat melakukan tindakan seksual yang lebih bertanggung jawab (Phillips & Martinez, 2010) dan (Buaton et al., 2019). Pendidikan seksual dan kesehatan reproduksi memiliki peran penting dalam menjaga kesehatan reproduksi dan membantu mencegah berbagai risiko seksual.

1. Tujuan dari pendidikan kesehatan reproduksi

Tujuan dari pendidikan kesehatan reproduksi menurut Setiawan (2019), Lulyana & Pinem (2021), Huda (2022), Indonesia (2014) antara lain adalah:

- a. Mencegah penyebaran penyakit menular seksual (PMS).
Pendidikan seksual memberikan informasi mengenai PMS dan cara mencegah penyebaran serta perlindungan diri dan pasangan terhadap infeksi penyakit menular seksual seperti HIV/AIDS, gonorrhea, dan sifilis.
- b. Menghindari kehamilan tidak diinginkan
Pendidikan seksual memberikan pengetahuan tentang berbagai metode kontrasepsi yang tersedia dan cara penggunaannya dengan benar dalam menghindari kehamilan yang tidak diinginkan dan memberikan kesempatan untuk merencanakan keluarga dengan baik.
- c. Membantu dalam memahami identitas seksual
Pendidikan seksual berperan penting dalam pemahaman dan penerimaan identitas seksual individu, sehingga membantu menghindari diskriminasi dan mempromosikan inklusi sosial di dalam masyarakat.
- d. Mengajarkan keterampilan hidup yang sehat
Pendidikan seksual dapat membantu individu untuk mengembangkan keterampilan hidup yang sehat, termasuk dalam membangun hubungan interpersonal yang baik, mempelajari pentingnya persetujuan dalam hubungan seksual, dan bagaimana mengatasi situasi yang tidak aman secara seksual.

Pendidikan dan informasi yang komprehensif tentang kesehatan seksual memerlukan penyediaan informasi yang akurat, sesuai usia dan terkini tentang aspek fisik, psikososial dan reproduksi (WHO, 2017).

Informasi yang akurat dapat mengatasi kesenjangan dalam pengetahuan, menghilangkan kesalahpahaman dan membangun pemahaman yang komprehensif, serta menumbuhkan keterampilan yang memberdayakan, sikap dan nilai positif, dan perilaku sehat. Semua intervensi harus memastikan bahwa individu memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk membuat pilihan berdasarkan informasi yang baik tentang seksualitas dan reproduksi.

Dalam sektor kesehatan, informasi dapat tersedia dalam konteks konsultasi perawatan preventif atau kuratif, atau dalam pengaturan non-klinis dalam konteks penjangkauan pendidikan kesehatan. Dalam sektor pendidikan, panduan kurikulum pendidikan seksualitas komprehensif sesuai usia dan konten standar tersedia untuk prasekolah hingga tingkat universitas, dan dapat diberikan secara formal maupun informal.

Metode Pendidikan Kesehatan Seksual

Dalam proses belajar, metode yang digunakan oleh pendidik disesuaikan dengan sasaran dan kondisi setempat. Metode pendidikan kesehatan menurut effendy (3003) dalam Nurmala (2018) dibagi menjadi dua yaitu:

1. Metode didaktif yaitu metode pendidikan kesehatan secara satu arah contohnya ceramah, film, leaflet, buklet, poster, dan siaran radio
2. Metode sokratik yaitu metode pendidikan kesehatan secara dua arah dimana peserta terlibat secara aktif. Metode ini seperti diskusi kelompok, debat, panel, forum, *buzzgroup*, seminar, bermain peran, sosiodrama, curah pendapat, demonstrasi, studi kasus, lokakarya, pembelajaran melalui website dan penugasan perorangan.

Media Pendidikan Kesehatan Seksual dan Reproduksi

Promosi Kesehatan dapat menggunakan berbagai bentuk dan alat peraga dengan menyesuaikan tujuan, sasaran dan tempat pendidikan kesehatan yang akan dilakukan. Menurut Asmuji dan Bentuk atau alat peraga promosi kesehatan dibagi menjadi tiga (Levac & O'Sullivan, 2010), yaitu:

1. Audio merupakan alat peraga yang hanya dapat diterima melalui indera pendengaran. Alat peraga jenis ini contohnya : radio, kaset, CD (Compact Disc), MP3.
2. Visual merupakan alat peraga yang diperuntukannya hanya dapat di indera melalui penglihatan. Alat peraga jenis ini contohnya: poster, *flip chart*, *booklet*, transparan, slide, majalah, koran, leaflet, pamflet, spanduk, bulletin, dan sebagainya.
3. Audio visual (kombinasi) merupakan alat peraga modern yang dikembangkan melalui perpaduan antara alat peraga audio dan visual. Sehingga alat peraga jenis ini dapat dinikmati melalui kombinasi indera pendengaran dan penglihatan. Contoh alat peraga audio visual adalah televisi, *film*, *youtube*, video dan sebagainya.

Pada era digitalisasi, media sosial merupakan media baru untuk berkomunikasi yang menggunakan internet dan ditopang oleh aplikasi atau software. Saat ini, banyak jenis media sosial dapat diakses dengan mudah. Media sosial tidak hanya dapat meningkatkan akses masyarakat terhadap informasi kesehatan tetapi juga dapat mendorong perilaku positif. Dengan demikian, media sosial dapat bekerja sama dan membantu pendidikan kesehatan yang lebih konvensional. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan melalui media sosial lebih efektif dibandingkan dengan pendidikan tatap muka langsung. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan kelompok tatap muka dan kelompok media sosial berbeda, seperti yang ditunjukkan oleh perbedaan hasil post-test antara kelompok tatap muka dan kelompok media sosial. Keluarga di kelompok tatap muka mendapatkan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan yang lebih kecil, dan keluarga di kelompok media sosial memiliki nilai yang lebih tinggi (Aulia & Pinem, 2023).

Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan Seksual

Pendidikan seksual harus dilakukan sedini mungkin. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 Tentang kesehatan Reproduksi menekankan bahwa pelayanan kesehatan reproduksi diberikan pada masa remaja, masa sebelum hamil, hamil, persalinan, dan sesudah melahirkan (Indonesia, 2014). Sedangkan ruang lingkup kesehatan reproduksi menurut Kemenkes RI (Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2009) adalah:

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

Pendidikan Kesehatan Seksual Pada Remaja

Remaja merupakan kelompok usia terbanyak di Indonesia dengan jumlah 44.653.956, yang terdiri dari 22.986.046 laki-laki dan 21.667.910 perempuan (BPS, 2023). Usia remaja adalah masa peralihan di mana seseorang secara bertahap mencapai kematangan seksual. Masa remaja diawali dengan pertumbuhan yang sangat cepat, yang sering disebut pubertas. Perubahan fisik dan kematangan seksual disebabkan oleh perubahan hormonal yang terjadi. Remaja sering mengalami situasi yang membingungkan selama masa transisi. Hal ini dapat menyebabkan konflik dalam diri remaja, yang sering menyebabkan banyak tingkah laku yang aneh dan canggung, dan jika tidak dikontrol, dapat menyebabkan kenakalan remaja, salah satunya adalah perilaku seksual berisiko.

1. Tujuan Pendidikan Kesehatan Seksual dan Reproduksi Pada Remaja

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja bertujuan untuk:

- a. mencegah dan melindungi remaja dari perilaku seksual berisiko dan perilaku berisiko lainnya yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi mereka
- b. mempersiapkan remaja untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan bertanggung jawab

2. Ruang Lingkup Pendidikan kesehatan Seksual dan Reproduksi Pada Remaja

Pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi pada remaja meliputi materi (Indonesia, 2014):

- a. Pendidikan keterampilan hidup sehat;
- b. Ketahanan mental melalui keterampilan sosial;
- c. Sistem, fungsi, dan proses reproduksi;
- d. Perilaku seksual yang sehat dan aman;
- e. Perilaku seksual berisiko dan akibatnya;

Konseling atau pendidikan seksual yang dilaksanakan pada remaja dilakukan oleh tenaga kesehatan, konselor dan konselor sebaya karena harus menjaga menjaga privasi dan menjaga kerahasiaan remaja. Pendidikan kesehatan seksual pada remaja dapat dilaksanakan melalui proses pendidikan formal dan nonformal serta kegiatan pemberdayaan remaja sebagai pendidik sebaya atau konselor sebaya (Indonesia, 2014).

3. Prinsip Pendidikan Seksual Pada Remaja

Perencanaan pendidikan kesehatan diawali dengan pengumpulan informasi yang akurat dan komprehensif untuk mengidentifikasi masalah, kemungkinan penyebab, dan pentingnya pelaksanaan perubahan perilaku. Pengumpulan data pada remaja dapat menggunakan instrumen HEEADSSS. Instrumen tersebut berfokus pada *Home environment, Education dan Employment, Eating, Peer Related Activities, Drugs, Sexuality, Suicide / Depression, and Safety from injury and violence* (Klein et al., 2014). Pertanyaan HEEADSSS harus ditanyakan tanpa kehadiran orang tua kecuali remaja secara khusus memberikan izin atau meminta kehadiran orang tua. Jika

pertanyaan diajukan dan dijawab dengan orang lain di ruangan itu, dokumentasikan ini pada bagan dan perhatikan bahwa ini atas permintaan pasien. Beberapa praktisi menambahkan "S" lain untuk menilai kekuatan, titik ketahanan, atau kepercayaan pada pasien.

Saat pengumpulan data, hal-hal yang perlu diperhatikan adalah:

- a. Identifikasi kekuatan lebih awal dan perkuat
- b. Carilah contoh kesulitan masa lalu yang berhasil diatasi remaja
- c. Gunakan pendengaran reflektif
- d. Ciptakan suasana yang nyaman, saling percaya, dan tidak menghakimi

Saat berbicara dengan remaja, tekankan hal-hal positif, pendekatan berdasarkan faktor risiko hanya dapat menghasilkan perasaan malu dan menghalangi keterlibatan pasien.

Berdasarkan hasil penelitian, pendidikan seksual pada remaja lebih efektif menggunakan digital karena remaja lebih sering mengakses informasi melalui internet. Berdasarkan data SDKI Tahun 2017 dari hasil survey didapatkan data remaja perempuan yang sering mengakses internet dalam 12 bulan terakhir 86,5% dan remaja laki-laki 86,0%. Persentase remaja mengakses internet lebih tinggi dibandingkan menonton televisi (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Akses internet oleh remaja dapat berdampak negatif bila konten yang diakses adalah hal-hal yang bersinggungan dengan pornografi, namun sebagai *educator* sebaliknya dapat menggunakan internet melalui media sosial sebagai media edukasi yang memperbanyak akses untuk meningkatkan pengetahuan dengan memunculkan program sistem informasi.

Pendidikan Kesehatan Seksual Pada Ibu Hamil

Selama kehamilan, ada banyak alasan mengapa orang mungkin berhenti melakukan hubungan seksual. Salah satunya adalah khawatir tentang keamanan melakukan hubungan seksual. Ketakutan ini terkait dengan keguguran, luka pada janin, pecah ketuban, dan kelahiran bayi sebelum waktunya. Menurut epidemiologi masalah seksual selama kehamilan, 30 hingga 50 persen pasangan takut melakukan hubungan seksual dengan janin mereka. Suami takut

menyakiti istri dan khawatir dia tidak akan puas. Ibu hamil percaya bahwa penting untuk menghindari hubungan seksual selama kehamilan. Mereka percaya bahwa mereka harus melakukannya setelah kehamilan. atau pendapat lain bahwa berhubungan seksual selama kehamilan dapat menyebabkan keguguran, kecacatan, atau kematian janin (Nurymasari, Umi Wenny, M. Kharisto, 2017).

Faktor utama yang memengaruhi keinginan untuk melakukan hubungan seksual selama kehamilan adalah pengetahuan yang tersebar luas tentang hubungan seksual ibu hamil, yang membuat ibu dan pasangan cemas, ragu, dan takut melakukan hubungan seksual karena dianggap dapat membahayakan janin dan ibu. Ibu hamil merasa tidak percaya diri, tidak diinginkan suami, dan tidak menarik. Seseorang dapat mengalami gangguan hubungan seksual karena mengganggu kehamilan sebagai masalah besar.

Kecemasan, yang dapat mengganggu kesehatan ibu dan janinnya, dapat disebabkan oleh kurangnya pemenuhan kebutuhan seksual. Suami dapat mencari hubungan seksual yang tidak aman karena kurangnya aktivitas seksual. Hubungan perkawinan dapat runtuh karena masalah seksual. Selama kehamilan, 4–28% suami berselingkuh dengan pasangannya. Ini meningkatkan risiko penyakit menular seksual seperti infeksi HIV, yang berbahaya bagi ibu dan janinnya.

Ibu hamil dan pasangannya harus memahami masalah seksual mereka selama kehamilan dan mencari solusi untuk masalah tersebut. Pendidikan seksualitas dalam upaya meningkatkan kesehatan dapat dilakukan melalui diskusi kelompok. Metode diskusi kelompok adalah cara yang bagus untuk memberikan informasi, menjaga kredibilitas pesan, dan mengajarkan keterampilan kompleks yang membutuhkan komunikasi dua arah. Diskusi kelompok dapat memicu diskusi yang terbuka tentang pengalaman masing-masing.

Materi yang perlu diketahui oleh ibu hamil melalui pendidikan kesehatan adalah:

1. Waktu yang tepat melakukan hubungan seksual dalam kehamilan
2. Posisi aman dalam hubungan seksual masa kehamilan
3. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam hubungan seksual masa kehamilan

Pendidikan Kesehatan Seksual Pada Ibu Nifas

Masa setelah melahirkan selama 40 hari atau 6 minggu, merupakan proses pengembalian rahim ke bentuk semula sebelum hamil. Pada periode pasca partus sering terjadi masalah fungsi seksual namun belum menjadi perhatian dari para profesional.

Tenaga kesehatan menyarankan untuk menghindari hubungan seks sampai 6 minggu setelah melahirkan baik untuk persalinan normal maupun caesar karena risiko komplikasi tinggi.

Perencanaan Pendidikan Kesehatan Seksual dan Reproduksi

Topik	: Kesehatan Seksual dan Reproduksi
Hari/Tanggal	: _____
Waktu	: _____ menit
Pembicara	: _____
Sasaran	: Remaja, wanita usia subur dan pasangannya
Jumlah	: _____ orang

Tujuan Umum:

Setelah mengikuti pertemuan ini, peserta mampu memahami tentang kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi

Tujuan Khusus:

Pada akhir pertemuan, peserta mampu:

1. Menjelaskan tentang pengertian kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi
2. Menjelaskan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kondisi kesehatan seksual dan reproduksi
3. Menjelaskan tentang perilaku sehat untuk menjaga kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi
4. Menjelaskan Hubungan kesehatan seksual dan reproduksi dengan HIV, IMS dan dampak lain

Materi:

1. Pengertian kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kondisi kesehatan seksual dan reproduksi
3. Perilaku sehat untuk menjaga kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi

4. Hubungan kesehatan seksual dan reproduksi dengan hiv, ims dan dampak lain

Metode:

Curah pendapat

Diskusi kelompok

Ceramah dan Tanya Jawab

Media:

1. Selotip kertas
2. Spidol besar
3. LCD
4. Laptop
5. Metaplan
6. Slide Presentasi
7. Lembar Aktivitas

Kegiatan:

No	Komponen	Kegiatan
1	Pembukaan (.....menit)	1. Membuka penyuluhan dengan mengucapkan salam 2. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus 3. Menyampaikan kontrak waktu yang akan digunakan 4. Menyampaikan garis besar materi yang akan disampaikan
2	Proses (.....menit)	Menyampaikan isi materi 1. Pengertian kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi 2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kondisi kesehatan seksual dan reproduksi 3. Perilaku sehat untuk menjaga kesehatan seksual dan kesehatan reproduksi 4. Hubungan kesehatan seksual dan reproduksi dengan hiv, ims dan dampak lain
3	Evaluasi (.....menit)	1. Memberi kesempatan bertanya 2. Memberikan pertanyaan secara lisan
4	Penutup (.....menit)	1. Menyampaikan rangkuman penyuluhan 2. Memberi reinforcement positif pada 3. Mengucapkan salam penutup

Daftar Pustaka

- Aulia, L., & Pinem, L. H. (2023). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Berbasis Media Sosial Instagram (Social Media Campaign) Terhadap Peningkatan Pengetahuan Remaja Tentang Dismenore di SMA Negeri X. *Muhammadiyah Journal of Midwifery*, 4(1), 16. <https://doi.org/10.24853/myjm.4.1.16-25>
- BPS. (2023). Catalog : 1101001 Statistik Indonesia 2023. *Statistik Indonesia* 2023, 1101001, 790. <https://www.bps.go.id/publication/2020/04/29/e9011b3155d45d70823c141f/statistik-indonesia-2020.html>
- Buaton, A., Sinaga, A. S., & Sitorus, M. A. (2019). *Pengetahuan Remaja dan Keterpaparan Informasi Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi*. 1(2), 97–107. <http://jurnal.uinsu.ac.id/index.php/contagio>
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). Modul Kesehatan reproduksi dan kesehatan seksual. In *Parameter StPelatihan intervensi perubahan perilaku*.
- Huda, D. N. (2022). *Pengaruh edukasi kesehatan reproduksi dengan website terhadap pengetahuan dan sikap remaja di sman 3 babelan bekasi tahun 2022 skripsi*.
- Indonesia, P. P. R. (2014). PP No.61 Tahun 2014. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Kementrian Kesehatan RI. (2018). *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. <https://www.contemporarypediatrics.com/view/heeadsss-30-psychosocial-interview-adolescents-updated-new-century-fueled-media>
- Klein, D. A., Goldenring, J. M., & Adelman, W. P. (2014). Heeadsss 3.0. *C O N T E M P O R A R Y P E D I A T R I C S*.
- Levac, J. J., & O'Sullivan, T. (2010). Social Media and its Use in Health Promotion. *Revue Interdisciplinaire Des Sciences de La Santé - Interdisciplinary Journal of Health Sciences*, 1(1), 47.

- <https://doi.org/10.18192/riss-ijhs.v1i1.1534>
- Lulyana & Lina Herida Pinem. (2021). *Pengaruh IG campaign*. 1–23.
- Nurmala. (2018). *Promosi Kesehatan*. Airlangga University Press.
<https://repository.unair.ac.id/87974/2/Buku> Promosi Kesehatan.pdf
- Nurymasari, Umi Wenny, M. Kharisto, S. S. (2017). HUBUNGAN PENGETAHUAN IBU HAMIL DENGAN TINGKAT KECEMASAN SAAT COITUS SELAMA KEHAMILAN. *Midwifery Journal of STIKES Insan Cendekia Medika Jombang*, 14(1), 57–65.
- Phillips, K. P., & Martinez, A. (2010). Sexual and reproductive health education: Contrasting teachers', health partners' and former students' perspectives. *Canadian Journal of Public Health*, 101(5), 374–379. <https://doi.org/10.1007/bf03404856>
- Rahayu, A., Noor, M. S., Yulidasari, F., Rahman, F., & Putri, A. O. (2017). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja & Lansia. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9).
- Setiawan, S. D. (2019). Kasus hamil di luar nikah penyebab pernikahan dini. *Republika*, 1.
<https://news.republika.co.id/berita/q1tw5o430/74-kasus-hamil-di-luar-nikah-terjadi-di-yogyakarta-tahun-ini>
- Tim Direktorat Sekolah Dasar. (2020). Buku Panduan Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan Reproduksi di Sekolah Dasar. *Direktorat Jenderal PAUD, Pendidikan Dasar Dan Pendidikan Menengah Kementerian Pendidikan Dan Kebudayaan*, 1–94.
https://ditpsd.kemdikbud.go.id/upload/filemanager/download/uks/PANDUAN KESPRO SD - FINAL 2020_compressed.pdf
- WHO. (2017). Sexual Health and Its Linkages to Reproductive Health: An Operational Approach. *World Health Organization*, 1–12.
<https://bmccancer.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12885-019-6009-2.pdf>

PROFIL PENULIS



Ns.Lina herida Pinem, S.Kep., M.Kep.

Ketertarikan penulis terhadap kesehatan seksual dan reproduksi dimulai sejak remaja. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk melanjutkan pendidikan di bidang kesehatan setelah menyelesaikan pendidikan menengah di SMA Negeri 1 Kabanjahe dengan memilih Akademi Keperawatan St.Carolus Jakarta dan berhasil lulus pada tahun 1999. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan dan profesi Ners di Universitas Indonesia dan berhasil menyelesaikan studi pada tahun 2001. Enam tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Di Universitas Indonesia pada tahun 2009. Saat menulis buku ini, penulis sedang menempuh pendidikan S3 di Lincoln University, Malaysia.

Penulis memiliki pengalaman bekerja di RS St.Carolus selama tiga tahun, dan berkarir sebagai dosen professional di STIKES Mitra Keluarga sejak 2001 sampai saat ini dengan bidang keilmuan keperawatan Maternitas. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif melakukan penelitian, publikasi ilmiah dan pengabdian kepada Masyarakat sesuai bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Penulis berkontribusi menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara serta membantu meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat tentang kesehatan reproduksi sehingga berdampak dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Email Penulis: lina@stikesmitrakeluarga.ac.id

BAB 11

KEKERASAN SEKSUAL

Apriliana Pipin, S.Tr.Keb., M.Kes.
Universitas Katolik Santo Agustinus Hippo

Pengertian Kekerasan Seksual

Menurut Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014, kekerasan mencakup perbuatan yang dapat menimbulkan penderitaan terhadap seseorang secara fisik, psikis, seksual atau penelantaran, termasuk tindakan pengancaman, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan yang melanggar hukum Undang-Undang No 35 tahun 2014.

Kekerasan seksual dapat diartikan sebagai perilaku seksual, percobaan perilaku seksual, komentar atau ajakan melakukan aktivitas seksual yang tidak disengaja ataupun yang disengaja, dan tindakan memaksa seseorang untuk melakukan hubungan seks menurut World Health Organization, 2017.

Kekerasan seksual merupakan semua aktivitas seksual yang dilakukan secara paksa oleh orang dewasa terhadap seorang, anak atau seorang anak terhadap anak lainnya. Kekerasan ini mencakup penggunaan atau partisipasi anak dalam aktivitas seksual komersial, bujukan, ajakan atau pemaksaan terhadap anak untuk melakukan aktivitas seksual, partisipasi anak dalam media audiovisual, dan melibatkan anak dalam prostitusi (UNICEF, 2014). Kekerasan seksual biasanya dilakukan oleh pelaku yang dikenal ataupun tidak dikenal dalam lingkungan yang terkendali atau tidak terkendali, sering kali dilakukan oleh penggunaan alkohol dan pelaku kekerasan seksual dengan cara yang membuat korban rentan terhadap penipuan

(Rossetto, K. R., & Tollison, 2017). Kekerasan seksual masih sering terjadi dan masyarakat sulit menanggulangnya (Hollander 2016).

Kurangnya kesadaran publik bahwa kekerasan seksual menyebabkan semakin tingginya angka kekerasan seksual di ruang publik. Sebaliknya, masyarakat juga cenderung meremehkan dan tidak mengatasi kekerasan seksual dengan serius, sehingga kejadian tersebut terus terjadi dan tidak mendapat penyelesaian secara serius (McMahon, S., Burnham, J., Banyard, 2020).

Banyak korban kekerasan seksual takut untuk melaporkan kejadian yang mereka alami kepada lembaga bantuan hukum atau polisi karena merasa malu dengan situasi sosial yang mereka hadapi, terutama jika pelakunya adalah orang terdekat atau orang yang dikenal. Kasus kekerasan seksual sering diabaikan karena banyak orang menganggapnya sebagai masalah pribadi (Hilmi, 2019).

Menurut (WHO, 2017), Kekerasan seksual mencakup tindakan-tindakan berikut:

1. Serangan seksual seperti pemerkosaan, sodomi, kekerasan seksual melalui oral, serangan dengan benda tumpul atau benda tajam, serta sentuhan atau ciuman secara paksa.
2. Pelecehan seksual secara mental atau fisik, seperti mengucapkan kata-kata berunsur seksual, merayu dengan kata-kata romantis, membuat lelucon yang berkonotasi seksual.
3. Menyebarkan video atau foto konten seksual tanpa izin, memaksa seseorang untuk terlibat dalam pornografi.
4. Memaksa atau menuntut seseorang untuk melakukan aktivitas seksual atau sebagai syarat untuk mendapatkan sesuatu dalam kata lain ada hubungan timbal balik yang harus dibalas dengan aktivitas yang berhubungan dengan seksual.
5. Pernikahan yang dipaksa seperti perbudakan.
6. Melarang seseorang untuk menggunakan alat kontrasepsi atau upaya pencegahan penyakit menular seksual.
7. Aborsi yang dipaksa atau aborsi yang tidak aman.
8. Kekerasan terhadap organ seksual, termasuk pemeriksaan keperawanan yang dipaksa biasanya terjadi ketika memasuki dunia pendidikan Militer tertentu.
9. Pelacuran dan eksploitasi yang menyebabkan korban jiwa.
10. Pernikahan dini.

Kekerasan seksual dapat disebabkan oleh beberapa faktor yang dapat dikelompokkan menjadi tiga, yaitu faktor individu, faktor lingkungan, dan faktor hubungan (William and Wilkins, 2014).

1. Faktor individu, meliputi kurangnya tingkat pendidikan, kurangnya pengetahuan dan keterampilan untuk menghindari kekerasan seksual terutama kekerasan seksual yang pelaku nya orang terdekat korban, kontrol perilaku yang buruk, pengalaman kekerasan dimasa lalu, pernah menyaksikan kekerasan seksual, dan penggunaan obat-obatan terlarang.
2. Faktor lingkungan, meliputi norma sosial komunitas, kebudayaan atau kebiasaan yang mendukung kekerasan seksual, paparan kekerasan melalui media sosial, serta kelemahan dalam bidang kesehatan, pendidikan, ekonomi, hukum dan adat istiadat. Aturan yang tidak sesuai atau merugikan setiap individu laki-laki atau perempuan, serta masuknya budaya asing yang tidak menghargai budaya Timur di Indonesia.
3. Faktor hubungan, mencakup lemahnya hubungan antara anak dan orang tua, konflik dalam keluarga, anak dari orang tua yang bercerai, hubungan dengan pelaku kejahatan atau kekerasan, serta keterlibatan dalam geng atau kelompok kriminalitas tertentu.

Menurut (WHO, 2017), kelompok atau individu yang rentan terhadap kekerasan seksual meliputi:

1. Perempuan memiliki risiko lebih tinggi menjadi korban kekerasan seksual.
2. Anak-anak dan remaja, khususnya di bawah usia 15 tahun, rentan menjadi korban kekerasan seksual.
3. Kelompok ekonomi rendah rentan karena kurangnya pengawasan dari orang tua.
4. Perempuan dengan tingkat pendidikan rendah lebih rentan mengalami kekerasan seksual, serta perempuan dengan pendidikan tinggi cenderung lebih mampu melindungi diri dari kekerasan seksual karena sudah dibekali ilmu bela diri.
5. Lingkungan yang telah terpapar pekerja seks komersial, seperti tinggal atau bekerja di lingkungan seks komersial tersebut dapat meningkatkan kerentanan untuk menjadi korban kekerasan seksual.

6. Saya harap ini membantu! Jika ada pertanyaan lebih lanjut, jangan ragu untuk bertanya.

Dampak kekerasan seksual

Dampak dari kekerasan seksual dapat dikategorikan ke dalam tiga bidang utama yaitu dampak fisik, psikologis, dan sosial. Dampak fisik meliputi cedera, luka, bahkan kerusakan pada organ seksual, serta risiko kehamilan dan penyakit menular seksual pada perempuan. Dampak psikologis mencakup perasaan curiga, trauma dan ketakutan terhadap orang lain dan lingkungan tertentu. Sementara dampak sosial terjadi akibat stigma dan diskriminasi yang membuat korban ingin mengisolasi diri, merasa rendah diri, tidak berharga, dan tidak pantas untuk berinteraksi sosial, yang bisa memicu pikiran untuk melakukan tindakan bunuh diri (UNESCO, 2014).

Menurut WHO 2017, Dampak dari kekerasan seksual dapat dikelompokkan ke dalam tiga kategori utama, yaitu:

1. Dampak Fisik:

- a. Kehamilan yang tidak diinginkan dan tekanan selama kehamilan, terutama pada usia muda, dapat menyebabkan masalah kesehatan reproduksi.
- b. Peningkatan risiko penularan penyakit menular seksual dan cacat fisik akibat kekerasan.

2. Dampak Psikologis:

- a. Munculnya depresi atau stres pascatrauma.
- b. Kesulitan tidur, penurunan harga diri, keluhan somatik, dan penyalahgunaan obat terlarang dan alkohol akibat depresi.

3. Dampak Sosial:

- a. Hambatan dalam interaksi sosial, seperti pengucilan dan perasaan tidak pantas.
- b. Masalah rumah tangga, termasuk pernikahan paksa seperti perjodohan dan perceraian.

Pendekatan Terapeutik

Komunikasi terapeutik adalah jenis komunikasi yang direncanakan dan bertujuan untuk terapi, dengan tujuan membangun hubungan

kepercayaan antara petugas kesehatan dan pasien agar pasien dapat mengatasi stres dan gangguan psikologis, serta korban kekerasan dapat merasa lega dan nyaman, yang pada akhirnya mempercepat proses penyembuhan dari korban kekerasan seksual. Komunikasi ini sangat penting dan didesain secara sistematis dengan fokus pada kesembuhan pasien. Seluruh perilaku dan pesan dari petugas kesehatan harus memiliki tujuan terapeutik. Komunikasi terapeutik bukan hanya tentang tindakan petugas kesehatan, tetapi juga tentang cara petugas kesehatan berkomunikasi dengan pasien dan membangun hubungan saling membantu dan saling percaya. Hubungan terapeutik antara pasien dan petugas kesehatan merupakan pengalaman belajar bersama dan membantu memperbaiki emosi pasien. Komunikasi terapeutik harus berjalan secara efektif antara pasien dan petugas kesehatan dengan saling menghargai dan saling percaya. Proses ini harus direncanakan, berfokus pada pasien, dan dipimpin oleh seorang petugas kesehatan profesional.

Komunikasi terapeutik mengembangkan hubungan interpersonal antara pasien dan petugas kesehatan, sehingga petugas kesehatan harus memiliki keterampilan khusus dan memperhatikan setiap interaksi dan perilaku nonverbal. Kelemahan dalam komunikasi merupakan masalah serius bagi petugas kesehatan dan pasien. Salah satu hal yang mendukung kesembuhan pasien adalah mendengarkan keluhan pasien, memberikan empati, edukasi, dan pelayanan yang ramah. Komunikasi terapeutik yang baik memberikan kepuasan tersendiri bagi pasien dan mempengaruhi kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit secara keseluruhan. Menurut Stuart G.W, 2009, Komunikasi terapeutik adalah keterlibatan antara seorang psikolog atau petugas kesehatan dan korban kekerasan seksual yang bertujuan untuk memberikan pengalaman belajar bersama guna membantu memperbaiki pengalaman emosional korban.

Menurut (Suryani, 2005) Pendekatan pendampingan dalam komunikasi terapeutik membantu korban kekerasan seksual dalam proses penyembuhan pasca kejadian dengan pencarian kembali identitas mereka.

Menurut (Stuart G.W, 2009), Fungsi komunikasi terapeutik meliputi:

1. Membantu klien untuk menjadi lebih mandiri dan percaya diri dengan mengenali dan menerima diri sendiri serta memiliki rasa hormat terhadap dirinya sendiri.
2. Membantu klien memahami identitas diri mereka dengan jelas dan memiliki integritas yang kuat.
3. Membantu klien dalam membangun hubungan interpersonal yang erat dan saling membutuhkan, serta merasakan kasih sayang.
4. Meningkatkan kesejahteraan klien dengan membantu klien meningkatkan kemampuan untuk memenuhi kebutuhan mereka dan mencapai tujuan pribadi yang realistis serta lebih berani untuk melapor jika hal serupa terjadi kembali.

Komunikasi Terapeutik memiliki peran penting dalam menangani pasien yang mengalami kekerasan seksual, terutama dalam kasus kekerasan seksual yang berkaitan dengan kesehatan. Komunikasi harus mengikuti prinsip-prinsip yang berlaku dan merupakan bagian dari upaya terapeutik, yang mencakup pertolongan, perawatan, penyembuhan, dan edukasi terhadap korban kekerasan seksual. Kolaborasi dalam komunikasi terapeutik terjadi antara perawat, dokter, Psikolog dan pasien secara profesional, bermoral, dan bertanggung jawab. Komunikasi terapeutik melibatkan berbagai isu penting, seperti diagnosa penyakit, manfaat tindakan medis, urgensi tindakan tersebut, risiko dan komplikasi yang mungkin timbul, prosedur alternatif yang dapat dilakukan, konsekuensi dari tidak melakukan tindakan medis, prognosis penyakit, serta dampak dan hasil dari tindakan medis yang telah diberikan kepada korban kekerasan seksual.

Menurut (Suryani, 2005), Tahapan komunikasi terapeutik meliputi:

1. Tahap persiapan, yang melibatkan identifikasi secara mendalam meliputi kelebihan dan kekurangan serta perencanaan strategi untuk pertemuan pertama dengan korban kekerasan seksual.
2. Tahap pengenalan, bertujuan untuk membangun saling percaya antara petugas dan pasien, menggali isi pikiran dari korban kekerasan seksual, dan merumuskan tujuan.

3. Tahap kerja sama, melibatkan kerjasama antara psikolog dan korban untuk mengatasi masalah yang dihadapi bersama korban.
4. Tahap terminasi, melibatkan evaluasi interaksi dan perencanaan untuk pertemuan selanjutnya evaluasi setiap sesi pertemuan dengan korban.

Menurut (Kubler dan Ross, 1998) Dalam buku "*On Death and Dying*," terdapat lima tahap pemulihan kesedihan, yang dikenal sebagai "*The 5 stages of grief*":

1. Penyangkalan korban kekerasan Merasa tidak percaya terhadap apa yang terjadi, berfungsi sebagai penahan setelah menerima berita mengejutkan
2. Kemarahan Merasa marah terhadap peristiwa tersebut, bertentangan dengan penyangkalan.
3. Penawaran Melakukan hal yang kurang rasional agar tidak mengalami hal yang sama.
4. Kesedihan atau Depresi Misalnya, kehilangan gairah hidup.
5. Penerimaan korban kekerasan mulai menerima secara intelektual dan emosional apa yang terjadi, perkembangan hidup menjadi lebih positif.

Pandangan (Mendatu, 2010) menjelaskan bahwa Peristiwa traumatik dapat diklasifikasikan ke dalam tiga tingkatan atau jenis berdasarkan keterlibatan seseorang dalam peristiwa tersebut:

1. Trauma Impersonal, peristiwa traumatik yang tidak melibatkan hubungan emosional dengan individu lain, seperti bencana alam atau kecelakaan.
2. Trauma Interpersonal, peristiwa traumatik yang melibatkan hubungan emosional karena melibatkan diri sendiri atau orang-orang terdekat.
3. Trauma Kelekatan, jenis trauma yang paling melibatkan hubungan emosional, sering terjadi saat masa anak-anak.

Dari pengalaman yang ada, langkah-langkah untuk menangani tindak kekerasan seksual harus mencakup hal-hal berikut ini:

1. Meningkatkan kesadaran korban tentang hak dan kewajiban hukum mereka melalui pelatihan dan pendampingan hukum.
2. Meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya upaya untuk mengatasi kekerasan seksual, baik secara individu, sosial, maupun institusional.
3. Meningkatkan kesadaran penegak hukum untuk bertindak cepat dalam menanggulangi kekerasan seksual terutama terhadap perempuan dan anak.
4. Memberikan bantuan dan konseling kepada korban kekerasan seksual perempuan dan anak.
5. Melakukan kampanye anti kekerasan seksual terhadap perempuan dan anak secara sistematis dan didukung oleh jaringan yang kuat dan bekerja sama dengan lintas sektor.
6. Melakukan pembaharuan hukum khusus untuk melindungi korban kekerasan terhadap perempuan, anak-anak, dan kelompok yang rentan terhadap pelanggaran HAM.
7. Melakukan pembaharuan sistem pelayanan kesehatan yang mendukung untuk menanggulangi kekerasan terhadap perempuan dan anak.
8. Perlindungan sosial, ekonomi, dan hukum bagi anak-anak harus dilakukan oleh semua pihak, termasuk masyarakat dan negara.
9. Membentuk lembaga yang menyediakan bantuan bagi korban kekerasan khususnya perempuan dan anak dalam bentuk konsultasi, perawatan medis, dan psikologis secara gratis.
10. Mengajak media massa untuk lebih memperhatikan pemberitaan tentang tindak kekerasan seksual terhadap perempuan dan anak serta memberikan edukasi kepada publik tentang hak asasi perempuan dan anak-anak (Sada, 2022).

Penanganan kekerasan seksual juga merujuk pada Prinsip-prinsip Dasar dan Pedoman tentang Hak untuk Memperoleh Penghiburan dan Reparasi bagi Korban Pelanggaran Berat Terhadap Hukum Hak Asasi Manusia Internasional dan Pelanggaran Serius Terhadap Hukum Humaniter Internasional yang diadopsi oleh Majelis Umum PBB. Dokumen ini menyatakan bahwa penanganan pemulihan dan reparasi kekerasan seksual mencakup beberapa hak, yaitu:

1. Restitusi, usaha untuk mengembalikan korban ke kondisi sebelum pelanggaran terhadap hak asasi manusia dan memperbaiki situasi yang ada sejauh mungkin.
2. Kompensasi, mencakup ganti rugi untuk kerugian ekonomi yang dapat diidentifikasi yang timbul akibat pelanggaran hak asasi manusia, seperti kerusakan fisik dan mental, kesakitan, penderitaan, kehilangan kesempatan pendidikan, biaya medis, dan rehabilitasi.
3. Rehabilitasi, meliputi layanan hukum, psikologis, medis, dan layanan lainnya serta tindakan untuk memulihkan martabat dan reputasi korban.
4. Jaminan kepuasan dan pencegahan ulangan pelanggaran terhadap korban.

Daftar Pustaka

- Hilmi, M. F. (2019). *Kekerasan Seksual dalam Hukum Internasional. Jurist-Diction*, 2(6), 2199. <https://doi.org/10.20473/jd.v2i6.15949>.
- Hollander, J. A. (2016). *The importance of self-defense training for sexual violence prevention. Feminism & Psychology*, 26(2), 207–226. <https://doi.org/10.1177/0959353516637393>.
- Kubler – Ross, E. (1998). *On Death and Dying*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- McMahon, S., Burnham, J., & Banyard, V. L. (2020). *Bystander Intervention as a Prevention Strategy for Campus Sexual Violence: Perceptions of Historically Minoritized College Students. Prevention Science*, 21(6), 795–806. <https://doi.org/10.1007/s11121-020-01134-2>.
- Mendatu. (2010). *Pemulihan Trauma : Strategi Penyembuhan Trauma Untuk Diri Sendiri, Anak, dan Orang Lain di Sekitar Anda*. Yogyakarta: Panduan.
- Rossetto, K. R., & Tollison, A. C. (2017). *Feminist agency, sexual scripts, and sexual violence: Developing a model for postgendered family communication. Family Relations*, 66(1), 61– 74. <https://doi.org/10.1111/fare.12232>.
- Sada, Y. M. (2022). *Pengaruh Literasi Keuangan, Gaya Hidup Dan Lingkungan Sosial Terhadap Perilaku Keuangan Mahasiswa. jurnal literasi akuntansi*. 2(2), 86-99.
- Stuart G.W. (2009). (dalam Nasir, Muhith dkk.:143).
- Suryani. (2005). *Komunikasi Terapeutik : teori dan praktik*. Jakarta : EGC.
- Undang-Undang No 35 tahun 2014. (2014). *Undang-Undang No 35 tahun 2014 Tentang Perlindungan anak. Cell*, 3(4), 1–15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biochi.2015.03.025><http://dx.doi.org/10.1038/nature10402><http://dx.doi.org/10.1038/nature21059>

p://journal.sta inkudus.ac.id/index.php/equili.

UNESCO. (2014). *Roadmap For Implementing The Global Action Programme On Education For Sustainable Development*. Paris: United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (UNESCO).

UNICEF. (2014). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*. New York: United Nations Children"s Fund.

WHO. (2017). *Build awareness of the need for a health systems response to violence against women. Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259489/978924.

William and Wilkins. (2014). *ACSM's Resource Manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. American College of Sport Medicine.

World Health Organization. (2017). *Mental disorders fact sheets*. World Health Organization.
http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/ - Diakses Januari 2018.

Hilmi, M. F. (2019). *Kekerasan Seksual dalam Hukum Internasional*. *Jurist-Diction*, 2(6), 2199. *https://doi.org/10.20473/jd.v2i6.15949.*

Hollander, J. A. (2016). *The importance of self-defense training for sexual violence prevention*. *Feminism & Psychology*, 26(2), 207–226. *https://doi.org/10.1177/0959353516637393.*

Kubler – Ross, E. (1998). *On Death and Dying*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.

McMahon, S., Burnham, J., & Banyard, V. L. (2020). *Bystander Intervention as a Prevention Strategy for Campus Sexual Violence: Perceptions of Historically Minoritized College Students*. *Prevention Science*, 21(6), 795–806. *https://doi.org/10.1007/s11121-020-01134-2.*

- Mendatu. (2010). *Pemulihan Trauma : Strategi Penyembuhan Trauma Untuk Diri Sendiri, Anak, dan Orang Lain di Sekitar Anda*. Yogyakarta: Panduan.
- Rossetto, K. R., & Tollison, A. C. (2017). *Feminist agency, sexual scripts, and sexual violence: Developing a model for postgendered family communication*. *Family Relations*, 66(1), 61– 74. <https://doi.org/10.1111/fare.12232>.
- Sada, Y. M. (2022). *Pengaruh Literasi Keuangan, Gaya Hidup Dan Lingkungan Sosial Terhadap Perilaku Keuangan Mahasiswa*. *jurnal literasi akuntansi*. 2(2), 86-99.
- Stuart G.W. (2009). (dalam Nasir, Muhith dkk.:143).
- Suryani. (2005). *Komunikasi Terapeutik : teori dan praktik*. Jakarta : EGC.
- Undang-Undang No 35 tahun 2014. (2014). *Undang-Undang No 35 tahun 2014 Tentang Perlindungan anak*. *Cell*, 3(4), 1–15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.biochi.2015.03.025><http://dx.doi.org/10.1038/nature10402><http://dx.doi.org/10.1038/nature21059><http://journal.sta inkudus.ac.id/index.php/equili>.
- UNESCO. (2014). *Roadmap For Implementing The Global Action Programme On Education For Sustainable Development*. Paris: United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization (UNESCO).
- UNICEF. (2014). *Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children*. New York: United Nations Children"s Fund.
- WHO. (2017). *Build awareness of the need for a health systems response to violence against women. Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate partner violence or sexual violence*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259489/978924>.
- William and Wilkins. (2014). *ACSM's Resource Manual for Guidelines*

for Exercise Testing and Prescription. American College of Sport Medicine.

World Health Organization. (2017). *Mental disorders fact sheets. World Health Organization.*
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/> - Diakses Januari 2018.

PROFIL PENULIS



Apriliana Pipin, S.Tr.Keb., M.Kes.

Penulis lahir pada tanggal 23 April 1993 di Riam Tapang, Kalimantan Barat. Penulis menempuh pendidikan di SD Negeri 04 Riam Tapang (2000-2006), SMP Panca Setya 2 Sintang Kalimantan Barat (2006-2008), dan SMA Panca Setya Sintang Kalimantan Barat (2008-2011). Penulis melanjutkan Perguruan Tinggi di Program Studi DIII Kebidanan STIK Sint Carolus Jakarta, kemudian melanjutkan Studi di Program Studi DIV Bidan Pendidik di STIKes Karya Husada Semarang, dan Penulis melanjutkan Pendidikan ke jenjang Pascasarjana di Universitas Respati Indonesia Bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan yang diambil penulis adalah kesehatan Reproduksi.

Selama menjadi mahasiswa, penulis aktif dalam kegiatan non-akademik sebagai anggota HIMA dan UKM bidang seni tari, Selain itu penulis juga merupakan salah satu relawan di Kementerian Sosial RI yang berfokus pada Korban bencana Sosial di Direktorat Perlindungan Sosial Korban Bencana Sosial (PSKBS). Pengalaman penulis di lapangan berjumpa langsung dengan masyarakat selama praktik banyak menemukan kasus yang berkaitan dengan kesehatan Reproduksi. Penulis berharap dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara terutama bagi para korban tindak kekerasan Seksual.

Email Penulis: aprilianapipin23@gmail.com

BAB 12

TEKNOLOGI REPRODUKSI

Ns. Elfrida Simamora, S. Kep., M. Kep., Sp.Kep.M.
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Sejarah dan Konsep *In Vitro Fertilization* (IVF)

Adanya ketersediaan teknologi reproduksi secara luas telah dalam hal pengobatan infertilitas, membuat kehamilan yang sebelumnya tidak mungkin menjadi mungkin dapat diterapi. Terapi yang paling sering diterapkan adalah *in vitro fertilization* (IVF) (Heffner dan Schust, 2008) dimana sel telur matang dikumpulkan (diambil) dari ovarium dan dibuahi oleh sperma di laboratorium selama 2-5 hari, selanjutnya sekelompok embrio yang dipilih, dipindahkan ke dalam rahim. Terkadang langkah-langkah ini dipecah menjadi beberapa bagian dan prosesnya bisa memakan waktu lebih lama. *In vitro fertilization* (IVF) telah dimulai sejak akhir tahun 1970-an. Pada tanggal 25 Juli 1978, “bayi tabung pertama” bernama Louis Brwon lahir, saat itu Robert Edwards dan Patrick Steptoe berkolaborasi dalam prosedur ini dan dianggap sebagai pionir *in vitro fertilization* (IVF). Pada tahun 2010, Robert Edwards menerima Hadiah Nobel Kedokteran untuk pengembangan *in vitro fertilization*. Pada bulan Juli 2013, pasangan Amerika melahirkan bayi pertama melalui *in vitro fertilization* (IVF) (Xolmurodovich & Abduvoxidovna, 2021).

Teknik bayi tabung atau *in vitro fertilization* (IVF) merupakan suatu teknik membuahi sel telur di luar tubuh calon ibu. Pada teknik ini, sel telur yang telah diambil dari ovarium akan dibuahi oleh sperma yang telah disiapkan di laboratorium. Selanjutnya, setelah proses

fertilisasi selesai, embrio yang sudah terbentuk (stadium 4-8 sel) ditransfer ke dalam rahim ibu dan diharapkan embrio tersebut akan berkembang dan tumbuh selayaknya fertilisasi secara alami. Berikut serangkaian tahapan dalam *in vitro fertilization* (IVF) pada umumnya antara lain (RSCM Kencana, 2023):

1. Persiapan pasien
2. Stimulasi ovarium
3. Pengambilan sel telur
4. Inseminasi dan kultur embrio
5. Transfer embrio yang dilakukan pada hari ketiga atau lima setelah pengambilan sel telur, dan
6. Tes kehamilan.

In Vitro Fertilization (IVF) Konvensional & Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICSI)

Saat ini teknik bayi tabung atau *in vitro fertilization in vitro fertilization* yang banyak diaplikasikan adalah *in vitro fertilization* (IVF) konvensional dan IVF-ICSI (suntikan sperma intra sitoplasma atau *Intra Cytoplasmic Sperm Injection* (ICSI). Pada teknik IVF konvensional, satu sel telur diinseminasikan dengan 50 ribu hingga 100 ribu sperma di dalam cawan dengan tujuan satu sperma yang baik akan masuk ke dalam satu sel telur dan selanjutnya mengalami fertilisasi atau pembuahan sehingga berkembang menjadi embrio. Berbeda halnya dengan *intra cytoplasmic sperm injection* (ICSI) yakni satu sperma disuntikkan ke dalam satu sel telur supaya terjadi pembuahan. Adapun teknik ICSI dilakukan apabila sperma tidak dapat masuk ke dalam sel telur dengan kekuatannya sendiri seperti jumlah sperma yang hidup sangat sedikit atau sperma memiliki kualitas yang buruk). Infertilitas yang dialami oleh faktor suami dapat ditangani hampir semuanya dengan ICSI. Selain itu, ICSI juga dapat diterapkan untuk memaksimalkan terbentuknya embrio (RSCM Kencana, 2023).

Dalam beberapa kasus, pembuahan tidak akan terjadi ketika sel telur dan sperma ditempatkan bersama di dalam cawan laboratorium. Menyuntikkan sperma ke setiap sel telur atau suntikan sperma intra sitoplasma atau *intra cytoplasmic sperm injection* (ICSI) dapat

membantu terjadinya fertilisasi. Berikut hal-hal yang perlu diperhatikan dengan teknik *intra cytoplasmic sperm injection* (ICSI) antara lain:

1. *Intra cytoplasmic sperm injection* (ICSI) tidak menjamin pembuahan normal.
2. Mungkin terdapat peningkatan risiko masalah genetik pada anak yang lahir dari *intra cytoplasmic sperm injection* (ICSI).
3. *Intra cytoplasmic sperm injection* (ICSI) tidak akan memperbaiki kerusakan apa pun pada sel telur.

Intra cytoplasmic sperm injection (ICSI) melibatkan injeksi langsung satu sperma ke bagian dalam sel telur menggunakan jarum kaca yang sangat tipis. Hal ini memungkinkan sperma memasuki sel telur tanpa harus menembus cangkang di sekitar sel telur (zona pelusida). Agar bisa berfungsi dengan baik sperma harus sehat, dan sel telur harus matang. *Intra cytoplasmic sperm injection* (ICSI) adalah pilihan yang baik ketika jumlah, pergerakan, atau kualitas sperma buruk. ICSI mungkin dikaitkan dengan risiko cacat lahir yang sedikit lebih tinggi. Sulit untuk mengetahui apakah peningkatan risiko ini disebabkan oleh prosedur ICSI itu sendiri atau karena cacat pada sperma. Risiko terjadinya cacat lahir setelah ICSI masih cukup kecil (4,2% dibandingkan 3% pada anak yang dikandung secara alami). Para ahli masih memperdebatkan dampak ICSI terhadap perkembangan mental dan fisik anak. Penelitian terbaru tidak menemukan adanya perbedaan dalam perkembangan anak yang lahir setelah ICSI, IVF teratur, atau konsepsi alami.

Anak-anak yang dikandung melalui ICSI memiliki sedikit lebih banyak masalah dengan kromosom seks mereka (kromosom X dan Y) dibandingkan anak-anak yang dikandung melalui IVF saja, namun hanya dengan selisih yang sangat kecil (0,8% hingga 1,0% untuk kehamilan ICSI dibandingkan dengan 0,2% untuk kehamilan bayi tabung atau IVF). Alasan perbedaannya tidak jelas. Hal ini mungkin disebabkan oleh prosedur ICSI itu sendiri, atau oleh pihak ayah. Pria dengan masalah sperma seperti jumlah sperma yang sangat rendah dan motilitas yang rendah lebih mungkin memiliki kelainan genetik. Seringkali mereka menghasilkan sperma dengan kromosom

abnormal, terutama dengan kromosom seks abnormal (X dan Y). Jika sperma dengan kromosom abnormal menghasilkan kehamilan, kemungkinan besar kehamilan tersebut akan membawa cacat yang sama. Beberapa pria dengan jumlah sperma yang sangat rendah atau tanpa sperma mengalami sedikit penghapusan pada kromosom Y mereka sehingga menyebabkan translokasi (penyusunan ulang kromosom yang dapat menyebabkan keguguran atau cacat lahir) mungkin lebih sering terjadi setelah ICSI (*Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine*, 2008).

Indikasi *In Vitro Fertilization* (IVF)

Teknik bayi tabung diterapkan pada pasangan yang tidak bisa memiliki seorang anak dengan cara yang alamiah yang disebabkan oleh (RSCM Kencana, 2023):

1. Faktor Suami

Faktor suami ini melingkupi oligozoospermia (jumlah sperma yang sedikit); teratozoospermia (kualitas dan morfologi sperma yang kurang baik); serta azoospermia (ketidak adanya sperma dalam cairan ejakulasi tetapi kemungkinan ada sperma hidup di dalam epididimis atau testis).

2. Faktor Istri

Berikut yang merupakan hal-hal yang disebabkan oleh faktor istri antara lain adanya sumbatan atau kerusakan saluran indung telur; perlengketan pelvis yang meluas; endometriosis sedang hingga berat; serta gangguan ovulasi atau pematangan sel telur.

Obat-Obatan *In Vitro Fertilization* (IVF)

Keberhasilan bayi tabung atau IVF sangat bergantung pada pertumbuhan beberapa sel telur sekaligus. Suntikan hormon alami FSH dan/atau LH (gonadotropin) digunakan untuk tujuan ini. Obat lain digunakan untuk mencegah ovulasi terjadi terlalu cepat. Terkadang ovarium merespons terlalu kuat dan terkadang tidak cukup. Berikut beberapa obat yang biasa digunakan dalam siklus bayi tabung antara lain (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2024):

1. Gonadotropin

Gonadotropin atau obat kesuburan adalah hormon alami yang membantu ovarium menumbuhkan beberapa sel telur (oosit) sekaligus selama 8 hari atau lebih. Suntikan ini dapat diberikan tepat di bawah kulit atau langsung ke otot. Dalam kasus yang jarang terjadi, mungkin timbul reaksi alergi. Beberapa wanita mengalami rasa kembung atau sedikit rasa tidak nyaman saat indung telur sedikit membesar. Sekitar 1% wanita akan mengembangkan sindrom hiperstimulasi ovarium (OHSS) yang merupakan risiko dari penggunaan obat tersebut. Efek samping lainnya dapat berupa sakit kepala, penambahan berat badan, rasa lelah, perubahan suasana hati, mual, atau penggumpalan pada pembuluh darah. Obat-obatannya seperti Follistim, Gonal-F, Menopur, Bravelle, dan HCG dosis rendah atau *human chorionic gonadotropin*.

2. GnRH agonis

Contoh obat *GnRH agonis* adalah leuprolide asetat. Obat ini berbentuk suntikan dan terdapat dua bentuk obat yang salah satunya adalah bentuk short-acting yang perlu disuntikkan setiap hari, dan yang lainnya adalah bentuk long-acting yang bertahan selama 1-3 bulan. Leuprolide sering diberikan untuk membantu mencegah pelepasan sel telur (melalui ovulasi) sebelum dapat diambil. Leuprolide juga dapat digunakan untuk memulai pertumbuhan telur atau memicu tahap akhir pertumbuhannya. Leuprolide disetujui oleh FDA (Badan Pengawas Obat dan Makanan Amerika Serikat atau *U.S. food and drug administration*), namun tidak disetujui untuk digunakan dalam bayi tabung atau IVF. Namun, karena telah diteliti pada pasien IVF, maka obat ini telah digunakan dalam IVF selama lebih dari 20 tahun. Leuprolide dapat menyebabkan beberapa efek samping termasuk hot flashes, kekeringan pada vagina, mual, sakit kepala, dan nyeri otot. Penggunaan jangka panjang dapat menyebabkan pengeroposan pada tulang. Bila Leuprolide diberikan pada satu siklus setelah terjadi ovulasi, sebaiknya gunakan kondom untuk kontrasepsi pada bulan tersebut. Leuprolide belum dikaitkan dengan cacat lahir apa pun, namun harus dihentikan jika pasien mengalami kehamilan.

3. *GnRH antagonis*

Contoh obat ini adalah ganirelix asetat atau cetrorelix asetat. Obat ini digunakan untuk mencegah ovulasi dini. Efek sampingnya mungkin termasuk sakit perut, sakit kepala, reaksi kulit saat suntikan diberikan, dan mual.

4. *Human Chorionic Gonadotropin (HCG)*

Contoh terapi hormon ini adalah Profasi, Novarel, Pregnyl, dan Ovidrel. *Human Chorionic Gonadotropin* (HCG) adalah hormon alami yang digunakan dalam bayi tabung atau IVF untuk membantu sel telur menjadi matang dan siap dipanen serta dibuahi. Obat ini harus diminum pada waktu yang tepat untuk mengambil sel telur yang matang. Efek sampingnya bisa berupa nyeri payudara, kembung, dan nyeri panggul.

5. *Progesteron (P4) & Estadiol (E2)*

Kedua hormon ini biasanya diproduksi oleh ovarium setelah ovulasi. Pada beberapa wanita setelah pengambilan sel telur (OPU), ovarium tidak akan memproduksi cukup hormon tersebut untuk mendukung kehamilan. Terapi ini membantu meningkatkan peluang untuk hamil. Progesteron dapat diberikan sebagai suntikan intramuskular (IM) setiap hari (suntikan ke otot paling sering di pinggul). Selain itu, dapat dilakukan dengan memasukkan supositoria (contoh: Endometrin, Crinone, Prochieve, Prometrium) langsung ke dalam vagina sebanyak tiga kali sehari setelah pengambilan sel telur. Progesteron sering kali dilanjutkan selama beberapa minggu setelah pasien dinyatakan hamil. Progesteron belum terbukti menyebabkan cacat lahir. Efek samping progesteron dapat berupa depresi, mengantuk, atau reaksi alergi. Estradiol dapat diminum dalam bentuk pil, suntikan intramuscular (IM), atau supositoria melalui vagina. Efek samping estradiol antara lain mual, iritasi pada tempat suntikan, dan risiko penggumpalan darah atau stroke.

6. *Pil Kontrasepsi Oral (Pil KB)*

Dokter biasanya akan meminta pasien untuk meminum pil KB selama 2 hingga 4 minggu sebelum memulai penyuntikkan stimulasi hormon. Hal tersebut dilakukan dengan tujuan untuk memperlambat produksi hormon atau menjadwalkan siklus

pengobatan. Efek samping yang ditimbulkan meliputi pendarahan, sakit kepala, nyeri payudara, mual, dan bengkak. Ada juga risiko penggumpalan darah atau, yang sangat jarang seperti stroke.

7. *Growth Hormone* atau Hormon Pertumbuhan

Obat ini digunakan dalam beberapa rejimen dengan harapan dapat meningkatkan kualitas embrio.

8. Testosteron atau DHEA

Obat ini digunakan dalam beberapa pengobatan dengan harapan dapat meningkatkan jumlah sel telur yang tumbuh. Sediaan obat ini dalam bentuk pil, atau krim, selanjutnya diberikan selama satu sampai tiga bulan sebelum stimulasi ovarium dimulai.

9. *Clomid* atau *Letrozole*

Obat-obatan ini digunakan dalam beberapa pengobatan untuk meningkatkan jumlah sel telur yang tumbuh atau mengurangi tingkat estrogen dalam aliran darah. Efek samping jangka pendek pada beberapa wanita termasuk sakit kepala, *hot flashes*, atau peningkatan *mood*.

10. Koenzim Q10

Obat ini sering direkomendasikan untuk meningkatkan kualitas sel telur dan diminum selama satu sampai tiga bulan sebelum stimulasi ovarium dimulai.

Pemeriksaan yang Dilakukan Sebelum Memasuki Program *In Vitro Fertilization* (IVF)

1. Pemeriksaan Terhadap Suami

Pemeriksaan yang dilakukan terhadap suami kemungkinan adanya infeksi virus seperti Hepatitis B & C; serta *human immunodeficiency virus* (HIV). Selanjutnya, Analisa semen yang bertujuan untuk mengetahui jumlah, kualitas, pergerakan, dan morfologi sperma. Terakhir pemeriksaan hormon reproduksi yang ditujukan pada suami dengan oligozoospermia berat atau azoospermia (jumlah sperma yang sedikit).

2. Pemeriksaan Terhadap Istri

Adapun pemeriksaan yang dilakukan pada istri antara lain pemeriksaan hormon reproduksi seperti *follicle stimulating*

hormone (FSH), *luteinizing hormone* (LH), *estradiol* (E2), prolaktin dan progesterone (P4). Selanjutnya, pemeriksaan terhadap kemungkinan adanya infeksi virus atau parasit antara lain *toxoplasma*, *rubella*, CMV, dan *herpes* (TORCH); mikroplasma; *Chlamydia*; Hepatitis B & C; dan *human immunodeficiency virus* (HIV). Pemeriksaan lain untuk melihat saluran indung telur dengan histerosalpingografi (HSG); USG; serta pemeriksaan terhadap kemungkinan adanya penyakit (seperti diabetes, gangguan fungsi hati, ginjal, dan kelenjar tiroid (RSCM Kencana, 2023).

Tahapan Program *In Vitro Fertilization* (IVF)

Berikut merupakan tahapan tahapan yang dapat dilakukan selama mengikuti proses program bayi tabung atau IVF dan tekniknya mungkin berbeda tergantung klinik atau rumah sakit masing masing (*Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine*, 2021):

1. Surat Pernyataan atau *Informed Consent*

Surat pernyataan atau *informed concent* dilakukan berkaitan dengan penggunaan obat-obatan serta prosedur teknik bayi tabung.

2. Tahap Persiapan

Berikut merupakan hal-hal yang dapat dilakukan dalam tahap persiapan mencakup:

- a. Konseling dengan konselor tim bayi tabung.
- b. Pemeriksaan dengan USG dan terhadap kadar hormon FSH basal yang dilakukan pada hari kedua siklus persiapan untuk menentukan dosis obat stimulasi ovarium. Pada momen ini, dokter akan memutuskan protocol stimulasi yang cocok untuk pasangan yakni *long protocol/GnRHagonist* atau *short protocol/antagonist*.
- c. Melakukan injeksi *GnRH agonist* ke dalam lemak dibawah kulit perut pada hari ke-21. Dalam 8-10 hari, penyuntikan hanya dilakukan sehari sekali dan selanjutnya dosis disesuaikan dan diberikan selama 10-14 hari kemudian. Jika wanita diatas usia 39 tahun serta memiliki FSH basal lebih dari 10 IU atau termasuk ke dalam *poor responder* (memiliki respon lemah),

maka protokol yang tepat dapat dilakukan *short protocol*. Penyuntikkan obat *GnRH antagonist* dimulai pada hari ke-6 stimulasi.

- d. Hari ke-21 siklus persiapan dapat dilakukan "*Mock embryo transfer*" untuk mengetahui panjang uterus dan jalan menuju ke uterus melalui serviks, sehingga pada saat dilakukan embrio transfer tidak mengalami hambatan.
- e. Pemeriksaan pada suami dapat dilakukan dengan SST atau *sperm survival test* dengan tujuan melihat berapa persen sperma suami yang mampu bertahan hidup sampai 24 jam.

3. Pengobatan Untuk Menstimulasi Ovarium

Pengobatan stimulasi ovarium ini bertujuan untuk menghasilkan banyak folikel yang mengandung sel telur dapat dimulai pada hari ke-2 siklus menstruasi dengan penyuntikkan obat stimulasi FSH atau rLH setiap hari selama 7 hingga 9 hari dengan dosis 150-160 IU. Dosis obat tersebut juga tergantung dari hasil pemeriksaan USG, kada FSH basal, serta usia wanita. Selain itu dilakukan penyuntikkan HCG yang dapat dilakukan apabila dua atau lebih dari folikel berdiameter lebih dari 20mm. Penyuntikkan HCG ini memiliki tujuan yakni untuk pematangan sel telur. Penyuntikkan HCG diberikan 36 jam sebelum pengambilan sel telur atau *ovum pick-up* (OPU).

4. Pemantauan Perkembangan Folikel dengan USG dan Pemeriksaan Hormon

Perkembangan sel telur dalam folikel dan folikel tumbuh di ovarium, apabila folikel berkembang dengan baik di ovarium, maka sel telur pun akan berkembang dengan baik pula. Folikel yang berkembang akan menghasilkan hormon estrogen. Perkembangan folikel ini dapat diobservasi dengan cara: 1) mengukur kadar estradiol (E2) yang dilakukan pada hari ke-6 sebanyak 3 hingga 4 kali; serta 2) pemeriksaan dengan ultrasonografi (USG) melalui vagina dengan tujuan mengetahui jumlah folikel dan mengukur diameter yang dimiliki oleh folikel tersebut. Adapun pemeriksaan dengan USG ini dapat dilakukan pada hari ke-6 sebanyak 4 hingga 5 kali.

5. Pengambilan Sel Telur dari Ovarium (OPU atau *Ovum Pick-Up*)

Ovum pick-up (OPU) atau pengambilan sel telur adalah metode dengan operasi bedah kecil sehari dengan cara pembiusan umum yang singkat. Proses pengambilan sel telur ini dilakukan dengan bantuan USG. Folikel yang tampak di layar ditusuk dengan jarum melalui vagina, selanjutnya dilakukan aspirasi atau penghisapan folikel. Cairan folikel yang berisi sel telur ditampung di dalam tabung, kemudian diperiksa dengan mikroskop untuk meyakinkan apakah sel telur telah ditemukan. Hal-hal yang perlu diperhatikan sebelum melakukan *ovum pick-up* antara lain: 1) pasien dianjurkan untuk puasa mulai tengah malam sebelum OPU; dan 2) tidak dianjurkan menggunakan *make up* dan parfum, karena hal tersebut dapat merusak kualitas sel-sel telur. Pada tahun 2011, penelitian menunjukkan bahwa mengumpulkan 15 sel telur dari ovarium dalam satu siklus memberikan peluang tertinggi untuk keberhasilan kehamilan.

Beberapa risiko yang dapat terjadi akibat tindakan *ovum pick-up* (OPU) antara lain:

a. Infeksi

Bakteri dari vagina dapat berpindah ke panggul atau ovarium melalui jarum. Hal tersebut dapat menyebabkan infeksi pada organ di sekitarnya. Angka kejadian infeksi setelah pengambilan sel telur sangat kecil (kurang dari 0,1%). Jika pasien terkena infeksi, pasien mungkin diberikan antibiotik. Infeksi parah terkadang memerlukan pembedahan untuk mengangkat jaringan yang terinfeksi. Infeksi dapat mengurangi peluang pasien untuk hamil di masa depan. Antibiotik dapat digunakan sebelum pengambilan sel telur untuk membantu mengurangi kemungkinan infeksi. Namun, tidak ada cara untuk menghilangkan risiko sepenuhnya.

b. *Bleeding* atau Perdarahan

Penggunaan jarum yang melewati dinding vagina dan masuk ke ovarium untuk mengambil sel telur. Kedua struktur tersebut mengandung pembuluh darah dan terdapat juga pembuluh darah lain di dekatnya. Hal ini berarti sejumlah kecil darah mungkin hilang saat mengeluarkan telur. Risiko perdarahan

sekitar <0,1%. Pendarahan besar mungkin memerlukan pembedahan untuk menghentikannya dan dapat mengakibatkan pengangkatan ovarium. Transfusi darah jarang diperlukan. Jika pendarahan terjadi dan tidak diperhatikan (juga jarang terjadi), dapat menyebabkan kematian.

c. Trauma

Bahkan dengan panduan USG, organ disekitarnya bisa rusak termasuk kerusakan pada usus, kandung kemih, ureter, dan ovarium. Dalam beberapa kasus, organ yang rusak mungkin perlu diperbaiki atau diangkat melalui pembedahan. Meski begitu, risiko kerusakan saat pengambilan telur sangat rendah.

d. Anestesi

Penggunaan anestesi saat mengeluarkan telur dapat menyebabkan reaksi alergi atau tekanan darah rendah. Hal ini juga dapat menyebabkan mual atau muntah. Dalam kasus yang jarang terjadi, penggunaan anestesi dapat mengakibatkan kematian.

e. Kegagalan

Terkadang tidak ada telur yang ditemukan selama proses pengambilan. Dalam kasus yang lain telurnya tidak normal, atau kualitasnya buruk. Situasi ini dapat menghalangi pasien untuk mencapai keberhasilan dalam kehamilan (*Centers for Disease Control and Prevention, 2024*).

6. Pengambilan Sampel Sperma

Tindakan pengambilan sampel sperma ini dilakukan pada saat *ovum pick-up* (OPU). Sperma diperoleh dari cairan ejakulasi dengan cara masturbasi, diambil dari *epididymis* (MESA) atau dari *biopsy testis* (TESE). Sperma juga dapat diperoleh dari pencairan atau *thawing* semen yang sudah dibekukan sebelumnya. Hal tersebut dilakukan suami bila suami mengalami kesulitan dalam melakukan masturbasi atau tidak dapat hadir pada saat OPU.

7. Pembuahan atau Fertilisasi dan Kultur Embrio

Perkembangan embrio biasanya berlangsung sesuai jadwal berikut: 1) Hari ke-1: Ini adalah hari dimana sel telur dan sperma bertemu, dan dapat memeriksa tanda-tanda pembuahan. Pada tahap ini, sel telur yang dibuahi secara normal masih berupa sel

tunggal dengan 2 inti yang disebut 2PN atau zigot. 2) Hari ke-2: Embrio normal akan membelah menjadi 2 hingga 4 sel. 3) Hari ke-3: Embrio yang berkembang secara normal akan terus membelah dan mengandung 4 hingga 8 sel. 4) Hari ke-4: Sel-sel embrio mulai menyatu membentuk bola sel padat yang disebut morula (dinamakan demikian karena bentuknya seperti *mulberry*). 5) Hari ke-5: Embrio normal kini memiliki 100 sel atau lebih dan disebut blastokista, dan ia memiliki rongga bagian dalam berisi cairan dan sekelompok kecil sel di bagian dalam yang disebut massa sel bagian dalam.

Sel telur dan sperma yang telah siap, maka dilakukan inseminasi atau *intra cytoplasmic sperm injection* (ICSI). Pada teknik *in vitro fertilization* (IVF) konvensional, satu sel telur dicampur atau diinseminasi dengan ± 100 ribu sperma yang telah diproses. Inseminasi dilakukan pada cawan petri. Proses IVF-ICSI, satu sperma disuntikkan ke dalam satu sel telur. Sebelum ICSI, sel telur dilepaskan dari kumulusnya. Sel telur yang dicampur atau disuntikkan sperma selanjutnya diinkubasi. Pada hari berikutnya atau satu hari kemudian, sel telur yang telah diinkubasi diperiksa untuk melihat apakah terdapat proses pembuahan disana. Jika proses pembuahan terjadi, zigot akan berkembang menjadi 2 hingga 4 sel pada hari ke-2; dan 6 atau 8 sel pada hari ke-3. Setelah pengambilan ovum (OPU), pasien diberikan suntikan HCG dan progesteron suppositoria (melalui vagina atau anus) untuk membantu lapisan rahim menerima embrio.

Penting untuk dipahami bahwa banyak sel telur dan embrio yang tidak normal, artinya beberapa sel telur tidak akan dibuahi, dan beberapa embrio tidak akan membelah dengan kecepatan normal. Beberapa embrio mungkin berhenti tumbuh. Sekalipun embrio pasien berkembang normal di laboratorium, pasien tetap tidak bisa hamil. Beberapa embrio akhirnya menjadi abnormal secara genetik. Pengujian kelainan genetik dapat dilakukan ("pengujian genetik praimplantasi, atau "PGT"), namun pengujian genetik tidak dilakukan secara rutin. Embrio terbaik untuk transfer biasanya dipilih berdasarkan tampilannya di bawah mikroskop.

8. *Embryo Transfer (ET)* atau *Transfer Embrio*

Embryo transfer (ET) atau transfer embrio merupakan prosedur atau tindakan yang sederhana dan memiliki kesamaan dengan teknik inseminasi intra uterus (IUI). Proses transfer embrio ini tidak memerlukan anestesi atau pembiusan karena tidak menimbulkan rasa tidak nyaman seperti nyeri. Bila terdapat embrio dengan kualitas baik lebih dari enam embrio, maka transfer embrio dapat dilakukan pada hari ke-5 karena embrio sudah dalam stadium blastosis. Selanjutnya, untuk tindakan ini dua hingga tiga embrio stadium 6-8 sel pada hari ke-3, atau dua embrio stadium blastosis pada hari ke-5 akan dipindahkan ke dalam uterus dengan menggunakan kanula atau kateter khusus serta dengan bantuan USG. Ketika embrio menempel pada lapisan rahim, pertumbuhan embrio yang sehat dapat dimulai. Penting bagi dokter dan pasangan yang ingin memiliki anak untuk mendiskusikan berapa banyak embrio yang harus ditransfer. Biasanya, dokter hanya akan mentransfer lebih dari satu embrio.

9. *Simpan Beku Embrio (Bila Diperlukan)* atau *Freezing* atau *Cryopreservation*

Jika embrio yang berkembang dengan baik berjumlah lebih dari enam embrio, maka sisa embrio yang tidak ditransfer akan disimpan beku untuk dicairkan (*thawing*) dan dilakukan transfer embrio di kemudian hari. Embrio akan dibekukan dengan proses tertentu dan selanjutnya disimpan di dalam tangki yang berisi Nitrogen cair yang bersuhu -196°C . Secara teoritis, pada suhu -196°C embrio akan bertahan hidup untuk jangka waktu yang tidak terbatas. Dalam praktiknya, embrio ini akan dicairkan dan dilakukan transfer embrio dalam waktu 10 tahun.

Pembekuan sel telur dan embrio memberikan peluang lain untuk kehamilan di masa depan. Sel telur dan embrio yang dibekukan tidak selalu bertahan dalam proses pembekuan dan pencairan. Pembekuan sel telur sebelum pembuahan tidak berfungsi sebaik pembekuan embrio. Pertanyaan etika dan hukum dapat muncul ketika pasangan berpisah atau bercerai. Penting untuk menyepakati apa yang akan dilakukan terhadap sisa telur atau embrio dalam kasus tersebut.

Terkadang masih ada embrio yang berkembang secara normal setelah transfer embrio. Embrio tambahan yang tampak normal dapat dibekukan untuk digunakan di masa mendatang. Dalam beberapa kasus, mungkin direncanakan untuk membekukan semua embrio dari siklus IVF. Di sisi lain, beberapa wanita mungkin ingin membekukan sel telurnya karena mereka belum siap untuk hamil, atau karena mereka berencana menjalani terapi seperti pengobatan kanker yang dapat merusak sel telurnya (Gomaa et al., 2006).

10. Tes Kehamilan

Sekitar 14 hari setelah dilakukan transfer embrio (ET), biasanya pasien akan diminta untuk datang ke klinik atau rumah sakit dengan tujuan guna mengambil darah untuk memeriksa hormon progesterone (P4) dan HCG. Jika kadar HCG pada hari ke-14 didapatkan lebih dari 50, ini berarti terjadi kehamilan. Agar kehamilan dapat terjadi, embrio harus menempel pada lapisan rahim. Proses ini disebut implantasi. Implantasi memiliki peluang lebih besar untuk terjadi jika pasien mengonsumsi hormon progesteron ekstra. Hormon terpenting untuk mendukung implantasi adalah progesteron dan estrogen. Biasanya, ovarium membuat hormon-hormon ini untuk mendukung kehamilan. Namun, dalam siklus bayi tabung atau IVF, pengambilan sel telur menyebabkan berkurangnya produksi progesteron dan estrogen oleh ovarium. Oleh karena itu, dalam banyak kasus, progesteron dan terkadang estrogen dikonsumsi secara rutin.

Progesteron paling sering dikonsumsi dalam bentuk suntikan atau supositoria melalui vagina. Estrogen dapat diberikan dalam bentuk pil, suntikan, atau supositoria melalui vagina. Progesteron dan/atau estrogen biasanya dilanjutkan selama beberapa minggu untuk membantu mendukung kehamilan. Pemberian obat yang berupa hormon progesterone akan diteruskan selama 10 minggu. Selanjutnya, dilakukan juga pemeriksaan USG untuk memastikan terjadinya kehamilan (seperti terlihat adanya kantung bayi dan detak jantung janin) 5 minggu setelah transfer embrio. Jika tidak terjadi kehamilan, diharapkan pasien melakukan konsultasi dengan dokter untuk siklus berikutnya atau pilihan tindakan lainnya.

Kegagalan Teknik *In Vitro Fertilization* (IVF)

Terdapat banyak alasan mengapa kehamilan tidak terjadi dengan teknik bayi tabung atau IVF antara lain:

1. Sel telur mungkin gagal dibuahi.
2. Satu atau lebih sel telur mungkin mengalami pembuahan secara tidak normal. Hal ini dapat menyebabkan jumlah kromosom yang tidak normal pada embrio. Embrio abnormal ini tidak dapat ditransfer.
3. Telur yang telah dibuahi mungkin pecah sebelum membelah menjadi embrio, atau embrio tidak dapat berkembang secara normal.
4. Telur atau embrio dapat rusak karena kontak dengan bakteri di laboratorium (kasus yang jarang terjadi).
5. Meskipun sistem cadangan sudah ada, peralatan laboratorium bisa saja rusak, atau listrik padam. Keduanya dapat menyebabkan rusaknya sel telur, sperma, dan embrio.
6. Kecelakaan di laboratorium atau kesalahan manusia dapat terjadi dan menyebabkan hilangnya embrio.

Pengendalian mutu adalah proses menjalankan pengujian untuk memastikan bahwa kondisi laboratorium adalah yang terbaik untuk membantu pertumbuhan embrio. Sistem di laboratorium sering diperiksa untuk memastikan kondisinya optimal. Terkadang telur yang belum matang atau abnormal, atau embrio yang belum berkembang secara normal dapat digunakan untuk pemeriksaan kendali mutu sebelum dibuang (*Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2021*).

Daftar Pustaka

- American Society for Reproductive Medicine. (2024). [Http: https://www.reproductivefacts.org](https://www.reproductivefacts.org)
- Declercq E, Luke B, Belanoff C, Cabral H, Diop H, Gopal D, Hoang L, Kotelchuck M, Stern JE, Hornstein MD. Perinatal Outcomes Associated with Assisted Reproductive Technology: the Massachusetts Outcomes Study of Assisted Reproductive Technologies (MOSART). *Fertility and Sterility* 2015; 103:888-895.
- Gomaa, H., Baydoun, R., Sachak, S., Lapana, I., & Soliman, S. (2016). Elective single embryo transfer: Is frozen better than fresh. *JBRA Assist Reprod*, 20(1), 3-7.
- Heffner, Linda. J dan Schust, Danny. J. (2008). At a glance. *Sistem Reproduksi* (Umami, Vidhia). Erlangga.
- Luke, B., Brown, M. B., Spector, L. G., Missmer, S. A., Leach, R. E., Williams, M., ... & Schymura, M. J. (2015). Cancer in women after assisted reproductive technology. *Fertility and sterility*, 104(5), 1218-1226.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. (2021). Guidance on the limits to the number of embryos to transfer: a committee opinion. *Fertility and Sterility*, 116(3), 651-654.
- Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, & Practice Committee of the Society for Assisted Reproductive Technology. (2008). Genetic considerations related to intracytoplasmic sperm injection (ICSI). *Fertility and Sterility*, 90(5), S182-S184.
- Rumah Sakit CiptoMangunkusumo (RSCM). (2023). *Buku Petunjuk Pasien Bayi Tabung*.
- Society for Assisted Reproductive Technology. (2024). <http://www.sart.org>

- U.S. Centers For Disease Control and Prevention. (2024). <https://www.cdc.gov/art/index.html>
- Van Leeuwen, F. E., Klip, H., Mooij, T. M., Van De Swaluw, A. M. G., Lambalk, C. B., Kortman, M., ... & Burger, C. W. (2011). Risk of borderline and invasive ovarian tumours after ovarian stimulation for in vitro fertilization in a large Dutch cohort. *Human reproduction*, 26(12), 3456-3465.
- Xolmurodovich, X. J., & Abduvoxidovna, R. X. (2021). In Vitro Fertilization—as an Effective Method of Infertility Treatment. *International Journal of Innovations in Engineering Research and Technology*, 8(04), 4-7.

PROFIL PENULIS



Ns. Elfrida Simamora, S. Kep., M.Kep., Sp. Kep. M

Penulis merupakan dosen bidang keperawatan maternitas di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga sejak tahun 2017. Penulis lahir di Jakarta pada tanggal 04 September. Penulis lulusan Sarjana Keperawatan dari Institut Kesehatan Immanuel Bandung dan mendapatkan gelar sarjana pada tahun 2012. Penulis melanjutkan S2 Keperawatan di tahun 2020 dan Spesialis Keperawatan Maternitas di Universitas Indonesia serta lulus pada tahun 2023. Ketertarikan penulis dalam bidang keperawatan maternitas khususnya area kesehatan ibu dan janin, keganasan reproduksi, infertilitas, dan kesehatan reproduksi. Saat ini, penulis aktif dalam melakukan riset dan menulis buku dalam bidang kepakarannya.

Email: elfridasimamora04@gmail.com

elfridasimamorastikesmitrakeluarga@ac.id

BAB 13

KANKER REPRODUKSI

Ns. Elfrida Simamora, S. Kep., M.Kep., Sp.Kep. M
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga

Definisi Kanker Serviks

Serviks adalah bagian paling bawah rahim dan memiliki struktur silinder yang terdiri dari stroma dan epitel. Ektoserviks, yang menonjol ke dalam vagina, dilapisi oleh epitel skuamosa. Kanalis endoserviks yang terbentang dari os interna hingga os eksterna, dilapisi oleh epitel kolumnar (Bhatli et al., 2021). Karsinoma sel skuamosa invasif melibatkan sebanyak 80% keganasan serviks. Seperti halnya dengan kanker prostat, perkembangan kanker serviks dimulai dari sel prekursor yaitu *cervical intraepithelial neoplasia* (CIN). Adapun *cervical intraepithelial neoplasia* memiliki sifat asimtomatik dan membutuhkan waktunya sekitar 5 hingga 15 tahun untuk berkembang menjadi karsinoma invasif. Perkembangan kanker serviks sebagian besar terjadi di zona transformasi serviks (sambungan skuamokolumnar), dimana terjadi pertemuan antara epitel kolumnar kelenjar endoserviks dengan epitel skuamosa ektoserviks (Heffner and Schust, 2008).

Etiologi dan Faktor Risiko Kanker Serviks

Identifikasi faktor risiko utama memainkan peran mendasar dalam pencegahan kanker serviks. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa dua histologi utama kanker serviks adalah karsinoma sel skuamosa dan adenokarsinoma yang memiliki faktor risiko yang sama yakni HPV

onkogenik (HPV 16 dan HPV 18) yang persisten sekitar 99.7% (Okunade KS, 2023). HPV onkogenik memiliki sifat yang dapat mengembangkan risiko kelainan sel menjadi tingkat tinggi serta dapat berkembang menjadi kanker dalam durasi 10 hingga 15 tahun jika tidak diberikan pengobatan (Jeaneen and Moganavelli, 2020). Faktor reproduksi seperti aktivitas seksual dan memiliki pasangan dengan multipartner juga dikaitkan dengan peningkatan kerentanan infeksi HPV pada individu (Ginindza et al., 2022); paritas yang lebih tinggi (lebih dari tiga kehamilan) lebih mungkin terkena kanker serviks invasif dibandingkan dengan mereka yang memiliki kehamilan lebih sedikit (Weng et al., 2020); beberapa penelitian telah menggambarkan korelasi kuat antara kanker serviks dan penggunaan kontrasepsi oral jangka panjang (Asthana et al., 2020); hubungan antara merokok dan kanker serviks telah diketahui dengan baik, dimana merokok mempengaruhi kejadian CIN 3 dan kanker serviks invasif (Sugawara et al., 2019); dan perubahan hormonal yang diamati pada individu yang mengalami obesitas berkorelasi positif dengan kejadian kanker serviks, dimana wanita dengan indeks massa tubuh (BMI) di atas 30 menunjukkan kerentanan dua kali lipat lebih tinggi terhadap adenokarsinoma serviks dibandingkan individu dengan BMI normal (≤ 25) (Arfailasufandi et al., 2019).

Penapisan Kanker Serviks

Pada stadium awal atau lesi pra kanker menunjukkan tidak adanya tanda gejala yang jelas, namun seiring dengan perkembangannya akan muncul gejala-gejala seperti keputihan yang tidak kunjung sembuh meskipun telah diobati, perdarahan setelah melakukan hubungan seksual, serta perdarahan di luar siklus haid. Komplikasi dalam perjalanan klinis pada fase lanjut penyakit ini sering kali bermanifestasi sebagai luka berbau busuk dan terinfeksi yang disebut *malodorous* (Burmeister et al., 2022), penyebaran ke organ-organ dengan terdapat keluhan seperti nyeri daerah panggul, kesulitan berkemih, buang air besar berdarah, dan lain-lain. Pengetahuan mengenai epidemiologi HPV dan perannya dalam penyebab kanker telah menghasilkan pengembangan dua strategi utama untuk

pencegahan dan deteksi dini antara lain *pap smear*, inspeksi asam asetat (IVA), dan pemeriksaan HPV DNA (*Deoxyribo Nucleic Acid*) secara *hybrid capture* dan *genotyping* (POGI, 2018).

Pap smear salah satu metode skrining yang dilakukan dengan cara pemeriksaan sitologi dengan tujuan untuk mendeteksi atau menemukan adanya perubahan perubahan sel ke arah keganasan. Salah satu tindakan yang dilakukan dengan cara mengambil sampel lendir pada leher rahim dan selanjutnya dilakukan pemeriksaan sitologi melalui mikroskop. Apabila dalam pemeriksaan *pap smear* ditemukan hasil positif (perubahan sel serviks abnormal), maka dilanjutkan dengan standar pemeriksaan yang lain seperti kolposkopi. Kolposkopi adalah pemeriksaan dengan cara pengamatan langsung pada permukaan dan bagian serviks yang abnormal melalui pembesaran sekitar empat hingga sepuluh kali. Kolposkopi akan menampilkan lesi secara jelas pada permukaan serviks, selanjutnya dilakukan biopsi terarah pada lesi lesi tersebut (POGI, 2018).

Inspeksi asam asetat (IVA) *test* merupakan metode alternatif yang sederhana dan terjangkau yang bertujuan untuk mendeteksi dini lesi pra kanker dengan kecepatan yang sebanding atau lebih baik daripada sitologi dengan menggunakan cairan asam asetat 3% hingga 5% (Shiferaw et al., 2016), sehingga akan tampak bercak-bercak putih pada permukaan serviks yang abnormal (*acetowhite* positif). Sedangkan, pemeriksaan HPV DNA (*Deoxyribo Nucleic Acid*) baik secara *hybrid* dan *genotyping* bertujuan untuk menilai keberadaan virus terutama yang memiliki sifat sub tipe onkogenik, meningkatkan *negative predictive value*, dan lebih objektif dibandingkan dengan pemeriksaan sitologi saja (sebagai penapisan kanker serviks) (POGI, 2018).

Tabel 13.1: Klasifikasi/Stadium Kanker Serviks

Stadium	Kriteria
I	Karsinoma hanya terbatas pada serviks (tidak mencakup perluasan ke korpus uterus).
IA	Karsinoma invasif yang hanya dapat didiagnosis melalui mikroskop dengan kedalaman invasi ≤ 5 mma.
IA1	Invasi stroma terukur dengan kedalaman ≤ 3 mm.
IA2	Invasi stroma terukur dengan kedalaman >3 dan ≤ 5 mm.

IB	Karsinoma invasif dengan invasi terdalam >5 mm (lebih besar dari stadium IA) dan lesi terbatas pada serviks uteri dengan ukuran diameter tumor maksimum.
IB1	Karsinoma invasif dengan kedalaman invasi stroma >5 mm dan dimensi terbesar ≤2 cm.
IB2	Karsinoma invasif berukuran >2 dan ≤4 cm.
IB3	Karsinoma invasif dengan dimensi terbesar >4 cm.
II	Karsinoma mengenai rahim, namun belum meluas ke sepertiga bagian bawah vagina atau dinding panggul.
IIA	Penyebaran terbatas pada dua pertiga bagian atas vagina tanpa mengenai parametrium.
IIA1	Karsinoma invasif berukuran ≤4 cm.
IIA2	Karsinoma invasif dengan dimensi terbesar >4 cm.
IIB	Menyebar ke parametrium tetapi tidak sampai ke dinding panggul.
III	Karsinoma mengenai sepertiga bagian bawah vagina dan/atau meluas ke dinding panggul dan/atau menyebabkan hidronefrosis atau ginjal tidak berfungsi dan/atau mengenai kelenjar getah bening panggul dan/atau paraaorta.
IIIA	Karsinoma melibatkan sepertiga bagian bawah vagina, tanpa perluasan ke dinding panggul.
IIIB	Perluasan ke dinding panggul dan/atau hidronefrosis atau ginjal tidak berfungsi (kecuali diketahui karena sebab lain).
IIIC	Melibatkan kelenjar getah bening panggul dan/atau para-aorta (termasuk metastasis mikro), terlepas dari ukuran dan luas dari tumor.
IIIC1	Hanya metastasis kelenjar getah bening panggul.
IIIC2	Metastasis kelenjar getah bening para-aorta.
IV	Karsinoma telah meluas melampaui panggul atau telah melibatkan (terbukti biopsi) mukosa kandung kemih atau rektum.
IVA	Penyebaran pertumbuhan ke organ panggul yang berdekatan.
IVB	Menyebar ke organ yang lebih jauh.

Sumber: *International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Cancer Report 2021*

Tatalaksana Manajemen Kanker Serviks

Penatalaksanaan kanker serviks dilakukan melalui pembedahan, terapi radiasi, dan kemoterapi.

1. Mikroinvasif pada Karsinoma Serviks (FIGO Stadium IA)

a. Stadium IA1

Tatalaksana dilakukan dengan konisasi serviks kecuali jika terdapat invasi pembuluh limfe atau *lymph vascular space*

invasion (LVSI) atau terdapat sel tumor. Pada wanita yang selesai melahirkan atau pada wanita usia lanjut direkomendasikan dengan histerektomi (Lee et al., 2009). Jika invasi pembuluh limfa atau *lymph vascular space invasion* (LVSI) ada, maka *pelvic lymphadenectomy* perlu dipertimbangkan bersamaan dengan histerektomi (Elliott et al., 2000).

b. Stadium IA2

Terdapat risiko kecil metastasis kelenjar getah bening pada kasus di stadium ini, maka diperlukan *pelvic lymphadenectomy* selain histerektomi radikal (Costa et al., 2009). Pada kasus risiko rendah lainnya tanpa adanya *lymph vascular space invasion* (LVSI) dan kelenjar getah bening sentinel atau *sentinel lymph node* (SLN), maka dilakukan histerektomi atau trakelektomi dikombinasikan dengan *pelvic lymphadenectomy* dan evaluasi kelenjar getah bening sentinel lebih lanjut. Selain itu, pada kasus dengan pasien yang menginginkan kesuburan, maka beberapa pilihan dapat dilakukan antara lain 1) konisasi serviks dengan *pelvic lymphadenectomy* (minimal atau bedah invasif minimal; dan 2) trakelektomi dengan *pelvic lymphadenectomy* atau bedah invasif minimal (Frumovitz et al., 2009).

2. Mikroinvasif pada Karsinoma Serviks (FIGO Stadium IB1, IB2, dan IIA1)

a. Stadium IB1

Kasus dengan stadium IB1 dianggap memiliki risiko rendah dengan kriteria seperti invasi stroma serviks $\leq 50\%$ dan tidak ada kelenjar getah bening mencurigakan pada pencitraan. Penatalaksanaan standar adalah histerektomi radikal tipe C, namun histerektomi radikal modifikasi perlu dipertimbangkan. *Pelvic lymphadenectomy* juga perlu dimasukkan ke dalam tatalaksana karena tingginya frekuensi keterlibatan kelenjar getah bening (Van Meurs et al., 2009). Selanjutnya, prosedur bedah saraf panggul direkomendasikan pada pasien yang menjalani histerektomi radikal (tipe C1) (Roh et al., 2015). Pada

wanita yang ingin mempertahankan kesuburan, trakelektomi radikal dapat dilakukan dengan cara membuka perut, vagina, atau dengan jalur bedah invasif minimal yang diindikasikan pada kasus stadium IA2 hingga IB1. Sebagai alternatif, evaluasi pada kelenjar getah bening dapat dilakukan terlebih dahulu dengan metode patologi dan trakelektomi radikal dilakukan sebagai operasi kedua setelah 1 minggu (Abu-Rustum et al., 2006).

b. Stadium IB2 dan IIA1

Pembedahan atau radioterapi merupakan pengobatan utama yang dapat dipilih tetapi beberapa faktor perlu dipertimbangkan seperti faktor pasien dan sumber daya manusia. Adapun keuntungan dari tindakan pembedahan antara lain: 1) tahapan pasca operasi dapat ditentukan secara tepat berdasarkan penemuan histopatologi, sehingga memungkinkan pengobatan pasca operasi; 2) bahwa ada kemungkinan untuk mengobati kanker yang mungkin resisten terhadap radioterapi; dan 3) fungsi ovarium dapat dipertahankan. Histerektomi radikal tipe C merupakan prosedur standar pengobatan kanker serviks yang terdiri dari pengangkatan rahim, parametrium, vagina bagian atas, dan sebagian paracolpium. *Pelvic lymphadenectomy* merupakan komponen penting dari prosedur bedah ini dan perlu dipertimbangkan jika terdapat *lymph vascular space invasion* (LVSI). Histerektomi dengan jalur invasif minimal dikaitkan dengan tingkat kekambuhan atau kematian lebih tinggi dibandingkan dengan pendekatan terbuka pada pasien dengan kanker serviks di awal stadium (Ramirez et al., 2016).

c. Stadium IB3 dan IIA2

Pada tahapan stadium ini, tumor lebih besar sekitar > 4 cm dan kemungkinan faktor risiko tinggi menyertai seperti kelenjar getah bening dan parametrium positif. Selanjutnya, faktor risiko lain yang dapat meningkat kekambuhan panggul bahkan ketika kelenjar getah bening tidak terlibat yakni ukuran tumor > 4 cm dan invasi sepertiga bagian luar stroma serviks (Rotman et al., 2006). Kemoradiasi berbasis platinum secara bersamaan atau

concurrent platinum-based chemoradiation (CCRT) adalah pilihan pengobatan yang lebih disukai untuk lesi IB3 hingga IIA2. Telah dibuktikan bahwa prognosis dalam hal kelangsungan hidup secara keseluruhan dan kekambuhan lokal dilaporkan jauh lebih menguntungkan dengan CCRT daripada histerektomi radikal yang diikuti dengan radioterapi sebagai terapi tambahan pasca operasi (Rose et al, 2007). *Neoadjuvant chemotherapy* (NACT) dapat dilakukan dengan tujuan sebagai berikut: 1) menurunkan stadium tumor untuk meningkatkan penyembuhan radikal dan keamanan pembedahan; dan 2) menghambat mikro metastasis lebih jauh. Pembedahan *neoadjuvant chemotherapy* (NACT) paling baik dilakukan dimana radioterapi tidak tersedia. Hal tersebut berlaku terutama pada pasien yang memiliki tumor sangat besar atau adenokarsinoma serta memiliki tingkat respon lebih rendah (Dastidar et al., 2016).

3. Terapi Radiasi Pada Stadium Awal (FIGO Stadium IA, IB1, IB2, dan IIA1)

Meskipun metode pembedahan lebih disukai pada kasus kanker serviks stadium awal, radioterapi memberikan hasil yang sama baiknya dalam pengendalian lokal serta kelangsungan hidup. Keputusan pengobatan harus dibuat berdasarkan beberapa faktor antara lain klinis, anatomi, dan sosial. Jika pembedahan merupakan kontraindikasi karena masalah medis, maka pasien dengan penyakit mikroinvasif diobati dengan terapi radiasi intrakavitari atau *intracavitary radiation therapy* (ICRT) saja. Selanjutnya, pasien lain dengan stadium IB1 dengan ukuran kecil (< 1 cm) juga dapat diobati dengan *intracavitary radiation therapy* (ICRT), terutama jika terdapat kontraindikasi relatif terhadap radiasi sinar eksternal atau *external beam radiation therapy* (EBRT) (Grigsby and Perez, 1991). Kombinasi antara EBRT dan ICRT juga merupakan pilihan terbaik bagi pasien. Radioterapi definitif atau *concurrent platinum-based chemoradiation* (CCRT) juga lebih disukai oleh pasien yang mungkin memerlukan radioterapi pasca operasi untuk menghindari bertambahnya morbiditas terkait pengobatan (Landoni et al., 1997).

4. Terapi Radioterapi Stadium IB3 dan IIA2 (FIGO)

Pasien pada stadium IB3 dan IIA2 tidak dianjurkan untuk pembedahan untuk pengobatan awal, meskipun memungkinkan. Kasus tersebut sekitar 80% memerlukan radioterapi post operasi (PORT) dan *external beam radiation therapy* (EBRT). Penambahan terapi radioterapi adjuvant pada pembedahan akan meningkatkan morbiditas dan menurunkan kualitas hidup pasien (Minig et al., 2014). Selain itu juga, gabungan pengobatan modalitas akan membebani fasilitas bedah dan radiasi secara berlebihan yang sudah tidak memadai apalagi di negara-negara dengan sumber daya terbatas. Oleh karena itu, CCRT merupakan standar perawatan penyakit pada stadium IB3 dan IIA2 yang mencakup radiasi eksternal dan brakiterapi intrakaviter (Small et al., 2012).

5. Terapi Radiasi Stadium IIB – IVA (FIGO)

Concurrent platinum-based chemoradiation (CCRT) atau kemoterapi berbasis platinum secara bersamaan dianggap merupakan pengobatan standar untuk pasien kanker serviks stadium lanjut lokal (Sardi et al., 2004). *Concurrent platinum-based chemoradiation* (CCRT) memiliki keuntungan kelangsungan hidup yang signifikan sebesar 10%-15% setelah pengobatan dibandingkan dengan kemoterapi saja, serta mengurangi kekambuhan lokal. Infus Cisplatin dapat diberikan seminggu sekali (40 mg/m^2 setiap minggu dengan dosis yang sesuai) selama siklus 5 hingga 6 selama terapi sinar eksternal. Pada pasien yang tidak mendapatkan kemoterapi berbasis platinum, maka diberikan rejimen 5-fluorouracil (Kim et al., 2008). Kombinasi *external beam radiation therapy* (EBRT) dan *intracavitary radiation therapy* (ICRT) memaksimalkan kemungkinan pengendalian locoregional sekaligus meminimalkan risiko komplikasi pengobatan. Tujuan utama *external beam radiation therapy* (EBRT) adalah untuk mensterilkan penyakit lokal dan mengecilkan tumor untuk memfasilitasi *intracavitary radiation therapy* (ICRT) berikutnya. Adapun standar *external beam radiation therapy* (EBRT) harus memberikan dosis 45-50 Gy ke seluruh daerah panggul yang meliputi rahim, leher rahim, adneksia, parametrium, dan kelenjar getah bening. Baru baru ini penerapan teknik radioterapi

konformal seperti 3D-CRT dan IMRT semakin banyak digunakan dengan hasil yang menggembirakan dalam hal penurunan toksisitas (Pötter et al., 2021). Total dosis gabungan dengan EBRT dan ICRT harus berada dalam kisaran 80-90 Gy. Jika *intracavitary radiation therapy* (ICRT) tidak memungkinkan karena kelainan anatomi atau dosimetro yang tidak memadai, maka *interstitial brachytherapy* harus dipertimbangkan. *Interstitial brachytherapy* terdiri dari penyisipan beberapa jarum atau kateter ke dalam tumor dan parametria melalui perineum. Jika terdapat risiko trauma pada struktur normal seperti usus dan kandung kemih, maka penggunaan ultrasonografi disarankan dalam prosedur implan (Sharma et al., 2010). Rekomendasi saat ini adalah menyelesaikan seluruh protocol *external beam radiation therapy* (EBRT) dan *brachytherapy* dalam waktu 8 minggu.

6. Stadium IVB/Metastasis Jauh (FIGO)

Sekitar 2% kasus gejala pada metastasis jauh jarang terjadi. Rencana penatalaksanaan dalam mempertimbangkan bahwa durasi rata-rata kelangsungan hidup pada pasien dengan penyakit metastasis jauh adalah 7 bulan. Pada kasus pasien dengan stadium lanjut lokal tidak diperlukan radioterapi profilaksis yang luas atau *extended field radiotherapy* (EFRT), tetapi jika terdapat keterlibatan kelenjar para-aorta perlu dipertimbangkan untuk menggunakan EBRT dengan kemoterapi dan IMRT dapat digunakan untuk mengurangi toksisitas. Selanjutnya, meskipun responnya terbatas, Cisplatin dapat menjadi standar kemoterapi pada metastasis jauh (Moore et al., 2004). Kombinasi Cisplatin dengan *taxanes*, *topotecan*, *5-fluorouracil*, *gemcitabine*, atau *vinorelbine* dapat dilakukan (Monk et al., 2009). Selain itu, kombinasi dari *carboplatin-paclitaxel* juga berhasil dalam kasus ini. Efek samping yang ditimbulkan yakni hipertensi, tromboemboli, dan fistula gastrointestinal.

Konsep dan Epidemiologi Kanker Endometrium

Kanker endometrium (EC) adalah tumor wanita keenam yang paling umum di seluruh dunia, dan kejadiannya meningkat setiap tahun (Faria et al., 2019). Kanker korpus uteri adalah keganasan ginekologi

yang paling umum pada wanita Amerika dengan lebih dari 60.000 kasus baru diperkirakan selama tahun depan dan menyebabkan hampir 11.000 kematian (Conlon et al., 2014). Karsinoma endometrium menyumbang jumlah terbesar dari kasus ini karena kurang dari 10% kanker korpus uteri adalah sarkoma. Karsinoma endometrioid menyusun lebih dari 83% kanker korpus uterus. Karsinoma serosa dan papiler yang lebih ganas membentuk sekitar 4% sampai 6% dari karsinoma endometrium, dan 1% sampai 2% adalah karsinoma sel bening (Altman et al., 2015). Penting untuk membedakan endometrioid tipe 1 dari karsinoma endometrium serosa tipe 2 dan histotipe karsinoma *non-endometrioid* yang sangat agresif lainnya untuk memahami, mengelola, dan mungkin mencegah penyakit ini (Casey et al., 2015).

Patogenesis Kanker Endometrium

Saat ini konsensus menyatakan bahwa patogenesis sebagian besar karsinoma endometrium dimulai dengan proliferasi endometrium yang tidak terganggu yang distimulasi secara hormonal oleh estrogen endogen atau eksogen yang tidak dilawan oleh progesteron atau progestin, kemudian melalui keadaan hiperplasia endometrium (EH) yang sederhana hingga kompleks. Selanjutnya, muncul lesi premaligna atipikal yang dapat dikenali secara histologi yang didefinisikan sebagai neoplasia intraepitel endometrium (EIN). Neoplasia intraepitel endometrium (EIN) berubah menjadi karsinoma endometrioid yang ditandai dengan invasi stroma dan/atau miometrium, mutasi PTEN, dan seringkali mutasi KRAS2, ketidakstabilan mikrosatelit yang disebabkan oleh perbaikan ketidaksesuaian (mismatch) dan kariotipe yang hampir diploid. Mengingat etiologi berdasarkan hormonal, EIN dan karsinoma endometrioid biasanya mengekspresikan reseptor estrogen dan progesteron (ER dan PR) (Lax, 2017). Adapun faktor etiologi lain yang dicurigai, termasuk resistensi insulin dan hiperandrogenemia sedang diselidiki, tetapi mekanisme karsinogenik endometrium ini belum berhasil.

Faktor Risiko Kanker Endometrium

Hampir 15% kasus dapat terjadi pada wanita premenopause (Faria et al., 2019). Beberapa faktor risiko seperti merokok atau paparan sinar matahari dapat diubah. Lainnya, seperti usia atau riwayat keluarga tidak dapat diubah. Meskipun faktor-faktor tertentu dapat meningkatkan risiko wanita terkena kanker endometrium, faktor-faktor tersebut tidak selalu menyebabkan penyakit. Banyak wanita dengan faktor risiko tidak pernah berkembang menjadi kanker endometrium. Beberapa wanita dengan kanker endometrium tidak memiliki faktor risiko yang diketahui. Bahkan jika seorang wanita dengan kanker endometrium memiliki satu atau lebih faktor risiko, tidak ada cara untuk mengetahui faktor mana yang menyebabkan kankernya. Banyak faktor yang mempengaruhi risiko berkembangnya kanker endometrium, termasuk obesitas, kadar hormon setelah mengkonsumsi pil KB, jumlah siklus menstruasi, kehamilan, tumor ovarium, sindrom ovarium polikistik (PCOS), penggunaan alat kontrasepsi dalam rahim (IUD), usia, diet dan olahraga, diabetes tipe 2, riwayat keluarga, pernah memiliki kanker payudara di masa lalu, pernah mengalami hiperplasia endometrium di masa lalu, dan pengobatan dengan terapi penyinaran untuk mengobati kanker lain (American Cancer Society, 2023).

Klasifikasi/Stadium Kanker Endometrium

Menurut *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO) stadium kanker endometrium antara lain stadium 1 kanker endometrium terbatas pada korpus uteri. Selanjutnya, stadium I terbagi menjadi 1A (tidak kurang dari 50% invasi miometrium) dan 1B (sama dengan atau lebih dari 50% invasi miometrium). Stadium II, tumor menyerang stroma serviks tetapi tidak melampaui rahim, pada stadium III merupakan tumor yang menyebar di luar rahim tetapi tidak di luar panggul. Stadium III terbagi menjadi stadium IIIA (menyerang serosa uterus dan/atau adneksa), stadium IIIB (keterlibatan parametrium dan/atau vagina), stadium IIIC1 (kelenjar panggul positif), dan stadium IIIC2 (kelenjar getah bening *paraortic* positif). Stadium IVA mencakup tumor dengan perluasan ke kandung

kemih atau usus dan tumor stadium IVB dengan metastasis jauh. Adapun pasien dengan kanker endometrium memiliki variasi kelangsungan hidup berdasarkan stadium yang didiagnosis. Pasien dengan tumor yang terlokalisir di uterus memiliki angka kelangsungan hidup 5 tahun dengan presentasi 95% tetapi menurun ketika kanker tersebut menyebar ke luar uterus atau metastasis regional dengan angka presentasi 69%. Pada pasien dengan metastasis jauh memiliki kelangsungan hidup dengan presentasi 17% (Berek et al., 2023).

Kanker endometrium muncul dari lapisan epitel rongga rahim. Klasifikasi kanker endometrium berdasarkan gambaran klinis dan hormonal terbagi menjadi dua sub tipe yakni perilaku klinis, patologi dan histologi. Tipe I kanker endometrium terutama adenokarsinoma endometrioid tingkat rendah, tergantung estrogen, hormon-reseptor-positif dengan morfologi endometrioid dan sering disebut sebagai kanker endometrium endometrioid dan menyumbang sekitar 85% dari semua kanker endometrium biasanya yang didiagnosis pada tahap awal dan ditandai dengan prognostik yang baik. Tipe II kanker endometrium ditandai dengan sub tipe non-endometrioid seperti karsinoma serosa, sel jernih, dan tidak berdiferensiasi. Mereka umumnya bermutu tinggi, hormon-reseptor-negatif, dan memiliki prognosis yang buruk (Wright DJ et al., 2012). Secara histologis mengklasifikasi kanker endometrium menjadi sub kelompok yakni endometrioid yang menyumbang 80% kasus, serosa yang menyumbang 10%, sel jernih (<6%), adenokarsinoma sel campuran dan jenis langka lainnya (Yen et al., 2019). Baru-baru ini, penelitian molekuler memberikan hasil yang menjanjikan untuk memberikan informasi penting untuk prognosis dan untuk memprediksi respons terhadap terapi baru. *Cancer Genome Atlas Research Network* mengidentifikasi 4 sub tipe molekuler kanker endometrium yang berbeda antara lain tumor ultra-mutasi *polymerase-e* (POLE), tumor hipermutasi instabilitas mikrosatelit, mikrosatelit stabil dengan jumlah salinan rendah, dan sub-grup seperti serosa dengan jumlah salinan tinggi (Chang et al., 2019).

Tatalaksana Manajemen Kanker Endometrium

Saat ini pengobatan kanker endometrium sedang berkembang. *staging* operasi yang diikuti dengan perawatan adjuvant dan tidak terbatas pada kemoterapi dan radioterapi telah banyak diterapkan (Lu & Broaddus, 2020). Perawatan standar yang dilakukan untuk kanker endometrium terbatas pada rahim adalah histerektomi total dan salpingo-ooforektomi bilateral. Limfadenektomi dilakukan dengan cara pengambilan sampel kelenjar getah bening yang memungkinkan dalam mengidentifikasi pasien dengan positif kelenjar getah bening yang membutuhkan pengobatan tambahan. Selanjutnya dapat dilakukan radioterapi adjuvant pada pasien dengan stadium I-II dengan faktor risiko tinggi dan pada pasien dengan kelenjar getah bening negatif stadium III (Van Nyen et al., 2018). Radioterapi adjuvant juga dapat diberikan pada pasien tertentu dengan keterlibatan organ serviks atau vagina. Pada pasien dengan penyakit lanjutan, kombinasi antara pembedahan dengan radioterapi dan kemoterapi dapat dilakukan (Dizon, 2010). Pada kasus pasien dengan kekambuhan diperlukan strategi terapeutik yakni dengan deteksi dini berulang. Rata-rata waktu keseluruhan untuk kekambuhan adalah 13 bulan dengan Sebagian besar kasus terjadi dalam waktu 24 bulan setelah tindakan operasi. Perawatan untuk kekambuhan kanker endometrium pun tergantung pada lokasi anatomi kekambuhan. Kanker endometrium berulang yang terjadi pada vagina dapat berhasil diobati dengan radiasi sinar eksternal atau brakiterapi. Tingkat kesembuhan 5 tahun untuk pasien dengan kekambuhan terisolasi di puncak vagina dilaporkan sekitar 40% -60% (Ramirez et al., 2010). Dalam beberapa kasus, kekambuhan panggul terisolasi dapat diobati dengan eksenterasi panggul. Pasien dengan penyakit sistemik dapat diobati dengan kemoterapi atau terapi hormonal (Loo et al., 2005).

Daftar Pustaka

- Abu-Rustum, N. R., Sonoda, Y., Black, D., Levine, D. A., Chi, D. S., & Barakat, R. R. (2006). Fertility-sparing radical abdominal trachelectomy for cervical carcinoma: technique and review of the literature. *Gynecologic oncology*, 103(3), 807-813.
- Altman AD, Ferguson SE, Atenafu EG, Köbel M, McAlpine JN, Panzarella T, Lau S, Gien LT, Gilks B, Clarke B, Cameron A, Nelson G, Han G, Samouëlian V, Ho TC, Louie K, Bernardini MQ. Canadian high risk endometrial cancer (CHREC) consortium: analyzing the clinical behavior of high risk endometrial cancers. *Gynecol Oncol*. 2015 Nov;139(2):268-74. [[PubMed](#)].
- Amant F, Mirza MR, Koskas M, et al: Cancer of the corpus uteri. *Int J Gynaecol Obstet* 143(Suppl 2):37-50, 2018
- American Cancer Society. (2023). <https://www.cancer.org/cancer/types/endometrial-cancer.html>
- Arfailasufandi, R., Mudigdo, A., & Sudiyanto, A. (2019). The effect of obesity, oral contraceptive and passive smoking on the risk of cervical cancer. *Journal of Epidemiology and Public Health*, 4(3), 189-197.
- Asthana, S., Busa, V., & Labani, S. (2020). Oral contraceptives use and risk of cervical cancer—A systematic review & meta-analysis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 247, 163-175.
- Benn, T., Brooks, R. A., Zhang, Q., Powell, M. A., Thaker, P. H., Mutch, D. G., & Zigelboim, I. (2011). Pelvic exenteration in gynecologic oncology: a single institution study over 20 years. *Gynecologic oncology*, 122(1), 14-18.
- Bentivegna, E., Maulard, A., Pautier, P., Chargari, C., Gouy, S., & Morice, P. (2016). Fertility results and pregnancy outcomes after conservative treatment of cervical cancer: a systematic review of the literature. *Fertility and sterility*, 106(5), 1195-1211.

- Berek, J. S., Matias-Guiu, X., Creutzberg, C., Fotopoulou, C., Gaffney, D., Kehoe, S., ... & Mutch, D. (2023). FIGO staging of endometrial cancer: 2023. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 162(2), 383-394.
- Bhatla, N., Aoki, D., Sharma, D. N., & Sankaranarayanan, R. (2021). Cancer of the cervix uteri: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155, 28-44.
- Bhosale P, Iyer R, Jhingran A, et al: PET/CT imaging in gynecologic malignancies other than ovarian and cervical cancer. *PET Clin* 5:463- 475, 2010.
- Brinton LA, Felix AS, McMeekin DS, Creasman WT, Sherman ME, Mutch D, Cohn DE, Walker JL, Moore RG, Downs LS, Soslow RA, Zaino R. Etiologic heterogeneity in endometrial cancer: evidence from a Gynecologic Oncology Group trial. *Gynecol Oncol*. 2013 May;129(2):277-84. [\[PMC free article\]](#) [\[PubMed\]](#).
- Casey MJ, Bewtra C, Lynch HT, Snyder CL, Stacey M. Endometrial cancers in mutation carriers from hereditary breast ovarian cancer syndrome kindreds: report from the Creighton University Hereditary Cancer Registry with review of the implications. *Int J Gynecol Cancer*. 2015 May;25(4):650-6. [\[PubMed\]](#).
- Chang Z, Talukdar S, Mullany SA, et al: Molecular characterization of endometrial cancer and therapeutic implications. *Curr Opin Obstet Gynecol* 31:24-30, 2019.
- Conlon N, Leitao MM, Abu-Rustum NR, Soslow RA. Grading uterine endometrioid carcinoma: a proposal that binary is best. *Am J Surg Pathol*. 2014 Dec;38(12):1583-7. [\[PubMed\]](#).
- Costa, S., Marra, E., Martinelli, G. N., Santini, D., Casadio, P., Formelli, G., ... & Pelusi, G. (2009). Outcome of conservatively treated microinvasive squamous cell carcinoma of the uterine cervix during a 10-year follow-up. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 19(1).

- Dastidar, G. A., Gupta, P., Basu, B., Basu, A., Shah, J. K., & Seal, S. L. (2016). Is neo-adjuvant chemotherapy a better option for management of cervical cancer patients of rural India?. *Indian journal of cancer*, 53(1), 56-59.
- Dizon DS: Treatment options for advanced endometrial carcinoma. *Gynecol Oncol* 117:373-381, 2010.
- Eifel, P. J., Jhingran, A., Brown, J., Levenback, C., & Thames, H. (2006). Time course and outcome of central recurrence after radiation therapy for carcinoma of the cervix. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 16(3).
- Elit, L., Fyles, A. W., Devries, M. C., Oliver, T. K., Fung-Kee-Fung, M., & Gynecology Cancer Disease Site Group. (2009). Follow-up for women after treatment for cervical cancer: a systematic review. *Gynecologic oncology*, 114(3), 528-535.
- Elliott, P., Coppleson, M., Russell, P., Liouros, P., Carter, J., MacLeod, C., & Jones, M. (2000). Early invasive (FIGO stage IA) carcinoma of the cervix: a clinico-pathologic study of 476 cases. *International Journal of Gynecological Cancer*, 10(1), 42-52.
- Eralp, Y., Saip, P., Sakar, B., Kucucuk, S., Aydiner, A., Dincer, M., ... & Topuz, E. (2003). Prognostic factors and survival in patients with metastatic or recurrent carcinoma of the uterine cervix. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 13(4).
- Faria, S. C., Devine, C. E., Rao, B., Sagebiel, T., & Bhosale, P. (2019, August). Imaging and staging of endometrial cancer. In *Seminars in Ultrasound, CT and MRI* (Vol. 40, No. 4, pp. 287-294). WB Saunders.
- Frumovitz, M., Sun, C. C., Schmeler, K. M., Deavers, M. T., Dos Reis, R., Levenback, C. F., & Ramirez, P. T. (2009). Parametrial involvement in radical hysterectomy specimens for women with early-stage cervical cancer. *Obstetrics & Gynecology*, 114(1), 93-99.

- Ginindza, T. G., Forestier, M., & Almonte, M. (2022). Cervical cancer screening by visual inspection and HPV testing in Eswatini. *Preventive Medicine*, 161, 107144.
- Grigsby, P. W., & Perez, C. A. (1991). Radiotherapy alone for medically inoperable carcinoma of the cervix: stage IA and carcinoma in situ. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*, 21(2), 375-378.
- Haasbeek, C. J., Uitterhoeve, A. L., van der Velden, J., González, D. G., & Stalpers, L. J. (2008). Long-term results of salvage radiotherapy for the treatment of recurrent cervical carcinoma after prior surgery. *Radiotherapy and Oncology*, 89(2), 197-204.
- Heffner, Linda. J dan Schust, Danny. J. (2008). At a glance. *Sistem Reproduksi (Ummi, Vidhia)*. Erlangga.
- Jeaneen Venkatas and Moganavelli Singh. (2020). Cervical cancer: a meta-analysis, therapy and future of nanomedicine. *Ecancer* 2020, 14:1111. DOI: <https://doi.org/10.3332/ecancer.2020.1111>.
- Kim, Y. S., Shin, S. S., Nam, J. H., Kim, Y. T., Kim, Y. M., Kim, J. H., & Choi, E. K. (2008). Prospective randomized comparison of monthly fluorouracil and cisplatin versus weekly cisplatin concurrent with pelvic radiotherapy and high-dose rate brachytherapy for locally advanced cervical cancer. *Gynecologic oncology*, 108(1), 195-200.
- Klopp, A. H., Yeung, A. R., Deshmukh, S., Gil, K. M., Wenzel, L., Westin, S. N., ... & Bruner, D. W. (2016). A phase III randomized trial comparing patient-reported toxicity and quality of life (QOL) during pelvic intensity modulated radiation therapy as compared to conventional radiation therapy. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 96(2), S3.
- Landoni, F., Maneco, A., Colombo, A., Placa, F., Milani, R., Perego, P., ... & Mangioni, C. (1997). Randomised study of radical surgery versus radiotherapy for stage Ib-IIa cervical cancer. *The Lancet*, 350(9077), 535-540.

- Lax, S. F. (2017). Pathology of endometrial carcinoma. *Molecular Genetics of Endometrial Carcinoma*, 75-96.
- Lee, S. W., Kim, Y. M., Son, W. S., You, H. J., Kim, D. Y., Kim, J. H., ... & Nam, J. H. (2009). The efficacy of conservative management after conization in patients with stage IA1 microinvasive cervical carcinoma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 88(2), 209-215.
- Lee, Y. S., Kim, Y. S., Kim, J. H., Ahn, S. D., Lee, S. W., Shin, S. S., ... & Choi, E. K. (2010). Feasibility and outcome of concurrent chemoradiotherapy for recurrent cervical carcinoma after initial surgery. *Tumori Journal*, 96(4), 553-559.
- Lin LL, Grigsby PW, Powell MA, et al: Definitive radiotherapy in the management of isolated vaginal recurrences of endometrial cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 63:500-504, 2005.
- Loo, T. C., Lin, M. Y. S., Chen, S. H., Chung, M. T., Tang, H. H., Lin, L. Y., & Tsai, Y. C. (2005). Endometrioma undergoing laparoscopic ovarian cystectomy: its influence on the outcome of in vitro fertilization and embryo transfer (IVF-ET). *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 22, 329-333.
- Lu, K. H., & Broaddus, R. R. (2020). Endometrial Cancer. *New England Journal of Medicine*, 383(21), 2053-2064. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1514010>.
- Lu, K. H., & Broaddus, R. R. (2020). Endometrial cancer. *New England Journal of Medicine*, 383(21), 2053-2064.
- Mariano, C. (2007). Holistic Nursing as a Specialty: Holistic Nursing—Scope and Standards of Practice. *Nursing Clinics of North America*, 42(2), pp.165-188.
- Marth, C., Landoni, F., Mahner, S., McCormack, M., Gonzalez - Martin, A., & Colombo, N. (2017). Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 28, iv72-iv83.

- Minig, L., Patrono, M. G., Romero, N., Moreno, J. F. R., & Garcia-Donas, J. (2014). Different strategies of treatment for uterine cervical carcinoma stage IB2-IIB. *World journal of clinical oncology*, 5(2), 86.
- Monk, B. J., Sill, M. W., McMeekin, D. S., Cohn, D. E., Ramondetta, L. M., Boardman, C. H., ... & Cella, D. (2009). Phase III trial of four cisplatin-containing doublet combinations in stage IVB, recurrent, or persistent cervical carcinoma: a Gynecologic Oncology Group study. *Journal of clinical oncology*, 27(28), 4649.
- Moore, D. H., Blessing, J. A., McQuellon, R. P., Thaler, H. T., Cella, D., Benda, J., ... & Rocereto, T. F. (2004). Phase III study of cisplatin with or without paclitaxel in stage IVB, recurrent, or persistent squamous cell carcinoma of the cervix: a gynecologic oncology group study. *Journal of clinical oncology*, 22(15), 3113-3119.
- Okunade, K. S., Badmos, K. B., Okoro, A. C., Ademuyiwa, I. Y., Oshodi, Y. A., Adejimi, A. A., ... & Berek, J. S. (2023). Comparative Assessment of p16/Ki-67 Dual Staining Technology for cervical cancer screening in women living with HIV (COMPASS-DUST)–Study protocol. *Plos one*, 18(1), e0278077.
- Pallardy, A., Bodet-Milin, C., Oudoux, A., Campion, L., Bourbouloux, E., Sagan, C., ... & Rousseau, C. (2010). Clinical and survival impact of FDG PET in patients with suspicion of recurrent cervical carcinoma. *European journal of nuclear medicine and molecular imaging*, 37, 1270-1278.
- Peters III, W. A., Liu, P. Y., Barrett, R. J., Stock, R. J., Monk, B. J., Berek, J. S., ... & Alberts, D. S. (2000). Concurrent chemotherapy and pelvic radiation therapy compared with pelvic radiation therapy alone as adjuvant therapy after radical surgery in high-risk early-stage cancer of the cervix. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 55(8), 491-492.
- Piura, B., Rabinovich, A., & Friger, M. (2008). Recurrent cervical carcinoma after radical hysterectomy and pelvic lymph node

- dissection: a study of 32 cases. *Eur. J. Gynaec. Oncol.*-ISSN, 392, 2936.
- Pötter, R., Tanderup, K., Schmid, M. P., Jürgenliemk-Schulz, I., Haie-Meder, C., Fokdal, L. U., ... & Yoshida, K. (2021). MRI-guided adaptive brachytherapy in locally advanced cervical cancer (EMBRACE-I): a multicentre prospective cohort study. *The Lancet Oncology*, 22(4), 538-547.
- Ramirez, P. T., Frumovitz, M., Milam, M. R., Deavers, M., dos Reis, R., Iyer, R. B., ... & Schmeler, K. M. (2010). Limited utility of magnetic resonance imaging in determining the primary site of disease in patients with inconclusive endometrial biopsy. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 20(8).
- Ramirez, P. T., Frumovitz, M., Pareja, R., Lopez, A., Vieira, M., Ribeiro, R., ... & Obermair, A. (2018). Minimally invasive versus abdominal radical hysterectomy for cervical cancer. *New England Journal of Medicine*, 379(20), 1895-1904.
- Roh, J. W., Lee, D. O., Suh, D. H., Lim, M. C., Seo, S. S., Chung, J., ... & Park, S. Y. (2015). Efficacy and oncologic safety of nerve-sparing radical hysterectomy for cervical cancer: a randomized controlled trial. *Journal of gynecologic oncology*, 26(2), 90.
- Rose, P. G., Ali, S., Watkins, E., Thigpen, J. T., Deppe, G., Clarke-Pearson, D. L., & Insalaco, S. (2007). Long-term follow-up of a randomized trial comparing concurrent single agent cisplatin, cisplatin-based combination chemotherapy, or hydroxyurea during pelvic irradiation for locally advanced cervical cancer: a Gynecologic Oncology Group Study. *Journal of clinical oncology*, 25(19), 2804-2810.
- Rotman, M., Sedlis, A., Piedmonte, M. R., Bundy, B., Lentz, S. S., Mudderspach, L. I., & Zaino, R. J. (2006). A phase III randomized trial of postoperative pelvic irradiation in Stage IB cervical carcinoma with poor prognostic features: follow-up of a gynecologic oncology group study. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*, 65(1), 169-176.

- Sardi, J. E., Boixadera, M. A., & Sardi, J. J. (2004). A critical overview of concurrent chemoradiotherapy in cervical cancer. *Current oncology reports*, 6, 463-470.
- Sharma, D. N., Rath, G. K., Thulkar, S., Kumar, S., Subramani, V., & Julka, P. K. (2010). Use of transrectal ultrasound for high dose rate interstitial brachytherapy for patients of carcinoma of uterine cervix. *Journal of Gynecologic Oncology*, 21(1), 12.
- Small Jr, W., Beriwal, S., Demanes, D. J., Dusenbery, K. E., Eifel, P., Erickson, B., ... & Gaffney, D. (2012). American Brachytherapy Society consensus guidelines for adjuvant vaginal cuff brachytherapy after hysterectomy. *Brachytherapy*, 11(1), 58-67.
- Soini T, Hurskainen R, Grénman S, Mäenpää J, Paavonen J, Pukkala E. Cancer risk in women using the levonorgestrel-releasing intrauterine system in Finland. *Obstet Gynecol*. 2014 Aug;124(2 Pt 1):292-299. [[PubMed](#)].
- Sugawara, Y., Tsuji, I., Mizoue, T., Inoue, M., Sawada, N., Matsuo, K., ... & Research Group for the Development and Evaluation of Cancer Prevention Strategies in Japan. (2019). Cigarette smoking and cervical cancer risk: an evaluation based on a systematic review and meta-analysis among Japanese women. *Japanese journal of clinical oncology*, 49(1), 77-86.
- Takiuchi T, Blake EA, Matsuo K, Sood AK, Brasky TM. Aspirin use and endometrial cancer risk and survival. *Gynecol Oncol*. 2018 Jan;148(1):222-232. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)].
- Van Meurs, H., Visser, O., Buist, M. R., Ten Kate, F. J., & van der Velden, J. (2009). Frequency of pelvic lymph node metastases and parametrial involvement in stage IA2 cervical cancer: a population-based study and literature review. *International Journal of Gynecologic Cancer*, 19(1).
- Van Nyen, T., Moiola, C. P., Colas, E., Annibali, D., & Amant, F. (2018). Modeling endometrial cancer: past, present, and future. *International journal of molecular sciences*, 19(8), 2348.

- Weng, Qiao., Jie Jiang., Fatma Mrisho Haji., Lamlet Hassan Nondo and Huaijun Zhou. (2020). Women's knowledge of and attitudes toward cervical cancer and cervical cancer screening in Zanzibar, Tanzania: a cross-sectional study. BMC Cancer (2020) 20:63. <https://doi.org/10.1186/s12885-020-6528-x>.
- Wright JD, Barrena Medel NI, Sehouli J, et al: Contemporary management of endometrial cancer. Lancet 379:1352-1360, 2012.
- Yen TT, Wang TL, Fader AN, et al: Molecular classification and emerging targeted therapy in endometrial cancer. Int J Gynecol Pathol 2019. <https://doi.org/10.1097/PGP.0000000000000585>. [Epub ahead of print].

PROFIL PENULIS



Ns. Elfrida Simamora, S. Kep., M.Kep., Sp. Kep. M.

Penulis merupakan dosen bidang keperawatan maternitas di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Keluarga sejak tahun 2017. Penulis lahir di Jakarta pada tanggal 04 September. Penulis lulusan Sarjana Keperawatan dari Institut Kesehatan Immanuel Bandung dan mendapatkan gelar sarjana pada tahun 2012. Penulis melanjutkan S2 Keperawatan di tahun 2020 dan Spesialis Keperawatan Maternitas di Universitas Indonesia serta lulus pada tahun 2023. Ketertarikan penulis dalam bidang keperawatan maternitas khususnya area kesehatan ibu dan janin, keganasan reproduksi, infertilitas, dan kesehatan reproduksi. Saat ini, penulis aktif dalam melakukan riset dan menulis buku dalam bidang kepakarannya.

Email: elfridasimamora04@gmail.com
elfridasimamorastikesmitrakeluarga@ac.id

BAB 14

DAMPAK LINGKUNGAN TERHADAP KESEHATAN REPRODUKSI

Riska Melanie, S.T., M.Si.
PT TUV Rheinland Indonesia

Definisi Dampak Lingkungan terhadap Kesehatan Reproduksi

Sebelum memahami definisi dampak lingkungan terhadap kesehatan reproduksi, kita perlu mengetahui definisi dampak lingkungan dan definisi kesehatan reproduksi masing-masing terlebih dahulu.

Pemerintah Indonesia mendefinisikan dampak lingkungan hidup sebagai pengaruh perubahan pada lingkungan hidup yang diakibatkan oleh suatu usaha dan/atau kegiatan (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 22, 2021).

Menurut Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan yang diselenggarakan pada tahun 1994, kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan fungsi, peran dan sistem reproduksi (Sri Winarni, dkk., 2020).

Menurut *World Health Organization* (WHO), kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sehat yang utuh secara fisik, mental dan kehidupan sosial dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem

reproduksi, proses-proses reproduksi dan fungsi reproduksi yang tidak hanya terjadi karena ketiadaan penyakit atau kelemahan fisik atau mental (WHO, 2024).

Berdasarkan definisi dampak lingkungan dan definisi kesehatan reproduksi di atas, dampak lingkungan terhadap kesehatan reproduksi dapat dipahami sebagai pengaruh perubahan yang terjadi pada lingkungan hidup manusia karena adanya suatu kegiatan yang ikut memengaruhi keadaan sehat seseorang dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, proses-proses reproduksi dan fungsi reproduksinya, baik secara fisik, mental dan kehidupan sosial.

Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup kesehatan reproduksi sangat luas, mencakup keseluruhan kehidupan manusia sejak lahir hingga mati. Terdapat lima tahapan dalam siklus hidup (*life cycle approach*), yaitu: konsepsi (janin), bayi dan anak, usia remaja, usia subur dan usia lanjut.

Ruang lingkup kesehatan reproduksi yang lebih rinci menggunakan pendekatan siklus hidup. Terdapat dua jenis pelayanan kesehatan reproduksi, yaitu: Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK).

Komponen PKRE mencakup empat komponen berdasarkan siklus hidup, yaitu: kesehatan ibu dan bayi baru lahir, KB, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanganan penyakit menular seksual (termasuk HIV/AIDS).

Komponen PKRE mencakup lima komponen berdasarkan siklus hidup, yaitu: kesehatan ibu dan bayi baru lahir, KB, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanganan penyakit menular seksual (termasuk HIV/AIDS) dan kesehatan reproduksi usia lanjut.

Pendekatan siklus hidup (*life cycle approach*) memperhatikan kekhususan kebutuhan penanganan sistem reproduksi setiap fase kehidupan serta kesinambungan antar fase kehidupan dan apabila tidak ditangani dengan baik akan berakibat buruk nantinya (Sri Winarni, dkk., 2020).

Setiap individu sebaiknya memiliki pengetahuan dan pemahaman kesehatan reproduksi sejak usia remaja, sehingga jika ia

mengalami kelainan kesehatan reproduksi dapat sesegera mungkin mendapatkan penanganan yang tepat.

Perempuan mempunyai kebutuhan khusus dibanding dengan laki-laki karena kodrat perempuan untuk haid, hamil, melahirkan, menyusui dan menopause, oleh karena itu pemeliharaan kesehatan pada perempuan lebih intensif selama hidupnya.

Menurut *International Conference on Population and Development* (ICPD), hak-hak reproduksi adalah:

1. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi.
2. Hak mendapat pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi.
3. Hak kebebasan berfikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi.
4. Hak dilindungi dari kematian karena kehamilan.
5. Hak untuk menentukan jumlah dan jarak kehamilan.
6. Hak atas kebebasan dan keamanan yang berkaitan dengan kehidupan reproduksinya.
7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan dari pelecehan, perkosaan, kekerasan, dan penyalahgunaan seksual.
8. Hak mendapatkan manfaat kemajuan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.
9. Hak atas pelayanan dan kehidupan reproduksinya.
10. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga.
11. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan berkeluarga dan kehidupan reproduksi.
12. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

Jenis-jenis Dampak Lingkungan terhadap Kesehatan Reproduksi

Krisis iklim berdampak terhadap kesehatan reproduksi dan seksual dan berdampak terhadap kemampuan menyadari hak-hak dasar manusia. Memahami hak kesehatan reproduksi dan seksual berkontribusi terhadap penurunan ketidaksetaraan dan meningkatkan ketahanan individu dan komunitas menghadapi krisis iklim.

Kesetaraan untuk mendapatkan hak-hak kesehatan reproduksi dan seksual saat ini menghadapi tantangan yang disebabkan oleh perubahan lingkungan yang tidak stabil dan sulit untuk diperkirakan.

Berikut adalah beberapa jenis dampak lingkungan karena krisis perubahan iklim terhadap kesehatan reproduksi, berdasarkan laporan UNFPA *The impact of the CLIMATE CRISIS on sexual and reproductive health and rights* yang terbit pada tahun 2021:

1. Perubahan iklim dapat memengaruhi kesehatan ibu hamil dan bayi, baik secara langsung dan tidak langsung, menyebabkan kehamilan yang lebih berbahaya dan memburukkan kesehatan bayi baru lahir.

Beberapa bentuk dampak langsung lingkungan terhadap kesehatan ibu hamil dan bayi adalah:

- a. Peningkatan suhu memburukkan kesehatan ibu hamil dan bayi baru lahir, peningkatan 1 derajat Celcius selama 1 pekan sebelum hari kelahiran berhubungan dengan kemungkinan terjadinya kelahiran bayi meninggal sebanyak 6 persen.
- b. Pemanasan global berdampak terhadap pola penyakit-penyakit yang disebarkan oleh vektor, seperti malaria, yaitu meningkatnya penyakit yang berhubungan dengan kehamilan dan berat bayi lahir rendah.
- c. Perubahan iklim memburukkan kesetaraan nutrisi selama kehamilan secara global.

Beberapa bentuk dampak tidak langsung lingkungan hidup terhadap kesehatan ibu dan anak adalah:

- a. Kedaruratan iklim menyebabkan perubahan besar dalam akses kepada pelayanan kesehatan, termasuk alat kontrasepsi.
 - b. Kemiskinan yang meningkat dan kelemahan pangan karena krisis iklim berdampak negatif terhadap kesehatan kehamilan.
 - c. Kekurangan nutrisi makro dan mikro karena kelemahan pangan dan malnutrisi yang dialami oleh ibu hamil berdampak terhadap kesehatan kehamilan, berat badan bayi lahir rendah, keguguran dan kematian janin.
2. Perubahan iklim menyebabkan dan memburukkan keadaan lingkungan yang mendukung terjadinya kekerasan berdasarkan jenis kelamin (*Gender-Based Violence, GBV*).

Stres, kelangkaan dan tekanan yang terjadi pada sumberdaya alam akibat krisis iklim dapat meningkatkan GBV, pernikahan usia dini/ anak, pernikahan yang dipaksakan dan perdagangan manusia – yang semuanya terbukti meningkat. Tekanan keadaan yang dialami keluarga yang terjadi ketika bencana banjir, kekeringan dan dampak iklim lainnya berakibat pada pernikahan usia dini/ anak dan pernikahan yang dipaksakan.

Dalam keadaan ketika sumberdaya yang dimiliki oleh suatu keluarga tidak mencukupi untuk menghidupi seluruh anggota keluarga, pernikahan dianggap sebagai suatu jalan keluar untuk mengurangi beban biaya hidup dan untuk memberikan jaminan keamanan keluarga tersebut atau anak yang dinikahkan. Di sisi lain, ditemukan adanya hubungan antara pernikahan usia dini/ anak dan pernikahan yang dipaksakan dengan ancaman kekerasan seksual atau kejadian kekerasan seksual akibat pernikahan usia dini/ anak dan pernikahan yang dipaksakan.

3. Dampak perubahan iklim terhadap perencanaan keluarga, termasuk kesulitan mengakses pelayanan kesehatan dan alat kontrasepsi sehingga terjadi aborsi tidak aman ketika kehamilan tidak diinginkan.
4. El Nino menyebabkan bencana kekeringan sehingga pasokan air untuk higienitas pribadi terbatas, termasuk menyebabkan berkurangnya pasokan air untuk pertumbuhan tanaman yang digunakan sebagai bahan pembalut darah haid tradisional oleh wanita di Mozambik.

Beberapa Contoh Kasus Kesehatan Reproduksi disebabkan Dampak Lingkungan

Berikut adalah beberapa contoh kasus kesehatan reproduksi disebabkan dampak lingkungan:

1. Obesitas dan berat badan rendah di bawah normal yang disebabkan oleh gaya hidup tidak sehat seperti kebiasaan merokok, minuman beralkohol, dan konsumsi kafein berlebihan dapat menyebabkan kemandulan dan menghambat fungsi endokrin. Stres fisik dan paparan lingkungan seperti polusi udara, pestisida dan radiasi juga dapat menyebabkan kemandulan dan mempengaruhi fungsi reproduksi.

2. Hubungan antara paparan trihalomethan (THM) yang bersumber dari air minum dengan penurunan kualitas sperma dari potensial pendonor sperma sehat sebanyak 1199 orang pria etnis tionghoa.
3. Paparan DBP selama kehamilan dapat menyebabkan status peningkatan oksidatif stres ibu hamil.
4. Pekerjaan yang melibatkan penggunaan bahan-bahan pembersih dan produk perawatan diri dalam jumlah besar (mengandung ftalat, fenol dan paraben), seperti pekerja salon kecantikan dan petugas kebersihan memiliki risiko tinggi terjadinya masalah kesehatan kehamilan.
5. Penyerapan ftalat dan paraben secara sistemik telah terbukti terjadi melalui kontak kulit dari penggunaan losion tubuh, hal ini menjadi sumber potensi penyerapan ftalat dan paraben yang ada dalam gel alat USG melalui kulit ketika pemeriksaan kehamilan.
6. Paparan bahan kimia lingkungan pada pria dan wanita berkaitan dengan penurunan kesuburan, peningkatan risiko keguguran dan risiko penyakit selama kehamilan.
7. Kandungan konsentrasi BPA and BPS pada calon ibu dan kandungan konsentrasi paraben pada calon ayah sebelum konsepsi berkaitan dengan peningkatan risiko kelahiran bayi prematur dan penyakit selama kehamilan.
8. Paparan partikulat polutan udara PM_{2,5} sebelum kelahiran menyebabkan masalah kehamilan dan potensi menurunnya kesehatan ibu dan bayi.
9. Hubungan antara gaya hidup dan kesehatan reproduksi. Kebiasaan merokok berhubungan secara signifikan dengan peningkatan risiko kemandulan. Stres kronik memperlambat waktu hamil dan obesitas berhubungan dengan abnormalitas menstruasi.
10. Studi di pedesaan Afrika menunjukkan paparan pestisida pada wanita hamil dengan bukti kandungan sisa pestisida yang ditemukan dalam urin dan berpotensi membahayakan kehamilan dan bayi.
11. Konsentrasi sisa DEHP yang ditemukan dalam urin ibu hamil berkaitan dengan peningkatan kelahiran bayi prematur.
12. Kandungan konsentrasi BPA dan DEHP pada calon ibu dan calon ayah sebelum konsepsi berkaitan dengan peningkatan risiko kelahiran bayi prematur.

Upaya-upaya Penanggulangan Dampak Lingkungan terhadap Kesehatan Reproduksi

Berikut adalah beberapa upaya penanggulangan yang dapat dilakukan untuk mengurangi dampak buruk lingkungan terhadap kesehatan reproduksi.

1. Memperkuat ketahanan individu dan komunitas dengan memberikan edukasi, pelayanan kesehatan dan memastikan kesetaraan hak kesehatan reproduksi dan seksual.
2. Memperkuat sistem kesehatan termasuk pelayanan kesehatan dan pelayanan perlindungan untuk korban dan saksi GBV.
3. Memastikan Tanggap Darurat dan Kesiagaan yang lebih baik untuk memenuhi hak reproduksi dan seksual bagi mereka yang terdampak dan berisiko terdampak krisis iklim.
4. Memperkuat sistem data kerentanan iklim dan kemampuan adaptasi. Penilaian kerentanan iklim harus diinformasikan berdasarkan populasi, data kesehatan dan data jenis kelamin untuk merefleksikan dampak krisis iklim secara lengkap.
5. Menyelesaikan masalah ketidaksetaraan dan diskriminasi sebagai bagian respon untuk penguatan ketahanan perubahan iklim.
6. Kebijakan ketahanan dan adaptasi iklim, termasuk tujuan dan pembiayaan harus mendukung kegiatan penghapusan GBV dan menangani krisis iklim.
7. Adaptasi iklim harus memastikan keterlibatan anak muda, mulai dari desain kebijakan iklim, implementasi, dukungan pembiayaan untuk menangani krisis iklim, termasuk kesetaraan jenis kelamin, dan kesehatan reproduksi dan seksual.
8. Setiap negara memastikan rasio 50:50 mitigasi dan adaptasi krisis iklim dan berkomitmen memberikan pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual terutama kepada wanita dan anak perempuan.
9. Regulasi dan pengaturan dosis penggunaan bahan desinfektan dalam sistem pengairan masyarakat untuk menekan potensi paparan DBP sebagai hasil samping reaksi bahan desinfektan dengan air yang dapat mempengaruhi kesehatan kehamilan dan menyebabkan penurunan kesuburan.

10. Meningkatkan pemahaman dampak gaya hidup, nutrisi dan lingkungan terhadap sistem reproduksi sebagai salah satu cara efektif untuk menjaga kesehatan reproduksi dan kesuburan. Strategi pencegahan dengan mengubah faktor gaya hidup sejak muda dapat menguntungkan dan bermanfaat untuk meningkatkan kesehatan reproduksi dan meningkatkan kesuburan.
11. Upaya pencegahan melalui peningkatan kualitas kesehatan lingkungan kerja agar paparan bahaya bahan kimia terhadap calon ibu dan calon ayah dapat dikurangi sejak masa sebelum konsepsi.
12. Regulasi dan pengaturan dosis ftalat dan pelarangan paraben dalam produk kosmetik dan perawatan diri untuk mengurangi potensi paparan ftalat dan paraben yang dapat mempengaruhi kesehatan kehamilan dan menyebabkan penurunan kesuburan.

Daftar Pustaka

- Calcaterra, V. & Zuccotti, G. (2023). The Impact of Modifiable Environmental, Nutritional, and Lifestyle Factors on Puberty, Reproductive Function, and Fertility in Children and Adolescents. *Children*, 10, 781. <https://doi.org/10.3390/children10050781>.
- Chen, Y. dkk. (2020). Associations of Blood Trihalomethanes with Semen Quality among 1199 Healthy Chinese Men Screened as Potential Sperm Donors. *Environment International*, Volume 134, <https://doi.org/10.1016/j.envint.2019.105335>.
- Liu, C. dkk. (2020). Blood and Urinary Biomarkers of Prenatal Exposure to Disinfection Byproducts and Oxidative Stress: A repeated measurement analysis. *Environment International*, Volume 137, <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105518>.
- Messerlian, C. dkk. (2020). An Ounce of Prevention is Worth A Pound of Cure: Time to Focus on Preconception Workplace Reproductive Health. *Human Reproduction*, Vol.37, No.1, (1-4), <https://doi.org/10.1093/humrep/deab263>.
- Messerlian, C. dkk. (2017). Ultrasound Gel as An Unrecognized Source of Exposure to Phthalates and Phenols among Pregnant Women Undergoing Routine Scan. *Int J Hyg Environ Health*, 220(8), 1285-1294, <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2017.08.003>.
- Messerlian, C. dkk. (2018). The Environment and Reproductive Health (EARTH) Study: A Prospective Preconception Cohort. *Human Reproduction Open*, (1-11), <https://doi.org/10.1093/hropen/hoy001>.
- Mustieles, V. dkk. (2020). Maternal and Paternal Preconception Exposure to Phenols and Preterm Birth. *Environment International*, Volume 137, <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105523>.
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 22 Tahun 2021 (2021). *Penyelenggaraan Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup*.

- Qiu, X. dkk. (2020). Prenatal Exposure to Particulate Air Pollution and Gestational Age at Delivery in Massachusetts Neonates 2001–2015. *Environmental Epidemiology*, 00:e11, https://journals.lww.com/environepidem/Fulltext/2020/10000/Prenatal_exposure_to_particulate_air_pollution_and.3.aspx.
- United Nations Population Fund (UNFPA). (2021). *The impact of the CLIMATE CRISIS on sexual and reproductive health and rights*.
- Vhawal, SS. dkk. (2023). Exploring The Impact of Lifestyle Factors on Women's Reproductive Health: A Longitudinal Study. *Journal of Chemical Health Risks*, 13(4s), 32-36, ISSN:2251-6727, <https://jchr.org/index.php/JCHR/article/view/578>.
- Winarni, S. dkk. (2020). *Buku Ajar Dasar Kesehatan Reproduksi*. FKM UNDIP Pess Universitas Diponegoro Semarang, Semarang.
- World Health Organization (WHO). (2024). Reproductive Health. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>.
- Wylie, B.J. (2017). Urinary Concentrations of Insecticide and Herbicide Metabolites among Pregnant Women in Rural Ghana: A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14, 354, <https://www.mdpi.com/1660-4601/14/4/354>.
- Yland, J.J. dkk. (2022). Phthalate and DINCH Urinary Concentrations Across Pregnancy and Risk of Preterm Birth. *Environmental Pollution*, Volume 292, Part B, <https://doi.org/10.1016/j.envpol.2021.118476>.
- Zhang, Y. dkk (2021). Parental Preconception Exposure to Phenol and Phthalate Mixtures and The Risk of Preterm Birth, *Environment International*, Volume 151, <https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106440>.

PROFIL PENULIS



Riska Melanie, S.T., M.Si.

Penulis menyelesaikan pendidikan menengah atas di Sekolah Menengah Kejuruan yang berada di bawah Kementerian Perindustrian yaitu Sekolah Menengah Analis Kimia Bogor (SMAK Bogor) pada tahun 1999. Penulis kemudian bekerja di sebuah perusahaan manufaktur kabel optik sebagai staf Sistem Manajemen Mutu sambil melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi

dan berhasil menyelesaikan studi S1 di Prodi Teknik Kimia Universitas Jayabaya di Jakarta pada tahun 2005 dengan predikat *cum laude*. Setelah menyelesaikan studi S1 penulis bekerja di berbagai perusahaan multinasional yang bergerak di bidang manufaktur maupun bidang jasa, pada tahun 2010 penulis melanjutkan studi S2 di prodi Ilmu Lingkungan Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia dan berhasil lulus dengan predikat *cum laude* pada tahun 2012.

Penulis memiliki kepakaran di bidang sistem manajemen mutu, sistem manajemen lingkungan, sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja. Penulis memiliki lebih dari 15 tahun pengalaman bekerja dan sejak tahun 2008 penulis bekerja di Lembaga Sertifikasi. Selain bekerja di industri, penulis pernah menjadi dosen tamu di Prodi Teknik Lingkungan dan Prodi Teknik Industri Universitas Sahid Jakarta pada semester genap tahun 2013. Penulis juga aktif menulis untuk memberikan kontribusi positif bagi masyarakat luas, salah satunya adalah beberapa kali menulis *blog* untuk PT TUV Rheinland Indonesia yang diterbitkan di website insights.tuv.com.

Email Penulis: ris.melanie@gmail.com.

BAB 15

KESEHATAN REPRODUKSI

KELOMPOK RENTAN

Denisius Umbu Pati, S.KM., M.Kes.
Universitas Kristen Wira Wacana Sumba

Pengantar Kelompok Rentan

Kelompok rentan merupakan kelompok yang mudah sekali mengalami kekerasan seksual atau dengan kata lain kelompok yang harus dilindungi oleh undang-undang dan pemerintah. Yang dimaksud dengan kelompok rentan ialah Wanita hamil atau menyusui, bayi, balita, dan anak, penyandang disabilitas serta usia lanjut (Siregar & Wibowo, 2019).

Kelompok rentan merupakan kelompok yang berada di lingkungan masyarakat yang mudah sekali terpapar pada kondisi Kesehatan yang sangat rendah atau buruk yang termasuk diantaranya seperti: kelompok minoritas, masyarakat yang tidak memiliki asuransi Kesehatan, kelompok pengidap HIV dan AIDS, anak-anak, lanjut usia, masyarakat miskin dan para gelandangan. Menurut undang-Undang nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia dalam pasal 5 disebutkan bahwa setiap orang termasuk kelompok masyarakat yang rentan berhak untuk memperoleh perlakuan dan perlindungan lebih berkenaan dengan kekhususannya (Pradana, Casman, 2020).

Kelompok rentan yang dimaksud ini merupakan kelompok atau komunitas yang memiliki kerentanan atau mengalami keterbatasan

fisik, mental, dan sosial sehingga tidak mampu mengakses layanan dasar dan membutuhkan bantuan dari pemerintah dan negara atau kelompok lainnya. Kelompok rentan ini sering menjadi sasaran dari kelompok yang kuat seperti kekerasan seksual, penindasan dan terdiskriminasi dari kelompok-kelompok tertentu.

Kelompok rentan menjadi perhatian paling utama dalam mendapatkan pelayanan Kesehatan dari tenaga Kesehatan baik dalam bentuk preventif, kuratif, promotif dan rehabilitatif (Hutabarat et al., 2024).

Kategori kelompok rentan dalam hal ini ialah:

1. Perempuan

Perempuan merupakan kelompok rentan yang perlu dilindungi dan sampai saat ini perempuan masih menjadi kelompok yang sangat rentan dengan berbagai bentuk ketidakadilan atau sering mengalami kekerasan seksual atau bentuk penindasan lainnya, dari segi Kesehatan reproduksi perempuan merupakan objek atau dengan kata lain pabrik atau penghasil yang melahirkan keturunan (anak) tanpa memandang hak perempuan sendiri atas dirinya, dalam hal ini hak untuk menentukan kapan ia (perempuan) melahirkan dan jumlah anak yang ia (perempuan) akan lahirkan atau yang harus miliki.

Sumba merupakan kabupaten di Nusa Tenggara Timur, di sumba perempuan masih dianggap sebagai kaum yang tidak mempunyai peran terlalu banyak di kalangan budaya tertentu, contohnya dalam kesetaraan gender dalam bidang Pendidikan pada perempuan, perempuan tidak dapat melanjutkan pendidikannya kejenjang yang lebih tinggi (Perguruan Tinggi) disebabkan oleh faktor budaya patriarki karena masyarakat sumba menganut sistem perkawinan patrilineal sedangkan faktor ekonomi dipicu oleh pendapatan masyarakat yang relatif rendah dengan peluang pekerjaan yang sangat minim (Kura, 2021).

Dalam pengambilan keputusan juga terhadap akses pelayanan kesehatan perempuan masih mendapatkan diskriminasi karena status sosial dalam hal ini pengambilan keputusan masih berada pada laki-laki.

Selain permasalahan diatas, budaya Sumba yang menuntut perempuan harus bekerja, perempuan seringkali juga

mendapatkan perlakuan yang kurang baik seperti setelah proses kelahiran dimana perempuan harus dituntut untuk segera melakukan pekerjaan baik pekerjaan rumahan atau mengurus anak-anak, sehingga seringkali pada pasca persalinan perempuan tidak mendapatkan waktu yang cukup untuk memulihkan dirinya pasca persalinan.

2. Anak dan Remaja

Menurut Undang-undang 1945 menyatakan bahwa setiap anak mempunyai hak atas keberlangsungan hidup, bertumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. Anak dengan rentang usia hingga 18 tahun berhak untuk mendapatkan pelayanan Kesehatan. Selama kurun waktu tersebut anak juga mempunyai hak untuk mendapatkan nutrisi yang baik sehingga anak dapat terhindar dari segala jenis masalah kesehatan. Selama masa pertumbuhan dan perkembangan, anak sering mendapatkan tantangan secara multidimensional seperti anak rentan terhadap permasalahan gizi, kekerasan seksual, penyakit menular dan tidak menular, Kesehatan reproduksi dan Kesehatan mental, oleh sebab itu upaya pemeliharaan dan peningkatan kesejahteraan Kesehatan pada anak dan remaja perlu dilakukan sejak awal secara maksimal. Peningkatan Kesehatan juga harus dimulai sejak anak tersebut masih dalam kandungan, masa bayi, masa balita, usia pra sekolah, dan usia sekolah masih menjadi bagian dari pada upaya peningkatan dan pemeliharaan Kesehatan anak dan remaja (Hutabarat et al., 2024).

3. Penyandang disabilitas

Disabilitas merupakan penyandang yang membutuhkan bantuan untuk mengurangi keterbatasan atau hambatan yang dimiliki seseorang penyandang disabilitas untuk dapat hidup dan ikut serta dalam aktivitas yang ada di masyarakat.

Penyandang disabilitas masih menjadi sasaran untuk mendapatkan diskriminasi dalam isu Kesehatan disebabkan karena disabilitas dianggap sebagai sebuah penyakit sehingga seringkali mengalami kesulitan dalam akses Pendidikan, Kesehatan, pekerjaan, dan seringkali mendapatkan perlakuan diskriminasi dalam bidang hukum.

Berdasarkan Undang-Undang Dasar pada pasalnya yang ke 12 tentang penyandang disabilitas mempunyai Hak meliputi:

- a. Mendapatkan kesamaan dan kesempatan atas bidang Kesehatan
- b. Yankes yang aman, bermutu dan terjangkau
- c. Mendapatkan komunikasi dan informasi serta edukasi tentang pelayanan Kesehatan
- d. Memperoleh obat yang bermutu dan berkualitas
- e. Mendapatkan perlindungan dari penelitian dan pengembangan Kesehatan yang melibatkan disabilitas sebagai subjek dalam penelitian

4. Lanjut Usia (Lansia)

Seseorang yang dikatakan lansia (lanjut usia) ialah orang yang mencapai usia 60 tahun ke atas, dimana secara fisik orang tersebut tidak dapat melakukan pekerjaan ataupun kegiatan sebagaimana biasanya dari pada seseorang yang berada pada usia dibawah 60 tahun, sehingga seseorang yang dikatakan lansia bergantung pada orang lain atau komunitas lain dalam aktivitas kesehariannya. Lansia di Indonesia masih belum mendapatkan hak akses atas Kesehatan dengan mudah (Limbong et al., 2020).

Di Indonesia angka populasi lansia sangat tinggi sehingga membuat pemerintah berpikir untuk mengambil sebuah program dan kebijakan dengan sasaran pada lansia, hal ini dilakukan agar pemerintah juga dapat melindungi lansia dari segi akses pelayanan kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup dari pada lansia, sehingga lansia juga mendapatkan kehidupan yang layak dan Bahagia di hari tuanya, banyak lansia yang di usianya ditelantarkan oleh keluarganya bahkan anaknya sendiri, akibat dari kesibukan pekerjaan yang membuat anaknya tidak dapat mengurus orang tua (lansia) di usianya. Program dan kebijakan pemerintah dalam meningkatkan kualitas hidup dari pada lansia diantaranya tertuang pada peraturan pemerintah Nomor 43 Tahun 2004 tentang pelaksanaan upaya peningkatan kesejahteraan lansia (lanjut usia) yang meliputi (Ekasari et al., 2018):

- a. Pelayanan keagamaan dan spiritual bagi lansia seperti pembangunan sarana ibadah dengan pelayanan aksesibilitas

- b. Pelayanan Kesehatan melalui peningkatan upaya kuratif (pengobatan) penyembuhan pada bidang pelayanan geriatri/gerontologi
- c. Pelayanan untuk sarana umum tujuan dilakukannya adalah agar lansia (lanjut usia) mendapatkan kemudahan dalam penggunaan fasilitas umum, kemudahan dalam melakukan perjalanan, keringanan biaya, rekreasi dan olahraga serta khusus penyediaan fasilitas.
- d. Mendapatkan kemudahan dalam penggunaan fasilitas umum, seperti;
 - 1) Pelayanan administrasi pemerintah (seperti KTP)
 - 2) Pelayanan Kesehatan (seperti fasilitas Kesehatan yang baik, JMN dan lain-lain)
 - 3) Pelayanan dalam transportasi umum (mendapatkan tiket, penyediaan kursi bagi lansia)
 - 4) Pelayanan wisata dan mendahulukan lansia (lanjut usia).

Kesehatan Reproduksi Wanita/Perempuan

Menurut Kementerian Kesehatan bahwa kesehatan reproduksi pada wanita atau perempuan merupakan suatu keadaan sejahtera secara menyeluruh baik secara fisik, mental dan sosial serta terbebas dari penyakit atau kondisi kecacatan dalam hal sistem dan fungsi serta proses reproduksi. Tujuan dari terselenggaranya Kesehatan reproduksi ialah menurunkan angka kesakitan dan angka kematian pada ibu dan bayi. Tujuan dan sasaran dari program Kesehatan reproduksi terbagi menjadi dua bagian yaitu (Mayasari et al., 2021);

1. Tujuan Utama

Untuk meningkatkan kesadaran dan kemandirian seorang wanita dalam usaha mengatur fungsi dan proses reproduksi serta kehidupan secara seksualitas sehingga hak-hak dalam reproduksi dapat terpenuhi dan mencapai peningkatan kualitas hidup yang maksimal.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus terbagi menjadi empat bagian yakni;

- a. Wanita mandiri dalam mengambil sebuah keputusan terkait fungsi reproduksinya

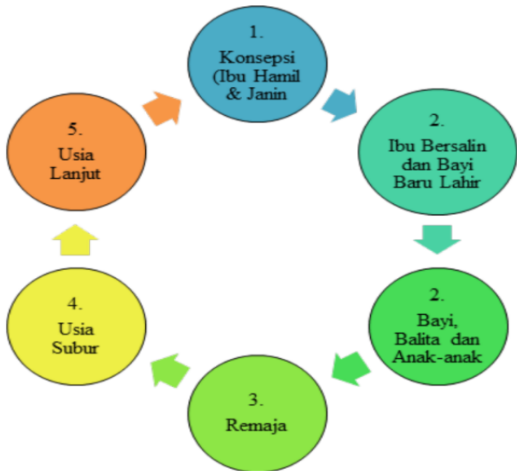
- b. Wanita dalam menentukan dan memutuskan waktu yang tepat untuk hamil, jumlah anak dan jarak kehamilan serta jarak anak yang diinginkan dengan begitu terjadi peningkatan pada wanita dalam pemenuhan hak dan tanggungjawab sosial
- c. Meningkatkan peran dan tanggungjawab sosial bagi pria dalam hal seksualitas dan fertilitasnya terhadap Kesehatan dan kesejahteraan pasangan dan anak-anaknya.
- d. Meningkatkan dukungan terhadap Wanita dalam menentukan keputusan terkait proses reproduksi yang mencakup ketersediaan informasi dan layanan Kesehatan reproduksi dalam mencapai derajat kesehatan reproduksi yang optimal.

Pemantauan Kesehatan reproduksi Wanita yang maksimal dilakukan maka akan terjadi peningkatan Kesehatan ibu, anak, Keluarga berencana (KB), dan Kesehatan reproduksi yang memiliki tujuan utama yaitu menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB).

Dalam ruang lingkup Kesehatan reproduksi Wanita terdapat dua jangkauan pelayanan yakni:

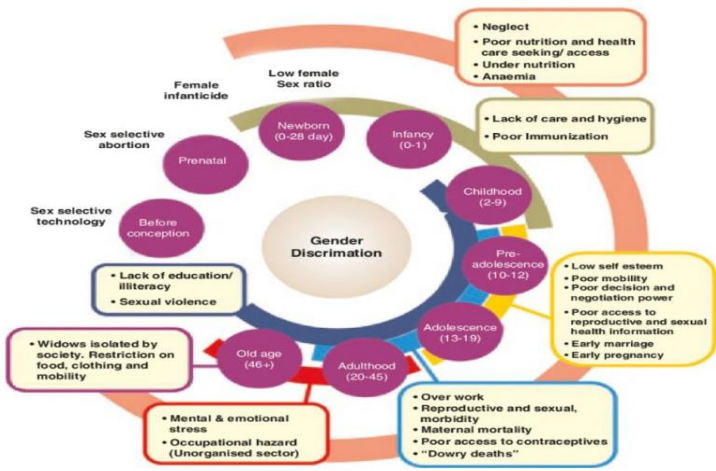
1. Sasaran utama Kesehatan reproduksi (kespro) adalah laki-laki dan perempuan dalam masa usia subur, remaja (laki-laki dan perempuan), calon pengantin, dan kelompok berisiko yang meliputi pekerja seks, serta masyarakat dalam golongan masyarakat prasejahtera.
2. Sasaran Kesehatan reproduksi diantaranya petugas dan tenaga kesehatan seperti dokter, bidan, perawat, Kesehatan masyarakat, atau pemberi pelayanan Kesehatan berbasis masyarakat (kader Kesehatan, dukun, tokoh masyarakat dan agama, serta LSM).

Berikut ini merupakan siklus dari kehidupan dalam bereproduksi (Mayasari et al., 2021) dapat dilihat dalam gambar 15.1. berikut ini:



Gambar 15.1: Siklus Kehidupan Dalam Bereproduksi
Sumber: diolah penulis

Ruang lingkup Kesehatan reproduksi mencakup seluruh proses kehidupan yang berlangsung sejak seseorang lahir hingga meninggal, namun pada pendekatan siklus hidup (*life cycle approach*) merupakan istilah yang digunakan dalam penerapan Kesehatan reproduksi. Menurut Depkes RI dalam (Mayasari et al., 2021) Pelayanan Kesehatan reproduksi bersifat komprehensif pada siklus kehidupan.



Gambar 15.2: Life Cycle Approach
Sumber: diolah penulis

Kesehatan Reproduksi Anak-anak dan remaja

Pelayanan Kesehatan pada kelompok anak rentan meliputi pelayanan Kesehatan bagi anak penyandang disabilitas, anak-anak korban kekerasan seksual, anak-anak korban perdagangan (*human trafficking*), anak-anak terlantar, anak-anak jalanan atau pekerja anak, anak bermasalah hukum (Lapas), anak yang berada di daerah terisolasi/terpencil/tertinggal. Anak-anak yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, social, mental dan emosional yang berpengaruh secara signifikan dalam proses pertumbuhan dan perkembangannya dibandingkan dengan anak-anak seusianya disebut dengan anak yang berkebutuhan khusus.

Upaya pelayanan Kesehatan pada kelompok anak rentan meliputi pencegahan penyakit (preventif), peningkatan Kesehatan (Promotif), pemulihan Kesehatan (rehabilitatif), dan penyembuhan penyakit (kuratif) secara komprehensif dan tanpa perbedaan.

Pencegahan dan peningkatan Kesehatan melalui promosi Kesehatan yang bisa dilakukan yakni pemberian KIE (komunikasi, informasi dan edukasi), seperti pemberian nutrisi yang seimbang (asupan gizi yang seimbang), PHBS (perilaku hidup bersih dan sehat), penyalahgunaan obat terlarang atau Narkotika, Kesehatan reproduksi dan seksual remaja, Kesehatan remaja, penyakit menular, Kesehatan jiwa, pencegahan kekurangan gizi, malaria serta penyakit akibat sanitasi dan hygiene perorangan yang buruk.

Upaya pengobatan dan rehabilitasi wajib dijamin ketersediaannya oleh pemerintah melalui sanitasi, penyediaan air bersih, pemberian imunisasi dan vitamin, pengobatan penyakit dan konseling rujukan klinis dan upaya rehabilitatif.

Kesehatan reproduksi remaja merupakan salah satu kelompok masyarakat yang perlu mendapatkan perhatian khusus dalam bidang kesehatan reproduksi di mana mereka merupakan kelompok yang sangat rentan terhadap penyalahgunaan sikap dan perilaku menyimpang dari konsep-konsep kesehatan reproduksi pada umumnya. Selain itu juga remaja juga jarang menerima akses pelayanan informasi atau konseling mengenai kesehatan reproduksi sehingga banyak dari kalangan remaja yang mengalami masalah

kesehatan reproduksi seperti terinfeksi ISR/IMS/HIV dan AIDS. Masalah-masalah kesehatan reproduksi tersebut juga sangat berdampak pada kesehatan mental, emosional, ekonomi, dan kesejahteraan Sosial dalam jangka panjang dampak tersebut dapat dirasakan oleh remaja dan juga keluarga, masyarakat, serta bangsa secara umum. Remaja merupakan objek yang sangat rentan dalam kasus-kasus kekerasan seksual oleh karena itu remaja harus mendapatkan perlindungan dan perhatian khusus dari pemerintah secara hukum (Mayasari et al., 2021).

Kesehatan Reproduksi Penyandang Disabilitas

Penyandang disabilitas pada umumnya, baik itu penyandang disabilitas netral ataupun tunanetra khususnya merupakan individu yang sangat rentan terhadap berbagai masalah kesehatan terutama berkaitan dengan masalah kesehatan reproduksi dan seksualitas. Akibat daripada itu penyandang disabilitas atau ketunanetraan mereka memiliki keterbatasan dalam tingkat dan keanekaragaman pengalaman yang dimiliki oleh penyandang disabilitas keterbatasan ini pada kemampuannya untuk berpindah tempat serta berinteraksi dengan masyarakat dan lingkungan sosialnya penyandang disabilitas dalam hal ini termasuk remaja tunanetra telah diakui memiliki hak untuk mendapatkan semua kehidupan yang layak demi terwujudnya kesehatan yang optimal hak-hak mereka di mana untuk berpartisipasi dalam semua aspek kehidupan sosial ekonomi dan budaya meningkatkan dan mengembangkan kondisi yang diperlukan untuk memastikan kesempatan yang sama dan menilai kemampuan mereka dalam proses pembangunan ekonomi dan sosial serta menjamin dan memajukan kemandirian disabilitas (Ulfah & Widayani, 2022).

Hak dalam kesehatan reproduksi dan seksual merupakan bagian dari hak asasi manusia (HAM) yang harus dimiliki oleh setiap orang tanpa terkecuali sejak ia dilahirkan termasuk para penyandang disabilitas. Penyandang disabilitas terutama dalam hal ini perempuan sering mengalami diskriminasi hak seksual dan reproduksi. Berdasarkan kajian dalam situasi faktual dalam laporan Komnas perempuan yang bekerjasama dengan *United Nations Population Fund* (UNFPA) pada tahun 2019 yang berkaitan dengan kesehatan

reproduksi perempuan disabilitas dikemukakan yakni (Ariani et al., 2022):

1. Perempuan disabilitas dianggap sebagai pribadi yang secara seksual dan tidak menarik. Masyarakat pada umumnya mempresentasikan mereka atau orang dengan disabilitas adalah makhluk tidak bisa melakukan aktivitas seksual serta tidak bisa mengontrol perasaan dan dorongan seks serta tidak bisa bertanggung jawab bila mempunyai anak. Pemahaman ini berasal dari representative culture atau budaya dan mitos serta diskriminasi stigma yang mempengaruhi pengalaman seksual pada orang-orang dengan penyandang disabilitas.
2. Budaya di beberapa lingkungan di Indonesia beranggapan bahwa penyandang disabilitas merupakan aib yang dilakukan oleh orang tuanya. Anggapan masyarakat tersebut hal ini masih menjadi tabu sehingga keluarga membatasi akses penyandang disabilitas dengan dunia publik atau dunia sosial akibatnya informasi tentang hak dan kesehatan reproduksi dan seksual sulit terakses oleh penyandang disabilitas. Keluarga sangat minim pengetahuan tentang hak dan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas.
3. Kontrasepsi merupakan kebutuhan manusia termasuk bagi mereka penyandang disabilitas, di mana mereka juga membutuhkan akses untuk mendapatkan kontrasepsi dan harusnya dengan kondisi disabilitas tidak membatasi mereka untuk mengakses hal tersebut. Pada beberapa kasus yang ada perempuan penyandang disabilitas dipaksa melakukan sterilisasi bahkan disuruh untuk melakukan aborsi oleh keluarga karena alasan medis berkemungkinan lahirnya bayi dengan keadaan disabilitas sangat sulit untuk melahirkan normal. Berdasarkan hasil pengamatan yang didapatkan di lapangan beberapa perempuan dengan penyandang disabilitas dalam sebuah keluarga menjadi objek dalam memuaskan nafsu dari pada kepala rumah tangga sehingga selama kehamilannya, penyandang disabilitas tersebut tidak mendapatkan akses pelayanan Kesehatan yang optimal karena tidak dapat berkomunikasi dan tidak dapat berjalan seperti halnya orang normal pada umumnya.

4. Remaja penyandang disabilitas memiliki permasalahan dalam pencitraan tubuh karena mereka memiliki perbedaan pada tubuh maupun kejiwaan mereka dibandingkan orang pada umumnya sehingga tidak jarang menimbulkan prasangka yang negatif dari kalangan masyarakat luas. Remaja yang menyandang disabilitas juga rentan terhadap eksploitasi yang lebih tinggi daripada remaja pada umumnya beberapa penyandang disabilitas memiliki kesulitan komunikasi sehingga lebih rentan menjadi objek eksploitasi termasuk kekerasan fisik maupun seksual.

Kesehatan Reproduksi Lanjut Usia (Lansia)

Penambahan usia pada seseorang yang akan berakhir menjadi proses penuaan (*aging*). Penuaan yang terjadi pada seseorang merupakan suatu proses yang terjadi secara terus menerus dan berkesinambungan yang akan menyebabkan perubahan anatomis, fisiologis dan biokimia pada tubuh sehingga akan mempengaruhi fungsi dan kemampuan tubuh secara menyeluruh dan keseluruhan (Ekasari et al., 2018).

Perubahan mental yang terjadi pada diri seseorang dikarenakan perasaan kehilangan terutama pada pasangan hidup maupun sanak keluarga atau teman kerabat yang sangat dekat (*bereavement*), sering menyendiri, perasaan ketersendirian sampai menjadi lupa (*dimensia*) (Ekasari et al., 2018).

Perubahan-perubahan sosial yang terjadi dengan seiring meningkatnya usia lanjutan merupakan ketidakmampuan dalam merawat diri sendiri dalam kegiatan hidup sehari-hari seperti halnya mandi, buang air kecil (BAK), buang air besar (BAB), berpakaian sendiri, menyisir rambut, sikat gigi, makan dan lain sebagainya sehingga dari kegiatan sehari-hari tersebut seiring berjalannya waktu orang (*lansia*) membutuhkan orang lain untuk membantunya dalam kegiatan sehari-hari dalam keberlangsungan hidupnya sehingga lansia tersebut mendapat kehidupan yang layak dan berkualitas seperti halnya orang lain yang masih dapat melaksanakan aktivitas seperti biasa dengan kata lain belum kategori lansia.

Perempuan lansia merupakan golongan kelompok yang sangat rentan sering diartikan sebagai individu yang selalu tergantung pada orang lain atau komunitas lain disekitarnya. Perempuan lansia sering kali dianggap sebagai beban bagi keluarga, masyarakat dan negara. Perempuan lansia secara fisik fungsi tubuhnya telah menurun dan derajat Kesehatan pada perempuan lansia dikhawatirkan dapat dapat berpengaruh pada tingkat ekonomi keluarga lansia tersebut. Secara fisik perempuan lansia banyak kalangan yang mengatakan bahwa mereka menjadi beban keluarga namun disisi lain masih banyak perempuan lansia yang masih produktif dan mampu bekerja dalam aktivitas kesehariannya (Hutabarat et al., 2024).

Daftar Pustaka

- Ariani, H. P., Setiawandari, Rihardini, T., Kristiana, E., Dewi, R. S., Bacoil, M. B., A'yun, S. Q., Widyawaty, E. D., Karo, M. B., & Lestari, Y. D. (2022). *Asuhan kebidanan pada perempuan & anak dalam kondisi rentan untuk mahasiswa kesehatan*. Rena Cipta Mandiri.
- Ekasari, M. F., Riasmini, N. M., & Hartini, T. (2018). *meningkatkan kualitas hidup lansia konsep dan berbagai strategi intervensi*. Wineka Media.
- Hutabarat, V., Nurita, S. R., Mutoharoh, S., Yanti, E., Puspitaningrum, D., & Setyani, R. A. (2024). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Kelompok Rentan* (R. H. Dimasqi Sulthan Sabiq Jiddan, Lucky Dwi Caraka, Muhammad Asyfa Dafi, Qoriatul Adawiyah (ed.)). Mahakarya Citra Utama Group.
- Kura, B. P. (2021). *Ketidaksetaraan Gender dalam Bidang Pendidikan Studi Pada Perempuan Yang Tidak Melanjutkan Pendidikan Ke Jenjang Perguruan Tinggi Di Desa Harona Kalla Kecamatan Laboya Barat Kabupaten Sumba Barat*.
- Limbong, R. J., Farikhati, N., Hartanto, M. F. B., Yuli, I., Ayunda, Z. M., & Nike, D. (2020). *Kajian Pemenuhan Hak atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan di Indonesia* (Y. Rosdianti (ed.)). Komisi Nasional Hak Asasi Manusia Republik Indonesia (Komnas HAM RI).
- Mayasari, A. T., Febriyanti, H., & Primadevi, I. (2021). *Kesehatan Reproduksi Wanita di Sepanjang Daur Kehidupan* (D. Alia (ed.)). Syaih Kuala Universitas Press.
- Pradana, Casman, N. (2020). Pengaruh Kebijakan Social Distancing pada Wabah COVID-19 terhadap Kelompok Rentan di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 9(2), 61–67.
- Siregar, J. S., & Wibowo, A. (2019). Upaya Pengurangan Risiko Bencana Pada Kelompok Rentan. *Jurnal Dialog Penanggulangan Bencana*, 10(1), 30–38.
- Ulfah, K., & Widayani, W. (2022). *Edukasi Kesehatan Reproduksi dan Seksual pada Remaja Tunanetra* (M. Nasrudin (ed.)). PT. Nasya Expanding Management.

PROFIL PENULIS



Denisius Umbu Pati, S.KM., M.Kes.

Ketertarikan penulis terhadap ilmu Kesehatan dimulai pada tahun 2010 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Menengah Atas di SMA Negeri 2 Waingapu Kota Waingapu dengan memilih Jurusan Ilmu Pengetahuan Alam (IPA) dan berhasil lulus pada tahun 2010. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi S1 di prodi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat dengan Peminatan Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja Universitas Nusa Cendana pada tahun 2010 dan penulis menyelesaikan studi S1 pada tahun 2014. Dua tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Kesehatan Masyarakat Program Pasca Sarjana Universitas Nusa Cendana dan menyelesaikan studinya pada tahun 2016.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: denis@unkriswina.ac.id

BAB 16

ADVOKASI KESEHATAN REPRODUKSI

Hj. Yunita Ella Isdianti Noor S.Keb., Bd., M.Kes., CPHCT.
Universitas Dr. Soetomo Surabaya

Pendahuluan

Kesehatan Reproduksi (Kespro) adalah salah satu masalah global yang masuk dalam Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) dan Strategi Global PBB untuk Kesehatan Perempuan, Anak dan Remaja. Upaya kesehatan reproduksi harus menyeluruh, meliputi aspek promosi, pencegahan, pengobatan, dan rehabilitasi. Implementasi berbagai inisiatif tersebut memerlukan peran aktor kebijakan yang berbeda dan dukungan seluruh lapisan masyarakat (DR. (H.C.) Ir. H. Suharso Monoarfa di Konferensi Nasional Kesehatan Reproduksi Tahun 2020). Sesuai Permenkes Nomor 97 Tahun 2014, pemerintah wajib menjamin kesehatan ibu, menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi baru lahir, menjamin tercapainya mutu hidup dan terpenuhinya hak-hak reproduksi, serta memelihara dan meningkatkan mutu kesehatan ibu. Pemberian pelayanan kesehatan yang aman dan terapeutik bagi bayi baru lahir sejalan dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi terkini.

Gagasan mengenai hak-hak kesehatan reproduksi perempuan merupakan perluasan dari konsep Hak Asasi Manusia. Permasalahan kesehatan reproduksi tidak dapat dipisahkan dari konsep seksualitas dan fisiologi manusia. Sebagian besar perempuan yang secara sadar

tidak mengetahui hak-haknya karena topik ini jarang dibicarakan dalam kehidupan perempuan (Naimah, 2015). Meningkatnya kasus pelanggaran hak kesehatan reproduksi perempuan membuat banyak orang bertanya-tanya apakah hak kesehatan reproduksi mereka tidak terjamin di Indonesia. Kenyataan dewasa ini disebabkan oleh banyak faktor, antara lain: perempuan tidak memahami peraturan yang melindungi hak-hak mereka terkait kesehatan reproduksi.

Topik hak-hak perempuan merupakan sebuah penelitian terkenal yang menunjukkan bahwa sebenarnya nasib perempuan di negara Barat tidak jauh berbeda dengan negara-negara lain di dunia, dan kondisi ini juga umum terjadi di Indonesia (Azza et al., 2011). Kasus pelanggaran hak kesehatan reproduksi perempuan saat ini terus meningkat, antara lain kasus pemerkosaan, perjudohan, aborsi, pelecehan seksual, penyiksaan, pemaksaan penggunaan alkon, dan kesulitan akses informasi tentang masalah kesehatan reproduksi, dan diskriminasi yang berpihak kepada perempuan (Susanti et al., 2022).

Advokasi Kesehatan

Advokasi sangat penting untuk melindungi hak-hak manusia yang mungkin diabaikan atau terlupakan. Advokasi penting bagi masyarakat semua tingkatan. Advokasi dirancang dan dikembangkan secara sistematis baik oleh individu maupun kelompok dalam jangka waktu tertentu dengan tujuan untuk mempengaruhi pengambil keputusan dan mendorong terciptanya, perubahan, dan penyempurnaan kebijakan publik yang bermanfaat bagi mayoritas dan masyarakat itu terjadi. kelompok masyarakat marginal; Dengan kata lain, advokasi merupakan upaya untuk menjangkau pihak lain yang dianggap mempunyai pengaruh atau kekuasaan terhadap keberhasilan program atau kegiatan yang dilaksanakan. Kelompok sasaran organisasi advokasi adalah para pengelola atau pengambil keputusan politik di lembaga-lembaga milik negara dan swasta (Hidayat, 2018).

Advokasi memainkan peran penting dalam mendorong perubahan positif dalam kehidupan sosial. Advokasi merupakan suatu wujud komunikasi persuasif yang bertujuan mempengaruhi

kepentingan dalam kebijakan dan pengambilan keputusan. Proses advokasi sangat penting untuk mengkomunikasikan hasil penelitian dan isu-isu penting, kelompok sasaran utama adalah pengambil keputusan dan dilakukan berdasarkan perencanaan strategis. Advokasi yang berhasil dicapai bila prosesnya dilakukan secara sistematis, terstruktur, terencana, dan dilakukan secara bertahap, dengan tujuan yang jelas yaitu memberikan pengaruh positif terhadap perubahan kebijakan dan memberikan manfaat bagi banyak pihak.

Menurut UNFPA dan BKKBN 2002, ada lima pendekatan utama dalam advokasi. Hal-hal tersebut adalah: keterlibatan kepemimpinan, kolaborasi media massa, pembangunan kemitraan, mobilisasi massa, dan peningkatan kapasitas. Advokasi tersusun dari berbagai strategi yang bertujuan untuk mempengaruhi pengambilan keputusan di tingkat organisasi, lokal, negara bagian, nasional, dan internasional. Advokasi adalah kombinasi kegiatan sosial yang bertujuan untuk mencapai komitmen politik, dukungan politik, penerimaan sosial, dan dukungan sistem untuk tujuan atau program tertentu. Ini melibatkan pengumpulan informasi dan mengaturnya menjadi kasus persuasif. Komunikasikan masalah ini kepada pengambil keputusan dan konstituen potensial lainnya, termasuk masyarakat umum, melalui berbagai saluran antarpribadi dan media. Hal ini merangsang tindakan lembaga-lembaga masyarakat, *stakeholders*, dan *policy makers* untuk mendukung tujuan bersama dan terwujudnya sasaran program.

Prinsip Advokasi Secara Umum

Tujuan advokasi adalah membawa perubahan, tidak ada satu faktor pun yang menjamin keberhasilan sebuah advokasi. Hal yang paling penting dalam sebuah advokasi adalah strategi komunikasi, advokasi membutuhkan teknik komunikasi tertentu yang disesuaikan dengan sasaran dan kondisi agar tujuan advokasinya berhasil. Advokasi yang berhasil lahir dari komunikasi yang handal, efektif dan tepat sasaran. Beberapa prinsip di bawah ini dapat digunakan sebagai pedoman dalam merancang advokasi yang berhasil.

1. Realistis

Advokasi yang sukses bergantung pada permasalahan dan perencanaan yang spesifik, terperinci, jelas dan terukur, dan mendahulukan prioritas. Pilihlah topik atau agenda yang realistis dan dapat diselesaikan dalam jangka waktu tertentu.

2. Sistematis

Proses advokasi mencakup pemilihan dan pendefinisian berbagai isu strategis, membentuk pandangan dan mendukungnya dengan data serta fakta, memahami sistem kebijakan publik, berkoalisi dan membentuk jaringan, merancang tujuan dan strategi, mempengaruhi pembuat kebijakan, dan membuat kemajuan mengevaluasi latihan dan program.

3. Taktis

Membangun koalisi atau aliansi berdasarkan kepentingan atau kepercayaan bersama. Koalisi ini biasanya bersatu berdasarkan visi dan ideologi yang sama. Organisasi koalisi atau lingkaran inti dibagi menjadi tiga kelompok menurut fungsinya: *frontline unit, supporting unit and ground/underground work unit*.

4. Strategi

Advokasi melibatkan penggunaan kekuasaan atau *power*. Memetakan dan mengidentifikasikan kekuatan internal maupun dari lawan. Pemetaan *stakeholders (stakeholders mapping)* berdasarkan karakteristik, jenis dan tingkat kekuatan yang dimiliki, serta posisi menguatkan maupun justru melemahkan.

5. Keberanian

Advokasi hak asasi manusia bukan hanya dilakukan oleh individu secara perseorangan, namun juga dilakukan kelompok, organisasi, dan masyarakat dengan kelompok yang lebih banyak. Advokasi tersusun dari serangkaian kegiatan yang bertujuan untuk menarik perhatian masyarakat terhadap suatu permasalahan dan mempengaruhi pengambil kebijakan untuk mencari solusi. Advokasi juga mencakup aktivitas hukum dan politik yang dapat mempengaruhi bentuk dan praktik penegakan hukum.

Kerangka Kerja Advokasi Kesehatan

1. Membuat Perencanaan (*Planning*)

Bagian krusial dari advokasi adalah pembuatan perencanaannya. Sebuah perencanaan yang matang disebut kerangka kerja (*framework*) advokasi yang mencakup analisis kasus sesuai masalah, kegiatan, kondisi dan situasi yang berperan dalam kegiatan advokasi. *Framework* dibutuhkan untuk mengingatkan *advocates* apabila *jalinan interaksi dari berbagai pihak, aktivitas dan situasi yang dinamis*.

a. Identifikasi dan memahami masalah

Kriteria menentukan isu strategis yang bisa diangkat menjadi isu dalam kegiatan advokasi adalah:

- 1) Masalah prioritas dirasakan oleh *stakeholder* lokal dan mendapat perhatian yang dikaitkan dengan hasil observasi atau penelitian ilmiah.
- 2) Masalah mendesak (*actual problems*) dan penting untuk diberikan perhatian dan penanganan segera, jika tidak segera ditangani maka akan berakibat fatal dan menimbulkan masalah baru di kemudian hari bagi kelangsungan hidup masyarakat kini dan mendatang.
- 3) Masalah yang sesuai (*relevant problems*) artinya masalah nyata dan aktual yang dihadapi oleh masyarakat (sedang hangat atau menjadi perhatian masyarakat)

Daftar tolok ukur analisis isu strategis antara lain: *actual, urgent, relevant, positif influenced, relevant and giving sensitivity*.

b. Pengambilan data sebagai bahan advokasi

Mengumpulkan dan menganalisis data untuk mengidentifikasi, memilih, dan mengajukan isu-isu untuk advokasi, penyampaian pesan, mengembangkan dasar dukungan, dan mempengaruhi pembuat kebijakan. Data-data penelitian akademis yang dilakukan akan mendukung pelaksanaan upaya advokasi guna memperoleh gambaran menyeluruh mengenai kebijakan-kebijakan yang ada saat ini, termasuk kebijakan mengenai situasi permasalahan tertentu, kondisi sarana dan prasarana, serta anggaran. Upaya advokasi lebih urgen bagi pemangku

kepentingan (karena jelas-jelas berpihak pada kepentingan publik) dan lebih matang secara keilmuan, sehingga juga didukung oleh para ahli dan spesialis di bidangnya. Hal ini menimbulkan daya dorong yang lebih kuat.

c. Menentukan tujuan advokasi

Mendorong terbentuknya kebijakan publik guna mendukung program pembangunan dalam bidang kesehatan reproduksi. Kebijakan publik harus dipandang dari banyak sudut pandang, dari proses pembangunan sosial dan ekonomi. Terfokus dalam advokasi partisipatif adalah mencari “*kerja sama*” dan “*mendengarkan*” daripada “*memberitahu apa yang harus dilakukan*” dan mengandaikan pendekatan dua arah yang dinamis terhadap komunikasi. Secara ringkas tujuan advokasi adalah *political commitment, policy support, social acceptance and system support* (Rusyandi and Rachmawati, 2017). Merumuskan tujuan advokasi haruslah konkrit, menggunakan indikator SMART.

1) *Specific* (sesuatu yang detail)

Supaya tujuan atau target yang direncanakan dapat tercapai, sebuah kegiatan harus dibuat rencana serinci atau spesifik serta jelas. Tujuan dipaparkan dengan detail agar bisa lebih fokus dan termotivasi untuk mencapainya.

2) *Measurable* (terukur)

Saat menentukan tujuan diharuskan bahwa tujuan yang ingin dicapai adalah sesuatu yang dapat diukur. Hal ini bertujuan supaya setiap proses yang dilakukan dapat dipantau dan dilacak kemajuannya sehingga dapat dilakukan evaluasi di setiap prosesnya.

3) *Achievable* (dapat dicapai)

Tujuan yang dibuat harus realistis, ketika sebuah program dibuat dengan tujuan yang menantang maka harus dipastikan bahwa sesuatu itu memungkinkan untuk dicapai. Penting untuk memperhatikan segala aspek dan unsur-unsur yang berkaitan untuk mencapai tujuan dan target program. Keterlibatan anggota tim sangatlah penting, dengan

pemilihan anggota sesuai spesialisasi dapat memberikan hasil yang efektif dan efisien.

4) *Realistic* (realistis)

Tujuan yang ditetapkan harus relevan dengan misi organisasi. *At least*, tujuan tersebut menggambarkan satu atau lebih dari nilai inti sebuah organisasi. Dalam memastikan hasil kegiatan sesuai dengan harapan, maka diusahakan setiap tujuan yang dibuat harus konsisten dengan tujuan organisasi secara menyeluruh.

5) *Timely* (memiliki jangka waktu tertentu)

Diperlukan penentuan rentang waktu pengerjaan yang jelas (*deadline*) untuk bisa mencapai tujuan kegiatan. Tanpa adanya penentuan *deadline* maka organisasi akan kesulitan mengetahui kapan dan dimana harus memulai sebuah kegiatan. Oleh karena itu, buatlah kerangka waktu yang realistis dari setiap tahapan kegiatan. Hal ini bertujuan untuk menghindari kegiatan marathon yang tidak pernah berakhir serta dapat digunakan untuk motivasi tim untuk mencapai tujuan organisasi.

Advokasi dapat disebut berhasil bila *advocates* dapat membuat komunitas lebih berdaya (*empower*) dan mampu menyuarakan aspirasinya secara mandiri. Perbedaan yang mendasar dari advokasi dan kampanye terletak pada tujuan akhir kegiatan. Hasil kegiatan kampanye hanya berupa dukungan dan solidaritas publik atau suatu kondisi tertentu yang sedang diperjuangkan, sementara hasil dari advokasi sendiri adalah adanya kebijakan atau tata perundang-undangan yang lebih memihak pada masyarakat dan memberikan dampak positif terhadap masyarakat umum.

d. Identifikasi sasaran advokasi

Audiens atau komunikan dapat berupa kelompok yang mewakili masyarakat umum atau kelompok yang mewakili tokoh masyarakat dan pengambil kebijakan. Selanjutnya, *advocates* perlu melakukan analisis kepentingan terhadap mereka untuk menentukan pengaruh yang mereka miliki. Hal ini memberikan matriks siapa yang mendukung, siapa yang dapat dibujuk, siapa

yang dapat menentang, dan siapa yang perlu dinetralisir dalam proses advokasi yang dilakukan.

e. Analisis SWOT

Taktik perencanaan strategi menggunakan analisis SWOT: *Strength, Weakness, Opportunities, Threats* yang disusun mengetahui dan memetakan kekuatan internal, kelemahan organisasi dalam hubungannya dengan peluang dan ancaman yang ditemui dalam proses advokasi.

f. Identifikasi peluang kerjasama

Organisasi atau kelompok yang dapat dipandang sebagai mitra adalah organisasi atau individu yang berkomitmen pada tujuan bersama atau memiliki pengalaman dalam berkomunikasi. Peluang kolaboratif ini dirancang untuk mendukung keberhasilan organisasi advokasi. Semakin besar kekuatan dukungan, semakin tinggi peluang advokasi untuk sukses.

g. Aktivitas advokasi dan mengumpulkan data rencana strategi

Penyusunan agenda kegiatan terdiri dari: rencana implementasi, mengembangkan pesan dan memilih saluran komunikasi, serta sumber daya (*resources*).

2. Pelaksanaan

Proses advokasi dapat dilakukan dengan dua cara: formal dan informal. Keterlibatan formal dapat berupa presentasi atau seminar yang menjelaskan isu-isu sosial atau memberikan konteks untuk program yang direncanakan. Upaya informal dilakukan dengan mengunjungi konferensi dan orang-orang terkemuka yang berhubungan langsung dengan program yang coba kita laksanakan. Selain mendapat dukungan administratif sesuai kebijakan, kami juga dapat mengusulkan dukungan finansial dan metode pendanaan. Prinsip dasar advokasi mencakup persuasi, dorongan, dan bahkan tekanan terhadap pemimpin organisasi, bukan hanya lobi politik. Metode atau cara dan teknik advokasi untuk mencapai tujuan ada bermacam-macam, seperti :

a. Lobi politik (*political lobbying*)

Lobby adalah sekelompok orang yang bersatu dan berupaya mempengaruhi orang-orang di institusi publik, atau dengan kata lain memberikan pengaruh pada pejabat publik.

b. Seminar atau presentasi

Menurut KBBI, seminar adalah suatu konferensi atau sidang yang dipimpin oleh seorang ahli (dosen, guru besar, ahli, peneliti, dan lain-lain) untuk membahas suatu topik. Menurut Keterampilan Komunikasi, Komunikasi Sukses, Presentasi, dan Karir Herri Susanto (2014), berbicara di depan umum pada rapat, konsultasi, kuliah umum, seminar, bahkan pidato memerlukan kemampuan berbicara kepada satu orang atau lebih memerlukan keterampilan yang lebih maju dibandingkan berkomunikasi dengan

c. Media

Media adalah alat saluran komunikasi. Secara harfiah media berarti perantara. Perantara antara sumber pesan dan penerima. Media merupakan alat yang dapat membantu dalam keperluan dan aktivitas, dimana sifatnya dapat mempermudah siapa saja yang mempergunakannya.

d. Perkumpulan/organisasi

Perkumpulan adalah badan hukum yang terdiri dari kumpulan orang. Dibentuk untuk mewujudkan kesamaan maksud dan tujuan organisasi di bidang sosial, keagamaan dan kemanusiaan, dan tidak membagikan keuntungan kepada anggotanya.

3. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi dilakukan selama proses advokasi, sebelum melaksanakan upaya advokasi *advocates* perlu memutuskan bagaimana akan memantau rencana implementasi. Dalam hal ini, indikator digunakan sebagai ukuran kemajuan terhadap hasil yang dicapai. Seringkali *advocates* tidak punya kesempatan untuk mengikuti setiap langkah proses advokasi secara detail. Pemahaman sistematis dan kritis terhadap setiap proses advokasi dapat membantu para advokat secara bijaksana dan sistematis merencanakan penggunaan *resources* secara efisien dan berfokus pada tujuan kegiatan itu sendiri.

Indikator Keberhasilan Advokasi Kesehatan

Advokasi dievaluasi dengan 3 indikator :

1. *Input*

Ada tujuan yang jelas, informasi/bahan advokasi, dan advokasi yang siap. Upaya advokasi terutama bergantung pada advokat dan materi serta informasi yang mendukung atau mendukung klaim advokasi. Karena ini merupakan kegiatan advokasi, maka proses advokasi harus sesuai dengan format kegiatan yang direncanakan.

2. *Proses*

Kerja advokasi yang dilakukan diharapkan mendapat komitmen dan dukungan, misalnya dalam bentuk peraturan daerah dan undang-undang yang mendukung proses advokasi. Terdapat perencanaan aksi dan pelaksanaan kegiatan advokasi dalam bentuk forum, jaringan, perjanjian kerjasama, dan lain-lain.

3. *Output*

Hal ini memerlukan perhatian, partisipasi, dukungan dan ketekunan dalam inisiatif kesehatan baik berupa kebijakan, sumber daya manusia, pendanaan, fasilitas, aksesibilitas, dan partisipasi dalam aktivitas dan aktivitas fisik. Hasil advokasi di bidang kesehatan dapat dibagi menjadi dua bentuk: hasil perangkat lunak dan hasil perangkat keras. Bentuk kegiatan indikator keluaran perangkat lunak adalah peraturan atau peraturan perundang-undangan sebagai kebijakan atau implementasi inisiatif program kesehatan di berbagai tingkatan.

Contoh:

1. Tingkat keluarga : aturan keluarga
2. Tingkat masyarakat
(RT/RW/Desa) : kesepakatan, keputusan, dana, fasilitas yang tertulis maupun tidak tertulis.
3. Tingkat Lokal
Kecamatan : SK, instruksi, keputusan tertulis, dsb
Kabupaten/Kota : Perda, SK Bupati, Instruksi, MOU, dan anggaran
4. Tingkat Nasional : UU, PP, PERPU, Impress, SK Menteri dsb.
5. Tingkat Internasional: Deklarasi antar bangsa

Kesimpulan

Advokasi sangat penting dilakukan untuk melindungi hak-hak orang-orang yang diabaikan atau tertindas. Advokasi berperan penting dalam mempromosikan perubahan positif dalam kehidupan bermasyarakat baik berbagai status sosial masyarakat. Dalam kegiatan advokasi yang diperjuangkan adalah hak dan kepentingan kelompok masyarakat, adanya pengupayaan dukungan masyarakat terhadap kebijakan publik tertentu. Sebuah advokasi dapat dikatakan berhasil apabila kita mampu membuat komunitas kita lebih berdaya dan mampu menyalurkan aspirasinya sendiri. Solusi tentang kesehatan reproduksi perempuan bukanlah hal baru, namun masih perlu banyak pembelajaran karena banyak permasalahan yang berkembang sampai hari ini.

Daftar Pustaka

- Astrina, A. R. & Ulfa, N. (2020). Advokasi Perempuan Akar Rumput dalam Pemenuhan Hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi (HKSR) Perempuan = Grassroots Women's Advocacy for the Fulfilment of Women's Sexual and Reproductive Health Rights. In Savirani, A. & Diprose, R. & Hartoto, A.S. & Setiawan, K.M.P. (Eds.), *Membuka Jalan untuk Pembangunan Inklusif Gender di Daerah Perdesaan Indonesia: Bunga Rampai Kajian Aksi Kolektif Perempuan dan Pengaruhnya pada Pelaksanaan Undang-Undang Desa* (pp. 267-290). University of Melbourne with Universitas Gadjah Mada and MAMPU.
- Azza, A., Hamid, A.Y.S., Afiyanti, Y., 2011. Pengalaman Perempuan dalam Memperoleh Hak Reproduksi pada Masa Kehamilan Dan Nifas. *J. Keperawatan Indones.* 14, 9–14. <https://doi.org/10.7454/jki.v14i1.51>
- Hidayat, H., 2018. ANALISIS PELAKSANAAN PROMOSI KESEHATAN MELALUI ADVOKASI TERHADAP KUNJUNGAN IBU BALITA KE POSYANDU DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS NANGGALO KOTA PADANG TAHUN 2017.
- Naimah, N., 2015. Perlindungan Hukum Terhadap Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan Dari Kekerasan Berbasis Gender. *EGALITA* 10. <https://doi.org/10.18860/egalita.v10i1.4538>
- Rusyandi, D., Rachmawati, R., 2017. Evaluasi Penilaian Kinerja dengan Menggunakan Metode SMART dan Dampaknya Terhadap Kepuasan Kerja.
- Susanti, S., Octamelia, M., Prastyo, Y., 2022. ADVOKASI DAN BIMBINGAN PRANIKAH TENTANG KESEHATAN REPRODUKSI BAGI CALON PENGANTIN. *Borneo Community Health Serv. J.* 2, 5–9. <https://doi.org/10.35334/neotyce.v2i1.2426>

PROFIL PENULIS



Hj. Yunita Ella Isdianti Noor S.Keb., Bd., M.Kes., CPHCT.

Saat ini aktif menjadi pengajar di Prodi Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas DR. Soetomo Surabaya. Saat ini penulis berusia 28 tahun. Riwayat pendidikan penulis dimulai dari lulus SMA Negeri 2 Pare, S1 Prodi Pendidikan Bidan Universitas Airlangga, Profesi Pendidikan Bidan Universitas Airlangga dan Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Prodi Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku di Universitas Airlangga Surabaya. Buku ini merupakan terbitan ketiga penulis pada tahun 2024 setelah buku *Perilaku Ekonomi dan Kebidanan Komplementer*.

Bagi penulis, motivasi terbaik adalah diri sendiri untuk menjadi manusia yang lebih baik setiap harinya dan bermanfaat bagi sesama. Buku ini penulis persembahkan kepada yang tercinta (Alm) Bapak H. Sukedi S.T., Ibu Hj. Issiami, Suami Sindu Eryan Cahyo, kedua orangtua mertua penulis dan keluarga besar serta teman-teman penulis yang tidak dapat dituliskan satu persatu. Serta kepada almamater tercinta yaitu Universitas Airlangga Surabaya dan Universitas DR. Soetomo Surabaya. Harapan penulis dengan terbitnya karya ilmiah dalam bentuk buku ini dapat menjadikan sebagai tabungan amal jariyah penulis dan keluarga.

Email Penulis : yunitaellaisdianti@gmail.com

DASAR KESEHATAN REPRODUKSI

Buku ini dirancang untuk memberikan pemahaman mendalam tentang berbagai aspek kesehatan reproduksi. Buku ini disusun secara sistematis, dimulai dari konsep dasar hingga topik-topik lanjutan yang penting dalam bidang kesehatan reproduksi. Setiap bab menguraikan dengan cermat mengenai kesehatan reproduksi. Dimulai dengan pengantar tentang kesehatan reproduksi, anatomi dan fisiologi sistem reproduksi manusia, siklus reproduksi normal: periode menstruasi dan ovulasi, gangguan kesehatan reproduksi: penyebab dan penanganan, kontrasepsi: metode dan penggunaan yang aman, perawatan prenatal: pentingnya kesehatan selama kehamilan, proses persalinan: fase, tanda, dan penanganannya, asuhan postnatal: perawatan ibu dan bayi setelah melahirkan, hak reproduksi dan seksual, pendidikan seksual: membangun kesadaran dan pemahaman, kekerasan seksual: dampak dan pendekatan terapeutik, teknologi reproduksi, kanker reproduksi, dampak lingkungan terhadap kesehatan reproduksi, kesehatan reproduksi kelompok rentan, dan advokasi kesehatan reproduksi.