

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA



PENULIS

Noviyati Rahardjo Putri

Erwina Sumartini

Yuliyani

Musliha Mustary

Ruqaiyah

Yeni wardhani

Anis Laela Megasari

Siska Ningtyas Prabasari

Deviana Pratiwi Munthe

Lailaturohmah

Darmiati

Fatmawati Amir

Ikrawanty Ayu Wulandari

Martina Mogan

Niken Bayu Argaheni



KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

**Noviyati Rahardjo Putri
Erwina Sumartini
Yuliyani
Musliha Mustary
Ruqaiyah
Yeni wardhani
Anis Laela Megasari
Siska Ningtyas Prabasari
Deviana Pratiwi Munthe
Lailaturohmah
Darmiati
Fatmawati Amir
Ikrawanty Ayu Wulandari
Martina Mogan
Niken Bayu Argaheni**



GET PRESS INDONESIA

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Penulis :

Noviyati Rahardjo Putri

Erwina Sumartini

Yuliyantik

Musliha Mustary

Ruqaiyah

Yeni wardhani

Anis Laela Megasari

Siska Ningtyas Prabasari

Deviana Pratiwi Munthe

Lailaturohmah

Darmiati

Fatmawati Amir

Ikrawanty Ayu Wulandari

Martina Mogan

Niken Bayu Argaheni

ISBN : 978-623-5383-73-6

Editor : Oktavianis, S. ST, M. Biomed

Penyunting : Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes

Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit: GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi:

Jl. Palarik RT 01 RW 06, Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tangah, Padang, Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id

email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Juli 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, atas segala karunia, rahmat dan hidayahNya sehingga buku “KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA (KRR)” ini dapat disusun dan diselesaikan dengan baik.

Buku Kesehatan Reproduksi Remaja bertujuan untuk memberikan pengetahuan kepada pembaca/ dosen dan mahasiswa kebidanan agar dapat memahami Kesehatan Reproduksi Remaja. Dengan pemahaman yang kuat terkait teori ini akan menjadi dasar seorang bidan untuk melakukan pelayanan kebidanan khususnya kesehatan reproduksi pada remaja. Sehingga kedepannya pelayanan yang berkualitas didasarkan teori yang mumpuni, keterampilan yang cakap dan sikap/pelayanan yang prima pada remaja dapat diberikan. Tujuan utama pelayanan kebidanan pada remaja adalah menurunkan angka morbiditas dan mortalitas maternal dapat tercapai dengan menyiapkan generasi remaja yang sehat secara reproduksi.

Cakupan materi dan metode pemaparan ini diharapkan dapat membantu pembaca agar lebih mudah memahami materi tentang:

1. Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi Remaja
2. Pertumbuhan dan Perkembangan Anak dan Remaja
3. Menstruasi
4. Kebutuhan Gizi Remaja di Usia Reproduksi
5. Kekuarangan Gizi dan Wanita Usia Subur
6. Infeksi Menular Seksual
7. HIV dan AIDS
8. Penyalahgunaan NAPZA
9. Kontrasepsi
10. Aborsi Yang Tidak Aman
11. Skrining Pranikah
12. Kursus Pranikah
13. Program Kesehatan Peduli Remaja di Sekolah
14. Posyandu Remaja
15. Konseling Kesehatan Reproduksi Remaja

Penulis menyadari masih terdapat kekurangan dalam penyusunan buku ini, oleh karena itu kritik dan saran dari pembaca sangat kami harapkan agar dapat membantu penyempurnaan buku ini pada edisi berikutnya. Akhir kata penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan buku ini hingga terselesaikan dengan baik.

Padang, Juli 2022
Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR TABEL	ix
BAB 1 KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI	
REMAJA.....	1
1.1 Pengertian.....	1
1.1.2 Kesehatan Reproduksi Remaja.....	3
1.2 Tujuan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja.....	4
1.3 Arah Kebijakan Program Kesehatan Reproduksi Remaja ..	4
1.4 Ruang Lingkup	6
1.5 Masalah pada Remaja.....	8
BAB 2 PERIODE TUMBUH KEMBANG ANAK DAN REMAJA....	11
2.1 Pengertian Tumbuh Kembang Anak dan Remaja.....	11
2.2 Periode Pertumbuhan dan Perkembangan Anak dan Remaja.....	13
2.3 Ciri-Ciri Tumbuh Kembang Anak dan Remaja	18
2.4 Karakteristik Remaja	20
BAB 3 MENSTRUASI.....	25
3.1 Pendahuluan.....	25
3.2 Definisi Menstruasi.....	26
3.3 Siklus Menstruasi	28
3.4 Hormon Yang Berpengaruh	30
3.5 Tanda Dan Gejala Menstruasi.....	31
3.6 Gangguan Menstruasi.....	31
BAB 4 KEBUTUHAN GIZI REMAJA DI USIA REPRODUKSI.....	35
4.1 Pengertian Remaja	35
4.2 Kesehatan Remaja dan Kesehatan Reproduksi	37
4.3 Gizi Seimbang untuk Remaja	38
4.3 Hubungan status gizi dengan menstruasi.....	43
4.4 Pengaruh status gizi pada sistem reproduksi.....	44
BAB 5 KEKURANGAN GIZI DAN WANITA USIA SUBUR	48
5.1 Pendahuluan.....	48
5.2 Kekurangan Gizi Pada Wanita.....	48
5.3 Pengertian Kekurangan Gizi	50

5.4 Faktor Penyebab Kekurangan Gizi	50
5.5 Penanganan Kekurangan Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi	54
5.5 Wanita Usia Subur	54
5.6 Klasifikasi Wanita Usia Subur	54
5.7 Perubahan Fisik Dan Psikologis Pada Wanita Usia Subur	55
5.8 Kelainan Pada Usia Wanita Subur	55
BAB 6 INFeksi MENULAR SEKSUAL	57
6.1 Pengertian.....	57
6.2 Tanda dan Gejala Infeksi Menular Seksual	58
6.3 Jenis – Jenis Infeksi Menular Seksual	59
6.3.1 Gonorrhea	59
6.3.2 Sifilis	60
6.3.3 Clamydiasis.....	61
6.3.4 Herpes Genitalis.....	62
6.3.5 Trichomoniasis.....	63
6.3.6 Kondiloma Akuminata.....	64
6.3.7 Ulkus Mole	64
6.3.8 HIV/AIDS	65
6.4 Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Menular Seksual	67
BAB 7 HIV AIDS	70
7.1 Pendahuluan.....	70
7.2 Pengertian HIV/AIDS.....	71
7.3 Etiologi HIV/AIDS	72
7.4 Klasifikasi HIV/AIDS	73
7.5 Manifestasi Klinis HIV/AIDS	75
7.6 Pemeriksaan Penunjang.....	78
7.7 Penatalaksanaan	79
7.8 Cara Menghindari Penularan HIV/AIDS.....	79
7.9 Pencegahan	80
BAB 8 PENYALAHGUNAAN NAPZA PADA REMAJA	84
8.1 Definisi Napza.....	84
8.2 Jenis-Jenis Napza	84
8.2.1 Narkotika.....	84
8.2.2 Psikotropika.....	85
8.2.3 Zat Adiktif Lainnya.....	86

8.3 Penyalahgunaan Napza	86
8.4 Jenis NAPZA Yang Sering Digunakan.....	86
8.4.1 Opioida.....	86
8.4.2 Ganja.....	87
8.4.3 Kokain.....	88
8.4.4 Amfetamin	88
8.4.5 Halusinogen	89
8.4.6 Sedativa-Hipnotik (Obat Penenang).....	89
8.5 Faktor Resiko Penyalahgunaan Napza.....	90
8.5.1 Faktor Genetik.....	90
8.5.2 Lingkungan Keluarga.....	90
8.5.3 Pergaulan.....	90
8.5.4 Karakteristik Individu.....	90
8.6 Dampak Penyalahgunaan NAPZA.....	90
8.6.1 Kondisi Fisik.....	90
8.6.2 Kondisi Psikis	91
8.6.3 Kehidupan Sosial.....	91
8.7 Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA	91
8.7.1 Primer.....	91
8.7.2 Sekunder	91
8.7.3 Tertier.....	91
BAB 9 KONTRASEPSI.....	94
9.1 Definisi Kontrasepsi	94
9.2 Pola Kerja Kontrasepsi.....	95
9.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Metode Kontrasepsi	95
9.4 Sasaran Akseptor Keluarga Berencana.....	96
9.5 Manfaat Kontrasepsi.....	97
9.6 Macam-macam Kontrasepsi	97
9.6.1 Metode Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat.....	97
9.6.2 Metode Kontrasepsi Sederhana Dengan Alat.....	98
BAB 10 ABORSI YANG TIDAK AMAN.....	111
10.1 Definisi Aborsi	111
10.2 Jenis Aborsi.....	111
10.2.1 Aborsi Spontan.....	111
10.2.2 Abortus Provokatus.....	113
10.3 Pengertian Aborsi Tidak Aman (<i>Unsafe Abortion</i>).....	113

10.4 Faktor Penyebab Aborsi Yang Tidak Aman	114
10.5 Resiko Aborsi Yang Tidak Aman.....	116
10.6 Fakta Aborsi Di Indonesia	117
10.7 Penanganan Aborsi Tidak Aman (<i>Unsafe Abortion</i>)	120
BAB 11 SKRINING PRANIKAH	129
11.1 Pendahuluan	129
11.2 Pengertian	129
11.3 Dasar Hukum Dalam Peraturan Perundang-Undangan ...	130
11.4 Proses Tes Kesehatan Pranikah	131
11.5 Pelaksanaan Tes Kesehatan	132
BAB 12 KURSUS PRANIKAH	150
12.1 Pendahuluan	150
12.1.1 Definisi Kursus (Konseling) Pranikah.....	150
12.1.2 Tujuan.....	150
12.2 Asas Bimbingan Dan Konseling Dalam Pernikahan	151
12.3 Tipe Tipe Bimbingan Dan Konseling Pranikah	152
12.4 Persiapan Pranikah Bagi Calon Pengantin	152
12.5 Hak Dan Kewajiban Dalam Keluarga	155
12.6 Mempersiapkan Perkawinan Yang Kokoh	157
12.7 Memenuhi Kebutuhan Keluarga	159
12.8 Menyiapkan Generasi Berkualitas	160
BAB 13 PROGRAM KESEHATAN PEDULI REMAJA.....	163
13.1 Pengertian	163
13.2 Tujuan PKPR	163
13.2.1 Tujuan umum.....	163
13.2.2 Tujuan Khusus.....	163
13.3 Pengguna Pelayanan PKPR.....	164
13.4 Ruang Lingkup Pelayanan PKPR	165
13.5 Standar Nasional PKPR	165
BAB 14 POSYANDU REMAJA.....	177
14.1 Pendahuluan	177
14.2 Pengertian Posyandu Remaja	178
14.3 Tujuan Posyandu Remaja.....	179
14.4 Sasaran Posyandu Remaja	180
14.5 Fungsi Posyandu Remaja.....	180
14.6 Manfaat Kegiatan Posyandu Remaja.....	180
14.7 Lokasi Posyandu Remaja	181

14.8 Pembentukan Posyandu Remaja.....	182
14.9 Kegiatan Posyandu Remaja	184
BAB 15 KONSELING KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA.....	190
15.1 Pendahuluan	190
15.2 Pengertian	191
15.3 Jenis Konseling Remaja	193
15.4 Triad KRR (Kesehatan Reproduksi Remaja).....	194
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Siklus menstruasi.....	28
Gambar 2. <i>Gonorrhea</i>	60
Gambar 3. <i>Sifilis</i>	61
Gambar 4. Klamidia	62
Gambar 5. Herpes Genital	63
Gambar 6. Kondiloma Akuminata.....	64
Gambar 7. Ulkus Mole.....	65
Gambar 8. Gejala HIV	66
Gambar 9. Kondom.....	98
Gambar 10. Diafragma	99
Gambar 11. Spermisida.....	100
Gambar 12. Pil KB	102
Gambar 13. Suntik KB	104
Gambar 14. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim	106
Gambar 15. Implant	107
Gambar 16. Tubektomi	108
Gambar 17. Vasektomi	109
Gambar 18. Cara Perhitungan IMT.....	133
Gambar 19. Hasil Perhitungan IMT	134
Gambar 20. Jadwal Imunisasi dewasa	144
Gambar 21. Ilustrasi Konseling Remaja.....	192

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Periode Pertumbuhan dan Perkembangan Anak.....	12
Tabel 2. Standar SDM Kesehatan.....	167
Tabel 3. Standar Fasilitas Kesehatan.....	168
Tabel 4. Standar Remaja.....	170
Tabel 5. Standar Jejaring	172
Tabel 6. Standar Manajemen Kesehatan.....	174

BAB 1

KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Oleh Noviyati Rahardjo Putri

1.1 Pengertian

1.1.1 Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi merupakan keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh dan tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, namun segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya (WHO, 2015).

Kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi (Peraturan Pemerintah, 2014).

Pelayanan kesehatan reproduksi mempunyai tujuan antara lain (Peraturan Pemerintah, 2014):

1. Menjamin pemenuhan hak kesehatan reproduksi setiap insan yang diperoleh melalui pelayanan kesehatan yang bermutu, aman dan dapat dipertanggungjawabkan
2. Menjadi kesehatan ibu dalam usia reproduksi agar mampu melahirkan generasi sehat dan berkualitas serta menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI).

Kesehatan reproduksi menjadi perhatian luas saat Konferensi Internasional tentang Populasi dan Pembangunan (ICPD/ *International Conference on Population and Development*) pada tahun 1994 di Kairo, Mesir. Pada tahun 1994 tersebut disepakati bahwa konsentrasi pada ICPD tidak hanya pembatasan penduduk dengan penurunan fertilitas namun juga ke pemenuhan hak dan kebutuhan reproduksi. Pemenuhan kebutuhan reproduksi antara lain hak reproduksi laki – laki dan perempuan, kesetaraan dan keadilan gender, pemberdayaan perempuan dan penanggulangan kekerasan gender serta tanggung jawab laki – laki

dalam kesehatan reproduksi. Konferensi ICPD 1994 dan *Fourth World Conference on Women (FWCW)* tahun 1995 di Beijing mendeklarasikan hak reproduksi sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari kesehatan reproduksi dan seksual.

Hak reproduksi antara lain:

1. Hak mendapatkan informasi dan pendidikan kesehatan dan reproduksi
2. Hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi
3. Hak kebebasan berfikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi
4. Hak untuk dilindungi dari kematian karena kehamilan
5. Hak untuk menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak
6. Hak atas kebebasan dan keamanan berkaitan dengan kehidupan reproduksinya
7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan dari perkosaan, kekerasan, penyiksaan, dan pelecehan 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.

Ruang lingkup kesehatan reproduksi antara lain:

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir,
2. Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi termasuk PMS-HIV/AIDS,
3. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi,
4. Kesehatan reproduksi remaja,
5. Pencegahan dan penanganan infertile,
6. Kanker pada usia lanjut,
7. Berbagai aspek kesehatan reproduksi lain, misalnya kanker servik,
8. Mutilasi genital, fistula, dan lain-lain.

1.1.2 Kesehatan Reproduksi Remaja

Remaja adalah transisi anak menuju dewasa yang disertai adanya proses kematangan fungsi reproduksi/ fertilitas, adanya ciri seks sekunder dan perubahan psikologi dan kognitif serta adanya fenomena growth spurt (Rahayu et al., 2017). Usia remaja menurut UU perlindungan anak no. 23 tahun 2002 adalah 10–18 tahun. Remaja sangat rentan akan masalah psikososial yaitu masalah psikis yang terjadi karena adanya perubahan sosial dan peran yang diemban oleh remaja.

Sifat khas pada sebagian besar remaja yaitu adanya keingintahuan yang tinggi dan cenderung menyukai petualangan serta tantangan tanpa didahului adanya pertimbangan yang matang sebelumnya. Apabila tindakan dan putusan yang diambil remaja tidak tepat akan mengakibatkan remaja jatuh pada perilaku yang berisiko dan dapat mempunyai dampak buruk dalam jangka pendek dan panjang. Adanya sifat dan potensi terjerumus pada tindakan yang berisiko tersebut, maka remaja memerlukan adanya pelayanan kesehatan yang berfokus pada remaja sehingga mereka mampu mengelola diri mencapai status kesehatan maksimal pada tahapan tersebut (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja atau pelayanan KRR merupakan kegiatan yang disusun dengan sasaran utama remaja dengan tujuan utama agar remaja mampu menjaga kesehatan reproduksi. Sedangkan pelayanan kesehatan sistem reproduksi merupakan serangkaian pelayanan kesehatan yang ditujukan pada suatu rangkaian organ, interaksi dan zat yang terkandung didalam sistem reproduksi (perkembangbiakan). Pelayanan KRR disesuaikan dengan pertumbuhan dan perkembangan yang terjadi saat remaja dengan adanya keadilan, kesetaraan gender serta mempertimbangkan aspek moral dan spiritual atau nilai agama, namun menyesuaikan dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Peraturan Pemerintah, 2014).

1.2 Tujuan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja

Tujuan pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) antara lain (Peraturan Pemerintah, 2014);

1. Mencegah dan melindungi remaja dari perilaku seksual berisiko dan perilaku berisiko lainnya yang dapat berpengaruh terhadap Kesehatan Reproduksi;
2. Mempersiapkan remaja untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan bertanggung jawab.

Tujuan Program KRR yang menjadi bagian dari program BKKBN atau Dinas Pengendalian Penduduk, Keluarga Berencana, Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (P2KBP3A) antara lain (Rahayu *et al.*, 2017):

1. Tujuan Umum

Meningkatkan kualitas remaja melalui upaya peningkatan pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan reproduksi dan pemenuhan hak-hak reproduksi bagi remaja secara terpadu dengan memperhatikan keadilan dan kesetaraan gender.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatnya komitmen para penentu dan pengambil kebijakan dari berbagai pihak terkait, baik pemerintah dan non pemerintah.
- b. Meningkatnya efektivitas penyelenggaraan upaya kesehatan reproduksi remaja melalui peningkatan fungsi, peran dan mekanisme kerja di pusat, provinsi dan kabupaten/kota.
- c. Meningkatnya keterpaduan dan kemitraan pelaksanaan program KRR bagi seluruh sektor terkait, dipusat, provinsi dan kabupaten/kota.

1.3 Arah Kebijakan Program Kesehatan Reproduksi Remaja

Arah Kebijakan Program KRR adalah mewujudkan Tegar Remaja. Tegar Remaja merupakan upaya untuk mewujudkan Tegar Keluarga untuk mencapai Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera sebagai misi Keluarga Berencana Nasional.

Tahapan kehidupan (*five life transitions of youth*) remaja yang menuntut pengambilan keputusan yang tepat demi masa depan antara lain (Rahayu *et al.*, 2017) antara lain:

1. Melanjutkan sekolah,
2. Mencari pekerjaan,
3. Memulai kehidupan berkeluarga
4. Menjadi anggota masyarakat, dan
5. Mempraktekkan hidup sehat.

Tahapan kehidupan pada remaja sangat tergantung pada cara remaja tersebut mengambil keputusan untuk bisa mempraktekan hidup sehat. Mempraktekan pola hidup sehat pada masa remaja merupakan upaya mewujudkan kehidupan Tegar Remaja. Adapun ciri Tegar Remaja yang menjadi tujuan dari KRR dari BKKBN antara lain remaja dengan karakteristik:

1. Menunda usia pernikahan sampai usia reproduksi sehat,
2. Berperilaku sehat,
3. Terhindar dari resiko TRIAD-KRR (seksualitas, HIV dan AIDS, dan napza),
4. Bercita-cita mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera,
5. Menjadi contoh, model, idola, dan sumber informasi bagi teman sebayanya.

Arah kebijakan program KRR juga membekali remaja dengan *life skill* yang mumpuni sebagai Tegar Remaja. Keterampilan hidup (*life skill*) merupakan pendidikan non formal yang memberikan keterampilan non formal, sosial, intelektual/ akademik dan vocational untuk bekerja secara mandiri. Dalam keterampilan hidup remaja, pendidikan non formal ditekankan pada keterampilan fisik, mental, emosional, spiritual, kejuruan (vokasional) dan keterampilan menghadapi permasalahan hidup. Bekal *life skill* yang cukup akan membantu remaja menghadapi masa transisi menjadi individu dewasa.

1.4 Ruang Lingkup

Ruang lingkup program KRR antara lain (Rahayu *et al.*, 2017):

1. Perkembangan seksualitas dan resiko (termasuk pubertas, anatomi dan fisiologi organ reproduksi dan kehamilan tidak diinginkan) dan penundaan usia kawin,
2. Pencegahan Infeksi Menular Seksual (IMS), HIV dan AIDS,
3. Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA (Narkotika, Alkohol, Psikotropika dan Zat Adiktif lainnya)
4. Masalah-masalah remaja yang terkait dengan dampak dari resiko TRIAD KRR seperti: kenakalan remaja, perkawinan antar remaja dan lain-lain.

Tiga sasaran program KRR yaitu:

1. Sasaran utama: remaja (10–19 tahun) baik lingkungan pendidikan formal (sekolah) maupun di luar sekolah.
2. Sasaran sekunder: lingkungan terdekat dengan remaja seperti orang tua, keluarga yang mempunyai anak remaja, guru/pamong belajar, organisasi pemuda, pemimpin agama.
3. Sasaran tersier: merupakan aspek mendukung lainnya seperti petugas kesehatan, petugas lintas sektoral, organisasi masyarakat.

Pengetahuan dasar yang perlu diberikan kepada remaja antara lain (Rahayu *et al.*, 2017):

1. Pengenalan mengenai sistem, proses dan fungsi alat reproduksi (aspek tumbuh kembang remaja),
2. Alasan remaja perlu mendewasakan usia perkawinan dan perencanaan kehamilan sehat,
3. Penyakit menular seksual dan HIV/AIDS serta dampaknya terhadap kondisi kesehatan reproduksi,
4. Bahaya narkoba dan miras (NAPZA) pada kesehatan fisik khususnya reproduksi,
5. Pengaruh lingkungan sosial yang bersifat fisik atau dunia maya terhadap perilaku kesehatan khususnya pada kesehatan reproduksi,
6. Adanya kekerasan seksual dan cara mengatasi serta menghindarinya

7. Penguatan kemampuan diri terutama kemampuan berkomunikasi, kepercayaan diri sehingga mampu mengontrol diri terhadap hal yang negatif pada lingkungan sekitar
8. Pengenalan adanya hak reproduksi yang bisa dipenuhi.

Pelayanan Kesehatan Reproduksi dilaksanakan melalui kegiatan (Peraturan Pemerintah, 2014):

1. Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE)
Pemberian komunikasi, informasi, dan edukasi meliputi materi:
 - a. Pendidikan keterampilan hidup sehat;
 - b. Ketahanan mental melalui ketrampilan sosial;
 - c. Sistem, fungsi, dan proses reproduksi;
 - d. Perilaku seksual yang sehat dan aman;
 - e. Perilaku seksual berisiko dan akibatnya;
 - f. Keluarga berencana; dan perilaku berisiko lain atau kondisi kesehatan lain yang berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi.

Pemberian KIE dengan sasaran remaja dikembangkan dengan adanya PIK - R (Pusat Informasi Konseling – Remaja). PIK – R merupakan sarana menuju PKBR (Pusat Penyiapan Kehidupan Berkeluarga bagi Remaja). PIK – R merupakan kegiatan yang bersifat dari, oleh dan untuk remaja dengan focus utama pelayanan informasi dan konseling tentang perencanaan kehidupan berkeluarga serta kegiatan lainnya yang mendukung ketercapaian keluarga sehat. Konselor sebaya merupakan salah ujung tombak kegiatan PIK – R. Teman bercerita bagi remaja usia 15 – 19 tahun baik laki – laki maupun perempuan sebagian besar adalah remaja (57,1% dan 57,6%) (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

2. Konseling

Konseling merupakan bagian dari PIK–R. Pelaksanaan PIK-R menerapkan prinsip penjagaan terhadap privasi dan kerahasiaan. Pelaksanaan konseling bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan, konselor atau psikolog atau konselor sebaya yang memiliki kompetensi serta menjalankan kegiatan sesuai dengan kewenangannya.

3. Pelayanan klinis medis

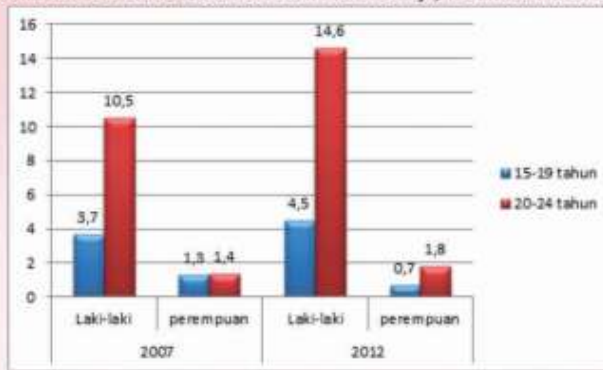
Pelayanan klinis medis dalam pelayanan kesehatan reproduksi remaja yaitu tindakan deteksi dini penyakit (early detection), pengobatan (kuratif), dan rehabilitasi (*rehabilitative*).

1.5 Masalah pada Remaja

Masalah pada remaja yang terkait dengan masa awal kematangan organ reproduksi pada remaja adalah perilaku seks bebas (free sex), Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD), dan terjangkitnya penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS serta NAPZA.

Berdasarkan survei yang dilakukan Badan Pusat Statistik tahun 2012, persentase seks aktif pada remaja laki – laki naik pada tahun 2012 dibandingkan tahun 2007, sebesar 3,7% menjadi 4,5%. Sedangkan pada remaja perempuan perilaku seks aktif cenderung rendah dan menurun dibandingkan laki – laki dan dibandingkan tahun 2007 ke 2012 (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Gambar 1. Persentase Seks Pra Nikah Pada Remaja, Tahun 2007 dan 2012



Sumber: SDKI 2007 dan 2012 Kesehatan Reproduksi Remaja, Badan Pusat Statistik

Beberapa sebab seks aktif pada remaja antara lain; tekanan pasangan, merasa sudah siap melakukan hubungan seks, keinginan dicintai, keingintahuan tentang seks, keinginan menjadi populer, tidak ingin diejek “masih perawan”, pengaruh media massa (tayangan TV dan internet) yang menampakkan bahwa normal bagi remaja untuk melakukan hubungan seks, serta paksaan dari orang lain untuk melakukan hubungan seks. Perilaku seks aktif sebelum pernikahan memicu adanya KTD (Rahayu *et al.*, 2017).

Beberapa faktor pendorong terjadinya KTD antara lain; faktor sosio demografik (kemiskinan, seksualitas aktif dan kegagalan dalam penggunaan kontrasepsi, media massa), karakteristik keluarga yang kurang harmonis (hubungan antar keluarga), status perkembangan (kurang pemikiran tentang masa depan, ingin mencoba-coba, kebutuhan akan perhatian), penggunaan dan penyalahgunaan obat-obatan. Selain itu kurangnya pengetahuan yang lengkap dan benar tentang proses terjadinya kehamilan dan metode pencegahannya, kegagalan alat kontrasepsi, serta dapat juga terjadi akibat tindak perkosaan (Rahayu et al., 2017).

KTD memicu adanya pernikahan usia muda. Berdasarkan data United Nations Development Economic and Social Affairs (UNDESA) 2010, Indonesia merupakan negara ke 37 dengan persentase pernikahan muda yang tinggi dan merupakan negara kedua ASEAN setelah Kamboja. Pernikahan usia muda menjadi salah satu faktor risiko karena adanya ketidaksiapan dari aspek kesehatan, mental emosional, pendidikan, sosial ekonomi dan reproduksi. Pernikahan muda yang diakibatkan adanya kehamilan remaja atau KTD dapat menyebabkan adanya resiko kelahiran prematur, Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR), perdarahan persalinan dan meningkatkan risiko kematian ibu dan bayi sampai dengan penularan penyakit menular seksual seperti HIV/ AIDS (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

NAPZA (narkotika, alkohol, psikotropika, dan zat adiktif lainnya) di kalangan remaja merupakan salah satu permasalahan yang dihadapi oleh Indonesia. Survei BNN menyimpulkan bahwa terjadi peningkatan penyalahgunaan narkoba di kalangan remaja dari 20% menjadi 24 – 28% pada tahun 2019 (Puslitdatin BNN, 2019). Karakteristik remaja yang masih dalam tahapan masa pencairan jati diri membuat orientasi sosial berupa interaksi dengan teman menjadi salah satu faktor utama dalam perkembangan sosial. Interaksi sosial yang kuat menyebabkan adanya budaya meniru apa yang dilakukan oleh teman sebaya. Penggunaan NAPZA berakibat pada perubahan konsep diri yang cenderung mengarah ke hal yang negatif dibandingkan sebelum mengkonsumsi NAPZA (Saleh, Rokhmah and Nafikadini, 2014).

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan RI (2015) *Info Datin Situasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI Pusat Data dan Informasi.
- Peraturan Pemerintah (2014) *Peraturan Pemerintah Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi*. Indonesia.
- Puslitdatin BNN (2019) *Penggunaan Narkotika di Kalangan Remaja Meningkat*, <https://bnn.go.id>. Available at: <https://bnn.go.id/penggunaan-narkotika-kalangan-remaja-meningkat/>.
- Rahayu, A. et al. (2017) *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Saleh, H. D., Rokhmah, D. and Nafikadini, I. (2014) 'Fenomena Penyalahgunaan NAPZA di Kalangan Remaja Ditinjau dari Teori Interaksionisme Simbolik di Kabupaten Jember (The Phenomenon of Substance Abuse Among Adolescents Based on Symbolic Interactionism Theory in Jember Regency)', *e-Jurnal Pustaka Kesehatan*, 2(3), pp. 468–475. Available at: <http://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPK/article/download/2349/1929>.
- WHO (2015) *Reproductive health*, <https://www.who.int>. Available at: <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductive-health>.

BAB 2

PERIODE TUMBUH KEMBANG ANAK DAN REMAJA

Oleh Erwina Sumartini, S.ST., M.Keb

2.1 Pengertian Tumbuh Kembang Anak dan Remaja

Tumbuh kembang merupakan dua hal yang berbeda namun tidak dapat dipisahkan. Tumbuh berarti bertambah berat yang diukur dengan satuan gram, pound atau kilogram, panjang yang diukur dengan satuan centimeter dan meter serta berubah umur tulang dan keseimbangan metabolik (Soetjiningsih, 2012). Pertumbuhan menyangkut perubahan pada tingkal sel, jaringan, organ dan sistem organ dalam tubuh manusia. Sedangkan berkembang berarti bertambahnya fungsi tubuh atau kemampuan anak yang bersifat dapat diramalkan. Anak mengalami perkembangan menuju kearah kedewasaan yang terjadi secara sistematis mengarah pada kematangan yang berkesinambungan. Perkembangan merupakan proses perubahan organisme menuju kearah kedewasaan dan sulit diukur karena bersifat kualitatif. Ciri-ciri perkembangan diantaranya; bersifat kualitatif, berkaitan dengan proses pematangan, terjadi secara sistematis dan progresif serta berkesinambungan. Menurut Wener (1957) dalam Gainau, M.B (2015) proses perkembangan diawali dari keadaan umum dan kurang berdiferensiasi sampai keadaan dimana diferensiasi, artikulasi, dan integrasi meningkat secara bertahap. Perkembangan remaja merupakan hasil interaksi antara organisme dengan lingkungan. Proses maturasi hasil proses belajar dan latihan menyebabkan perkembangan terjadi cepat pada tahun-tahun pertama kehidupan. Perkembangan pola tingkah laku terjadi secara berurutan dan laju perkembangan bersifat individual (Gainaiu, M.B. 2015).

Permenkes RI Nomor 25 Tahun 2014 memberikan batasan umur anak yaitu sampai 18 tahun, termasuk anak yang masih

dalam kandungan. Remaja merupakan kelompok umur 10 tahun hingga sebelum berumur 18 tahun (Kemenkes RI, 2014).

Pada tabel dibawah dijelaskan mengenai pengelompokkan umur anak berdasarkan tumbuh kembangnya.

Tabel 1. Periode Pertumbuhan dan Perkembangan Anak

Pranatal	Sejak terjadinya proses konsepsi sampai 8 minggu. Masa janin atau fetus adalah umur 9 minggu sampai dengan lahir.
Bayi	Periode neonatal dibagi menjadi dua bagian, yaitu periode neonatal dini dihitung sejak 0-7 hari paska lahir dan periode neonatal lanjut yaitu 9-28 hari paska lahir. Selanjutnya masa paska neonatal yaitu umur 29 hari sampai dengan kurang dari 12 bulan.
Balita	Umur 12 bulan sampai 59 bulan
Prasekolah	Umur 60 bulan sampai 72 bulan
Masa anak Sekolah Umur 6-18/20 tahun	Dibagi menjadi dua periode yaitu masa remaja awal (pada wanita umur 8-13 tahun dan pada laki-laki umur 10-15 tahun) dan masa remaja lanjut (pada wanita umur 13-18 tahun dan laki-laki umur 15-20 tahun)

Masa remaja dikenal dengan fase perubahan dari anak-anak menuju dewasa, fase ini merupakan fase kritis dalam siklus perkembangan individu. Terjadi banyak perubahan pada fase ini, diantaranya; bentuk, ukuran, fungsi tubuh, psikologis dan aspek fungsional. Fase ini juga merupakan penentu fase selanjutnya karena banyak perubahan yang terjadi pada aspek fisik maupun psikologis.

Menurut Harlock (1994) adolescence berarti tumbuh menjadi dewasa. Menarche atau menstruasi pertama pada perempuan dan keluar cairan semen pada laki-laki adalah ciri masa remaja awal, selain itu terjadi juga perubahan secara fisik dan emosi yang mendalam. Masa remaja merupakan masa bergejolak yang penuh dengan berbagai pengenalan dan petualangan termasuk berinteraksi dengan lawan jenis (Herlina, 2013).

Konsep masa remaja melingkupi 3 aspek yaitu perubahan biologis, psikologis dan sosial ekonomi. Secara biologis mengalami perkembangan sejak pertama kali munculnya tanda seksual

sekunder sampai kematangan seksual. Secara psikologis mengalami perkembangan dan pola identifikasi dari periode anak menjadi dewasa. Secara sosial-ekonomi masa remaja mengalami perubahan dari ketergantungan sosial ekonomi yang penuh kepada keadaan lebih mandiri (Herlina, 2013).

2.2 Periode Pertumbuhan dan Perkembangan Anak dan Remaja

a) Periode Pranatal (sebelum lahir)

Pada masa pranatal atau masa intrauterin pertumbuhan dan perkembangan anak dibagi menjadi tiga periode, yaitu 1) masa zigot, terjadi sejak masa konsepsi sampai umur kehamilan 2 minggu. 2) masa embrio, terjadi sejak umur kehamilan 2 minggu sampai 8 atau 12 minggu, dimana ovum sudah dibuahi dan terjadi diferensiasi yang berlangsung cepat dan terbentuk organ tubuh. 3) masa janin, merupakan periode umur kehamilan 9 atau 12 minggu sampai akhir kehamilan, terdiri dari dua bagian, yaitu masa fetus dan masa infant (bayi). Masa fetus dini (umur kehamilan 9 sampai trimester kedua kehidupan *intrauterine*), merupakan periode terjadinya percepatan pertumbuhan, perkembangan jasad manusia sempurna. Pada periode ini organ tubuh telah terbentuk serta mulai berfungsi. Masa bayi (*infant*), pada masa ini pertumbuhan dan perkembangan fungsi organ berlangsung pesat. Selain itu terjadi transfer imunoglobulin G (ig G) yang dialirkan pada darah ibu melalui plasenta. Akumulasi asam lemak esensial seri Omega 3 (*Docosa Hexanic Acid*) dan Omega 6 (*Arachidonic Acid*) pada otak dan retina. Trimester pertama kehamilan dikenal dengan periode paling kritis dalam masa prenatal karena pada periode ini pertumbuhan otak janin sangat peka terhadap pengaruh lingkungan.

b) Periode bayi

Masa bayi terbagi mejadi masa neonatal dan masa pasca natal. Masa neonatal yaitu sejak umur bayi 0 sampai 28 hari paska lahir, sedangkan masa pasca neonatal yaitu sejak umur bayi dua puluh sembilan hari sampai satu tahun.

Proses adaptasi dengan lingkungan dan sirkulasi darah serta berfungsinya organ-organ terjadi pada fase ini. Masa bayi dibagi menjadi masa neonatal dini, masa neonatal lanjut dan masa paska neonatal.

c) Periode balita

Periode ini terjadi sejak umur 12 sampai dengan 59 bulan, dimana terjadi percepatan pertumbuhan yang menurun, namun perkembangan motorik mengalami kemajuan, terutama pada aspek gerak kasar dan gerak halus, serta fungsi ekskresi. Tumbuh kembang pada periode ini akan menjadi penentu kondisi tumbuh kembang dimasa yang akan datang. Dua tahun pertama kehidupan merupakan masa kritis bagi tumbuh kembang anak (*golden age periode*), dimana terjadi penambahan jumlah dan pengaturan hubungan-hubungan antar sel saraf yang sangat mempengaruhi segala kinerja otak, mulai dari kemampuan belajar, berjalan, mengenal huruf, hingga bersosialisasi. Pada masa ini kemampuan bicara dan bahasa, kreativitas, kesadaran sosial, emosional dan intelegensia berjalan sangat cepat yang merupakan landasan perkembangan di fase berikutnya.

d) Periode anak prasekolah (umur 60-72 bulan)

Pada periode ini anak akan mengalami pertumbuhan yang berlangsung stabil, pada aspek perkembangan terjadi peningkatan aktivitas jasmani dan peningkatan keterampilan serta proses berfikir. Proses belajarnya anak pada periode ini yaitu dengan cara bermain. Aktivitas bermain dan berteman di luar rumah merupakan aktivitas yang mulai disenangi anak pada fase ini, sehingga penting bagi orang tua untuk mengenalkan lingkungan luar kepada anak. Biasanya anak lebih senang menggunakan waktunya untuk bermain di luar rumah bersama teman-temannya dibandingkan bermain di dalam rumah (kemenkes RI, 2019).

e) Periode anak sekolah/Remaja (umur 6-18/20 tahun)

Periode sekolah (remaja) dibagi menjadi dua bagian, yaitu periode remaja dini dan periode remaja lanjut. Periode remaja dini pada perempuan terjadi pada umur 13

sampai dengan 18 tahun, sedangkan pada laki-laki terjadi pada umur 15 sampai dengan umur 20 tahun. Tahapan pertumbuhan dan perkembangan remaja dibagi menjadi 3 fase, yaitu remaja awal atau *early adolescent*, remaja tengah *middle adolescent* dan remaja akhir *late adolescent* (Batubara, J. R, 2016).

Remaja awal (*early adolescence*) merupakan masa dimana remaja berumur 11 sampai dengan 13 tahun. Terjadi perubahan-perubahan bentuk tubuh dan fungsi seksual. Pada perempuan ditandai dengan *breast budding* (*telarke*) dan tumbuhnya rambut pubis (*adrenarke* atau *pubarke*), perubahan ini terjadi pada usia 11 tahun dan pacu tumbuh terjadi 1 tahun sejak telarke terjadi. *Menarke* atau menstruasi pertama merupakan proses tanda akhir dari masa pubertas. Sebelum *menarke* tinggi badan meningkat hanya 2-5 cm. Perubahan pada laki-laki diantaranya ukuran testis $\geq 2,5$ cm, pembesaran testis diikuti dengan tumbuhnya rambut pubis pada basis penis dan rambut ketiak pada tahun selanjutnya (Marcdante, Karen J, dkk, 2014). Masa sekarang dan teman sebaya merupakan fokus utama bagi remaja pada periode awal. Perhatian utama terfokus pada perubahan fisik dan normalitas. Pada tahap ini remaja masih tidak konsisten dalam mencari kemandirian dan susah diajak bicara sehingga tak heran jika pada saat ditanya sering kali mereka menjawab pertanyaan dengan jawaban pendek dan sepotong-sepotong (Marcdante, Karen J, dkk, 2014). Selain mereka lebih dekat dengan teman sebayanya, egosentris dan emosi ingin merasa bebas merupakan sifat yang muncul pada periode ini. Remaja akan melihat suatu hal hanya dari perspektif dirinya saja tanpa melihat dan mempertimbangkan pendapat orang lain disekitarnya. Remaja lebih sulit menyesuaikan diri dengan lingkungan sekitarnya karena apa yang menurut mereka benar, itulah hal yang benar. Walton (1994) dalam Mayasari, A.T., dkk (2021) mengatakan bahwa kematangan seksual pada remaja putra biasanya terjadi pada rentang usia 10-13,5

tahun sedangkan pada remaja putri biasanya terjadi pada rentang umur 9-15 tahun.

Periode **remaja tengah** (*middle adolescence*) merupakan masa dimana remaja berumur 14 sampai dengan 17 tahun. Remaja akan mengalami perubahan bentuk fisik yang semakin sempurna menuju kedewasaan. Pada remaja putri terjadi perubahan seks sekunder yaitu panggul dan pantat membesar, tinggi dan berat badan bertambah serta perubahan kulit menjadi lebih halus, perkembangan payudara, tumbuhnya rambut pada area ketiak dan alat kelamin. Pada remaja putra terjadi perubahan suara menjadi lebih berat, tumbuh jakun pada bagian leher, pertambahan tinggi dan berat badan, pertumbuhan rambut pada area wajah, ketiak, alat kelamin dan kaki, buah zakar semakin membesar dan peningkatan produksi pada kelenjar keringat. Hal-hal yang sering terjadi pada remaja di periode ini adalah pencarian identitas diri, timbulnya keinginan untuk mengenal lawan jenisnya dan biasanya sudah mulai berkhayal tentang seks. Remaja memiliki pengetahuan yang lebih baik dan matang. Dari segi perkembangan fungsi seksual, remaja putri pada masa pertengahan biasanya mengalami siklus menstruasi dan pada remaja putra mengalami mimpi basah. Remaja pada periode ini memerlukan asupan gizi yang baik dan cukup untuk menunjang proses pematangan organ-organ reproduksinya, sehingga pada usia reproduksi sehat mereka akan mampu melewati proses reproduksi dengan baik. Selain itu juga dibutuhkan perhatian dan pengawasan orang tua agar tidak terjadi penyimpangan perilaku sosial.

Kemampuan kognitif remaja pada periode ini sudah matang, melalui pemikiran abstrak mereka dapat bereksperimen dengan perasaan sendiri dan orang lain. Mereka berusaha menggali arti orang tua, budaya dan norma yang berlaku. Tindakan berisiko banyak dilakukan pada periode ini salah satunya hubungan seks di luar nikah, menggunakan obat terlarang, atau berperilaku ngebut di jalanan. Mereka berupaya untuk hidup lebih mandiri, namun tak jarang upaya mereka membuat khawatir orang

tua, guru di sekolah atau orang lain yang bertanggung jawab terhadap mereka (Marcdante, Karen J, dkk, 2014).

Periode remaja akhir (*late adolescence*) merupakan masa dimana remaja berumur 18-20 tahun. Kemampuan berpikir operasional sudah ada pada periode ini, seperti pikiran mengenai pendidikan, pekerjaan dan seksual. Mereka akan lebih berkomitmen terhadap partner seksual dibandingkan pada periode remaja tengah. Kecemasan akan perpisahan yang tidak terpecahkan sebelumnya akan muncul kembali pada periode ini, salah satu contoh saat mereka mulai berpisah secara fisik dari keluarga untuk mengikuti pendidikan atau bekerja (Marcdante, Karen J, dkk, 2014). Pada periode ini remaja mengalami proses konsolidasi menuju dewasa dengan ditandai oleh adanya minat terhadap intelektual, mudah bergaul dengan orang lain, keinginan mencari pengalaman baru, memiliki identitas seksual yang tidak berubah, mampu menyeimbangkan antara kepentingan pribadi dan orang lain serta memiliki batasan-batasan dan mampu membedakan baik buruk.

Fase perkembangan anak telah diteliti pada tahun 1964 oleh Jean Piaget untuk melihat kaitan antara fase perkembangan dengan terjadinya perubahan umur yang mempengaruhi kemampuan belajar. Hasil penelitiannya menunjukkan anak akan melampaui 4 tahap perkembangan dalam memahami dunia (Muri'ah, D. H. S., & Warden, K. 2020).

a) Tahap sensorik motorik (*sensorimotor stage*)

Tahap sensorik motorik merupakan tahap awal perkembangan anak dan terjadi sejak lahir sampai umur 2 tahun. Anak melakukan aktivitas kognitif berdasarkan pada hasil pengamatan panca inderanya dan belum menggunakan Bahasa. Pemahaman intelektual akan muncul di akhir tahap ini. Pada fase ini sensasi melihat dan mendengar mulai diorganisasikan dan dikoordinasikan melalui gerakan dan tindakan fisik. Perkembangan mental pada anak ditandai oleh adanya kemajuan yang besar dalam tahap pra operasional (*preoperational stage*). Pada fase ini anak mulai

senang meniru perilaku orang disekitarnya serta mampu menerima khayalan dan senang bercerita mengenai hal-hal yang fantastis. Perkembangan ini terjadi mulai umur 2 tahun hingga umur 7 tahun dan merupakan tahap kedua dari periode perkembangan anak. Mereka mulai mampu menggunakan kata-kata dan gambar-gambar untuk melukiskan dunia, selain itu sudah ada pemikiran egosentrisme, animisme, dan intuitif. Pemikiran egosentrisme merupakan ketidakmampuan anak dalam membedakan antara pandangan seseorang dengan pandangan orang lain.

b) Tahap operasional konkrit (*concrete operational stage*)

Pada fase ini mereka mulai mampu berfikir secara logis, anak sudah dapat mengikuti peraturan yang berlaku. Tahap ini merupakan tahap ketiga terjadi mulai umur 7 hingga 11 tahun. Pemikiran secara logis menggantikan pemikiran berdasarkan intuisi.

c) Tahap operasional formal (*formal operational stage*)

Merupakan tahap keempat dari perkembangan anak. Kemampuan berfikir formal, berfikir logis, rasional dan abstrak sudah berkembang pada fase ini. Anak mampu menangkap arti simbolis, kiasan dan membuat kesimpulan sebuah cerita. Perkembangan tersebut dapat terlihat mulai umur 11 hingga 15 tahun.

2.3 Ciri-Ciri Tumbuh Kembang Anak dan Remaja

Terdapat beberapa ciri tumbuh kembang anak, diantaranya;

a) Perkembangan menimbulkan perubahan

Proses pertumbuhan akan diikuti dengan adanya perubahan fungsi. Pertumbuhan otak dan serabut saraf pada anak akan disertai dengan perkembangan intelegensiannya.

b) Perkembangan terjadi secara berurutan dan perkembangan fase awal penentu fase selanjutnya.

Tahapan perkembangan harus dilewati oleh setiap anak. Misalnya, anak bisa berdiri sebelum ia mampu berjalan, anak akan mampu berdiri jika pertumbuhan kaki dan bagian tubuh yang mendukung proses berdiri tumbuh dengan baik.

- c) Kecepatan tumbuh kembang setiap individu tidak sama
Faktor genetik dan kegiatan latihan sangat menentukan dalam kecepatan pertumbuhan dan perkembangan anak, sehingga menyebabkan adanya perbedaan pada kecepatan kondisi pertumbuhan dan perkembangan setiap individu.
- d) Pola perkembangan dapat diramalkan
Ada dua pola perkembangan anak, yaitu pola *cephalocaudal* dan *proximodistal*. Pola perkembangan *cephalocaudal* artinya perkembangan anak dimulai dari daerah kepala selanjutnya menyebar ke seluruh tubuh dan bagian kaki, contohnya perkembangan otak terjadi lebih awal dibandingkan bagian yang lain. Pada pola ini struktur dan fungsi terjadi pertama pada bagian kepala, selanjutnya badan dan terakhir kaki. Pola perkembangan *proximodistal* artinya perkembangan terjadi dari bagian yang dekat selanjutnya ke bagian yang lebih jauh. Contohnya anak akan mampu menggunakan jari-jarinya untuk melakukan aktivitas dengan diawali kemampuan anak dalam menggerakkan lengan.
- e) Perkembangan berkorelasi dengan pertumbuhan
Ketika proses pertumbuhan terjadi dengan cepat, maka perkembangan pun akan terjadi dengan cepat.

Selain memiliki ciri-ciri, perkembangan juga memiliki prinsip diantaranya; 1) Perkembangan merupakan sebuah proses hasil kematangan dan proses belajar, karakteristik anak secara potensial merupakan warisan genetik, namun melalui proses belajar sumber yang diwariskan akan menjadi lebih baik. Misalnya kemampuan merangkak dan berjalan akan semakin baik oleh proses latihan. Kondisi tersebut menyimpulkan bahwa proses kematangan seorang anak akan mempengaruhi perkembangannya. 2) Pola perkembangan memiliki karakteristik dapat diramalkan, semua anak akan melewati tahapan perkembangan melewati pola yang sama dari satu tahap ke tahapan selanjutnya. Anak mampu menggambar lingkaran selanjutnya menggambar bentuk segi empat. Meskipun pola perkembangan anak akan sama, namun kecepatan perkembangannya akan bervariasi pada setiap individu.

2.4 Karakteristik Remaja

a) Terjadinya perubahan fisik khususnya organ reproduksi

Proses pertumbuhan adalah hasil interaksi antara sistem endokrin dan sistem tulang. Proses pertumbuhan dipengaruhi oleh hormon yang berperan dalam proses pertumbuhan, diantaranya (Rahayu, A 2017) ;

- 1) *Growth hormone* (GH) atau *somatotropin*, hormon ini memegang peranan dalam regulasi kecepatan pertumbuhan tulang dan metabolisme energi dalam otot skeletak dan jaringan lemak. Kerdil (*dwarfisme*) pada remaja dapat terjadi jika terjadi defisiensi hormon ini
- 2) *Tiroidin*, hormon ini salah satu hormon penting dalam tubuh karena memiliki fungsi mengatur metabolisme tubuh.
- 3) *Insulin*, hormon ini berperan dalam membantu penyerapan glukosa ke dalam sel-sel tubuh. Glukosa berasal dari makanan mengandung karbohidrat dan merupakan sumber energi utama bagi tubuh.
- 4) *Kortikosteroid*, hormon ini berpengaruh terhadap kecepatan pertumbuhan melalui perubahan lintasan metabolisme karbohidrat, protein dan lipid, serta modulasi keseimbangan antara air dan cairan elektrolit tubuh; serta berdampak pada seluruh sistem tubuh seperti kardiovaskuler, muskuloskeletal, saraf, kekebalan, dan fetal termasuk mempengaruhi perkembangan dan kematangan pada paru pada masa janin.
- 5) *Leptin*, hormon ini dibuat oleh sel lemak, berfungsi mengendalikan nafsu makan serta rasa lapar. Hormon ini bersifat mempengaruhi komposisi tubuh, fungsi metabolisme dan reproduksi.
- 6) *Paratiroid*, hormon paratiroid mengatur pelepasan kalsium dari tulang ke aliran darah, peningkatan reabsorpsi kalsium di ginjal, peningkatan absorpsi kalsium di saluran cerna oleh vitamin D.

- 7) *1,25-dihydroxy-vitamin D*, mempengaruhi mineralisasi tulang, prodiferensiasi terhadap berbagai jenis sel tubuh.
- 8) *Kalsitonin*, mempengaruhi mineralisasi tulang dengan menghambat resorpsi tulang dan merangsang penyerapan kalsium dan fosfat oleh tulang.

Pada masa pubertas perubahan fisik pada remaja akan memungkinkan mereka bereproduksi. terjadinya penambahan tinggi badan dengan cepat (pacu tumbuh), perkembangan organ-organ reproduksi, perubahan komposisi tubuh, serta perubahan sistem sirkulasi dan sistem respirasi yang berhubungan dengan kekuatan dan stamina tubuh. Perubahan tersebut terjadi secara berurutan dan berkelanjutan. Penambahan tinggi badan anak laki-laki yaitu sekitar 10 cm per tahun, sedangkan penambahan pada anak perempuan sekitar 9 cm per tahun. Puncak pertumbuhan tinggi badan (*peak height velocity*) pada anak perempuan yaitu umur 12 tahun dan anak laki-laki yaitu umur 14 tahun (Hapsari, 2019).

b) Perubahan Kognitif

Pertumbuhan otak telah mencapai kesempurnaan pada umur 12 tahun. Terjadi perkembangan yang cepat pada sistem saraf yang bertugas memproses informasi dan terjadi penataan kembali pada lingkaran saraf *globe frontal* yang berfungsi dalam aktivitas kognitif tingkat tinggi contohnya pengambilan keputusan. Intelektual remaja sangat dipengaruhi oleh perkembangan *lobe forntal* (Fatmawaty, R. 2017).

Adapun Ciri perkembangan kognitif remaja menurut Piaget, diantaranya;

1) Berpikir menggunakan penalaran deduktif hipotesis (*Hypotetico-deductive reasoning*)

Dalam memecahkan masalah remaja akan memulainya dari “teori umum”, ia akan memikirkan berbagai faktor yang mempengaruhi dan menyimpulkan suatu prediksi akibat yang akan terjadi. Remaja akan berpikir secara sistematis, menggabungkan, memahami adanya berbagai aspek masalah yang bisa diselesaikan dalam

waktu bersamaan, tidak persatu seperti anak-anak pada masa operasi konkret (Herlina, 2013).

2) **Berpikir proporsional (*Proportional thought*)**

Remaja mengevaluasi logika berdasarkan pernyataan verbal tanpa melihat pada kondisi nyata. Sebaliknya anak akan mengevaluasi logika pernyataan hanya berdasarkan pada bukti konkret saja (Herlina, 2013).

3) **Menunjukkan Distorsi Kognitif**

Remaja adalah pendengar khayal atau imajiner. Kondisi ini secara bertahap akan mengalami penurunan dan akan menghilang pada saat dewasa. Kemampuan remaja dalam berpikir abstrak akan seiring dengan perubahan fisik dan membuat mereka mulai berpikir lebih mengenai dirinya sendiri (Herlina, 2013). Pendengar imajiner merupakan distorsi kognitif, dimana mereka merasa bahwa dirinya selalu menjadi pusat perhatian dan berada di atas pangung sehingga mereka akan sangat “sadar diri” (*extremely self-conscious*) dan menghindari keadaan yang dapat membuat dirinya merasa malu. Mereka menghabiskan banyak waktu untuk lebih memperhatikan penampilannya secara detail dan mereka sangat peka terhadap kritik orang lain.

c) **Perubahan sosial dan emosional**

Perkembangan kemampuan kognitif membuat remaja lebih memahami orang lain sehingga kualitas hubungan interpersonal menjadi lebih baik. Mereka akan memahami keinginan, kebutuhan, perasaan, dan motivasi orang lain. Makin kompleks pikiran, emosi, dan identitas pada masa remaja akan menyebabkan hubungan sosialnya pun makin kompleks.

Remaja memperlihatkan beberapa ciri, diantaranya;

- 1) Hubungan sosial yang dijalin bersifat lebih mendalam dan lebih intim jika dibandingkan masa anak-anak.
- 2) Jaringan sosial remaja lebih luas, baik pada aspek jumlah maupun jenis hubungan yang berbeda.

- 3) Identitas pribadi dan perkembangan periode selanjutnya ditentukan oleh cara remaja mengatasi krisis yang terjadi sebelumnya.

Krisis identitas versus kekaburan identitas terjadi pada masa ini. Kondisi ini memperlihatkan proses perjuangan untuk mendapatkan suatu keseimbangan antara mengembangkan identitas individu yang unik dengan "*fitting-in*" atau kekaburan peran. Remaja berpikir mengenai siapa, apa yang akan dan harus dilakukan, serta bagaimana cara melakukannya. Jika mereka berhasil mengatasi kondisi ini dan memahami identitas dirinya, maka mereka akan dengan mudah membagi "dirinya" dengan orang lain dan mampu menyesuaikan diri (*well-adjusted*) tanpa kehilangan identitas dirinya. Jika mereka mengalami kegagalan, maka mereka menjadi tidak yakin tentang dirinya, sehingga akan memutuskan hubungan sosial, atau mungkin mengembangkan perasaan berlebih-lebihan tentang pentingnya dirinya dan kemudian mengambil posisi sebagai pihak yang menuntut secara berlebihan. Jika remaja gagal dalam mengatasi krisis ini, mereka tidak akan mampu menjadi orang dewasa yang matang secara emosi (Herlina, 2013).

Terdapat beberapa perkembangan emosional yang dimiliki remaja diantaranya;

- 1) Kapasitas mengembangkan hubungan yang bersifat jangka panjang, sehat, dan berbalasan.
- 2) Kemampuan memahami perasaan sendiri dan menganalisis mengapa mereka merasakan perasaan dengan cara tertentu.
- 3) Kemampuan untuk mengelola emosinya, mendiskusikan kemudian mempengaruhi keadaan emosionalnya sendiri dan orang lain. Remaja memiliki sensitivitas terhadap evaluasi dari orang lain sehingga akan muncul kesadaran diri. Remaja sangat sadar terhadap dampak ekspresi emosional mereka terhadap interaksi sosial.

DAFTAR PUSTAKA

- Herlina, 2013, *Bibliotherapy: mengatasi masalah anak dan remaja melalui buku*, Pustaka Cendekia Utama, Bandung.
- Mayasari, A, T, Febriyanti, H & Primadevi, I 2021, *Kesehatan Reproduksi Wanita di Sepanjang Daur Kehidupan*, Syiah Kuala University Press.
- Gainau, M, B 2015, *Perkembangan Remaja dan Problematikanya*, PT Kanisius.
- Marcdante, Karen J, dkk 2014, *Nelson Ilmu Kesehatan Anak Esensial*, Elsevier, Singapore.
- Soetjiningsih 2012, *Tumbuh Kembang Anak*, EGC, Jakarta.
- Rahayu, A 2017, *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja & Lansia*, Airlangga University Press, Surabaya.
- Hapsari, A 2019, *Buku Ajar kesehatan Reproduksi Modul Kesehatan Reproduksi Remaja*, Wineka media, Malang.
- Batubara, J, R 2016, *Adolescent development* (Perkembangan Remaja), *Sari pediatri*.
- Fatmawaty, R 2017, *Memahami Psikologi Remaja*, *Reforma: Jurnal Pendidikan Dan Pembelajaran*.
- Permenkes, R, I 2014, *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 25 tahun 2014 Tentang Upaya Kesehatan Anak*, *Menteri Kesehatan Republik Indonesia*.
- Kemenkes RI 2019, *Pedoman Pelaksanaan Stimulasi, deteksi dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang Anak di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar*, Direktorat Jenderal Pembinaan Kesehatan masyarakat.
- Muri'ah, D, H, S, & Wardan, K 2020. *Psikologi perkembangan anak dan remaja*. Literasi Nusantara.

BAB 3

MENSTRUASI

Oleh Yuliyani

3.1 Pendahuluan

Seorang perempuan normal mengalami siklus menstruasi setiap bulannya. Siklus menstruasi ini berkaitan dengan pembentukan sel telur dan pembentukan endometrium. Menstruasi merupakan ciri khas kematangan secara biologis seorang perempuan dan merupakan suatu tanda bahwa alat kandungan menunaikan faalnya. Menstruasi merupakan salah satu perubahan siklik yang terjadi pada alat kandungan sebagai persiapan untuk kehamilan. Setiap perempuan normal akan mengalami menstruasi setiap bulannya, yang dipengaruhi oleh faktor hormon, enzim, vascular, dan prostaglandin.

Seorang perempuan yang mengalami menstruasi pertama kali disebut menarche, pada umumnya terjadi saat usia sekitar 10-11 tahun. Namun, beberapa anak perempuan mulai mengalami menstruasi pada usia 8 atau 9 tahun, sedangkan anak perempuan yang lain mungkin ada yang lebih lama sekitar umur 15 atau 16 tahun. Jika menstruasi tidak terjadi pada usia 16 tahun, sebaiknya ia segera memeriksakan diri ke tenaga kesehatan. Secara klinik, pengertian menstruasi berdasarkan tiga hal. Pertama, siklus menstruasi yaitu jarak antara hari pertama menstruasi dengan hari pertama menstruasi berikutnya. Kedua, lama menstruasi yaitu jarak dari menstruasi pertama sampai perdarahan menstruasi berhenti. Ketiga, jumlah atau volume darah yang keluar selama satu kali menstruasi. Menstruasi dikatakan normal bila siklus menstruasi 21-35 hari, lama menstruasi 3-7 hari, dengan jumlah darah selama menstruasi berlangsung tidak melebihi 80 ml atau ganti pembalut 2-6 kali per hari.

Sebelum menstruasi, biasanya seorang perempuan akan mengalami sindrom pra-menstruasi, terjadi perubahan-perubahan dan gejala-gejala fisik maupun psikologi yang dapat mengganggu aktivitas sehari-hari. Sindrom pra-menstruasi ini berkaitan dengan

terjadinya peningkatan kadar hormon yang dapat mempengaruhi mood dan menimbulkan rasa tidak nyaman.

Sindrom pra-menstruasi ini terjadinya berbeda-beda pada setiap perempuan, begitu pula dengan siklus menstruasinya. Siklus haid yang normal biasanya 28 hari, berlangsung selama 3-7 hari.

Lebih dari 90% perempuan mempunyai siklus menstruasi antara 24 sampai 35 hari. Cairan menstruasi terdiri dari autolisis fungsional, exudat inflamasi, sel darah merah dan enzim proteolitik. Siklus ini tidak selalu sama pada setiap perempuan. Perbedaan siklus ini ditentukan oleh beberapa faktor, misalnya gizi, stres dan usia. Siklus menstruasi ini ada 4 (empat) stadium yaitu stadium menstruasi, stadium post menstruasi, stadium intermenstruasi dan stadium pramenstruasi.

Adapun gangguan menstruasi yang sering terjadi dalam masa reproduksi dan sering dirasakan oleh setiap perempuan yaitu hipermenore, polimenorea, oligomenorea, amenorea, premenstrual mention, mastalgia, disminorea. Pada masyarakat awam seringkali nyeri saat menjelang menstruasi disebut "*dilepen*" atau dismenore.

3.2 Definisi Menstruasi

Menstruasi adalah perdarahan secara periodik dan siklik dari uterus, disertai pelepasan endometrium (Sarwono, 2007).

Menstruasi atau haid mengacu pada pengeluaran darah dan sel-sel secara periodik melalui vagina yang berasal dari dinding rahim wanita (Maulana, 2008).

Menstruasi adalah situasi pelepasan endometrium dalam bentuk serpihan dan perdarahan akibat pengeluaran hormone estrogen dan progesterone yang turun dan berhenti sehingga terjadi vasokonstriksi pembuluh darah yang segera diikuti vasodilatasi (Manuaba, 2009).

Menstruasi adalah perdarahan secara periodik dimana darah berasal dari endometrium yang nekrotik (Kusmiyati, dkk, 2008). Menstruasi adalah pelepasan dinding rahim (endometrium) yang disertai dengan perdarahan dan terjadi setiap bulannya kecuali pada saat kehamilan. Menstruasi yang terjadi setiap bulan secara terus menerus disebut sebagai siklus menstruasi, namun beberapa wanita memiliki siklus yang tidak

teratur dan hal ini bisa menjadi indikasi adanya masalah kesuburan.

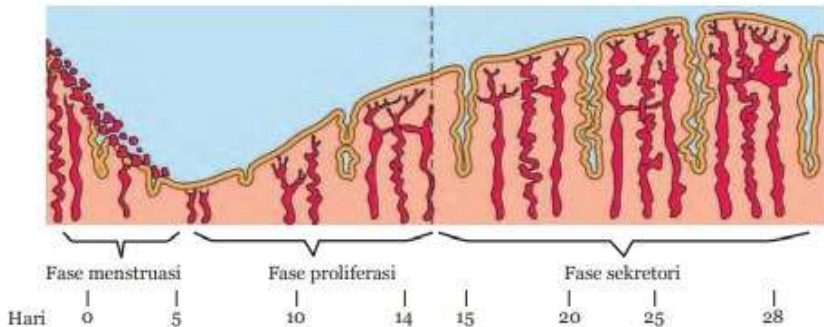
Panjang siklus menstruasi dihitung dari hari pertama periode menstruasi sampai hari dimana perdarahan dimulai disebut sebagai hari pertama yang kemudian dihitung sampai dengan hari terakhir yaitu satu hari sebelum perdarahan menstruasi bulan berikutnya dimulai.

Menstruasi merupakan bagian dari proses reguler yang mempersiapkan tubuh wanita setiap bulannya untuk kehamilan. Siklus ini melibatkan beberapa tahap yang dikendalikan oleh interaksi hormon yang dikeluarkan hipotalamus, kelenjar dibawah otak depan dan indung telur.

Pada permulaan daur, lapisan sel rahim mulai berkembang dan menebal. Lapisan ini berperan sebagai penyokong bagi janin yang sedang tumbuh bila wanita tersebut hamil. Hormon memberi sinyal pada telur didalam indung telur untuk mulai berkembang. Tak lama kemudian, sebuah telur dilepaskan dari indung telur wanita dan mulai bergerak menuju tuba falopii dan menuju ke rahim. Bila telur tidak dibuahi oleh sperma pada saat berhubungan intim, lapisan rahim akan berpisah dari dinding dan mulai luruh serta akan dikeluarkan melalui vagina.

Periode pengeluaran darah dikenal sebagai periode menstruasi yang berlangsung sekitar 3-7 hari. Bila seorang wanita mengalami kehamilan, maka menstruasi bulannya akan berhenti. Oleh karena itu, menghilangnya menstruasi bulanan merupakan tanda (walaupun tidak selalu) bahwa seorang wanita sedang hamil. kehamilan dapat di konfirmasi dengan pemeriksaan urine sederhana.

3.3 Siklus Menstruasi



Gambar 1. Siklus menstruasi
(Sumber : Campbell, 2010)

Siklus menstruasi yang normal dapat dibagi menjadi 2 segmen yaitu, siklus ovarium(indung telur) dan siklus uterus (rahim). Siklus indung telur terbagi menjadi 3 bagian, yaitu siklus folikuler, siklus ovulasi dan siklus luteal, sedangkan siklus uterus dibagi menjadi 4 fase, yaitu : fase menstruasi, fase *post menstruasi*, fase *intermenstruum* dan fase *pramenstruum*.

Perubahan didalam rahim merupakan respon terhadap perubahan hormonal. Rahim terdiri atas 3 lapisan yaitu, *perimetrium* (lapisan terluar rahim), *miometrium* (lapisan otot rahim yang terletak dibagian tengah) dan *endometrium* (lapisan terdalam rahim). Endometrium adalah lapisan yang berperan di dalam siklus menstruasi. Siklus menstruasi dapat ditinjau dari uterus maupun ovarium sebagai berikut :

1. Siklus uterus

Siklus uterus berupa pertumbuhan dan pengelupasan bagian dalam uterus-endometrium. Pada akhir fase menstruasi endometrium mulai tumbuh kembali dan memasuki fase proliferasi. Pasca ovulasi, pertumbuhan endometrium berhenti sesaat dan kelenjar endometrium menjadi lebih aktif-fase sekresi. Setiap satu siklus menstruasi terdapat 4 fase perubahan yang terjadi dalam uterus. Fase-fase ini merupakan hasil kerjasama yang sangat terkoordinasi antara hipofisis anterior, ovarium, dan uterus. Fase-fase tersebut adalah :

a) Fase *menstruasi* atau deskuamasi

Pada masa ini endometrium dilepaskan dari dinding uterus disertai dengan perdarahan. Hanya lapisan tipis yang tinggal yang disebut dengan stratum basale, stadium ini berlangsung 4 hari. Potongan-potongan endometrium dan lendir akan keluar ketika menstruasi, darah menstruasi tidak membeku karena adanya fermen yang mencegah pembekuan darah dan mencairkan potongan-potongan mukosa.

b) Fase *post menstruasi*

Luka endometrium yang terjadi akibat pelepasan endometrium secara berangsur-angsur sembuh dan ditutup kembali oleh selaput lendir baru yang tumbuh dari sel-sel epitel kelenjar endometrium. Pada waktu ini tebal endometrium $\pm 0,5$ mm, stadium ini dimulai waktu stadium menstruasi dan berlangsung $\pm$ selama 4 hari.

c) Fase *intermenstruum* atau stadium proliferasi

Saat fase ini endometrium tumbuh menjadi setebal $\pm 3,5$ mm. Fase ini berlangsung dari hari ke 5 sampai hari ke 14 dari siklus haid. Fase proliferasi dapat dibagi dalam 3 subfase yaitu :

1) Fase proliferasi dini

Fase proliferasi dini berlangsung antara hari ke 4 sampai hari ke 9. Fase ini dikenal dari epitel permukaan yang tipis dan adanya regenerasi epitel, terutama dari mulut kelenjar. Kelenjar ini kebanyakan lurus, pendek dan sempit. Bentuk kelenjar ini merupakan ciri khas fase proliferasi : sel-sel kelenjar mengalami mitosis. Sebagian sediaan masih menunjukkan suasana fase menstruasi dimana terlihat perubahan-perubahan involusi dari epitel kelenjar yang berbentuk kuboid. Stroma padat dan sebagian menunjukkan aktivitas mitosis, sel-selnya berbentuk bintang dan lonjong dengan tonjolan-tonjolan anastomosis. Nukleus sel stroma relatif besar karena sitoplasma relatif sedikit.

2) Fase proliferasi akhir

Fase ini berlangsung pada hari ke 11 sampai hari 14. Fase ini dapat dikenal dari permukaan kelenjar yang tidak rata dan dengan banyak mitosis. Inti epitel kelenjar membentuk pseudostratifikasi. Stroma bertumbuh aktif dan padat.

d) Fase pramenstruasi atau stadium sekresi

Fase ini mulai sesudah ovulasi dan berlangsung dari hari ke 14 sampai ke 28. Pada fase ini endometrium kira-kira tetap tebalnya, tetapi bentuk kelenjar berubah menjadi panjang, berkeluk keluk dan mengeluarkan getah yang makin lama makin nyata. Dalam endometrium telah tertimbun glikogen dan kapur yang kelak diperlukan sebagai makanan untuk telur yang dibuahi. Fase sekresi dibagi dalam 2 tahap, yaitu :

- 1) Fase sekresi dini, pada fase ini endometrium lebih tipis dari fase sebelumnya karena kehilangan cairan.
- 2) Fase sekresi lanjut, pada fase ini kelenjar dalam endometrium berkembang dan menjadi lebih berkelok-kelok dan sekresi mulai mengeluarkan getah yang mengandung glikogen dan lemak. Akhir masa ini, stroma endometrium berubah kearah sel-sel; desidua, terutama yang ada di seputar pembuluh-pembuluh arterial. Keadaan ini memudahkan terjadinya nidasi.

3.4 Hormon Yang Berpengaruh

Sistem hormonal yang mempengaruhi siklus menstruasi adalah (Prawirohardjo, 2011) :

- a. **FSH-RH (*Follicle Stimulating Hormone Releasing Hormone*)** yang dikeluarkan hipotalamus untuk merangsang hipofisis mengeluarkan FSH. FSH merupakan glikoprotein yang dihasilkan oleh sel-sel basofilik (afinitas terhadap basa). Hormon ini mempengaruhi ovarium sehingga dapat berkembang dan berfungsi pada saat pubertas. FSH mengembangkan folikel sprimer yang mengandung oosit primer dan

keadaan padat (solid) tersebut menjadi folikel yang menghasilkan estrogen.

- b. **LH-RH (*Luteinizing Hormone Releasing Hormone*)** yang dikeluarkan hipotalamus untuk merangsang hipofisis mengeluarkan LH.
- c. **PIH (*Prolactine Inhibiting Hormone*)** atau ***Prolaktin Releasing Hormon*** (PRH) yang menghambat hipofisis untuk mengeluarkan prolaktin. Berbeda dengan LH dan FSH, prolaktin terdiri dari satu rantai peptida dengan 198 asam amino dan sama sekali tidak mengandung karbohidrat. Secara pilogenetis, prolaktin adalah suatu hormon yang sangat tua serta memiliki susunan yang sama dengan hormon pertumbuhan (*Growth hormone, Somatogotropic hormone, TSH, Somatotropin*). Secara sinergis dengan estradia, prolaktin mempengaruhi payudara dan laktasi, serta berperan pada pembentukan dan fungsi korpus luteum.

3.5 Tanda Dan Gejala Menstruasi

Berikut ini adalah beberapa tanda dan gejala yang dapat terjadi pada saat masa menstruasi :

- a) Kram perut
- b) Nyeri payudara
- c) Perubahan suasana hati
- d) Timbul jerawat
- e) Tekanan pada panggul
- f) Sakit punggung
- g) Sakit kepala dan Kelelahan
- h) Kesulitan Berkonsentrasi

3.6 Gangguan Menstruasi

1. ***Premenstrual Tension*** (Ketegangan Prahaid)

Ketegangan prahaid adalah keluhan – keluhan yang dialami oleh seorang perempuan menjelang menstruasi, biasanya terjadi mulai satu minggu sampai beberapa hari sebelum datangnya menstruasi dan menghilang setelah menstruasi datang walaupun kadang-kadang berlangsung terus sampai menstruasi berhenti.

Salah satu penyebab utama *premenstrual tension* adalah faktor psikologi, situasi dalam keluarga dan masalah sosial. Jika ditinjau dari aspek anatomi penyebab esensial dari gangguan tersebut adalah adanya defisiensi luteal dan pengurangan produksi progesterone serta ketidakseimbangan estrogen dan progesteron dengan akibat retensi cairan dan natrium.

Meningkatnya kadar esterogen dan menurunnya kadar progesteron di dalam darah, yang menyebabkan gejala depresi dan khususnya gangguan mental. Kadar esterogen akan mengganggu proses kimia tubuh termasuk vitamin B6 (piridoksin) yang dikenal sebagai vitamin anti depresi karena berfungsi mengontrol produksi serotonin. Serotonin penting sekali bagi otak dan syaraf, dan kurangnya persediaan zat ini dalam jumlah yang cukup dapat mengakibatkan depresi. Hormon lain yang dikatakan sebagai penyebab gejala premenstruasi adalah prolaktin, yang dihasilkan oleh kelenjar hipofisis dan dapat mempengaruhi jumlah esterogen dan progesteron yang dihasilkan pada setiap siklus. Jumlah prolaktin yang terlalu banyak dapat mengganggu keseimbangan mekanisme tubuh yang mengontrol produksi kedua hormon tersebut. Wanita yang mengalami sindroma pre-menstruasi tersebut kadar prolaktin dapat tinggi atau normal. Gangguan metabolisme prostaglandin akibat kurangnya gamma linolenic acid (GLA). Fungsi prostaglandin adalah untuk mengatur sistem reproduksi, sistem saraf, dan sebagai anti peradangan.

2. Disminore

Disminore adalah nyeri haid menjelang atau selama haid, sampai membuat wanita tersebut tidak dapat bekerja dan harus tidur. Nyeri sering bersamaan dengan rasa mual, sakit kepala, perasaan mau pingsan, lekas marah.

Jika ditinjau dari aspek anatomi, yang menjadi salah satu penyebab gangguan dismenorea adanya sekresi hormon secara berlebihan atau sekresi sejenis zat yang disebut prostaglandin. Zat inilah yang menyebabkan peningkatan frekuensi kontraksi otot rahim sehingga menimbulkan nyeri haid. Dikenal adanya dismenore primer dan sekunder.

Nyeri haid atau disminorea ada dua macam :

a) Nyeri haid primer

Nyeri yang timbul sejak haid pertama dan akan pulih sendiri dengan berjalannya waktu, tepatnya setelah stabilnya hormon tubuh atau perubahan posisi rahim setelah menikah dan melahirkan. Nyeri haid itu normal, namun dapat berlebihan jika dipengaruhi oleh faktor psikis dan fisik, dan seperti stres, shock, penyempitan pembuluh darah, penyakit yang menahun, kurang darah, dan kondisi tubuh yang menurun.

b) Nyeri haid sekunder,

Nyeri haid sekunder, biasanya baru muncul kemudian yaitu jika ada penyakit atau kelainan yang menetap seperti infeksi rahim, kista atau polip, tumor sekitar kandungan, kelainan kedudukan rahim yang mengganggu organ dan jaringan di sekitarnya.

c) Pendarahan Uterus Abnormal

Perdarahan uterus abnormal dapat mengakibatkan :

1) Hipermenore

Hipermenore adalah perdarahan berkepanjangan atau berlebihan pada waktu menstruasi teratur. Bisa disebut juga dengan perdarahan haid yang jumlahnya banyak hingga 6-7 hari. Pada hipermenore perdarahan menstruasi berlangsung sekitar 8-10 hari dengan kehilangan darah lebih dari 80ml. Jika ditinjau dari aspek anatomi, penyebab utama terjadinya hipermenore adalah terhambatnya fase proliferasi pada dinding endometrium, dikarenakan produksi hormone estrogen kurang optimal.

2) Amenore

Amenore bukan suatu penyakit tetapi merupakan gejala. Amenore adalah tidak adanya haid selama 3 bulan atau lebih. Gangguan amenore disebabkan tidak normalnya produksi FSH serta LH, dalam hal ini masing-masing bertujuan untuk merangsang pertumbuhan folikel yang terdapat pada ovarium hingga folikel matang dan mempercepat terjadinya ovulasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrews, G. 2010. 'Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja, Jakarta : EGC.*
- Campbell (2008 'Biologi, Jakarta : Erlangga.*
- Kusmiyati, Yuni. 2009. Perawatan Ibu Hamil. Yogyakarta Fitramaya.*
- Manuaba, IB. 2009 'Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita, Jakarta:EGC.*
- Marmi. 2013. 'Kesehatan Reproduksi, Yogyakarta : Pustaka Pelajar.*
- Maulana, M. (2008 'Panduan Lengkap Kehamilan, Jogjakarta : Kata hati.*
- Merrill, RM. 2002. 'Epidemiologi Reproduksi, Jakarta : EGC*
- Prawirohardjo, S. 2007. 'Ilmu Kandungan, Edisi 2 Jilid 4. Jakarta: YBP-SP.*
- Prawirohardjo, S. 2011. 'Ilmu Kebidanan, Jakarta : Yayasan Bina Sarwono Prawirohardjo.*
- Spencer, RF. Brown P. 2002. 'Menopause, Jakarta : Erlangga.*

BAB 4

KEBUTUHAN GIZI REMAJA DI USIA REPRODUKSI

Oleh Musliha Mustary

4.1 Pengertian Remaja

Kata Remaja atau “*adolescence*”(Inggris), berasal dari bahasa latin “*adolescere*” yang berarti bertumbuh ke arah kematangan. Kematangan yang dimaksud adalah kematangan fisik, dan kematangan sosial serta psikologis (Kumalasari dan Adhyantoro, 2013).

Pengertian remaja menurut *World Health Organization* (WHO), remaja adalah penduduk yang berusia 10-19 tahun, menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk yang berusia 10-18 tahun dan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) yang berusia remaja adalah 10-24 tahun serta belum menikah.

Masa remaja merupakan masa peralihan/transisi dari masa anak menuju dewasa. Pada masa ini begitu pesat mengalami pertumbuhan dan perkembangan fisik dan mental. Sehingga remaja dapat dikelompokkan dalam tahap berikut (Alex Sobur, 2003) :

1. Pra Remaja (11 atau 12 -13 atau 14 tahun)
Pra remaja ini memiliki masa yang sangat pendek, kurang lebih hanya satu tahun; untuk laki-laki berusia 11 atau 12-13 atau 14 tahun. Dikatakan juga tahap ini adalah fase negatif, karena tingkah laku yang cenderung negatif. Pada tahap ini masa yang sukar untuk berkomunikasi dengan orang tua. Perkembangan fungsi-fungsi tubuh terganggu karena mengalami perubahan-perubahan seperti perubahan hormonal yang dapat menunjukkan peningkatan reflektivenes tentang diri remaja yang berubah dan meningkat berkenaan dengan

apa yang orang pikirkan tentang mereka. Misalkan pertanyaan: Apa yang mereka pikirkan tentang aku ? Mengapa mereka menatapku? Bagaimana tampilan rambut aku? dan sebagainya.

2. Remaja Awal (13 atau 14 tahun - 17 tahun)

Pada tahap ini perubahan terjadi sangat pesat dan mencapai puncaknya. Emosional yang tidak seimbang dan tidak stabil dalam banyak hal terdapat pada usia ini. Remaja mencari identitas diri, dimana statusnya tidak jelas. Pola-pola hubungan sosial mulai berubah. Seperti orang dewasa muda, remaja sering merasa berhak membuat keputusan sendiri. Pada masa perkembangan ini, pencapaian kemandirian dan identitas sangat menonjol, pemikiran semakin logis, abstrak dan idealistis dan semakin banyak waktu diluangkan diluar keluarga (Teressa M. Mc Devitt, Jeanes Ellis Omrod,2002)

3. Remaja Lanjut (17-20 atau 21 tahun)

Pada tahap ini remaja ingin menjadi pusat perhatian; ia ingin menonjolkan dirinya, caranya lain dengan remaja awal. Pada tahap ini remaja idealis, mempunyai cita-cita tinggi, bersemangat dan mempunyai energi yang besar. Ia berusaha memantapkan identitas diri, dan ingin mencapai ketidaktergantungan emosional. Pada tahap ini pencapaian identitas diri sangat menonjol, pemikiran semakin logis, abstrak, dan idealistis, dan semakin banyak waktu diluangkan di luar keluarga (John W Santrock,2002).

Perkembangan Psikologis remaja yakni mengalami perubahan terutama pada aspek kognitif, emosi, sosial dan moral. Secara psikologis, perubahan kemampuan intelektual mendorong remaja memahami dunia luar. Remaja akan melatih daya ingat, kemampuan menalar, berfikir dan linguistik. Perubahan emosi pada remaja hampir sama dengan pola emosi anak-anak. Perbedaannya terletak pada rangsangan yang bisa membangkitkan emosi, misalnya merasa diperlakukan seperti kanak-kanak dan tidak adil, sedangkan perubahan perilaku sosial sebagai salah satu tugas pokok perkembangan remaja

ialah penyesuaian terhadap pengaruh teman sebaya dan meningkatnya minat terhadap heteroseksual (Rima Wirenviona, Istri Dalem C,R, 2020)

4.2 Kesehatan Remaja dan Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi yang buruk dapat mempengaruhi kesehatan remaja secara umum. Masalah kesehatan reproduksi remaja antara lain (Yani widyastuti, 2011) :

1. Mal nutrisi atau kurang gizi
 - a. Anemia sangat berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi terutama pada wanita. Jika wanita mengalami anemia maka akan menjadi sangat berbahaya pada waktu dia hamil dan melahirkan. Hal tersebut bisa menyebabkan bayi lahir dengan berat badan rendah (kurang dan 2500 gram). Di samping itu, anemia juga dapat mengakibatkan kematian baik ibu maupun bayi pada waktu proses persalinan.
 - b. Kekurangan zat gizi lainnya seperti kekurangan vitamin, mineral, atau protein, dan sebagainya yang mengakibatkan berbagai jenis penyakit dan berujung pada gangguan kesehatan reproduksi.
2. Pertumbuhan lambat atau terhambat pada remaja puteri, menyebabkan panggul sempit dan risiko untuk melahirkan bayi berat lahir rendah di kemudian hari.
3. Penyakit-penyakit lain, baik karena infeksi atau yang berkaitan dengan keturunan, sangat mungkin berpengaruh pada kesehatan remaja yang pada akhirnya juga berpengaruh pada kesehatan reproduksi.
4. Stres atau depresi adalah sumber segala penyakit karena stres yang berat dan berlarut-larut depresi menyebabkan sumber segala fungsi penyakit imunitas dan lainnya terganggu yang berakibat menurunnya kesehatan dan mudah terserang penyakit.

Perlu adanya Pembinaan kesehatan reproduksi remaja yang bertujuan untuk memberikan informasi dan pengetahuan yang berhubungan dengan perilaku hidup sehat bagi remaja, disamping mengatasi masalah yang ada.

Pengetahuan yang memadai dan adanya motivasi untuk menjalani masa remaja secara sehat, diharapkan remaja mampu memelihara kesehatan dirinya agar dapat memasuki masa kehidupan berkeluarga dengan kesehatan reproduksi sehat. Oleh karena itu diperlukan pengetahuan tentang status gizi dan masalah kesehatan reproduksi pada remaja untuk dapat mencegah masalah-masalah yang timbul karena kurangnya pengetahuan serta kesadaran remaja mengenai kesehatan reproduksi mereka.

4.3 Gizi Seimbang untuk Remaja

Penentuan kebutuhan akan zat gizi secara umum didasarkan pada *Recommended Daily Allowances (RDA)* yang disusun berdasarkan perkembangan kronologis, bukan kematangan. Karena itu, jika konsumsi energi remaja kurang dari jumlah yang dianjurkan, tidak berarti kebutuhannya berdasarkan data yang diperoleh dari pemeriksaan klinis, biokimiawi, antropometris, diet serta psikososial. Pemenuhan Gizi Remaja Energi dan protein yang dibutuhkan remaja lebih banyak dari pada orang dewasa, begitu juga vitamin dan mineral.

Seorang remaja laki-laki yang aktif membutuhkan 3.000 kalori atau lebih perhari untuk mempertahankan berat badan normal. Seorang remaja putri membutuhkan 2.000kalori perhari untuk mempertahankan badan agar tidak gemuk. Vitamin B1, B2 dan B3 penting untuk metabolisme karbohidrat menjadi energi, asam folat dan vitamin B12 untuk pembentukan sel darah merah, dan vitamin A untuk pertumbuhan jaringan. Sebagai tambahan, untuk pertumbuhan tulang dibutuhkan kalsium dan vitamin D yang cukup. Vitamin A, C dan E penting untuk menjaga jaringan-jaringan baru supaya berfungsi optimal. Dan yang amat penting adalah zat besi terutama untuk

perempuan dibutuhkan dalam metabolisme pembentukan sel-sel darah merah.

Remaja membutuhkan energi dan nutrisi untuk melakukan deposisi jaringan. Peristiwa ini merupakan suatu fenomena pertumbuhan tercepat yang terjadi kedua kali setelah yang pertama dialami pada tahun pertama kehidupannya. Nutrisi dan pertumbuhan mempunyai hubungan yang sangat erat. Kebutuhan nutrisi remaja dapat dikenal dari perubahan tubuhnya. Perbedaan jenis kelamin akan membedakan komposisi tubuhnya, dan selanjutnya mempengaruhi kebutuhan nutrisinya. Kecukupan energi diperlukan untuk kegiatan sehari-hari dan proses metabolisme tubuh. Cara sederhana untuk mengetahui kecukupan energi dapat dilihat dari BB-nya. Pada remaja perempuan usia 10-12 tahun, kebutuhan energinya sebesar 50-60 kkal/kg BB/hari, sedangkan usia 13-18 tahun sebesar 40- 50 kkal/kg BB/hari. Pada remaja laki-laki usia 10-12 tahun, kebutuhan energinya sebesar 55-60 kkal/kg BB/hari, sedangkan usia 13-18 tahun sebesar 45-55 kkal/kg BB/hari.

Energi dibutuhkan untuk mendukung pertumbuhan, perkembangan, aktifitas otot, fungsi metabolik lainnya (menjaga suhu tubuh, menyimpan lemak tubuh), dan untuk memperbaiki kerusakan jaringan dan tulang disebabkan oleh karena sakit dan cedera. Sumber energi makanan berasal dari karbohidrat, protein, lemak, menghasilkan kalori masing-masing, sebagai berikut : karbohidrat 4 kkal/g dan lemak 9 kkal/g didalam nutrisi ini. Energi yang diperlukan seseorang remaja tergantung dari BMR individu masing-masing tingkat pertumbuhan dan aktifitas fisik remaja yang kurang aktif dapat menjadi kelebihan BB atau mungkin obesitas. Asupan energi yang rendah menyebabkan retardasi pertumbuhan. Energi merupakan kebutuhan yang terutama ; apabila tidak tercapai, diet protein, vitamin, dan mineral tidak dapat digunakan secara efektif dalam berbagai fungsi metabolik. WHO menganjurkan rata-rata konsumsi energi makanan sehari adalah 10- 15% berasal dari protein, 15-30% dari lemak, dan 55-75% dari karbohidrat (Almatsier, 2002:132).

a. Karbohidrat

Karbohidrat dikenal sebagai zat gizi makro sumber “bahan bakar” (energi) utama bagi tubuh. Sumber karbohidrat utama dalam pola makanan Indonesia adalah beras. Sumber karbohidrat yang baik pada diet adalah : karbohidrat simple (buah-buahan, sayur-sayuran, susu, gula, pemanis berkalori lainnya), dan karbohidrat kompleks (produk padi-padian dan sayur-sayuran). Asupan yang tidak menyebabkan ketosis ; sebaiknya asupan yang berlebih-lebihan mengarah pada kelebihan kalori.

b. Protein

Protein diperlukan untuk sebagian besar proses metabolic, terutama pertumbuhan, perkembangan, dan maintenance/merawat jaringan tubuh. Asam amino merupakan elemen struktur otot, jaringan ikat, tulang, enzim, hormone, antibody, protein juga mensuplai sekitar 12%-14% asupan energi selama masa anak-anak dan remaja. Makanan yang tinggi protein biasanya tinggi lemak sehingga dapat menyebabkan obesitas. Kelebihan protein memberatkan ginjal dan hati yang harus memetabolisme dan mengeluarkan kelebihan nitrogen. Batas yang dianjurkan untuk konsumsi protein adalah dua kali Angka Kecukupan Gizi (AKG) untuk protein. AKG protein remaja dan dewasa muda adalah 48-62 gr per hari untuk perempuan dan 55-66 gr per hari untuk laki-laki. Kelebihan asupan protein dapat mengakibatkan kelebihan berat badan atau sampai obesitas. Bila asupan energi terbatas diet protein lebih banyak dimanfaatkan untuk memenuhi kebutuhan energi, dan tidak bisa dipakai untuk mensintesis jaringan baru. Pertumbuhan mengalami kegagalan atau terjadi, kurang energi protein (KEP). Sumber diet protein yang baik adalah : daging, unggas, ikan, telur, susu, dan keju.

Gizi seimbang mengandung 3 zat gizi utama yaitu:

1. Zat tenaga (yang terdiri dari karbohidrat dan lemak)
 2. Zat pembangun (yang terdiri dari protein)
 3. Zat pengatur (yang terdiri dari vitamin dan mineral)
- (Yanik Purwanti, 2021).

c. Lemak

Tubuh manusia memerlukan lemak dan asam lemak esensial untuk pertumbuhan dan perkembangan normal. Pedoman makanan di berbagai negara termasuk Indonesia (gizi seimbang), menganjurkan konsumsi lemak tidak lebih dari 30% dari energi total dan tidak lebih dari 10% berasal dari lemak jenuh. Sumber utama lemak dan lemak jenuh adalah susu, daging (berlemak), keju, mentega/margarin, dan makanan seperti cake, donat, kue sejenis dan es krim, dan lain-lain.

d. Mineral

Kalsium (Ca). Kebutuhan kalsium pada masa remaja merupakan yang tertinggi dalam kurun waktu kehidupan karena remaja mengalami pertumbuhan skeletal yang dramatis. Sekitar 45% dari puncak pembentukan massa tulang berlangsung pada masa remaja, sehingga kecukupan asupan kalsium menjadi sangat penting untuk kepadatan masa tulang serta mencegah risiko fraktur dan osteoporosis. Pada usia 17 tahun, remaja telah mencapai hampir 90% dari masa tulang dewasa, sehingga masa remaja merupakan peluang (*window of opportunity*) untuk perkembangan optimal tulang dan kesehatan masa depan.

Angka kecukupan asupan kalsium yang dianjurkan untuk kelompok remaja adalah 1.300 mg per hari. Susu merupakan sumber kalsium terbaik, disusul keju, es krim, yogurt. Kini banyak makanan dan minuman yang difortifikasi dengan kalsium yang setara dengan kandungan kalsium pada susu (300mg per saji). Terdapat pula kalsium dalam bentuk sediaan farmasi (dalam bentuk karbonat, sitrat, laktat atau fosfat) dengan absorpsi sekitar 25-35%. Preparat kalsium akan diabsorpsi lebih efisien bila dikonsumsi bersama makanan dengan dosis tidak lebih dari 500 mg.

e. Zat besi (Fe)

Seperti halnya kalsium, kebutuhan zat besi pada remaja baik perempuan maupun lelaki meningkat sejalan dengan cepatnya pertumbuhan dan bertambahnya massa otot dan volume darah. Pada remaja perempuan kebutuhan lebih banyak dengan adanya menstruasi. Kebutuhan pada remaja

lelaki 10-12 mg/hari dan perempuan 15 mg/hari. Besi dalam bentuk 'heme' yang terdapat pada sumber hewani lebih mudah diserap dibanding besi non-heme yang terdapat pada biji-bijian atau sayuran.

f. Seng (Zn)

Seng berperan sebagai metalo-enzyme pada proses metabolisme serta penting pada pembentukan protein dan ekspresi gen. Konsumsi seng yang adekuat penting untuk proses percepatan tumbuh dan maturasi seksual. Seperti halnya dengan kekurangan energi dan protein, kekurangan seng dapat mengakibatkan hambatan pada pertumbuhan dan kematangan seksual. Daging merah, kerang dan biji-bijian utuh merupakan sumber seng yang baik.

g. Vitamin

Vitamin A. Selain penting untuk fungsi penglihatan, vitamin A juga diperlukan untuk pertumbuhan, reproduksi dan fungsi imunologik. Kekurangan vitamin A awal ditandai dengan adanya buta senja. Sumber vitamin A utama : sereal siap saji, susu, wortel, margarin dan keju. Sumber β - karoten sebagai pro-vitamin A yang sering dikonsumsi remaja berupa wortel, tomat, bayam dan sayuran hijau lain, ubi jalar merah dan susu. Vitamin E. Vitamin E dikenal sebagai antioksidan yang penting pada remaja karena pesatnya pertumbuhan.

Meningkatnya konsumsi makanan yang mengandung vitamin E merupakan tantangan karena makanan sumber vitamin E umumnya mengandung lemak tinggi. Vitamin C. Keterlibatannya dalam pembentukan kolagen dan jaringan ikat menyebabkan vitamin ini menjadi penting pada masa percepatan pertumbuhan dan perkembangan. Status vitamin C pada remaja perokok lebih rendah walaupun telah mengonsumsinya dalam jumlah cukup dikarenakan stres oksidatif sehingga mereka memerlukan tambahan vitamin C hingga 35 mg per hari.

h. Folat

Folat berperan pada sintesis DNA, RNA dan protein sehingga kebutuhan folat meningkat pada masa remaja. Kekurangan folat menyebabkan terjadinya anemia megaloblastik dan

kecukupan folat pada masa sebelum dan selama kehamilan dapat mengurangi kejadian spina bifida pada bayi.

i. Lain-lain

Serat (fiber). Serat makanan penting untuk menjaga fungsi normal usus dan mungkin berperan dalam pencegahan penyakit kronik seperti kanker, penyakit jantung koroner dan diabetes mellitus tipe-2. Asupan serat yang cukup juga diduga dapat menurunkan kadar kolesterol darah, menjaga kadar gula darah dan mengurangi risiko terjadinya obesitas. Kebutuhan serat per hari dapat dihitung dengan rumus : $(\text{umur} + 5) \text{ gram}$ dengan batas atas sebesar $(\text{umur} + 10) \text{ gram}$.

4.3 Hubungan status gizi dengan menstruasi

1. Menarche

Menarche adalah haid yang pertama terjadi, yang merupakan ciri khas kedewasaan seorang wanita yang sehat dan tidak hamil. Status gizi remaja wanita sangat mempengaruhi terjadinya menarche baik dari faktor usia terjadinya menarche, adanya keluhan-keluhan selama menarche maupun lamanya hari menarche. Secara psikologis, wanita remaja yang pertama kali haid akan mengeluh rasa nyeri, kurang nyaman, dan mengeluh perutnya terasa begah. Tetapi pada beberapa remaja keluhan-keluhan tersebut tidak dirasakan, hal ini dipengaruhi oleh nutrisi yang adekuat yang biasa dikonsumsi, selain olahraga yang teratur.

Agar menarche tidak menimbulkan keluhan-keluhan, sebaiknya remaja wanita mengkonsumsi makanan mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang, sehingga status gizinya baik. Status gizi dikatakan baik apabila nutrisi yang diperlukan baik protein, lemak, karbohidrat, mineral, vitamin, maupun air digunakan oleh tubuh sesuai dengan kebutuhan.

Gizi kurang atau terbatas akan mempengaruhi pertumbuhan, fungsi organ tubuh juga akan menyebabkan terganggunya fungsi reproduksi. Hal ini akan berdampak

pada gangguan haid, tetapi akan membaik apabila asupan nutrisinya baik.

Asupan energi bervariasi sepanjang siklus haid, terjadi peningkatan asupan energi pada fase luteal dibandingkan fase folikuler. Peningkatan konsumsi energi premenstruasi dengan ekstra penambahan 87-500 kal/hari. Kesimpulannya bahwa estrogen mengakibatkan efek penekanan atau penurunan terhadap nafsu makan (Krummel, 1996). Pada remaja wanita perlu mempertahankan status gizi yang baik, dengan cara mengonsumsi makanan seimbang karena sangat dibutuhkan saat haid, terbukti pada saat haid terutama pada fase luteal terjadi peningkatan kebutuhan nutrisi. Apabila hal ini diabaikan, maka dampaknya akan terjadi keluhan-keluhan yang menimbulkan rasa ketidaknyamanan selama siklus haid.

2. Menstruasi

Komposisi diet baik secara kuantitatif maupun kualitatif, dianggap mempengaruhi siklus menstruasi serta penampilan reproduksi. Tetapi timbul pertanyaan seberapa sering faktor diet dipandang sebagai penyebab amenore, masih jarang penelitian yang menggunakan diet sebagai metoda perlakuan, dan uraiannya sering tidak lengkap atau tumpang tindih. Siklus menstruasi dipengaruhi bukan saja oleh diet vegetarian tetapi diet yang bervariasi dalam hal lemak, serat dan nutrient lainnya.

4.4 Pengaruh status gizi pada sistem reproduksi

Kebutuhan energi dan nutrisi remaja dipengaruhi oleh usia reproduksi, tingkat aktivitas dan status nutrisi. Nutrisi yang dibutuhkan sedikit lebih tinggi untuk memenuhi kebutuhan pertumbuhan remaja tersebut. Remaja yang berasal dari sosio-ekonomi rendah sumber makanan yang adekuat tidak terpenuhi, dan mempunyai resiko defisiensi zat besi sebelum hamil. Pemberian tambahan energi diberikan kepada remaja dengan berat badan rendah. Penambahan energi didapatkan biasanya dengan meningkatkan nafsu makan, akan tetapi

seorang remaja sering terlalu memperhatikan penampilan berat badannya.

Seorang remaja dapat mengalami peningkatan resiko defisiensi Fe, karena kebutuhan yang meningkat sehubungan dengan pertumbuhan. Remaja yang anemia dan kurang berat badan lebih banyak melahirkan BBLR dibandingkan dengan wanita usia reproduksi aman untuk hamil. Penambahan berat badan yang tidak adekuat lebih sering terjadi pada orang yang ingin kurus, ingin menyembunyikan kehamilannya, tidak mencukupi sumber makanannya dan menggunakan obat-obatan terlarang.

Gizi atau makanan tidak saja diperlukan bagi pertumbuhan, perkembangan fisik dan mental serta kesehatan, tetapi diperlukan juga untuk fertilitas, atau kesuburan seseorang agar mendapatkan keturunan yang selalu didambakan dalam kehidupan berkeluarga.

Kehadiran buah hati akan memberikan kebahagiaan dan keharmonisan dalam kehidupan berkeluarga. Dan akan melengkapi kehidupan keluarga tersebut. Pada saat pasangan suami istri memutuskan untuk mempunyai anak, perlu segera mempersiapkan diri diantaranya mengatur asupan nutrisi yang adekuat untuk meningkatkan fungsi reproduksi sehingga dapat menunjang fertilitas atau kesuburan dengan cara :

1. Menghindari diet makanan pengendali berat badan
2. Memilih makanan yang sehat dan seimbang
3. Memilih makanan yang segar
4. Mengolah makanan dengan baik
5. Makanan bervariasi
6. Menghindari makanan yang mengandung zat pengawet .

Apabila status gizi seorang wanita baik maka tidak akan ada hambatan dalam sistem reproduksinya. Sistem reproduksi selain membutuhkan nutrisi yang baik juga dipengaruhi oleh faktor psikologis. Jika seorang wanita mengalami gangguan psikologis, meskipun nutrisinya bagus maka sistem reproduksinya bisa terganggu. Misalnya Stres, dapat mempengaruhi kesuburan wanita.

Makanan yang bergizi tidak saja diperlukan bagi pertumbuhan, perkembangan fisik, mental dan kesehatan tetapi diperlukan juga untuk fertilitas atau kesuburan seseorang. Kekurangan nutrisi pada seseorang akan berdampak pada penurunan fungsi reproduksi. Misalnya seseorang mengalami anoreksia nervosa maka berat badannya akan menurun yang bisa menyebabkan perubahan hormon dalam tubuh yang berhubungan dengan gangguan fungsi *hypotalamus* yang berakibat perubahan siklus ovulasi dan menstruasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alex Sobur. 2003. Psikologi Umum Dalam Lintasan Sejarah, Bandung: Penerbit Pustaka Setia,
- Almatsier Sunita. 2002. Prinsip Dasar Ilmu Gizi, Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Eva Ellya Sibagariang. 2010. Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi, Jakarta, Trans Info Media.
- John W Santrock. 2002. Life Span Development, Perkembangan Masa Hidup, Jakarta:Erlangga. Ed.5 Jilid 1.
- Rima Wirenviona. 2020. AA.Istri Dalem C,R, Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja, Surabaya, Airlangga Unipersity Press,
- Teressa M. Mc Devitt, Jeanes Ellis Omrod. 2002. Child Development and Education,Colombos Ohio, Merrill Prentice Hall.
- Yani Widyastuti,Anita Rahmawati, Yuliasti Eka Purnamaningrum. 2011. Kesehatan Reproduksi, Yogyakarta, Penerbit Fitramaya.
- Yanik Purwanti. 2021. Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi, Sidoarjo, Umsida Press.

BAB 5

KEKURANGAN GIZI DAN WANITA USIA SUBUR

Oleh Ruqaiyah

5.1 Pendahuluan

Kekurangan energi kronis (KEK) adalah suatu keadaan dimana seorang wanita muda, hamil atau tidak, kekurangan gizi (kalori dan protein) yang persisten atau kronis. Di Indonesia banyak terjadi kasus kekurangan energi kronis yang penyebab utamanya adalah ketidakseimbangan pasokan zat gizi energi dan protein sehingga menyebabkan gizi yang tidak mencukupi bagi tubuh. (Muliawati,2013) Terutama pada wanita usia subur (WUS). Status gizi WUS menghadapi beban ganda, di satu sisi menghadapi KEK pada anak WUS yang dapat mengakibatkan berat badan lahir rendah (BBLR) pada anak selanjutnya. Komplikasi terjadi pada saat persalinan dan berdampak pada kematian ibu dan bayi baru lahir. Di sisi lain, WUS yang lebih tua akan menghadapi obesitas, yang meningkatkan faktor risiko penyakit degeneratif.

5.2 Kekurangan Gizi Pada Wanita

Berikut beberapa gejala yang menandakan bahwa wanita kurang gizi, seperti:

1. Kelelahan

Gejala utama dan paling umum pada wanita kurang gizi adalah kelelahan. Wanita yang kekurangan gizi tidak akan memiliki tenaga untuk melakukan aktivitasnya, bahkan untuk makan. Ketika otot tidak mendapatkan cukup nutrisi penting seperti kalsium, otot menjadi lelah dan kehilangan energi.

2. Tekanan darah rendah

Jika Anda mengalami kurang gizi, tekanan darah akan selalu rendah (hipotensi). Jika Anda tidak makan

karbohidrat dan lemak, tubuh akan kekurangan glukosa dalam darah, yang akhirnya berpengaruh pada tekanan darah.

3. Sering pusing

Ketika tekanan darah drop, tubuh akan kehilangan keseimbangan dan kepala akan terasa berputar. Kondisi ini menyebabkan Anda mengalami pusing dan sakit kepala.

4. Anemia

Anemia dikalangan wanita sangatlah umum. Anemia terjadi karena tubuh wanita tidak mendapatkan cukup makanan yang mengandung zat besi. Kondisi ini makin diperparah ketika wanita sedang menstruasi atau setelah melahirkan.

5. Sensitif dan mudah tersinggung

Perubahan hormon ditubuh wanita terjadi begitu mudah. Ketika tubuh wanita tidak mendapatkan cukup nutrisi, keseimbangan hormon pun terpengaruhi. Ini menjadi satu penyebab suasana hati wanita yang tidak baik.

6. Rambut rontok

Rambut dan kulit menjadi sehat ketika tubuh Anda juga sehat. Jika Anda tidak cukup mengonsumsi makanan bergizi, rambut Anda akan menjadi rapuh dan mudah patah. Jika Anda mengalami kerontokan rambut yang tidak biasa, bisa jadi itu pertanda Anda menderita kekurangan gizi.

7. Menstruasi tidak teratur

Ketika tubuh tidak diberikan cukup zat besi dan kalsium, tubuh akan "kelaparan". Pada kondisi ini, tubuh mulai menyimpan nutrisi dan menghentikan pendarahan menstruasi. Kekurangan zat besi adalah salah satu penyebab umum dari menstruasi yang tidak teratur.

8. Berat badan turun Kurang gizi bukan hanya perkara kekurangan vitamin dan mineral. Ketika Anda mengurangi karbohidrat dan protein, tubuh juga akan menjadi kurang gizi. Pada kasus ini, gejalanya bisa terlihat dengan penurunan berat badan.

9. Gampang sakit

Ketika tubuh kekurangan zat pembangun imunitas seperti vitamin C, zinc dan nutrisi vital lainnya, tubuh akan menjadi gampang sakit. Anda juga perlu curiga ketika penyakit yang Anda derita tak kunjung sembuh.

10. Kulit mudah memar

Kulit yang mudah memar pertanda pembuluh darah kapiler Anda rapuh. Kondisi ini terjadi bila jumlah platelet darah berkurang. Ini berarti Anda membutuhkan vitamin K dan folat dalam jumlah banyak.

5.3 Pengertian Kekurangan Gizi

Kekurangan energi kronis (KEK) adalah terjadinya keadaan status gizi yang kurang. Bila kondisi ibu kurang gizi kronis (kronis), dapat menimbulkan masalah kesehatan ibu yang relatif atau absolute pada kebutuhan zat gizi baim satu maupun lebih (Antik, 2018).

KEK merupakan gangguan kesehatan pada ibu akibat keadaan kekurangan asupan energi dan protein pada wanita usia subur (WUS) dan ibu hamil yang terjadi secara terus menerus. Apabila kondisi tersebut terjadi secara terus menerus dalam waktu yang lama maka akan menyebabkan ukuran indeks massa tubuh berada di bawah normal ($<18,5$ kg) selain itu, KEK dibagi dalam tiga tingkatan, yaitu tingkatan pertama disebut sebagai *underweight* ringan (*mild*) $17,0-18,4$ kg, tingkatan kedua sebagai *underweinght* sedang (*moderate*) $16,0-16,9$ kg, dan *underweight* berat (*severe*) $<16,0$ kg. (Antik, 2018)

5.4 Faktor Penyebab Kekurangan Gizi

Factor utama yang sangat mempengaruhi pada kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) dibagi atas 3 yaitu derajat kesehatan, tingkat pendidikan dan pendapatan. Faktor kualitas hidup dan kematian adalah salah satu indikator untuk mengukur derajat kesehatan yang optimal sehingga dapat mempengaruhinya yaitu morbiditas dan status gizi pada wanita (Purwitasari, 2009).

Di negara berkembang, status gizi sangat dipengaruhi oleh penyakit infeksi dan rendahnya konsumsi pangan. Sedangkan penyebab tidak langsung dari masalah gizi dipengaruhi oleh tingkat sosial ekonomi meliputi tingkat pendidikan dan pendapatan. (Purwitasari, 2009)

1. Asupan Makan/Gizi

Jumlah makanan yang dikonsumsi oleh seseorang untuk mendapatkan zat gizi tertentu yang dibutuhkan oleh tubuh disebut sebagai asupan makanan. Setiap zat gizi yang masuk memberikan fungsi penting bagi tubuh, misalnya sebagai sumber energi yang dapat digunakan untuk melakukan aktivitas. (Almatsier, 2009)

Status gizi yang baik terjadi ketika tubuh menerima zat gizi yang dimanfaatkan secara efektif untuk mendukung pertumbuhan fisik, perkembangan otak, kapasitas kerja, dan kesehatan secara umum. Sedangkan gangguan gizi disebabkan oleh faktor utama, jika komposisi pola makan seseorang salah dalam jumlah dan kualitas karena kurangnya pasokan makanan, kemiskinan, ketidaktahuan, kebiasaan makan, dll. Asupan yang buruk dan faktor sekunder, termasuk yang menghalangi tercapainya zat gizi. sel-sel tubuh setelah makanan dikonsumsi (Almatsier, 2009)

Penilaian kualitatif konsumsi makanan biasanya digunakan untuk menentukan frekuensi konsumsi, frekuensi menurut jenis makanan yang dikonsumsi, dan untuk mendapatkan informasi tentang kebiasaan makan dan bagaimana makanan diperoleh. Salah satunya adalah metode frekuensi makanan. (Supariasa dkk. 2012)

Metode frekuensi makanan adalah metode pengumpulan data frekuensi konsumsi makanan tertentu dan makanan olahan dalam jangka waktu tertentu dalam sehari, minggu, bulan, tahun. Selain itu, metode frekuensi makanan dapat memperoleh gambaran kualitatif pola konsumsi makanan, tetapi karena periode pengamatan yang lebih lama, dimungkinkan untuk membedakan individu berdasarkan peringkat konsumsi makanan.

nutrisi, metode ini paling umum digunakan dalam studi epidemiologi gizi. (Supariasa dkk. 2012)

2. Penyakit Infeksi

Infeksi gizi buruk merupakan hubungan timbal balik. Penyakit infeksi dapat memperburuk status gizi dan gizi buruk dapat memudahkan terjadinya infeksi. Malnutrisi menimbulkan berbagai ancaman bagi perempuan. (Dr. Vladimir, 1967)

Penurunan asupan nutrisi akibat anoreksia, malabsorpsi dan kebiasaan makan yang buruk saat sakit merupakan mekanisme patologis infeksi malnutrisi. Selain itu, juga terjadi peningkatan kehilangan cairan/nutrisi akibat diare, mual/muntah, dan perdarahan berkelanjutan. Malnutrisi yang secara langsung disebabkan oleh makanan dan penyakit. Ibu yang makan enak tapi sering sakit bisa jadi kurang gizi. Demikian pula jika ibu tidak cukup makan nutrisi, sistem kekebalan tubuh anak akan melemah dan rentan terhadap penyakit. (Supariasa, 2012)

3. Pengetahuan Gizi

Pengetahuan adalah penginderaan terhadap suatu objek tertentu sehingga membuahkan hasil mengetahui. Sikap manusia yang mempunyai dorongan dasar ingin tahu, untuk mencari penalaran dan untuk mengorganisasikan pengalamannya adalah buah dari pengetahuan (Adhiyani, 2013).

Salah satu *alternative* untuk memecahkan masalah pada gozo adalah dengan memperbanyak pengetahuan, semakin banyak mencari informasi tentang pemenuhan gizi, maka akan mendorong seseorang untuk membentuk tindakan yang lebih positif (Adhiyani, 2013).

Pendidikan formal dari ibu rumah tangga sering kali mempunyai hubungan yang positif dengan pengembangan pola-pola konsumsi dalam keluarga. Ibu-ibu rumah tangga yang mempunyai pengetahuan nutrisi akan memilih makanan yang lebih bergizi dibandingkan yang kurang bergizi (Muliawati, 2012).

4. Umur

Pada Wanita Usia Subur (WUS) kelompok umur 15-49 tahun prevalensinya naik 15,7 persen. Penyebab Kekurangan Energi Kronik (KEK) pada Wanita Usia Subur (WUS) karena keinginan atau obsesi untuk kurus yang melanda para wanita demi mendapatkan bentuk tubuh ideal dan status pekerjaannya

5. Pendidikan

Sumber daya manusia dapat berkembang bila di pondasi dengan pendidikan. Jenjang pendidikan yang lebih tinggi akan mengubah orientasi pada tindakan preventif, tahu lebih banyak tentang masalah kesehatan dan menjaga stabilitas kesehatannya. Pada perempuan, semakin tinggi tingkat pendidikan maka semakin rendah angka kematian ibu dan bayi (Muliawati, 2012).

Keadaan gizi dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, karena dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi, maka akan membuat pengetahuan atau informasi gizi yang dimiliki menjadi lebih baik. Ada banyak masalah gizi yang sering timbul karena kurang informasi tentang gizi yang memadai sehingga menyebabkan ketidaktahuan pada perempuan (Muliawati, 2012).

6. Pekerjaan

Pekerjaan seseorang dapat seseorang dapat secara langsung menggambarkan pendapatan, status sosial, pendidikan dan masalah kesehatan. Pekerjaan dapat mengukur status sosial ekonomi serta masalah kesehatan dan kondisi tempat seseorang bekerja.

7. Pengeluaran

Pengeluaran merupakan proksi pendapatan yaitu untuk memperkirakan pendapatan seseorang. Kondisi sosial ekonomi keluarga memengaruhi kualitas dan kuantitas makanan yang dikonsumsi. Hal ini terkait dengan pengeluaran yang dikonsumsi sehari-hari. Pengeluaran dalam rumah tangga dibagi menjadi dua yaitu pengeluaran untuk bahan pangan dan non pangan.

5.5 Penanganan Kekurangan Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi

Reproduksi manusia membutuhkan nutrisi yang cukup. Asupan nutrisi harus diperhatikan untuk mencapai kematangan seksual. Pola makan yang seimbang akan membutuhkan kesehatan organ reproduksi. Berikut ini diuraikan beberapa zat gizi yang berperan dalam kesehatan reproduksi. Khusus Karbohidrat, Protein, Vitamin A, Lipid, Vitamin C, Vitamin E, Asam Folat, Vitamin B6, Vitamin B12, Zat Besi, Kalsium, Seng, Magnesium, Selenium.(Dewantari, 2013)

5.5 Wanita Usia Subur

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), usia subur wanita adalah pada saat mereka berusia 14-49 tahun. Sementara puncak masa subur dan kualitas telur terbaik wanita berada pada 20-30 tahun. Biasanya, pada usia subur, wanita akan lebih mudah untuk hamil.

5.6 Klasifikasi Wanita Usia Subur

wanita usia subur adalah wanita yang berusia diantara 18-40 tahun. Masa ini sering disebut dengan masa subur/reproduksi, karena pada usia inilah akan terjadi kehamilan yang sehat. Selain itu, wanita juga harus menjaga dan merawat personal hygiene yaitu dengan menjaga alat kelamin agar terhindar dari berbagai gangguan reproduksi.

Wanita usia subur adalah wanita berusia 15-49 tahun, sudah menikah dan belum menikah atau janda. Wanita usia subur adalah wanita yang usia yang cocok untuk hamil adalah sekitar 20-35 tahun. Pada usia ini, organ reproduksi wanita telah berkembang dan berfungsi secara optimal, dan faktor psikologis juga mengurangi berbagai risiko selama kehamilan.

Wanita usia subur (WUS) adalah umur yang berkisaran 20-35 tahun organ reproduksinya sudah berfungsi dengan baik dan sempurna. Puncak kesuburan ada pada rentang usia 20-29 tahun. Wanita dalam rentang usia ini memiliki kesempatan 95% untuk hamil, namun presentasinya menurun menjadi 90% pada usia 30-an tahun. Sedangkan saat memasuki usia 40 tahun,

kesempatan hamil berkurang hingga menjadi 40%. Setelah usia 40 tahun, wanita mengalami system reproduksi secara fungsional menjadi 10%.(Kronik et al., 2019)

5.7 Perubahan Fisik Dan Psikologis Pada Wanita Usia Subur

Wanita sering mengalami perubahan emosional selama masa menstruasi hal ini dikarenakan meningkatnya kadar estrogen dalam darah. Kadar estrogen yang tinggi akan mengganggu proses kimia dalam tubuh termasuk vitamin B6 (Piridoksin) yang dikenal sebagai vitamin antidepresi karena berfungsi mengontrol produksi serotonin. Serotonin penting sekali bagi otak dan saraf dan kurangnya persediaan zat ini dalam jumlah yang cukup dapat menyebabkan perubahan emosional selama menstruasi. (Wus *et al.*, 2017)

5.8 Kelainan Pada Usia Wanita Subur

Kanker serviks merupakan penyebab paling umum kematian akibat kanker pada wanita, terutama di negara berkembang. Kanker serviks, secara medis dikenal dengan kanker serviks (kanker leher rahim) adalah kanker yang terjadi pada leher rahim, suatu area organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk rahim yang terletak di antara Rahim (uterus) dengan liang senggama (vagina). (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

DAFTAR PUSTAKA

- Adhiyani, C. 2013. (n.d.). *Hubungan Usia dan Konsumsi Makanan Berlemak dengan Kolesterol Total pada Lansia di Kelurahan Serengan Surakarta*. *Jurnal Farmasi* 2(1): 12-18.
- Almatsier, S. 2009. (n.d.). *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Antik, J. S. 2018. *BAB II Tujuan Pustaka*. 4(1), 1–21. [http://repository.unism.ac.id/38/4/BAB II.pdf](http://repository.unism.ac.id/38/4/BAB%20II.pdf)
- Dewantari, N. M. 2013. Peranan Gizi Dalam Reproduksi. *Jurnal Skala Husada*, 10(2), 219–224.
- Dr. Vladimir, V. F. 1967. kesehatan reproduksi. *Gastronomía Ecuatoriana y Turismo Local*, 1(69), 5–24.
- Kronik, K. E., Patuk, P., Gunung, K., Tahun, K., Hakim, R. R., Kesehatan, D., Kek, P., Lampung, P., Kek, P., Kek, P., Selatan, S., & Penelitian, P. 2019. *Kekurangan energi kronik pada wanita usia subur (kek wus)*.
- Muliawati, 2013. (n.d.). *Kekurangan Energi Kronik (KEK)*.
- Purwitasari, D. (2009). *Buku Ajar Gizi Dalam Kesehatan Reproduksi*. February, 44.
- Purwoastuti dan Walyani, 2015. (n.d.). *Ilmu Obstetri & Ginekologi sosial untuk kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Supariasa, I.D.N., Bakri, B dan Fajar, I. 2002. (n.d.). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta : EGC.
- Supariasa dkk. 2012. (n.d.). *Penilaian Status Gizi*. EGC. Jakarta.
- Wus, S., Wilayah, D. I., & Puskesmas, K. 2017. 1* 1*, 2 3. 3(02), 29–34.

BAB 6

INFEKSI MENULAR SEKSUAL

Oleh Yeni Wardhani

6.1 Pengertian

Infeksi Menular Seksual (IMS) merupakan infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual, yang populer disebut penyakit kelamin. Semua teknik hubungan seks lewat vagina, dubur atau mulut dapat menjadi wahana penularan penyakit kelamin. Penyebab infeksi tersebut diantaranya adalah bakteri (misalnya gonore, sifilis), jamur, virus (misalnya herpes, HIV), atau parasit (misalnya kutu), penyakit ini dapat menyerang pria maupun wanita (Kementerian Kesehatan RI, 2010).

Infeksi Menular Seksual (IMS) adalah infeksi yang sebagian besar menular lewat hubungan seksual dengan pasangan yang tertular. IMS disebut juga penyakit kelamin. Infeksi menular seksual adalah istilah umum dan organisme penyebabnya tinggal dalam darah atau cairan tubuh, meliputi virus, mikroplasma, bakteri, jamur, dan parasit-parasit kecil (misalnya: scabies). Terdapat rentang keintiman kontak tubuh yang dapat menularkan IMS (Rahayu *et al.*, 2017).

Penyakit kelamin adalah penyakit yang penularannya terjadi terutama melalui hubungan seksual. Cara hubungan kelamin tidak hanya terbatas secara genital saja, tetapi dapat juga secara oro-genital atau anogenital, sehingga kelainan ini tidak terbatas hanya pada daerah genital saja, tetapi dapat juga pada daerah-daerah ekstra genital. Penyakit kelamin tidak berarti bahwa semua harus melalui hubungan kelamin, tetapi beberapa dapat juga ditularkan melalui kontak langsung dengan alat-alat, handuk, thermometer, dan sebagainya. Selain itu, penyakit kelamin ini juga dapat menular kepada bayi dalam kandungan. Pada waktu dahulu penyakit kelamin dikenal sebagai *Venereal Diseases* (VD). Penyakit yang termasuk dalam *Venereal Diseases* ini adalah sifilis, gonore, ulkus mole,

limfogranuloma venereum, dan granuloma *inguinale* (Rahayu *et al.*, 2017).

6.2 Tanda dan Gejala Infeksi Menular Seksual

Tanda dan gejala yang terjadi pada infeksi menular seksual umumnya hampir mirip antara perempuan dan laki-laki.

a. Perempuan

- 1) Muncul luka dengan atau tanpa rasa sakit berupa tonjolan kecil-kecil di sekitar alat kelamin dan anus, mulut serta bagian tubuh lainnya.
- 2) Adanya cairan tidak normal yaitu cairan dari vagina yang bisa gatal, kekuningan, kehijauan, berbau, atau berlendir.
- 3) Sakit saat buang air kecil
- 4) Terjadi perubahan warna kulit yaitu terutama dibagian telapak tangan atau kaki, dan bisa menyebar keseluruh permukaan tubuh
- 5) Muncul tonjolan seperti jengger ayam pada bagian alat kelamin
- 6) Sakit pada bagian bawah perut yaitu sakit yang hilang timbul dan tidak berkaitan dengan menstruasi. Tanda ini bisa menjadi tanda adanya infeksi pada saluran reproduksi (infeksi yang telah berpindah pada saluran reproduksi seperti tuba falopi dan ovarium)

b. Laki-laki

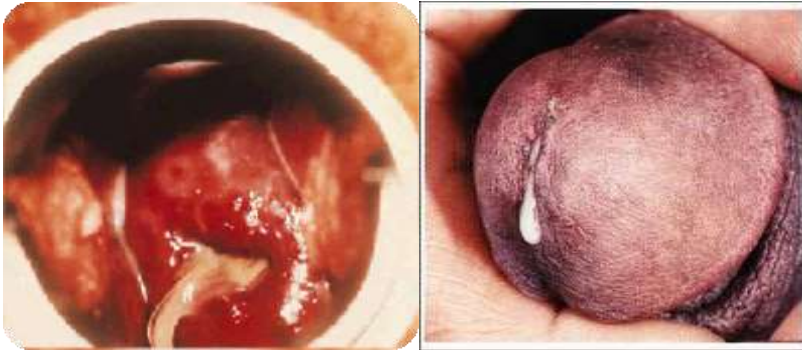
- 1) Muncul luka dengan atau tanpa rasa sakit berupa tonjolan kecil-kecil di sekitar alat kelamin dan anus, mulut serta bagian tubuh lainnya.
- 2) Keluar cairan tidak normal yaitu cairan bening atau berwarna dari kepala penis atau anus
- 3) Nyeri saat buang air kecil seperti rasa terbakar atau rasa sakit saat dan setelah urination
- 4) Kemerahan di sekitar alat kelamin dan nyeri di daerah kantong buah zakar. (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2016)

6.3 Jenis – Jenis Infeksi Menular Seksual

Terdapat kurang lebih 30 jenis mikroba (bakteri, virus dan parasit) yang dapat ditularkan melalui kontak seksual dan non-seksual. Kondisi yang paling sering ditemukan adalah *Gonorrhea*, *Sifilis*, *Chlamydia*, *Herpes Genitalis*, *Tricomoniiasis*, *Kondiloma Akuminata*, *Ulkus Mole*, dan *infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV)* (Tuntun, 2018).

6.3.1 Gonorrhea

Gonorrhea atau gonore adalah penyakit kelamin yang ditandai dengan keluar nanah (pus) dari orifisium uretra eksternum (muara uretra eksterna) sesudah melakukan hubungan seksual. Sebutan lain penyakit ini adalah kencing nanah. Penyakit ini menyerang organ reproduksi dan menyerang selaput lendir, mucus, mata, anus dan beberapa organ tubuh lainnya. Penyakit ini disebabkan oleh bakteri *Neisseria Gonorrhoeae*. Pada penderita pria gejala yang didapatkan yaitu rasa nyeri dan panas pada saat kencing, keluarnya nanah (pus) kental berwarna putih susu atau kuning kehijauan, ujung penis agak merah dan bengkak (radang uretra). Gejala infeksi pertama pada wanita dapat berupa uretritis atau servitis. Pada wanita gejala yang dialami yaitu fluor albus (keputihan kental berwarna kekuningan), nyeri saat berkemih, nyeri di rongga panggul, dan dapat pula tanpa gejala. Gejala pada pria yaitu bengkak pada lubang kencing, nyeri, gatal, kemerahan dan mengeluarkan cairan. Komplikasi yang dapat timbul dari infeksi gonorrhea antarlain kemandulan baik pada pria maupun wanita, abortus/keguguran, bayi lahir prematur atau mengalami infeksi mata, memudahkan penularan infeksi HIV. (Kementerian Kesehatan RI, 2010)



Gambar 2. Gonorrhea

6.3.2 Sifilis

Penyebab timbulnya penyakit ini adanya bakteri *Treponema Pallidum*, bakteri ini menyerang organ penting tubuh lainnya seperti selaput lendir, anus, bibir, lidah dan mulut. Hampir semua alat tubuh dapat diserang. Selain itu, wanita hamil yang menderita sifilis dapat menularkan penyakitnya ke janin sehingga menyebabkan sifilis kongenital. Penyakit ini disebut raja singa dan ditularkan melalui hubungan seksual atau penggunaan barang-barang dari seseorang yang tertular misalnya seperti baju, handuk dan jarum suntik. Sebagian besar penularan biasanya melalui kontak seksual, tetapi ada beberapa contoh lain seperti kontak langsung dan kongenital sifilis (penularan melalui ibu ke anak dalam uterus). Gejala yang sering muncul yaitu luka pada kemaluan tanpa rasa nyeri, muncul bintil/bercak kemerahan di bagian tubuh, serta beberapa kasus muncul kelainan syaraf, pembuluh darah dan kulit. (Daili, 2014)

Secara klinis, sifilis akuisita dibagi menjadi 3 stadium, yaitu:

- Sifilis primer.** Bentuk kelainan berupa erosi yang selanjutnya menjadi ulkus durum (ulkus keras).
- Sifilis sekunder.** Dapat berbentuk *roseola*, *kondiloma lata*, sifilis bentuk varisela, atau bentuk plak mukosa dan alopesia.
- Sifilis tersier.** Bersifat destruktif, berupa guma di kulit atau alat-alat dalam dan kardiovaskular, serta

neurosifilis. Komplikasi yang dapat timbul dari infeksi sifilis antara lain dapat menyebabkan kerusakan pada organ otak dan jantung, keguguran, bayi lahir cacat, serta memudahkan penularan HIV. (Kementerian Kesehatan RI, 2010)



Gambar 3. Sifilis

6.3.3 Chlamydiasis

Penyakit ini disebabkan oleh *Chlamydia Trachomatis*. Masa tanpa gejala berlangsung 7–21 hari. Gejalanya adalah timbul peradangan pada alat reproduksi laki-laki dan perempuan.

Pada perempuan, gejalanya bisa berupa:

1. Keluarnya cairan dari alat kelamin atau 'keputihan encer' berwarna putih kekuningan
2. Rasa nyeri di rongga panggul
3. Perdarahan setelah hubungan seksual. (Handayani, 2018)

Pada laki-laki gejalanya adalah:

1. rasa nyeri saat kencing
2. Keluar cairan bening dari saluran kencing
3. Bila ada infeksi lebih lanjut, cairan semakin sering keluar dan bercampur darah (Handayani, 2018)

Tidak jarang pula, gejala tidak muncul sama sekali, padahal proses infeksi sedang berlangsung. Oleh karena itu penderita tidak sadar sedang menjadi pembawa PMS dan menularkannya kepada pasangannya melalui hubungan seksual. (Astuti, 2016)

Akibat terkena Klamidia pada perempuan adalah cacatnya saluran telur dan kemandulan, radang saluran kencing, robeknya saluran ketuban sehingga terjadi kelahiran bayi sebelum waktunya (prematur). Sementara pada laki-laki akibatnya adalah rusaknya saluran air mani dan mengakibatkan kemandulan, serta radang saluran kencing. Pada bayi, 60% - 70% terkena penyakit mata atau saluran pernafasan (pneumonia). (Kementerian Kesehatan RI, 2010)



Gambar 4. Klamidia

6.3.4 Herpes Genitalis

Penyakit yang disebabkan oleh virus *Herpes Simplex* dengan masa tenggang 4 – 7 hari sesudah virus masuk ke dalam tubuh melalui hubungan seks. Tanda dan gejala yang biasanya muncul antara lain rasa terbakar atau rasa kesemutan, muncul

bintil-bintil berair (berkelompok seperti anggur) yang sangat nyeri pada sekitar alat kelamin kemudian pecah dan meninggalkan luka yang kering mengerak, atau hilang sendiri. (Klinik and Unissula, 2017)

Gejala kambuh lagi seperti di atas namun tidak menyakitkan tahap awal bila ada faktor pencetus (stres, haid, minuman/makanan beralkohol) dan biasanya menetap hilang timbul seumur hidup. Pada perempuan, komplikasi yang seringkali terjadi dapat menyebabkan kanker mulut rahim beberapa tahun kemudian, infeksi dapat menular pada bayi baru lahir, dan memudahkan terjadi penularan HIV. Penyakit ini belum ada obat yang benar-benar mujarab, tetapi pengobatan anti virus bisa mengurangi rasa sakit dan lamanya episode penyakit. (Kementerian Kesehatan RI, 2010)



Gambar 5. Herpes Genital

6.3.5 Trichomoniasis

Trichomonas Vaginalis merupakan parasit golongan protozoa yang dapat menyebabkan infeksi *Trichomoniasis*, suatu penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual. Masa inkubasi 3-28 hari. Keputihan merupakan gejala awal terjadi vaginitis. Keputihan karena trichomoniasis dapat dibedakan dengan penyebab lain seperti jamur dan bakteri. *Trichomoniasis* pada wanita, dalam keadaan infeksi akut terdapat gejala lendir vagina banyak dan berbusa, bentuk putih bercampur nanah, terdapat perubahan warna (kuning, hijau), dan berbau khas. Komplikasi yang sering terjadi akibat infeksi trichomoniasis yaitu bayi lahir prematur. (Ratu Matahari, S.K.M., MA. and Fitriana Putri Utami, S.K.M., 2018)

6.3.6 Kondiloma Akuminata

Kondiloma Akuminata merupakan penyakit infeksi menular seksual dengan kelainan berupa *fibro epitelioma* pada kulit dan mukosa. Penyebab penyakit kondiloma akuminata adalah *Human Papilloma Virus*. Umumnya penyakit ini dikenal dengan istilah “kutil genetalis/ kutil kelamin”. Beberapa infeksi *Human Papiloma Virus* yang tidak terdiagnosa dan tidak terobati pada wanita dapat menyebabkan kanker serviks. Kutil genitalis sering muncul pada permukaan kelamin yang hangat dan lembab. Kutil muncul dalam kurun waktu 1-6 bulan setelah terinfeksi, tumbuh sangat cepat hingga bentuknya dapat bertangkai. (Astuti, 2016)



Gambar 6. Kondiloma Akuminata

6.3.7 Ulkus Mole

Ulkus mole adalah penyakit infeksi pada alat kelamin yang akut dan berupa ulkus yang nyeri di daerah kemaluan. Penyakit ini mempunyai nama lain yaitu *chancroid* dan *soft chancre*. Ulkus mole disebabkan oleh *Haemophilus Ducreyi* (*Streptobacillus Ducreyi*). Gejala klinis penyakit ini dimulai dengan papula yang berkembang menjadi ulkus dangkal, tepi merah, dasarnya kotor, koreng disekitar kulit, edema, dan mudah berdarah disertai dengan nyeri tekan. Komplikasi yang dapat terjadi dari penyakit ulkus mole ini antara lain

limfadenitis, kerusakan jaringan uretra, pembengkakan pada scrotum dan penis. (Kementerian Kesehatan RI, 2010)



Gambar 7. Ulkus Mole

6.3.8 HIV/AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) merupakan sebuah retrovirus yang menginfeksi sel sistem kekebalan manusia terutama CD 4 + T cell dan macrophage, komponen vital dari sistem-sistem kekebalan tubuh dan menghancurkan atau merusak fungsi mereka. AIDS (*Acquired Immuno Deficiency Syndrome*) adalah gejala penyakit karena turunnya daya tahan tubuh. Daya tahan tubuh itu berkurang atau hilang karena sudah dirusak oleh virus HIV. (Handayani, 2018)

Media penularan virus HIV cairan tubuh (darah, air, mani, dan cairan vagina). HIV dapat menular melalui :

1. Hubungan seks berganti-ganti pasangan tanpa kondom.
2. Penggunaan jarum suntik tindik, dan tatto yang tidak steril.
3. Ibu ke bayinya selama proses kehamilan, melahirkan, dan menyusui.
4. Transfusi darah tanpa screening. (Khairunnisa and Laksmi, 2021)

Tahapan HIV/AIDS terdiri dari 4 fase antara lain: (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2016)

1. Fase Pertama (mulai tertular HIV atau Periode Jendela)
 - a. HIV masuk dalam tubuh manusia.

- b. Tidak ada tanda-tanda khusus, orang yang tertular HIV tetap tampak sehat dan merasa sehat seperti orang lain yang tidak tertular HIV.
- c. Periode Jendela: masa antara masuknya HIV ke dalam tubuh manusia sampai terbentuknya antibody (penangkal penyakit) terhadap HIV dalam darah.
- 2. Fase Kedua (HIV positif tanpa gejala, umumnya selama 3 - 10 tahun, tergantung stamina tubuh)
 - a. HIV berkembang biak dalam tubuh.
 - b. Tidak ada tanda-tanda khusus, orang yang tertular HIV tetap tampak sehat dan merasa sehat.
 - c. Bila dilakukan tes darah untuk HIV, hasilnya sudah terdeteksi karena telah terbentuk antibody terhadap HIV dalam darah atau disebut HIV positif.
- 3. Fase Ketiga (muncul gejala)
 - a. Sistem kekebalan tubuh menurun.
 - b. Mulai muncul gejala-gejala penyakit akibat serangan HIV. Contoh: pembengkakan kelenjar getah bening pada seluruh tubuh, infeksi jamur.



Gambar 8. Gejala HIV

- 4. Fase Keempat (AIDS)
 - a. Sistem kekebalan tubuh sangat lemah.
 - b. Mulai muncul gejala-gejala infeksi oportunistik
Contoh: infeksi paru-paru (TBC), infeksi jamur (sariawan yang parah), kanker kulit (sarkoma kaposi), dll. Cepat atau lambat akan meninggal.

6.4 Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Menular Seksual

Pencegahan IMS secara umum sama untuk semua jenis infeksi. Pencegahan pada kasus HIV ditambah aspek penggunaan narkoba dan peralatan tajam. Pencegahan ini dikenal dengan metode **ABCDE**.

A= Abstinence, tidak melakukan hubungan seksual di luar pernikahan.

B= Be faithful, tetap setia pada satu pasangan seksual.

C= Condom, gunakan kondom saat melakukan hubungan seksual.

D= Don't use drugs, tidak mengonsumsi NAPZA, khususnya yang menggunakan suntikan

E= Equipment, berhati-hati terhadap peralatan yang berisiko membuat luka dan digunakan secara bergantian (bersamaan), misalnya jarum suntik, pisau cukur, dll. (Kementerian Kesehatan RI, 2010)

Pada dasarnya remaja perlu memahami pentingnya poin-poin edukasi tentang hal-hal berikut ini:

- a. Menghindari perilaku seksual yang tidak bertanggung jawab, antara lain: hubungan seksual pranikah, hubungan seksual tanpa pengaman.
- b. Meningkatkan ketahanan moral melalui pendidikan agama/kerohanian. Menurut ajaran agama, hubungan seksual pranikah adalah salah satu bentuk zina yang merupakan dosa besar.
- c. Melakukan kegiatan-kegiatan positif, agar tidak terlintas untuk melakukan hubungan seksual. Mencari informasi yang benar sebanyak mungkin tentang risiko tertular IMS.
- d. Mendiskusikan dengan orang tua, guru, atau teman mengenai hal-hal yang berkaitan dengan perilaku seksual, dan mendorong untuk tidak malu bertanya. (Suryani *et al.*, 2021)

Ditinjau dari segi medis, penanggulangan IMS secara komprehensif mencakup :

- a. Diagnosis yang tepat
- b. Pengobatan yang efektif
- c. Konseling kepada pasien, dalam rangka memberikan KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi), mengenai penyakitnya, pentingnya mematuhi pengobatan, upaya pencegahan penularan, dan sebagainya.
- d. Perhatian khusus pada perilaku resiko tinggi. (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2016)

DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, D. Y. 2016. 'Hubungan tingkat pengetahuan dengan kejadian infeksi menular seksual padaa wanita usia subur di Puskesmas Sleman tahun 2016', p. 122. Available at: http://eprints.poltekkesjogja.ac.id/1653/1/SKRIPSI_UTUH_OKE.pdf.
- Daili, S. F. 2014. 'Infeksi Menular Seksual Ed. 4', *Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia*, p. 8.
- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. 2016. *Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual, Kesmas: National Public Health Journal*.
- Handayani. 2018. 'Penyakit Menular Seksual Dan Hiv / Aids', *Penyakit, Menular seksual Dan Hiv/Aids*.
- Kementerian Kesehatan RI. 2010. 'Infeksi Menular Seksual dan HIV'.
- Khairunnisa, A. and Laksmi, L. I. 2021. 'Tingkat Pengetahuan Tentang Infeksi Menular Seksual (IMS) Pada Mahasiswa Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara Angkatan 2019 Tahun 2020', *SCRIPTA SCORE Scientific Medical Journal*, 3(1), pp. 34–39. doi: 10.32734/scripta.v3i1.5410.
- Klinik, B. M. and Unissula, F. K. 2017. 'Anatomi Genitalia Manusia', *Rahayu*, pp. 1–80.
- Rahayu, A. *et al.* 2017. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja & Lansia, Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Ratu Matahari, S.K.M., MA, M. K. and Fitriana Putri Utami, S.K.M., M. K. 2018. *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Kesehatan Seksual*.
- Suryani, E. *et al.* 2021. 'Penyuluhan Penyakit Menular Seksual Kepada Masyarakat Desa Purba Tua Kecamatan Padangsidimpuan Tenggara Tahun 2021', *Jurnal Pengabdian Masyarakat Aufa (JPMA)*, 3(2), pp. 59–75. Available at: <https://jurnal.unar.ac.id/index.php/jamunar/article/view/459>.
- Tuntun, M. 2018. 'Faktor Resiko Penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS)', *Jurnal Kesehatan*, 9(3), p. 419. doi: 10.26630/jk.v9i3.1109.

BAB 7

HIV AIDS

Oleh Anis Laela Megasari

7.1 Pendahuluan

Salah satu masalah Kesehatan yang saat ini menjadi perhatian dunia adalah HIV/AIDS. HIV AIDS merupakan salah satu jenis oenyait menular seksual yang mengancam dunia tidak terkecuali Indonesia. Saat ini tidak ada negara yang terbebas dari masalah HIV/AIDS. Berdasarkan data WHO pada tahun 2020 terdapat 37 juta orang di dunia mengalami HIV AIDS. Kasus HIV/AIDS dari tahun ke tahun tentunya semakin bertambah. Kasus HIV/AIDS paling banyak dijumpai pada rentang usia produktif yaitu 25 sampai 49 tahun (69.2%), usia 20-40 tahun (16.7%), usia ≥ 50 tahun (7,6%), usia 15-19 tahun sebesar 4%, dan usia < 15 tahun sebesar 25%(Ditjen & RI, 2017). *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) termasuk dalam kategori virus yang dapat menyebabkan penurunan imunitas tubuh manusia. *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) adalah fase lanjutan dari HIV yang merupakan sekelompok tanda dan gejala yang muncul akibat adanya infeksi virus HIV yang menurunkan kekebalan tubuh seseorang((US) et al., 1994).

Orang yang memiliki HIV memerlukan pengobatan khusus untuk mencegah perkembangan virus di dalam tubuh. Pengobatan antivirus (ARV) sering dilakukan untuk mengurangi jumlah virus HIV di dalam tubuh agar tidak berkembang menjadi stadium AIDS. Orang yang terkena AIDS memerlukan pengobatan ARV agar dapat mencegah terjadinya infeksi oportunistik yang dapat menyebabkan munculnya gejala yang bervariasi. Ini adalah penyakit parah yang harus dihindari di daerah yang penyebarannya cepat. HIV/AIDS adalah jenis penyakit menular yang paling berbahaya dan dapat menyebabkan kematian(Limper *et al.*, 2017).

Remaja adalah kelompok usia yang rentan terhadap penularan HIV/AIDS. Gaya hidup remaja menjadi salah satu faktor utama penyebab terjadinya HIV/AIDS. Remaja memiliki

kecenderungan mengalami tiga permasalahan Kesehatan reproduksi yaitu masalah seksualitas, HIV/AIDS serta NAPZA. Remaja merupakan masa peralihan dimana pada masa tersebut banyak muncul permasalahan psikos maupun seksual. Hormon dalam tubuh mulai berfungsi, perkembangan organ reproduksi sekunder semakin matang, perubahan fisik yang dapat mengakibatkan dorongan seksual juga semakin tinggi. Hal ini lah yang meningkatkan terjadinya perilaku resiko, salah satunya yaitu HIV/AIDS. Oleh karena itu, pemberian edukasi pada remaja merupakan suatu hal yang penting dalam mencegah peningkatan jumlah kasus HIV/AIDS (Situmeang *et al.*, 2017).

7.2 Pengertian HIV/AIDS

HIV merupakan salah satu jenis virus yang dapat menyebabkan penurunan imunitas tubuh manusia. HIV yang masuk ke dalam tubuh seseorang akan menginfeksi sel darah putih hingga sel darah putih tersebut menjadi lemah. AIDS didefinisikan sebagai sekelompok tanda dan gejala suatu penyakit yang disebabkan oleh penurunan sistem kekebalan akibat adanya infeksi HIV. Infeksi oportunistik adalah penyakit sering yang biasanya tidak berbahaya bagi organ normal tetapi dapat merusak pada pasien HIV karena sistem kekebalan yang lemah. HIV dapat ditemukan dalam darah serta cairan tubuh lainnya seperti, cairan vagina, cairan sperma, maupun Air susu Ibu (ASI). Penularan HIV dapat terjadi melalui berbagai cara diantaranya melalui hubungan seksual yang tidak disertai dengan pengaman dengan orang yang telah terinfeksi HIV, jarum suntik yang dipakai secara bergantian, tindik yang dipakai lebih dari sekali bekas orang yang terkena HIV, transfusi darah yang diberikan orang yang terinfeksi virus HIV, tatto yang dilakukan secara bergantian, ibu menyusui yang terkonfirmasi positif terinfeksi HIV. Perkembangan dari fase HIV ke fase AIDS membutuhkan waktu yang cukup lama. Masa inkubasi HIV yaitu selama 6 bulan-5 tahun. Selama fase tersebut, orang yang terinfeksi HIV akan terus mengalami penurunan imunitas. Hal inilah yang dapat menyebabkan peningkatan tanda dan gejala AIDS(Purba *et al.*, 2021).

7.3 Etiologi HIV/AIDS

AIDS disebabkan adanya virus HIV dalam tubuh. Gejala AIDS disebabkan oleh melemahnya sistem kekebalan tubuh akibat HIV. Virus HIV mempunyai kecenderungan berikatan dengan sel CD4. Sel CD4 merupakan salah satu jenis sel yang berpengaruh besar terhadap sistem imunitas tubuh seseorang terutama sel limfosit T4. Sel limfosit T4 ini memiliki peran penting dalam mengatur serta memelihara sistem imunitas tubuh. Pada seseorang yang terinfeksi virus HIV maka monosit, makrofag, sel langerhans, sel dendritik di kelenjar getah bening, makrofag alveolar paru, sel retina, dan sel serviks uteri akan hancur (Kemenkes RI, 2017).

Terdapat 5 fase penyebaran infeksi HIV dan AIDS yaitu:

1. *Window Periode*

Window periode atau sering disebut periode jendela merupakan situasi di mana virus HIV telah menginfeksi tubuh namun tubuh belum mengalami pembentukan antibodi HIV, pada fase ini jika seseorang dilakukan tes HIV maka hasilnya akan non-reaktif/negatif. Meskipun demikian, HIV ini tidak serta merta menunjukkan gejala yang spesifik, dan beberapa memiliki tanda dan gejala yang abnormal, contohnya yaitu adanya infeksi akut yang muncul kurang lebih 3-6 minggu setelah virus HIV menginfeksi. Beberapa tanda dan gejala yang sering muncul pada periode ini yaitu adanya pusing, demam, ruam, sakit tenggorokan, maupun flu biasa.

2. Stadium 1

Setelah berada pada fase periode window maka pasien akan memasuki stadium 1 atau stadium asimtomatik. Setelah Antibodi HIV telah dihasilkan di lokasi ini, yang berarti meskipun tidak ada gejala HIV, hasil tes HIV positif/reaktif, dan hanya ada sedikit pembengkakan di kelenjar getah bening. Waktu ini mungkin memakan waktu antara 8 sampai 15 tahun tergantung pada individu; beberapa orang maju jauh lebih cepat daripada yang lain. Jika HIV tidak ditemukan dan diobati setelah stadium 1, pasien akan memasuki fase berikutnya yaitu stadium 2.

3. Stadium 2

Beberapa gejala muncul pada tahap ini, antara lain penurunan berat badan, infeksi seperti jamur pada kuku, dan sariawan yang muncul kembali dan tidak kunjung sembuh. Gejala awal sistem kekebalan tubuh melemah, tetapi tidak terlalu parah. Penurunan berat badan dapat terjadi secara drastis.

4. Stadium 3

Memasuki stadium 3, berat badan akan mengalami penurunan sebesar 10%. Selain itu, pasien juga akan mengalami berbagai keluhan seperti diare lebih dari sebulan, peningkatan suhu tubuh lebih dari sebulan, bahkan obat penurun panas habis dan muncul kembali, kandidiasis/jamur di mulut sampai tanda-tanda tuberkulosis paru muncul penurunan perlindungan tubuh / sistem imunologi. Jika tidak diobati juga akan berkembang menjadi HIV stadium 4.

5. Stadium 4

Stadium 4 atau sering disebut fase HIV *Wasting Syndrome-AIDS*. Seseorang yang berada pada fase ini telah berkembang menjadi AIDS, dan gejalanya memburuk, badan nampak sangat kurus, munculnya jamur pada kulit kuku dan mulut. Sindrom wasting ditandai dengan hanya adanya kulit dan tulang.

7.4 Klasifikasi HIV/AIDS

Penularan HIV dapat melalui berbagai cara seperti melalui darah. Hal ini dapat terjadi pada seseorang yang mendapatkan transfuse darah atau penggunaan jarum suntik bekas yang dipakai bergantian atau bekas dari penderita HIV/AIDS. Penggunaan jarum yang tidak steril, maka jarum tersebut dapat menularkan jika digunakan oleh seseorang yang terinfeksi HIV. Jadi penularannya melalui kontak darah/cairan daripada sentuhan fisik, dan sekali terinfeksi virus masuk ke sistem peredaran darah. Organ yang akan disasar pertama kali oleh virus HIV yaitu sel darah putih. Hal ini dikarenakan sel darah putih termasuk limfosit, dan leukosit lebih tepatnya CD4. Pada permukaan luar CD4 terdapat reseptor yang cocok dengan reseptor virus HIV. Kondisi ini memungkinkan

adanya proses penggabungan. Setelah bergabung, virus ini akan berikatan, kemudian virus HIV akan berfusi, dan virus masuk ke dalam sel CD4. Jadi virus HIV hanya mengandung RNA; tidak memiliki DNA. Karena virus HIV membutuhkan DNA untuk bertahan hidup dan berkembang biak, HIV menggunakan enzim reverse transcriptase untuk membantu membuat DNA dari RNA. DNA virus HIV kemudian diproduksi (Sofro, 2015).

DNA virus HIV kemudian akan masuk ke dalam inti sel CD4 dan berintegrasi dengan DNA manusia untuk bereproduksi. Setelah itu, virus HIV akan merakit atau mengkompilasi virus baru, dan begitu virus baru dan protein lain berkumpul, virus HIV akan bereproduksi dan mengatur dirinya sendiri menjadi virus yang belum matang/belum matang, yang tidak menular. Untuk fase pematangan yang terjadi setelah sel ini keluar dari sel CD4. Selanjutnya akan melepaskan protease, menyebabkan sel menjadi matang atau menjadi infeksius. Akibatnya, karena CD4 adalah target HIV, sel CD4 ini akan menjadi faktor dalam diagnosis HIV. Pada kondisi ini akan terjadi penurunan dramatis jumlah limfosit T CD4 dari normal, yang berkisar antara 600-1200/mm³, menjadi 200/mm³ atau lebih rendah, sehingga pada fase awal, jumlah virus meningkat lebih cepat, diikuti oleh penurunan jumlah limfosit T. Ketika sel CD4 diaktifkan, respons imunologis terjadi yang menekan atau mengurangi virus HIV. Jumlah virus menurun selama fase ini, yang diikuti dengan peningkatan jumlah sel CD4. Selama fase ini, gejala akut mulai dan menetap selama berminggu-minggu hingga berbulan-bulan setelah virus HIV pertama kali masuk ke dalam tubuh. Karena penekanannya hanya sebagian, jumlah virus akan bertambah lagi secara bertahap, diikuti dengan pengurangan jumlah CD4 secara bertahap; selama tingkat CD4 lebih besar dari 400/500, biasanya tidak ada gejala; periode ini dikenal sebagai fase infeksi kronis. Jika jumlah sel CD4 terus menurun, pertahanan tubuh akan terganggu, membuat infeksi oportunistik lebih mungkin terjadi.

7.5 Manifestasi Klinis HIV/AIDS

HIV memiliki manifestasi klinis yang bergantung pada perjalanan infeksi HIV.

Manifestasi klinis infeksi HIV terdiri dari tiga fase tergantung perjalanan. Secara umum terdapat 3 manifestasi klinis HIV, yaitu serokonversi, penyakit HIV asimtomatik, Infeksi HIV simtomatik atau AIDS (Agus Alamsyah *et al.*, 2021):

1. Serokonversi

Tahap serokonversi terjadi ketika tubuh pertama kali terinfeksi virus HIV, misalnya setelah berhubungan badan dengan PSK yang mengidap HIV dan kemudian menderita penyakit dengan gejala mirip flu beberapa minggu kemudian. Sakit tenggorokan, demam, kelenjar bengkak, nyeri sendi dan otot, berat badan menurun drastis, diare, kelelahan. Gejala ini biasanya berlangsung 1 minggu sampai 2 bulan. Pada tahap ini, upaya tubuh untuk memerangi infeksi HIV terlihat (Derek & Khalid, 2021).

2. HIV Asimtomatis

Tahap ini memiliki gejala seperti flu mulai mereda dan tubuh tidak merasakan gejala apapun. Meskipun demikian pada periode inilah virus HIV mulai merusak sistem kekebalan tubuh seseorang. Karena tubuh merasa sehat dan tidak mengalami kesulitan selama tahap ini, ia dapat bertahan dari satu tahun hingga sepuluh tahun (Derek & Khalid, 2021).

3. Infeksi HIV Simtomatik atau AIDS

Ketika sistem kekebalan telah diserang secara menyeluruh oleh virus HIV/kehilangan kekebalan seluler, yang menyebabkan kematian CD4+ hepatic T-lymphocytes, keadaan ini jelas karena seseorang sangat sensitif dan mudah terkena penyakit apa pun atau disebut infeksi oportunistik. mencapai tahap AIDS (Derek & Khalid, 2021).

Penyakit yang menandai HIV AIDS

1. Kandidiasis: esophageal atau bronchial
2. Limfoma : burkit, imunoblastik, terutama di otak
3. Herpes smpleks dengan ulkus mukokuteneus >1bulan, bronkilis, bronchitis atau pneumonia

4. Toksoplasmosis, serebral
5. Kanker serviks, infasif
6. Kriptosporidosis, intestinal kronik (>1bulan)
7. Isosporiasis, kronik >1bulan
8. Kriptokosis, ekstraalmoner
9. Ensefalopati HIV
10. Histoplasmosis : tersebar atau ekstrapulmoner
11. Kaposi sarcoma
12. Leokoenose palopati multifokal
13. Pneumonia pneumosistis carinii
14. Bakteriemia salmonella
15. Wasting syndrome HIV

Menurut (Derek & Khalid, 2021). Komplikasi HIV merusak sistem kekebalan tubuh, yang dapat menyebabkan berbagai penyakit dan keganasan. Infeksi yang sering terjadi pada HIV/AIDS antara lain:

1. Tuberculosis (TB)

Tuberkulosis sering terjadi pada pasien HIV. Manifestasi atau gejala klinis sama antara orang normal dan pasien HIV, meskipun penting untuk dicatat bahwa pasien HIV sering tidak mengalami gejala batuk. Juga tidak ada bakteri BTA yang ditemukan pada orang HIV-positif karena penekanan kekebalan, karena jumlah CD4 yang rendah mencegah tubuh membentuk granuloma/proses infeksi di paru-paru, yang dengan demikian tidak muncul dan tidak menimbulkan dahak. Apabila terdapat kuman TB pada seseorang yang terinfeksi virus HIV maka resiko terjadi TB pada orang tersebut adalah 10 kali lipat. Hal ini terutama terjadi pada pengidap HIV yang memiliki sel CD4 < 200 sel/mm³.

2. Masalah di otak

Virus HIV juga sering menyebabkan permasalahan pada otak. Beberapa masalah atau penyakit otak pada pasien HIV diantaranya:

a. Infeksi Oportunistik di Otak

Infeksi otak mudah dialami oleh pengidap HIV. Hal ini dikarenakan daya tahan tubuh pengidap HIV sangat

lemah sehingga akan mudah terpapar kuman, jamur maupun virus lainnya. Salah satu jenis kuman yang sering menginfeksi pengidap HIV misalnya Toksoplasma. Toksoplasma merupakan infeksi yang diakibatkan adanya parasit atau jamur meningitis *criptococus*. Selain itu pengidap HIV juga rentan mengidap infeksi Tuberculosis (TB).

b. Dimensia HIV

Dimensia HIV atau lupa ingatan merupakan gangguan memori pada pasien HIV. Terjadinya dimensia HIV yaitu akibat adanya proses infeksi pada otak yang akhirnya menyebabkan reaksi inflamasi pada otak. Kondisi ini jika tidak segera diatasi dapat menyebabkan pasien HIV mengeluh sering lupa ingatan ataupun kesulitan menyimpan memori baik jangka pendek ataupun jangka Panjang. Demensia HIV merupakan kelainan yang harus dikenali karena dapat mengganggu terapi sehingga penderita lupa minum obat.

3. Meningitis

Meningitis pada pengidap HIV juga bisa diakibatkan adanya infeksi pada selaput meningen otak. Pasien HIV yang mengidap meningitis sering merasakan gejala diantaranya, sakit kepala, demam, penurunan kesadaran, dan leher kaku.

4. Hepatitis C

Pengidap HIV memiliki resiko terkena hepatitis C, terutama pada pasien HIV yang sering menggunakan obat suntik (IDU). Tanda-tanda adanya hepatitis pada pengidap HIV yaitu nafsu makan berkurang, mudah Lelah dan tidak bertenaga, mata kuning, perut membuncit dan sedikit keras, bengkak pada kaki, dserta tidak jarang terdapat gangguan kesadaran. Jika pasien HIV dengan hepatitis tidak diobati, mereka lebih mungkin mengembangkan penyakit hepatitis kronis, dan dapat menyebabkan sirosis hati dan kematian.

5. Koinfeksi sifilis dan HIV

Sifilis adalah infeksi menular seksual yang disebabkan oleh bakteri *Treponemapalidum* yang biasanya menyerang pasien *Male Sex Male* (MLM) yang terinfeksi HIV. Kemudian, tanda-tanda borok genital muncul. Koinfeksi HIV memperburuk

gejala klinis sifilis, menyebabkan sifilis ganas, yang menyebar ke seluruh tubuh hingga ke mukosa.

7.6 Pemeriksaan Penunjang

Penegakan diagnose HIV/AIDS membutuhkan penilaian yang bersifat objektif. Penilaian tersebut salah satunya dapat dilakukan dengan pemeriksaan penunjang. Berikut merupakan pemeriksaan penunjang HIV/AIDS:

1. Pemeriksaan HIV

Beberapa pemeriksaan penunjang untuk menegakkan diagnose HIV, diantaranya:

a. Skinning HIV

Bertujuan untuk menentukan tingkatan risiko infeksi, serta ritme kehidupan sehari-hari, merupakan faktor risiko tinggi untuk penyakit HIV.

b. Tes Serologi

Tes serologi terdiri dari:

1) Rapid tes

2) Tes ELISA

c. Tes Konfirmasi

Tes konfirmasi terdiri dari:

1) Western blot

2) Indirect Fluorescent Antibody (IFA)

d. Deteksi Virus

Tes deteksi virus terdiri dari:

1) Antigen P24

2) Viral load/PCR

2. Pemeriksaan Infeksi Oportunistik

a. Hitung sel T CD4

Jika pasien menunjukkan indikasi infeksi oportunistik, tes sel CD4 ini dilakukan untuk menentukan apakah pasien memerlukan profilaksis kotrimoksazol.

b. Viral load (VL)

Diperiksa 6 bulan setelah pasien mulai menggunakan obat ARV. Selanjutnya, viral load seharusnya tidak terdeteksi. Jika viral load kurang dari 1000, terapi ini efektif. Namun, jika viral load melebihi 1000, tes harus

diulang untuk menentukan apakah ada resistensi pengobatan. Jumlah virus dalam darah disebut sebagai viral load.

7.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan HIV/AIDS dapat dilakukan dengan Teknik farmakologi dan non farmakologi:

1. Farmakologi

a. Terapi antiretroviral (ARV)

Obat antiretroviral bekerja untuk menunda atau mencegah pertumbuhan virus HIV, memungkinkan perkembangan yang lebih lambat menjadi AIDS. Pengobatan biasanya dimulai ketika jumlah CD4 mulai menurun; sekali seseorang memulai pengobatan HIV dengan ARV, pasien harus meminum obat seumur hidup secara teratur dan tidak melewatkan/menghentikan pengobatan; tujuannya adalah untuk menjaga jumlah CD4 dalam tubuh dan kekebalan (Kemenkes RI, 2017).

2. Non Farmakologi

a. Pemberian nutrisi

Defisit nutrisi umumnya berhubungan dengan peningkatan kebutuhan karena penyakit penyerta/infeksi oportunistik pada orang HIV-positif. Ketika ada koinfeksi tambahan, kebutuhan nutrisi pasti akan meningkat (Kemenkes RI, 2017).

b. Aktivitas dan Olahraga

Berolahraga setiap hari cukup bermanfaat dan berdampak positif bagi kesehatan seseorang. Olahraga teratur menyebabkan perubahan pada jaringan, sel, dan protein sistem kekebalan tubuh (Kemenkes RI, 2017).

7.8 Cara Menghindari Penularan HIV/AIDS

1. *Abstinence* artinya Bagi orang yang belum menikah, tidak adanya hubungan seks atau kurangnya hubungan seks.
2. *Be Faithful* artinya Berbakti pada satu pasangan seks (bukan banyak pasangan).

3. *Condom* artinya Gunakan kondom untuk mencegah penularan HIV selama kontak seksual.
4. *Drug no* artinya menghindari narkoba.
5. *Education* artinya memberikan pendidikan HIV dan informasi yang akurat tentang mekanisme penularan, pencegahan, dan pengobatan.

7.9 Pencegahan

Menurut Kemenkes RI (2015) ada 2 cara pencegahan HIV/AIDS yaitu jangka pendek dan jangka panjang :

1. Upaya Pencegahan HIV/AIDS Jangka Pendek

Dalam waktu dekat, upaya pencegahan HIV/AIDS difokuskan pada pemberian informasi kepada populasi berisiko tinggi tentang pola penyebaran virus AIDS (HIV) sehingga dapat ditemukan tindakan pencegahan. Ada 3 pola penyebaran virus HIV/AIDS yaitu : Melalui hubungan seksual, Melalui darah, Melalui ibu yang terinfeksi HIV/AIDS kepada bayinya

a. Pencegahan Infeksi HIV Melalui Hubungan Seksual

HIV ada di semua cairan tubuh pasien, namun air mani, cairan vagina, dan darah telah terbukti berperan dalam penularan AIDS. HIV dapat ditularkan melalui kontak seksual pria-wanita, serta dari wanita ke pria dan pria ke pria. Setelah mengetahui cara penyebaran HIV melalui hubungan seksual maka upaya pencegahan adalah dengan cara :

- 1) Tidak berhubungan seks. Meskipun prosedur ini sangat berhasil, itu tidak layak karena seks adalah persyaratan biologis.
- 2) Melakukan hubungan seksual hanya dengan pasangan seksual setia yang tidak HIV-positif (homogami)
- 3) Mengurangi jumlah mitra seksual sesedikit mungkin
- 4) Menghindari hubungan seksual dengan kelompok risiko tinggi tertular AIDS.
- 5) Tidak melakukan hubungan anogenital.
- 6) Selalu Gunakan kondom mulai dari awal sampai akhir hubungan seksual dengan

b. Pencegahan Infeksi HIV Melalui Darah

Darah merupakan media yang cocok untuk hidup virus AIDS. Penularan AIDS melalui darah terjadi dengan :

- 1) Transfusi darah yang mengandung HIV
- 2) Jarum suntik atau alat tusuk lainnya (akupunktur, tato, tindik) bekas pakai orang yang mengidap HIV tanpa disterilkan dengan baik.
- 3) Pisau cukur, gunting kuku atau sikat gigi bekas pakai orang yang mengidap virus HIV.

Langkah-langkah untuk mencegah terjadinya penularan melalui darah adalah:

- 1) Dengan menguji darah pendonor, diupayakan agar darah yang digunakan untuk transfusi bebas HIV. Hal ini tidak dapat diterapkan karena membutuhkan biaya yang besar dan teknologi khusus, dan karena kejadian HIV di Indonesia saat ini rendah, pendonor darah hanya diperiksa menggunakan tes pengambilan.
- 2) menghimbau kepada mereka yang berisiko tinggi terkena AIDS untuk tidak mendonorkan darahnya. Jika terpaksa menolak menjadi pelanggaran kode etik, darah yang mencurigakan harus dimusnahkan.
- 3) Jarum suntik dan alat tusuk yang lain harus disterilisasi secara baku setiap kali habis dipakai dan jika bisa langsung dibuang.
- 4) Semua alat yang tercemar dengan cairan tubuh penderita AIDS harus disterilisasi secara baku.
- 5) Kelompok penyalahguna narkotika harus berhenti menyuntikkan narkoba ke dalam tubuhnya serta berbagi jarum suntik.
- 6) Gunakan jarum suntik sekali pakai (disposable)
- 7) Membakar semua alat bekas pakai pengidap HIV.

c. Pencegahan Infeksi HIV Melalui Ibu

Ibu hamil yang HIV-positif dapat menularkan infeksi ke janinnya. Penularan dapat terjadi saat bayi masih dalam kandungan, selama persalinan, dan setelah lahir. Upaya pencegahan penularan sebatas mengimbau ibu yang terinfeksi HIV untuk tidak hamil.

2. Upaya Pencegahan HIV/AIDS Jangka Panjang

Kontak seksual, terutama dengan orang asing, terutama bertanggung jawab atas perkembangan AIDS di Indonesia (Asia Pasifik). Orang yang terinfeksi AIDS di Indonesia adalah mereka yang pernah ke luar negeri dan melakukan hubungan seksual dengan orang asing. Menurut temuan, kemungkinan penularan dari suami HIV-positif ke istrinya adalah 22%, sedangkan risiko penularan dari wanita HIV-positif ke suaminya adalah 8%. Namun, penelitian lain berpendapat bahwa risiko perpindahan dari suami ke istri atau wanita ke suami adalah sama. Frekuensi hubungan seksual antara suami dan istri berpengaruh kecil terhadap potensi penularan.

DAFTAR PUSTAKA

- Derek, A., & Khalid, N. 2021. *Evaluasi Treatment Terkini Dalam Pengobatan HIV / AIDS : Literature Review*. 10(1), 73–83.
- WHO HIV update, Global Summa(US), C. for D. C., HIV/AIDS., C. for I. D. (US). D. of, & HIV/AIDS., N. C. for I. D. (US) D. of. 1994. *HIV/AIDS Surveillance*. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers
- Agus Alamsyah, S. K. M., Ikhtiaruddin, S. K. M., Purba, C. V. G., & SKM, M. K. 2021. *MENGKAJI HIV/AIDS Dari Teoritik Hingga Praktik*. Penerbit Adab.
- Derek, A., & Khalid, N. 2021. *Evaluasi Treatment Terkini Dalam Pengobatan HIV / AIDS : Literature Review*. 10(1), 73–83.
- Ditjen, P. P., & RI, P. L. K. 2017. Laporan Perkembangan HIV-AIDS & Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I Tahun 2017. *Tersedia Online Di Wwww. Aidsindonesia. or. Id/Ck.../Laporan HIV AIDS TW, 1, 2017.*
- Limper, A. H., Adenis, A., Le, T., & Harrison, T. S. 2017. Fungal infections in HIV/AIDS. *The Lancet Infectious Diseases*, 17(11), e334–e343.
- Purba, D. H., Hulu, V. T., Maisyarah, M., Rasmaniar, R., Hidayati, W., Manurung, J., Priastomo, Y., Silaban, N. Y., & Marpaung, D. D. R. 2021. *Infeksi Menular Seksual dan HIV/AIDS*. Yayasan Kita Menulis.
- Situmeang, B., Syarif, S., & Mahkota, R. 2017. Hubungan pengetahuan HIV/AIDS dengan stigma terhadap orang dengan HIV/AIDS di kalangan remaja 15-19 tahun di Indonesia (analisis data SDKI tahun 2012). *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Indonesia*, 1(2).
- Sofro, N. A. U. 2015. *Sehat dan Sukses dengan HIV-AIDS*.
- ry Web, World Health Organization, 2020.

BAB 8

PENYALAHGUNAAN NAPZA PADA REMAJA

Oleh Siska Ningtyas Prabasari

8.1 Definisi Napza

NAPZA merupakan singkatan dari Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif, yang dapat diartikan sebagai bahan atau zat yang jika masuk ke dalam tubuh manusia menimbulkan beberapa pengaruh yang kemudian mengganggu kesehatan, baik fisik, psikis dan fungsi sosial lainnya, dimana hal tersebut juga berpengaruh terhadap perubahan perilaku, perasaan dan pikiran pengguna.

8.2 Jenis-Jenis Napza

8.2.1 Narkotika

1. Pengertian Narkotika

Merupakan sebuah zat atau sejenis obat, baik berasal dari tanaman maupun bukan tanaman, sintesis atau tidak sintesis yang mana dapat menimbulkan penurunan hingga perubahan kesadaran serta dapat berpengaruh pada hilangnya sebuah rasa serta membuat pengguna merasa ketergantungan (Pratodiharjo, 2010).

2. Jenis Narkotika

- Golongan I : Narkotika golongan I memiliki kandungan zat yang sangat berbahaya, dimana tingkat ketergantungannya sangat tinggi. Pada jenis ini, umumnya hanya digunakan untuk penelitian atau pengembangan ilmu pengetahuan. Contoh : Ganja, Heroin, Kokain, Morfin, Opium.
- Golongan II : Narkotika golongan II memiliki kandungan zat adiktif yang kuat. Pada jenis ini, bermanfaat untuk

pengobatan dan penelitian. Contoh : Petinidin dan jenis turunannya, benzetidin dan betametadol.

- Golongan III : Narkotika jenis ini hanya memiliki kandungan zat adiktif yang relatif ringan dan bermanfaat untuk sebuah pengobatan dan penelitian. Contoh : Kodein dan jenis turunannya.

8.2.2 Psikotropika

1. Pengertian Psikotropika

Zat atau obat yang tidak merupakan narkotika, memiliki manfaat psikoaktif dengan mekanisme pengaruh pada susunan saraf pusat yang dapat menimbulkan perubahan tertentu terhadap aktivitas mental dan perilaku . Selain itu, psikotropika juga digunakan untuk terapi gangguan psikiatrik atau jiwa (Partodiharjo, 2010 & Zubaidah, 2011).

2. Jenis Psikotropika

- Golongan I : Kandungan zat adiktifnya sangat kuat, namun belum diketahui manfaat untuk pengobatan dan masih dalam tahap penelitian terkait manfaatnya. Contoh : MDMA, Ekstasi, LSD dan STP.
- Golongan II : Kandungan zat adiktifnya kuat dan bermanfaat untuk pengobatan serta penelitian. Contoh : Amfetamin, Metamfetamin dan Metakualon.
- Golongan III : Jenis ini banyak dimanfaatkan untuk pengobatan atau terapi dan memiliki level sedang terhadap sindroma ketergantungan. Contoh : Pentobarbital dan Flunitrazepam.
- Golongan IV : Jenis ini banyak dimanfaatkan untuk pengobatan atau terapi dan memiliki level ringan terhadap sindroma ketergantungan. Contoh : Diazepam, Bromazepam, Fenobarbital, Klonozepam, Klordiazepoxide, Nitrazepam.

8.2.3 Zat Adiktif Lainnya

1. Pengertian Zat Adiktif

Yang dimaksud zat adiktif lainnya adalah golongan zat atau obat selain yang termasuk dalam golongan narkotika dan psikotropika, dimana zat tersebut dapat menimbulkan sebuah ketergantungan.

2. Jenis Zat Adiktif Lainnya

- Rokok dan kelompok minuman seperti alkohol yang memabukkan
- Zat lain, misal lem kayu, aseton, cat bensin yang apabila dihisap, dihirup, dan dicium dapat menimbulkan efek memabukkan.

8.3 Penyalahgunaan Napza

Penyalahgunaan NAPZA dapat diartikan sebagai bentuk penggunaan yang tidak semestinya dan minimal penggunaan selama kurang lebih satu bulan yang mana telah menimbulkan beberapa pengaruh gangguan dalam kehidupan sehari-hari. Penyalahgunaan yang dilakukan secara terus menerus akan menimbulkan suatu ketergantungan yang dapat mengakibatkan kerusakan fungsi fisik pengguna.

Menurut Sumiati (2009), terdapat 2 jenis ketergantungan pada NAPZA, yaitu :

- Ketergantungan Fisik, timbul gejala putus zat dan toleransi yang apabila pengguna menghentikan pemakaian NAPZA tertentu yang selama ini selalu dipakai.
- Ketergantungan Psikologis, timbul suatu keinginan yang sangat kuat untuk menggunakan kembali, yang apabila pengguna menghentikan pemakaian, meskipun pengguna tersebut tidak memiliki gejala fisik.

8.4 Jenis NAPZA Yang Sering Digunakan

8.4.1 Opioida

Merupakan salah satu jenis narkotika yang memiliki sifat depresan. Umumnya, jenis opioida ini dapat membuat pengguna merasa tenang dan tidak sadarkan diri. Dalam dunia medis, jenis

narkotika ini digunakan sebagai analgetik untuk mengurangi rasa nyeri.

Opioda tergolong menjadi beberapa bentuk, baik alami, sintetik maupun semi sintetik. Beberapa jenis narkotika yang termasuk dalam golongan opioda adalah morfin, heroin dan lain sebagainya.

Morfin sendiri merupakan jenis narkotika yang dihasilkan dari Opium. Beberapa senyawa yang terkandung dalam opium memiliki efek psikoaktif dan memabukkan. Pada dunia medis, jenis morfin ini dapat digunakan sebagai keperluan pembiusan.

Sedangkan heroin, merupakan jenis narkotika semi sintesis yang dibuat dengan menggunakan morfin dan campuran zat tertentu. Dalam dunia medis, heroin digunakan untuk pengobatan sesak nafas. Namun seiring dengan berjalannya waktu, pemakaian heroin disalahgunakan.

Jenis narkotika opioda ini sering digunakan dengan cara disuntikkan melalui pembuluh darah dan juga dihisap setelah proses pembakaran. Penggunaan opioda secara berkelanjutan dapat menimbulkan pengaruh jangka panjang seperti ketergantungan dan juga munculnya berbagai komplikasi.

8.4.2 Ganja

Ganja merupakan salah satu narkotika yang tergolong dalam golongan I, dibuat dari daun tanaman cannabis yang telah dikeringkan. Tetrahydro-cannabinol yang terkandung dalam ganja bersifat psikoaktif dan memabukkan. Selain itu, ganja dikenal sebagai zat yang bisa menambah nafsu makan. Dalam pemakaiannya, pengguna biasanya memotong atau mencincang daun ganja yang kemudian merendam dalam air. Setelah itu, ganja dikeringkan dan dilinting dalam daun atau kertas khusus serta dibakar seperti rokok.

Selain dikenal sebagai zat yang dapat menambah nafsu makan, ganja juga memiliki efek jangka panjang, seperti daya tahan tubuh yang mengalami penurunan terhadap berbagai macam infeksi.

Pada dunia medis, akar ganja memiliki manfaat untuk mengobati gonorea, sedangkan daunnya dapat diseduh sebagai teh dengan dicampur pala yang bermanfaat guna mengurangi

gangguan sekresi empedu dan pernafasan seperti asma dan nyeri dada pleuritik.

8.4.3 Kokain

Kokain merupakan salah satu jenis narkotika yang bersifat stimulant sehingga menimbulkan efek bertambahnya tenaga bagi pengguna.

Kokain terbuat dari ekstrak daun tanaman koka, berupa kristal putih, rasanya sedikit pahit dan lebih mudah larut. Penyalahgunaan kokain dilakukan untuk mendapatkan kondisi tertentu seperti badan merasa bugar, bertambahnya rasa kepercayaan diri, menghilangkan sakit dan letih.

Dalam pemakaiannya, biasanya digunakan dengan cara dihirup melalui hidung atau seperti rokok dan juga bisa digunakan melalui injeksi. Jenis narkotika ini juga dapat menimbulkan sebuah ketergantungan. Pemakaian yang berkelanjutan dapat menimbulkan beberapa efek, yang salah satunya adalah gangguan psikotik.

Pada dunia medis, kokain memiliki berbagai manfaat, salah satunya digunakan dalam keperluan pembiusan lokal.

8.4.4 Amfetamin

Amfetamin menjadi salah satu zat kimia yang dapat mengakibatkan seseorang ketergantungan, perubahan perilaku dan juga halusinasi. Zat tersebut bekerja dengan merangsang sistem saraf sehingga berpengaruh terhadap korteks otak. Ektasi dan sabu merupakan salah satu jenis narkotikan yang tergolong dalam amfetamin.

Pada dunia medis, jenis amfetamin yang dapat digunakan adalah damfetamin dan metamfetamin, dimana kedua golongan tersebut dimanfaatkan sebagai obat beberapa penyakit, seperti *Attention-deficit hyperactive disorder* (ADHD), narkolepsi dan kelebihan berat badan atau obesitas. Namun karena seringnya penyalahgunaan, amfetamin dalam dunia pengobatan dilarang karena memiliki potensi yang dapat menimbulkan seseorang ketergantungan.

Efek dari penggunaan amfetamin terjadi berdasarkan seberapa besar jumlah yang dikonsumsi. Gangguan sistem

simpatisetis saraf seperti hipertensi, takikardi dapat terjadi dalam penggunaan zat ini. Selain itu, amfetamin juga dapat menimbulkan euforia yang berpengaruh pada tingkat kewaspadaan, percaya diri, peningkatan kemampuan fisik dan mental. Namun, penggunaan zat ini dalam waktu yang lama akan berakibat pada efek yang tidak menguntungkan seperti gangguan psikotik dan gangguan atensi.

8.4.5 Halusinogen

Jenis narkotika yang dapat menyebabkan penggunaannya mengalami halusinasi, baik yang alami maupun yang sintesis. Lysegic Acid Diethylamide atau dikenal dengan istilah LSD menjadi salah satu jenis obat yang tergolong dalam Hallusinogen.

LSD bisa ditemukan dalam bentuk kertas dan dapat diserap dalam gula, permen karet atau lem. Pada dunia medis, jenis LSD ini digunakan sebagai pembuat sistem kerja pada susunan saraf. Akibat dari penyalahgunaan yang dilakukan sangat tidak terduga bahkan bisa sangat mematikan jika jenis LSD ini digunakan bersamaan dengan obat depresan dan analgesik.

8.4.6 Sedativa-Hipnotik (Obat Penenang)

Obat ini merupakan golongan obat penedepresi susunan saraf yang dapat menimbulkan rasa tenang dan kantuk hingga hilangnya kesadaran diri. Sedatif merupakan jenis psikotropika yang berfungsi dalam penurunan aktivitas, ketegangan serta dapat menenangkan pemaikainya. Jika digunakan dalam jangka panjang yang terus menerus, obat ini dapat menimbulkan sebuah ketergantungan.

Tidak jauh berbeda dengan hipnotik yang sering dikenal dengan obat tidur, merupakan jenis obat yang diperuntukkan untuk membantu mempermudah proses tidur. Efek yang bisa timbul dari hipnotik adalah depresi sistem saraf pusat. Pada dunia medis, obat-obat ini sering digunakan sebagai obat-obatan yang berhubungan dengan sistem saraf pusat seperti pada tindakan anastesi, kejang dan insomnia.

8.5 Faktor Resiko Penyalahgunaan Napza

8.5.1 Faktor Genetik

Menurut beberapa penelitian, seorang remaja dengan latar belakang orang tua yang mengkonsumsi alkohol dalam kesehariannya, memiliki resiko sebagai peminum alkohol dibandingkan dengan remaja dari orang tua angkat alkoholik.

8.5.2 Lingkungan Keluarga

Peran serta pola asuh yang diterapkan dalam suatu keluarga memiliki pengaruh yang signifikan dalam penyalahgunaan NAPZA pada seorang remaja. Masalah-masalah yang sering terjadi dalam suatu keluarga kerap menjadi pemicu seseorang untuk mengkonsumsi narkotika.

8.5.3 Pergaulan

Teman sebaya memiliki pengaruh besar terhadap penyalahgunaan NAPZA, juga pada kelompok ini dapat terciptanya sebuah keterikatan dan kebersamaan.

8.5.4 Karakteristik Individu

Karakteristik individu meliputi usia, pendidikan dan juga pekerjaan. Pada karakteristik usia, sebagian besar penyalahgunaan NAPZA dilakukan oleh kelompok usia remaja, yang didasarkan pada keingintahuan atau pencarian jati diri yang bisa didapatkan melalui pengaruh teman sebayanya. Pada karakteristik pendidikan, asumsi umum menyatakan jika semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin luas wawasan serta cara berpikir seseorang dalam berperilaku. Sedangkan pada karakteristik pekerjaan, menurut hasil penelitian Bada Narkotika Nasional (BNN), kelompok pekerja swasta memiliki tingkat penyalahgunaan NAPZA lebih tinggi dibandingkan dengan jenis pekerjaan lainnya.

8.6 Dampak Penyalahgunaan NAPZA

8.6.1 Kondisi Fisik

Penyalahgunaan NAPZA dapat berdampak pada fisik pengguna, seperti terjadinya penurunan berat badan, timbulnya komplikasi berbagai penyakit dan lain sebagainya.

8.6.2 Kondisi Psikis

Dampak yang timbul dapat berupa gangguan psikotik, atensi dan juga gangguan lainnya yang menimbulkan perubahan perilaku bagi pengguna.

8.6.3 Kehidupan Sosial

Penyalahgunaan NAPZA dapat berpengaruh terhadap menurunnya rasa perikemanusiaan serta perubahan perilaku sosial seperti kurangnya bersosialisasi dengan masyarakat. Selain itu, kriminalitas seperti kejahatan, perampokan, kekerasan dan pencurian juga dapat terjadi di masyarakat.

8.7 Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA

8.7.1 Primer

Pencegahan primer dilakukan sedini mungkin yang bertujuan untuk mencegah penyalahgunaan NAPZA. Pencegahan ini merupakan salah satu bentuk pencegahan yang paling penting dalam proses perubahan perilaku. Menurut Badan Narkotika Nasional, pencegahan primer ditujukan pada kelompok anak dan generasi muda yang belum pernah menyalahgunakan NAPZA, yang dilakukan dengan cara penyuluhan, penerangan dan pendidikan.

8.7.2 Sekunder

Pencegahan sekunder dilakukan terhadap kelompok anak atau generasi muda yang telah mencoba menggunakan atau menyalahgunakan NAPZA. Pencegahan sekunder dilakukan dengan cara melakukan deteksi dini, konseling perorangan dan keluarga pengguna, serta bimbingan sosial door to door.

8.7.3 Tertier

Pencegahan tertier dilakukan pada kelompok korban NAPZA atau bekas pengguna NAPZA. Kegiatan yang dilakukan berupa bimbingan sosial dan konseling, menciptakan lingkungan dan pengawasan sosial seperti pengembangan minat dan bakat, keterampilan kerja dan lain sebagainya yang bertujuan agar tidak

terjerumus kembali atau tidak melakukan kembali penyalahgunaan NAPZA.

DAFTAR PUSTAKA

- BNN. 2022. Pencegahan Penyalahgunaan Narkoba. diakses 18 Mei 2022: <https://bnn.go.id/satuan-kerja/cegah/>
- BNN. 2020. Dampak Penyalahgunaan Narkoba Terhadap Gangguan Kesehatan Terkait Kerentanan Terhadap COVID-19. diakses 18 Mei 2022: <https://bnn.go.id/dampak-penyalahgunaan-narkoba-terhadap-gangguan-kesehatan-terkait-kerentanan/>
- BNN.2011. Amfetamina dan Metabolitnya. diakses 18 Mei 2022: <https://bnn.go.id/amfetamina-dan-metabolitnya-2/>
- Budiono A, Wantouw B & Satiawati L. 2015. Pengaruh Lysergic Acid Diethylamide yang Terdapat Pada Lem Eha-Bond Terhadap Kualitas Spermatozoa Wistar Jantan (*Rattus Norvegicus*). Jurnal e-Biomedik (eBm), 3(3), 686-689
- De Gregorio et al. 2021. Lysergic Acid Diethylamide (LSD) Promotes Social Behavior Through mTORC1 in the Excitatory Neurotransmission. PNAS, 118 (5). <https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.2020705118>
- Firdausya H, Mustarichie R & Sumiwi SA. 2021. Review : Aktivitas Antiinsomnia Dari Beberapa Ekstrak Tanaman Terhadap Mencit. Farmako, 19 (1)
- Holida SS & Fitirani DN. 2019. Perilaku Penyalahgunaan Obat Pada Remaja Usia 15-20 Tahun di SMA. Healthy Journal, VII (1); 2339-1383
- Partodihardjo S. Kenali Narkoba dan Musuhi Penyalahgunaannya. Jakarta: Esensi; 2010
- Putri D & Blickman T. 2016. Ganja di Indonesia : Pola Konsumsi, Produksi dan Kebijakan. Drug Policy Briefing, 44
- Soetjiningsih. 2010. Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya. Jakarta : CV. Sagung Seto
- Sumiyati. 2009. Asuhan Keperawatan Pada Korban Penyalahgunaan dan Ketergantungan NAPZA. Jakarta : CV Trans Media Info
- Tiswara R & Carolia N. 2017. Gangguan Fungsi Kognitif Akibat Penyalahgunaan Amfetamin. Majority, 7 (1), 49-53
- Zubaidah. 2011. Penyembuhan Korban Narkoba Melalui Terapi dan Rehabilitasi Terpadu. Medan : IAIN Press.

BAB 9

KONTRASEPSI

Oleh Deviana Pratiwi Munthe

9.1 Definisi Kontrasepsi

Asal kata Kontrasepsi terdiri atas dua suku kata yakni *kontra* dan *konsepsi*. *Kontra* ialah “melawan” atau “mencegah”, sedangkan *konsepsi* yang berarti pembuahan; perjumpaan antara sel telur (ovum) yang telah matang dengan sel sperma dapat mengakibatkan terjadinya kehamilan. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa kontrasepsi berarti upaya untuk mengatasi atau mencegah adanya pembuahan atau perjumpaan antara sel telur yang matang dengan sel sperma sehingga tidak terjadi proses kehamilan, (BKKBN, 2020). Upaya ini dapat bersifat permanen ataupun sementara tergantung pemilihan metode yang digunakan.

Pengertian lain dari kontrasepsi adalah suatu upaya sadar dari penggunanya dalam pencegahan kehamilan. Kontrasepsi juga dapat diartikan sebagai obat, alat, ataupun cara untuk menghindari terjadinya suatu konsepsi atau kehamilan, (BKKBN Jateng, 2012).

Pemakaian kontrasepsi tidak terlepas dengan program Keluarga Berencana (KB). Pemilihan dan penggunaan metode kontrasepsi sangat penting untuk diinformasikan dan dipahami oleh masyarakat karena penggunaan dari kontrasepsi dapat mempengaruhi fertilitas.

Keputusan dalam pemilihan dan penggunaan kontrasepsi perlu memperhatikan dan mempertimbangkan berbagai aspek, diantaranya orientasi agama, nilai sosial dan budaya, kontraindikasi medis dan psikologis, biaya, dukungan dan kerja sama pasangan dan juga gaya hidup.

Kontrasepsi merupakan pengaturan fertilitas yang digunakan untuk mengatasi kehamilan dan penyakit menular seksual. Pada umumnya kontrasepsi dipergunakan oleh pasangan yang sudah menikah, yang ingin memberikan jarak kehamilan atau penundaan kehamilan. Namun tidak dapat dipungkiri, banyak pasangan yang belum menikah namun sudah aktif secara seksual

juga perlu memakai alat kontrasepsi untuk mengatasi terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan ataupun penularan infeksi menular seksual, (Djama, 2017), (Tripeni, 2018), (Yayasan Kesehatan Perempuan, 2017).

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam pemilihan metode kontrasepsi antara lain:

1. Aman atau tidak berbahaya
2. Sederhana
3. Harganya terjangkau

9.2 Pola Kerja Kontrasepsi

Prinsip/ pola kerja dari kontrasepsi pada dasarnya ialah usaha untuk meniadakan perjumpaan antara sel telur (ovum) dengan sel sperma dengan cara sebagai berikut:

1. Mencegah sel telur (ovum) keluar.
2. Menghindari sel sperma masuk ke dalam genitalia perempuan hingga menghasilkan pembuahan.
3. Menghalangi tertanamnya hasil konsepsi pada rahim.

9.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Metode Kontrasepsi

Beberapa faktor yang perlu diperhatikan dan mempengaruhi seseorang dalam memilih metode kontrasepsi yakni:

1. Usia
2. Tingkat Pendidikan
3. Pengetahuan Ibu
4. Sikap Ibu
5. Jumlah Anak
6. Riwayat kesehatan
7. Kualitas Pelayanan KB
8. Biaya Penggunaan Alat Kontrasepsi
9. Dukungan Suami
10. Dukungan Petugas Pelayanan KB

9.4 Sasaran Akseptor Keluarga Berencana

Menurut sasarannya, akseptor Keluarga Berencana menyesuaikan dengan fase yang dihadapi oleh pasangan suami istri, (Permenkes, 2014), sebagai berikut:

1. Fase Menunda Kehamilan
Fase ini sebaiknya dilakukan oleh pasangan suami istri yang memiliki istri belum mencapai usia 20 tahun. Metode kontrasepsi yang disarankan yaitu kontrasepsi dengan pemulihan kesuburan tinggi seperti pil KB dan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKRD).
2. Fase Mengatur Atau Menjarangkan Kehamilan
Fase ini sebaiknya dipilih oleh pasangan suami istri yang mana istrinya berusia antara 20 – 30 tahun karena merupakan periode usia paling baik untuk hamil dan melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2 – 4 tahun. Metode kontrasepsi yang disarankan adalah yang memiliki efektifitas dan reversibilitas tinggi, jangka waktu pemakaian kontrasepsi 3 - 4 tahun sesuai dengan jarak kelahiran yang direncanakan karena umumnya pasangan suami istri periode ini masih mengharapkan untuk mempunyai anak lagi.
3. Fase Mengakhiri Kehamilan
Fase ini sebaiknya dipilih oleh pasangan suami istri yang sudah memiliki dua anak dan usia istri lebih dari 35 tahun. Metode kontrasepsi yang disarankan adalah yang memiliki efektifitas tinggi untuk mencegah kegagalan dan terjadinya kehamilan yang beresiko tinggi bagi ibu dan anak. Selainnya itu jika pasangan tidak menginginkan untuk memiliki anak lagi maka metode kontrasepsi yang disarankan yaitu metode kontak, implan, suntik KB, pil KB, dan Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKRD).

Beberapa syarat dalam pemilihan kontrasepsi, antara lain:

1. Dapat dipercaya dan aman untuk digunakan.
2. Efek samping merugikan tidak ditemukan.
3. Dapat diatur kerjanya sesuai dengan keinginan.
4. Dalam hubungan persetubuhan tidak akan menimbulkan

gangguan.

5. Bantuan tenaga medis atau kontrol selama penggunaan tidak dibutuhkan.
6. Cara penggunaannya sangat sederhana
7. Murah harganya agar dapat dijangkau oleh masyarakat luas.
8. Pasangan suami istri dapat menerima.

9.5 Manfaat Kontrasepsi

Adapun manfaat dari penggunaan kontrasepsi, (Kemenkes RI, 2018), yaitu:

1. Mengurangi Angka Kematian Ibu dan Bayi
2. Menghindari kehamilan yang tidak diinginkan
3. Membantu tumbuh kembang anak
4. Meningkatkan kualitas keluarga
5. Menjarangkan kehamilan
6. Menjarangkan jarak kehamilan dan kelahiran
7. Mengurangi penularan penyakit menular seksual

9.6 Macam-macam Kontrasepsi

9.6.1 Metode Kontrasepsi Sederhana Tanpa Alat

a. Senggama Terputus

Adalah cara kontrasepsi tertua. Senggama dilakukan seperti biasa, tapi pada klimaks hubungan seksual, alat kelamin laki-laki dikeluarkan dari vagina kemudian sperma dikeluarkan di luar. Metode ini tidak disarankan sebab tingkat kegagalannya sangat tinggi, dikarenakan suami tidak mengetahui kapan sperma keluar.

b. Pantang Berkala (sistem berkala)

Metode ini digunakan ketika istri dalam fase subur dimana hubungan seksual tidak dilakukan. Berhubungan seksual pada masa subur merupakan cara untuk hamil dengan cepat, selain itu metode berkala atau disebut juga dengan metode kalender digunakan juga untuk menghindari pembuahan atau kehamilan. Metode ini kurang disarankan sebab sulit untuk diimplementasikan dan memerlukan waktu lama untuk 'puasa'. Selain itu,

terkadang istri kurang cakap untuk menghitung siklus menstruasi setiap bulan.

9.6.2 Metode Kontrasepsi Sederhana Dengan Alat

a. Kondom

Kondom adalah salah satu alat kontrasepsi dalam menunda/mengatasi pembuahan atau kehamilan yang sangat umum di kalangan masyarakat. Kondom merupakan kantong karet yang tipis, biasanya terbuat dari lateks, tidak berpori, digunakan untuk menutupi penis saat tegang sebelum dimasukkan ke dalam liang vagina. Kondom telah terbukti dalam penelitian di laboratorium untuk mengatasi penularan penyakit infeksi menular seksual seperti HIV/AIDS.

Kegunaan menggunakan kontrasepsi kondom:

1. Penggunaan/ pemakaiannya efektif bila dipergunakan dengan baik dan benar
2. Produksi ASI tidak akan mengalami gangguan
3. Tidak akan menimbulkan gangguan bagi kesehatan pengguna/ klien
4. Tidak memiliki pengaruh sistemik
5. Secara umum mudah untuk di peroleh/ di dapatkan dan memiliki harga yang murah
6. Tidak memerlukan pemeriksaan kesehatan secara khusus atau resep dokter
7. Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda



Gambar 9. Kondom

(Sumber : Dinas Pengendalian Penduduk, KB, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak)

b. Diafragma

Tudung bundar cembung, berbahan lateks (karet) yang dimasukkan ke dalam liang vagina sebelum hubungan seksual dan menutup serviks merupakan defenisi dari diafragma.

Jenis kontrasepsi diafragma:

- 1) Flat spring (*flat metal band*)
- 2) Coil spring (*coiled wire*)
- 3) Arching spring

Cara kerja kontrasepsi diafragma:

Mencegah sperma supaya tidak mendapat akses mencapai saluran alat reproduksi bagian atas (uterus dan tuba falopi) dan sebagai alat tempat spermisida.

Manfaat Kontrasepsi diafragma:

1. Penggunaan/pemakaiannya efektif bila digunakan dengan benar
2. Selama produksi ASI tidak akan mengalami gangguan
3. Hubungan seksual tidak akan mengalami gangguan, karena telah terpasang sampai 6 jam sebelumnya
4. Kesehatan pengguna/ klien tidak akan mengalami gangguan
5. Tidak akan mengalami gangguan kesehatan sistemik



Gambar 10. Diafragma

(Sumber : Dinas Pengendalian Penduduk, KB,Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak)

c. Spermisida

Bahan kimia (biasanya non oksinol-9) yang dipergunakan untuk menon-aktifkan atau membunuh sperma adalah spermisida.

Jenis kontrasepsi spermasida:

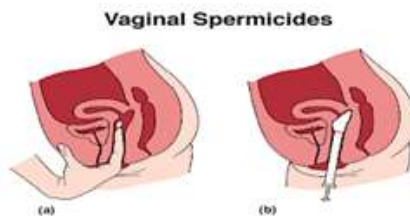
- a) *Aerosol*
- b) *Tablet vaginal, suppositoria, atau dissolvablefilm*
- c) Krim

Cara kerja kontrasepsi spermisida:

Mengakibatkan sel-sel membran sperma terbelah, memperlambat gerak sperma dan mengurangi kemampuan untuk menyuburkan sel telur.

Manfaat kontrasepsi spermisida:

- 1. Efektif seketika (busa dan krim)
- 2. Produksi ASI tidak akan terganggu
- 3. Dapat digunakan menjadi pendukung metode lain
- 4. Kesehatan klien/ pengguna tidak akan terganggu
- 5. Tidak menimbulkan pengaruh sistemik
- 6. Penggunaannya sangat mudah
- 7. Selama melakukan hubungan seksual mampu meningkatkan lubrikasi
- 8. Tidak memerlukan pemeriksaan kesehatan khusus/ resep dokter



Gambar 11. Spermisida

(Sumber : Dinas Pengendalian Penduduk, KB, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak)

d. KB Pil

Obat pencegahan kehamilan yang diminum disebut dengan Pil. Sejak tahun 1960 Pil sudah diperkenalkan. Pil diberikan untuk perempuan yang tidak hamil dan menginginkan metode dalam mencegah kehamilan sementara yang paling efektif ketika secara teratur dikonsumsi. Mengonsumsi pil dapat dimulai segera setelah keguguran, setelah menstruasi, atau selama periode pasca-partum untuk ibu yang tidak menyusui bayi mereka. Penggunaan pil harus ditunda hingga

6 bulan setelah kelahiran seorang anak bagi seorang ibu yang ingin menyusui (atau saat masih menyusui) dan dianjurkan untuk mempergunakan metode lain untuk mencegah kehamilan.

Jenis-jenis kontrasepsi Pil

1. Pil gabungan atau kombinasi

Setiap pil memiliki kandungan dua hormon sintetis, yaitu hormon estrogen dan progestin. Pil gabungan memanfaatkan cara kerja dua hormon yang mencegah/mengatasi kehamilan, dan hampir 100% efektif ketika digunakan secara teratur.

Jenis – jenis pil kombinasi:

- 1) *Monofasik*: Memiliki kandungan hormon aktif *estrogen/progesterone* dalam dosis yang sama dan tersedia dalam kemasan 21 tablet, dimana terdapat pada 7 tablet tanpa hormone aktif.
- 2) *Bifasik*: Memiliki kandungan hormon aktif *estrogen/progesterone* dalam dua dosis yang berbeda adalah *estrogen dan progesterone* yang tersedia dalam kemasan 21 tablet, dimana terdapat 7 tablet tanpa hormone aktif.
- 3) *Trifasik*: Memiliki kandungan *hormone aktif estrogen/progesterone* dalam tiga dosis yang berbeda adalah mengandung berbagai dosis *progestin* dan tersedia dalam kemasan 21 tablet. Dosis *estrogen* didalam ke 21 pil aktif bervariasi pada sejumlah jenis obat tertentu. Tujuan dari variasi ini adalah mempertahankan besarnya dosis pada pasien serendah mungkin selama siklus dengan tingkat kemampuan dalam mencegah kehamilan yang setara

2. Pil khusus – Progestin (pil mini)

Pil ini memiliki kandungan dosis kecil bahan *progestin sintetis* dan mempunyai sifat mengatasi/ mencegah kehamilan, terutama dengan mengubah mukosa dari serviks (mengubah sekresi dalam serviks) sehingga sulit untuk transportasi sperma. Selain itu, ini juga mengubah

lingkungan endometrium (lapisan dalam rahim) sehingga menghambat penempatan telur yang dibuahi.

Kontra indikasi Pemakaian Pil

Pada wanita penderita hepatitis, peradangan pembuluh darah, kanker payudara atau kanker konten, hipertensi, masalah jantung, varises, pendarahan abnormal melalui vagina, diabetes, pembesaran kelenjar *thym* (struktur), penderita sesak napas, eksim, dan migrain (sakit kepala parah di sebelah kepala), kontrasepsi pil tidak diperbolehkan untuk penggunaannya,

Efek Samping Pemakaian Pil

Adapun efek samping yang ditimbulkan dari penggunaan pil diantaranya berupa perdarahan di luar haid, rasa mual, bercak hitam di pipi (*hiperpigmentasi*), jerawat, penyakit jamur pada liang vagina (candidiasis), nyeri kepala, dan peningkatan berat badan.



Gambar 12. Pil KB

(Sumber : Dinas Pengendalian Penduduk, KB, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak)

e. KB Suntik

Cara/ tindakan untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan melakukan suntikan hormonal disebut dengan Kontrasepsi suntikan

1. KB Suntik 1 bulan (kombinasi)

Adalah 25 mg Depo medroksiprogesteron asetat dan 5 mg esestradiol sipionat yang diberikan injeksi IM sekali sebulan (*Cyclofem*) dan 50 mg *roretindron*

enantat dan 5mg Estradional Valerat diberikan injeksi IM sekali sebulan.

Manfaat dari Penggunaan KB Suntik

- Memiliki tingkat keberhasilan lebih dari 99%, praktis, efektif, dan penggunaannya aman.
- Umur tidak dibatasi
- Cocok untuk ibu menyusui dan tidak mempengaruhi ASI penggunaan suntik KB 3 bulan sekali (hanya Progesteron)

Kerugian Penggunaan KB Suntik

- Pada fase bulan pertama penggunaan KB Suntik akan menimbulkan sakit kepala, mual, nyeri payudara mual, dan pendarahan berupa bercak di antara masa haid.
- Tidak ada perlindungan terhadap penyakit Infeksi Menular Seksual dan HIV AIDS.

Indikasi

- Ibu perokok aktif umur 35 tahun
- Ibu hamil atau diduga hamil
- Pendarahan vaginal tanpa sebab
- Penderita penyakit jantung, stroke, lever, darah tinggi dan kencing manis
- Sedang menyusui kurang dari 6 minggu
- Penderita kanker payudara

2. KB Suntikan 3 bulan.

Depo-Provera adalah 6-alfa-*metoxyiprogesterone* yang digunakan untuk tujuan kontrasepsi parenteral, memiliki efek progesteron yang kuat dan sangat efektif. Obat ini termasuk obat depot. Noristerat termasuk dalam kelompok kontrasepsi ini. Mekanisme aksi kontrasepsi sama dengan kontrasepsi hormonal lainnya. Depo-Provera sangat cocok untuk program *postpartum* karena tidak mengganggu laktasi.

Manfaat Penggunaan KB suntik 3 bulan

- Resiko yang timbul pada kesehatan sangat kecil.
- Tidak memiliki pengaruh pada hubungan suami istri
- Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
- Memiliki waktu yang lama/ panjang
- Sangat kecil terjadinya efek samping yang terjadi
- Tidak diperlukan penyimpanan obat suntik bagi pengguna/ klien

Kerugian KB suntik 3 bulan

- Gangguan menstruasi. Siklus menstruasi diperpendek atau memanjang, pendarahan dalam jumlah sedikit atau banyak, bercak, bukan menstruasi sama sekali.
- Tidak dapat diberhentikan sewaktu-waktu
- Efek samping tersering yaitu dalam permasalahan berat badan
- Penghentian pemakaian akan menimbulkan terjadinya perlambatan kesuburan
- Penggunaan jangka panjang akan menimbulkan terjadinya perubahan pada lipid serum
- Penurunan densitas tulang akan terjadi pada penggunaan jangka panjang
- Kekeringan yang terjadi pada vagina, menurunkan libido, sakit kepala, gangguan emosi, nervositas, dan jerawat dapat timbul akibat dari penggunaan jangka panjang.



Gambar 13. Suntik KB

(Sumber : Dinas Pengendalian Penduduk, KB, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak)

f. AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim)

Bagi banyak wanita AKDR atau IUD (Perangkat Intra Uterus) adalah alat kontrasepsi terbaik. Alat ini sangat efektif dan tidak perlu diingat setiap hari seperti pil. Untuk ibu yang menyusui, IUD tidak akan mempengaruhi isi, kelancaran atau kandungan susu dari susu ibu (ASI). Namun, ada wanita yang tampaknya belum bisa memakai kontrasepsi ini. Oleh karena itu, setiap calon pengguna IUD harus mendapatkan informasi lengkap tentang seluk beluk kontrasepsi ini.

Jenis-jenis AKDR:

1. *Copper-T*

AKDR berbentuk T, terbuat dari bahan polyethelen di mana pada bagian vertikalnya diberi lilitan kawat tembaga halus. Lilitan kawat tembaga halus ini mempunyai efek *antifertilisasi* (anti pembuahan) yang cukup baik.

2. *Copper-7*

AKDR ini berbentuk angka 7 dengan maksud untuk memudahkan pemasangan. Jenis ini mempunyai ukuran diameter batang vertikal 32 mm dan ditambahkan gulungan kawat tembaga (Cu) yang mempunyai luas permukaan 200 mm², fungsinya sama seperti halnya lilitan tembaga halus pada jenis Coper-T.

3. *Multi Load*

AKDR ini terbuat dari dari plastik (polyethelene) dengan dua tangan kiri dan kanan berbentuk sayap yang fleksibel. Panjangnya dari ujung atas ke bawah 3,6 cm. Batangnya diberi gulungan kawat tembaga dengan luas permukaan 250 mm² atau 375 mm² untuk menambah efektivitas. Ada 3 ukuran multi load, yaitu standar, small (kecil), dan mini.

4. *Lippes Loop*

AKDR ini terbuat dari polietelena, bentuknya seperti huruf spiral atau S. Untuk memudahkan kontrol, utas dipasang di ekor. *Lippes Loop* terdiri dari 4 macam yang berbeda sesuai dengan panjang bagian atas. Memiliki *size*

25 mm (benang biru) merupakan Tipe A, memiliki *size* 27,5 mm 9 (benang hitam) merupakan Tipe B, memiliki *size* 30 mm (benang kuning) merupakan Tipe C, dan memiliki *size* 30 mm (tebal, benang putih) merupakan Tipe D. *Lippes loop* memiliki laju kegagalan yang yang rendah. Manfaat lain dari penggunaan jenis spiral ini adalah jika perforasi terjadi jarang menimbulkan cedera/ luka atau penyumbatan usus, karena terbuat dari plastik.



Gambar 14. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

(Sumber : Dinas Pengendalian Penduduk, KB, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak)

g. Kontrasepsi *Implant*

Merupakan alat kontrasepsi yang berada di bawah kulit, karena pemasangan berada di bawah kulit di lengan atas, kontrasepsi ini disusupkan di bawah kulit bagian lengan atas dalam. Memiliki ukuran semacam tabung kecil atau pembungkus plastik berongga dan ukurannya sebesar batang korek api. Pemasangan susuk tergantung pada jenis susuk yang akan digunakan atau dapat juga dipasang seperti kipas dengan enam kapsul. Di dalamnya memiliki kandungan zat aktif dalam bentuk hormon. Susuk akan melepaskan hormon sedikit demi sedikit. Konsep kerja yang akan dilakukan adalah menghambat ovulasi dan mencegah migrasi sperma. Penggunaan susuk/implant dapat diganti setiap tahun, 3 tahun, dan 5 tahun.



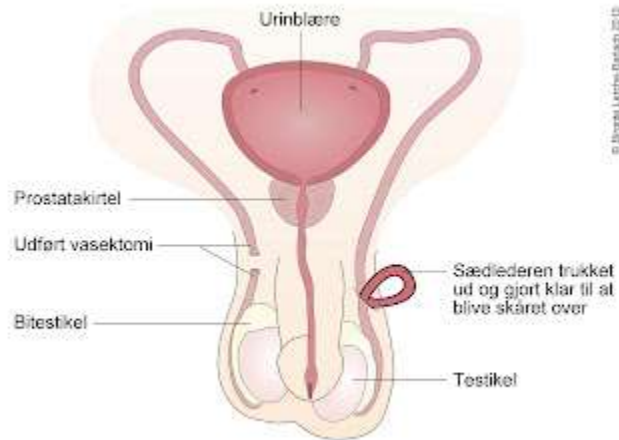
Gambar 15. Implant

(Sumber : Dinas Pengendalian Penduduk, KB, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak)

h. Kontrasepsi *Tubektomi* (*Sterilisasi* pada Wanita)

Tindakan/ cara pada kedua saluran telur wanita yang menyebabkan wanita tidak akan bisa memperoleh anak lagi adalah definisi dari tubektomi. *Sterilisasi* juga dapat dilakukan pada pria, yang disebut vasektomi. Jika satu pasangan telah mengalami sterilisasi, kontrasepsi konvensional tidak diperlukan lagi. Metode kontrasepsi ini sangat baik, karena kemungkinan terjadinya kehamilan sangatlah kecil. Faktor terpenting dalam implementasi sterilisasi adalah kesukarelaan akseptor. Dengan demikian, sterilisasi tidak boleh dilakukan pada wanita yang belum menikah, pasangan yang tidak harmonis atau hubungan pernikahan yang terancam perceraian kapan saja, dan pasangan yang masih ragu untuk menerima sterilisasi. Tolak ukur yang digunakan dalam pembuatan sterilisasi adalah jumlah anak dan usia istri. Salah satu contoh adalah untuk usia istri 25 tahun - 30 tahun, jumlah anak yang hidup harus 3 atau lebih.

8. Anemia berat, gangguan pembekuan darah atau sedang menggunakan antikoagulasi



Gambar 17. Vasektomi

(Sumber : Dinas Pengendalian Penduduk, KB, Pemberdayaan Perempuan, dan Perlindungan Anak)

DAFTAR PUSTAKA

- BKKBN. 2020. 'PERATURAN BADAN KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA NASIONAL REPUBLIK INDONESIA NOMOR 11 TAHUN 2020 TENTANG ORGANISASI DAN TATA KERJA BADAN KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA NASIONAL', *PERATURAN BADAN KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA NASIONAL REPUBLIK INDONESIA*.
- Djama, N. T. 2017. *Kesehatan Reproduksi Remaja / Jurnal Kesehatan, Jurnal Kesehatan*.
- Kemenkes RI. 2018. *Pentingnya Penggunaan Alat Kontrasepsi, Promosi Kesehatan*.
- Permenkes. 2014. 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa HHamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan', *Journal of Sustainable Agriculture*.
- Tripeni, P. 2018. 'Mengintip Upaya Pendidikan Seks dari Berbagai Negara', *CNN Indonesia*.
- BKKBN. 2020. 'PERATURAN BADAN KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA NASIONAL REPUBLIK INDONESIA NOMOR 11 TAHUN 2020 TENTANG ORGANISASI DAN TATA KERJA BADAN KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA NASIONAL', *PERATURAN BADAN KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA NASIONAL REPUBLIK INDONESIA*.
- Djama, N. T. 2017. *Kesehatan Reproduksi Remaja / Jurnal Kesehatan, Jurnal Kesehatan*.
- Kemenkes RI. 2018. *Pentingnya Penggunaan Alat Kontrasepsi, Promosi Kesehatan*.
- Permenkes. 2014. 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 Tahun 2014 Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa HHamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan', *Journal of Sustainable Agriculture*.
- Tripeni, P. 2018. 'Mengintip Upaya Pendidikan Seks dari Berbagai Negara', *CNN Indonesia*.

BAB 10

ABORSI YANG TIDAK AMAN

Oleh Lailaturohmah

10.1 Definisi Aborsi

Secara medis, aborsi adalah berakhirnya atau gugurnya kehamilan sebelum kandungan mencapai usia 20 minggu atau berat bayi kurang dari 500 gr, yaitu sebelum janin dapat hidup di luar kandungan secara mandiri. Abortus adalah kehamilan yang berhenti prosesnya pada umur kehamilan di bawah 20 minggu, atau berat fetus yang lahir 500 gr atau kurang. Aborsi berarti terhentinya kehamilan yang terjadi di antara saat tertanamnya sel telur yang sudah (blastosit) di rahim sampai kehamilan 28 minggu. Abortus adalah keluarnya janin sebelum mencapai viabilitas, di mana masa gestasi belum mencapai 22 minggu dan beratnya kurang dari 500 gr. (Yulia Fauziyah, 2013)

Aborsi (*abortion*) berasal dari kata bahasa Latin abortio ialah pengeluaran hasil konsepsi dari uterus secara prematur pada umur di mana janin itu belum bisa hidup di luar kandungan pada umur 24 minggu. Secara medis aborsi berarti pengeluaran kandungan sebelum berumur 24 minggu dan mengakibatkan kematian. Sedangkan dalam pengertian moral dan hukum, aborsi berarti pengeluaran janin sejak adanya konsepsi sampai dengan kelahirannya yang mengakibatkan kematian. (CB Kusmaryanto, 2010)

10.2 Jenis Aborsi

10.2.1 Aborsi Spontan

Abortus spontan adalah setiap kehamilan yang berakhir secara spontan sebelum janin dapat bertahan. Abortus Spontaneous, adalah aborsi yang terjadi dengan tidak didahului faktor-faktor mekanis ataupun medicinalis semata-mata disebabkan oleh faktor alamiah. Abortus spontan dikategorikan

sesuai dengan pengeluaran janin. Berikut ini, klasifikasi abortus spontan yaitu:

- a. Abortus imminens
Terjadinya pendarahan uterus pada kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu, janin masih dalam uterus, tanpa adanya dilatasi serviks
- b. Abortus insipiens
Peristiwa peradangan uterus pada kehamilan sebelum usia kehamilan 20 minggu dengan adanya dilatasi serviks.
- c. Abortus inkomplitus
Adalah pengeluaran sebagian janin pada kehamilan sebelum 20 minggu dengan masih ada sisa tertinggal dalam uterus. Abortus inkompletus atau dengan kata lain keguguran bersisa artinya hanya ada sebagian dari hasil konsepsi yang dikeluarkan tertinggal adalah plasenta.
- d. Abortus komplitus
Seluruh hasil konsepsi dikeluarkan sehingga rongga rahim kosong. Pada abortus kompletus ditemukan pendarahan sedikit, uterus sudah mengecil dan tidak memerlukan pengobatan khusus.
- e. Missed abortus
Adalah kehamilan yang tidak normal, janin mati pada usia kurang dari 20 hari dan tidak dapat dihindari. Missed abortion, keadaan di mana janin sudah mati tetapi tetap berada dalam rahim dan tidak dikeluarkan selama dua bulan atau lebih.
- f. Abortus habitualis
Keadaan dimana penderita mengalami keguguran berturut-turut 3 kali atau lebih.
- g. Abortus septic
Abortus septic adalah Abortus yang disertai infeksi genital.

(Yulia Fauziyah, 2013)

10.2.2 Abortus Provokatus

Abortus provokatus adalah aborsi yang disengaja baik dengan memakai obat-obatan maupun alat-alat. Abortus provokatus merupakan istilah lain yang secara resmi dipakai dalam kalangan kedokteran dan hukum. Abortus provokatus merupakan suatu proses pengakhiran hidup dari janin sebelum diberi kesempatan untuk bertumbuh. Abortus provokatus terbagi menjadi dua jenis yaitu abortus provokatus medicinalis dan abortus provokatus kriminalis. (Yulia Fauziyah, 2013)

a. Abortus Provokatus Medicinalis

Abortus provokatus medicinalis, adalah abortus yang dilakukan oleh dokter atas dasar indikasi medis, yaitu apabila tindakan aborsi tidak diambil akan membahayakan nyawa ibu.

b. Abortus Provokatus Kriminalis

Abortus provokatus kriminalis adalah aborsi yang terjadi oleh karena tindakantindakan yang tidak legal atau tidak berdasarkan indikasi medis, sebagai contoh aborsi yang dilakukan dalam rangka melenyapkan janin akibat hubungan seksual di luar perkawinan. Secara umum abortus provokatus kriminalis adalah suatu kelahiran dini sebelum bayi itu pada waktunya dapat hidup sendiri di luar kandungan. Pada umumnya janin yang keluar itu sudah tidak bernyawa lagi. Sedangkan secara yuridis abortus provokatus kriminalis adalah setiap penghentian kehamilan sebelum hasil konsepsi dilahirkan, tanpa memperhitungkan umur bayi dalam kandungan dan janin dilahirkan dalam keadaan mati atau hidup.

10.3 Pengertian Aborsi Tidak Aman (Unsafe Abortion)

Abortus tidak aman (*unsafe abortion*), upaya terminasi kehamilan muda. Pelaksanaan tindakan tersebut tidak dilakukan oleh orang-orang yang tidak mempunyai cukup keahlian, tidak memiliki peralatan dan prosedur standar yang aman sehingga dapat membahayakan keselamatan jiwa pasien. (WHO, 2000),

aborsi tidak aman merupakan salah satu masalah pelayanan atau oleh kesehatan yang terabaikan di negara berkembang. (PKBI, 2009) menguraikan aborsi tidak aman sebagai terminasi (penghentian) kehamilan yang dilakukan oleh tenaga yang tidak terlatih atau ditempat yang tidak memenuhi standar minimal medis atau keduanya, apabila dilakukan lebih dari 12 minggu, (WHO, 2007) memberikan pengertian bahwa aborsi tidak aman dilakukan olehbukan dokter atau oleh tenaga terlatih untuk itu, dilakukan ditempat yang tidak memenuhi syarat-syarat kesehatan dan dilakukan dengan cara yang tidak dikenal di dunia kedokteran.

Penelitian(PKBI, 2009), mendapatkan gambaran karena aborsi yang tidak aman perempuan dapat mengalami komplikasi (dalam bentuk infeksi, rahim robek, perdarahan), kesakitan dan kecacatan. Sesungguhnya disetiap wilayah, masyarakat mengembangkan cara-cara pengguguran kandungan sesuai nilai budaya lokal masingmasing yang ada pada dasarnya jauh dari aman dan memadai. Karena tidak ada pelayanan aborsi yang aman, perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan melakukan aborsi secara tidak aman (*unsafe abortion*). Dari aspek medis, praktek aborsi tidak aman beresiko sangat tinggi terhadap kematian ibu karena tidak dilakukan oleh ahli yang kompeten serta tidak dikerjakan dengan peralatan medis yang layak. Dijelaskan lebih lanjut praktik aborsi tidak aman sebenarnya juga melanggar tiga hal, yaitu : Pertama, melanggar kode etik profesi medik; Kedua, tidak sesuai dengan prosedur medik; Ketiga, melanggar peraturan perundang-undangan yang ada.

10.4 Faktor Penyebab Aborsi Yang Tidak Aman

Aborsi tergolong kasus antik dalam sejarah kemanusiaan. Entah pada tingkat teoritis maupun praktis, aborsi tetap menjadi sebuah masalah yang dipertanyakan dalam hati nurani manusia. Akar persoalan aborsi perlu digali secara menyeluruh sebelum muncul penilaian etis atas praktek aborsi. Mengapa manusia ingin melakukan aborsi? Tinjauan interdisipliner akan menolong kita untuk menemukan jawaban atas pertanyaan ini.

- a. Secara sosiologis, umumnya aborsi muncul karena adanya ketidakpastian seseorang untuk

mempertanggungjawabkan tindakannya setelah bersenggama baik di dalam maupun di luar perkawinan, buah kandungan tidak diinginkan. Mereka takut mengalami aib sosial dan penolakan dari keluarga. Status anak yang bakal dilahirkan akan dicap sebagai anak haram walaupun di dunia barat sudah dikenal peran sosial sebagai *single parent*.

- b. Terkadang muncul alasan ekonomi untuk melakukan aborsi. Keluarga tidak akan sanggup menghidupi dan membiayai anak yang akan dilahirkan. Untuk alasan inilah mereka melakukan aborsi agar anak tidak dilahirkan. (Chang, 2003)

Kemajuan teknologi yang secara langsung berpengaruh bagi perubahan perilaku orang terhadap aborsi. Pertama, soal bahaya fisik aborsi. Dulu aborsi bisa sangat berbahaya dan bisa mengakibatkan penderita fisik yang tak berkesudahan, cacat fisik atau bahkan kematian ibu. Akan tetapi, oleh karena adanya alat-alat kedokteran canggih dewasa ini, maka aborsi bisa dilakukan tanpa berisiko tinggi atau kematian ibu. Tentu saja bagi sebagian orang, risiko yang kecil ini menjadikan aborsi bukan lagi hal yang harus ditakuti. Kedua, ada beberapa tenaga medis yang melupakan sumpahnya untuk tidak melakukan pengguguran dan lebih banyak berorientasi pada uang sehingga mereka dengan mudah melayani orang yang ingin melakukan pengguguran, tanpa merasa bersalah. Ada tempat-tempat tertentu yang menyediakan jasa semacam ini, meskipun secara resmi aborsi dilarang. Ketiga, adanya internet dan *hand phone* (HP) yang bisa menjelajah dunia maya yang banyak situs-situs porno. Kemudahan ini menjadikan semua orang bisa mengakses dan melihat semua hal yang selama ini tidak boleh dilihat karena dipandang tabu dan porno. Tidak sedikit kasus tindakan seksual yang menyimpang atau kekerasan seksual yang terjadi, yang diakibatkan oleh film atau gambar porno yang didapat dari internet atau yang lainnya. Dengan adanya kemudahan teknologi itu, orang lebih mudah bermain-main dengan seksualitasnya yang

mengakibatkan semakin banyak terjadi kehamilan yang tidak dikehendaki dan yang berakhir pada aborsi. (CB Kusmaryanto, 2010)

10.5 Resiko Aborsi Yang Tidak Aman

Dalam perspektif medis, waktu yang relatif aman untuk melakukan pengakhiran kehamilan adalah antara 6-10 minggu atau + 2,5 bulan sejak haidh terakhir. Berdasarkan data Sudramaji Sumapraja, 97 % perempuan yang melakukan pengakhiran kehamilan sebelum 12 minggu usia kehamilannya tidak melaporkan adanya komplikasi, 2,5 % melaporkan adanya komplikasi ringan, dan kurang dari 0,5 % komplikasinya memerlukan tindakan medis atau perawatan di rumah sakit.

Pada kasus aborsi dengan tindakan medis professional cenderung tidak membutuhkan waktu perawatan yang lama. Namun, aborsi yang dilakukan tenaga medis sekalipun tetap menyimpan resiko yang tidak ringan seperti kesehatan fisik, keselamatan jiwa, dan gangguan psikologis. Komplikasi yang mungkin terjadi pada tindakan aborsi adalah sebagai berikut:

1. Pengumpulan bekuan darah sehingga uterus memerlukan kuretase ulang.
2. Infeksi.
3. Robekan pada mulut rahim;
4. Perforasi (luka tembus) pada dinding peranakan, atau luka pada organ lain seperti panggul atau usus;
5. Missed abortion, kegagalan dalam pengakhiran kehamilan, sehingga membutuhkan tindakan ulang;
6. Abortus incompletes, pengakhiran kehamilan tidak lengkap akibat adanya jaringan yang tertinggal, sebagian atau seluruh produk pembuahan masih tertahan dalam rahim yang menyebabkan infeksi dan berujung pada kematian;
7. Pendarahan banyak karena uterus gagal melakukan kontraksi.
8. Efek samping jangka panjang berupa sumbatan atas kerusakan di tuba falopi yang menyebabkan kemandulan.

Di samping persoalan kesehatan, aborsi sesungguhnya berkelit-kelindan dengan persoalan psikologi. Secara mental, perempuan yang memilih melakukan aborsi apapun alasannya, sedang mengalami kegalauan, rasa tidak percaya diri, kekhawatiran yang berlebihan, keputusasaan, atau bahkan penyesalan dan perasaan bersalah dan berdosa. Gangguan ini disebut Pasca Abortion Syndrom. Komplikasi-komplikasi ini tidak jarang berujung pada kematian perempuan, atau cacat permanen. Belum lagi tekanan atas pilihan aborsi yang secara sosial dianggap sebagai tindak kriminal. Alih-alih mendapat dukungan dan penguatan untuk meringankan beban fisik dan psikis yang menerpanya, perempuan malah dicela dan dicaci atau bahkan dihukum penjara.

10.6 Fakta Aborsi Di Indonesia

Terlepas dari riuhnya kontroversi tentang aborsi, kita tidak bisa menutup mata bahwa tingginya angka kematian ibu hamil adalah sebuah fakta yang memprihatinkan. Pada level Negara ASEAN Angka Kematian Ibu (AKI) Indonesia menduduki rangking pertama yaitu mencapai 373/100.000 kelahiran 11 % di antaranya karena pertolongan aborsi yang tidak aman.

Beragamnya data statistik yang dikeluarkan oleh beberapa lembaga mengenai frekuensi tindakan aborsi, mengindikasikan realitas aborsi sebagai fenomena gunung es. Data yang dilansir adalah data yang tampak dan terekam di atas permukaan, sementara realitas yang sesungguhnya terjadi justru jauh lebih banyak dari yang terdata. Tahun 1999 WHO melakukan penelitian di 4 provinsi di Indonesia (Sumatra Utara, Jakarta, Yogyakarta, dan Sulawesi Utara) menunjukkan angka 2,3 juta kasus aborsi dengan kategori 600.000 gagal KB, 700.000 kondisi ekonomi, 1.000.000 karena keguguran dengan berbagai faktor. 28 Berdasarkan Penelitian ini WHO menaksir 10-50 % jumlah kematian ibu disebabkan oleh aborsi. (Gulardi, 2009)

Data ini terkonfirmasi oleh data BKKBN yang mencatat jumlah kejadian aborsi mencapai 2,4 jt jiwa pada tahun 2012. Bahkan dalam catatan Maria Ulfah, ada 37-43 kasus aborsi dari 1000 kelahiran. Pada perkembangan berikutnya, angka ini cenderung meningkat, meskipun lagi-lagi angka yang muncul

bukanlah angka yang sesungguhnya. Karena aborsi seringkali ditutupi oleh pelaku, keluarga, masyarakat, atau bahkan oleh Negara. Aborsi lebih dipandang sebagai aib sosial daripada manifestasi kehendak dan pilihan individu. Dari tingginya angka aborsi yang dicatat oleh berbagai lembaga, Maria Ulfa memberikan data terpilah bahwa lebih dari 60 % dari perempuan yang melakukan tindakan aborsi adalah perempuan yang telah menikah.

Pilihan aborsi dilakukan karenaberagam faktor di antaranya adalah faktor kegagalan pemakaian alat kontrasepsi, terlalu banyak anak, dan faktor kemiskinan.³³ Sementara kurang dari 40 % aborsi dilakukan oleh orang yang belum menikah (remaja), karena pergaulan bebas, perkosaan, incest, dan konsekuensi “profesi” PSK. Angka-angka ini menunjukkan bahwa sebagian besar aborsi dilakukan akibat dari kehamilan tak diinginkan (KTD). Seberapa pun angka survey dan penelitian yang dipublikasikan besar atau kecil, tinggi atau rendah menjadi kurang relevan ketika yang dibincang adalah hak hidup seseorang baik ibu maupun anak. 1 nyawa terbunuh secara zalim sama saja dengan terbunuhnya seluruh manusia.

Maka, wacana yang harus dikembangkan tidak lagi pada persolaan legalitas aborsi, namun harus beranjak pada tawaran solusi yang memadai untuk menyelamatkan kehidupan perempuan dan anak. Kompleksitas alasan pilihan aborsi bagi perempuan hamil tidak lepas dari norma agama, sosial, dan kebijakan pemerintah. Kampanye KB melalui norma keluarga kecil bahagia sejahtera memang telah mampu mengubah pengetahuan dan perilaku masyarakat dalam pengambilan keputusan mempunyai anak. Indonesia termasuk Negara yang sukses dengan program KB untuk menekan laju pertumbuhan penduduk tanpa aborsi. Namun program ini tidak diikuti dengan pelayanan KB dan penyuluhan yang memadai kepada masyarakat, sehingga berakibat pada banyaknya kasus kehamilan yang tak direncanakan. Untuk kasus remaja pelaku aborsi, faktor perubahan gaya hidup akibat kemajuan teknologi informasi, serta pergaulan yang tidak dilengkapi dengan pengetahuan dan pemahaman mengenai kesehatan reproduksi menjadi faktor determinan kehamilan yang tak diinginkan di usia pra nikah. Faktanya, pengetahuan tentang proses reproduksi yang diperoleh dari sekolah/kampus kurang

komprehensif atau sepotong-sepotong saja, bahkan tercampur dengan pengetahuan populer atau mitos yang diperolehnya dari teman sebaya, orang tua, media massa; majalah, ataupun dari media internet.

Kondisi ini tentu saja berimplikasi pada sikap dan perilaku yang tidak bertanggungjawab mengenai proses reproduksi seperti pernikahan yang tak direncanakan (*married by accident*), pergaulan bebas (seks pra-nikah), dan kekerasan seksual pada masa pacaran. Budaya tabu untuk membincang persoalan seksualitas dan reproduksi juga turut andil dalam kasus ini. Kelalaian untuk menanggapi kebutuhan akan informasi tentang seksualitas dan kesehatan reproduksi yang bertanggungjawab, ternyata berbuah pada populernya perilaku seksual beresiko dan tingginya biaya sosial yang dikeluarkan.

Pengingkaran terhadap kenyataan akan kebutuhan pendidikan seks sejak dini telah menjerumuskan remaja pada terbentuknya keluarga yang tak berkualitas, bapak ibu belia yang tak siap fisik, psikis, dan ekonomi untuk menjadi orang tua, ibu tanpa suami, dan juga anak-anak yang ditinggal mati ibunya saat melahirkan, atau juga kematian bersama antara ibu dan anak. Saat remaja mengalami kehamilan yang tak diinginkan, baik karena pergaulan bebas ataupun akibat perkosaan, maka dia akan mengalami tekanan psikologis dari dirinya sendiri, orang tua, masyarakat, dan lingkungannya. Apalagi, ada regulasi yang melarang siswa menikah saat dia masih sekolah. Jika pun ini terjadi maka dia akan dikeluarkan dari sekolahnya dan dilarang melanjutkan studinya. Dengan demikian, aborsi menjadi satusatunya pilihan bagi remaja yang hamil di luar nikah.

Lebih lanjut, regulasi mengenai larangan aborsi dengan ancaman pidana bagi pelaku (ibu hamil, dokter, bidan, dukun, dll) juga pihak yang membantu proses aborsi mendorong tindakan aborsi diam-diam, illegal dan rentan dengan resiko kematian. Kalaupun ada pihak tenaga medis yang bersedia membantu proses aborsi dengan relatif aman secara medis, maka tarif yang dikenakan pun sangat mahal karena beresiko secara hukum dan ketersediaan alat-alat yang dibutuhkan harus dipenuhi secara illegal. Maka, lagi-lagi perempuan miskin dan rentan yang menjadi korban unsafe

abortion, dengan pilihan aborsi diam-diam dengan atau tanpa bantuan orang lain.

10.7 Penanganan Aborsi Tidak Aman (*Unsafe Abortion*)

a. Aspek Layanan dan Kebijakan

Dorotthy Shaw, Presiden FIGO (*Internatonal Federation of Gynecology and Obstetrics*) berbicara pada forum WHO pada tahun 2006, bahwa bukti pencegahan, kesakitan dan kematian akibat masalah kesehatan reproduksi dan kesehatan seksualsudah tidak dapat ditoleransi lagi. Selanjutnya ia mengatakan bahwa pemenuhan hak reproduksi merupakan bagian integral dari hak dasar manusia, dan kebijakan serta undang-undang akan mengurangi angka kematian akibat aborsi. (Colin Francome, 2007)

Tulisan Saparinah dalam jurnal perempuan (2007), menguraikan belum terpenuhinya hak kesehatan reproduksi di Indonesia dapat dilihat dari tingginya angka kematian ibu (AKI) dibandingkan dengan negara ASEAN lainnya. Lebih dari 30 tahun yang lalu terdapat kesepakatan nasional untuk menurunkan AKI secara komprehensif dimulai dari kebijakan tentang KIA (Kesehatan Ibu dan Anak), sampai dengan MPS (Make Pregnancy Safer). Namun sampai sekarang AKI masih tetap tinggi di atas 307/100.000 kelahiran hidup. Padahal dalam memenuhi kesepakatan MDGs Indonesia diharapkan dapat menurunkan AKI menjadi 102/100.000 kelahiran hidup di tahun 2015.

Selanjutnya Saparinah menuliskan bahwa memenuhi hak kesehatan reproduksi perempuan adalah mutlak, namun kenyataannya hingga sekarang undang-undang kesehatan tidak memuat pasal-pasal yang dirumuskan khusus untuk melindungi hak-hak kesehatan reproduksi perempuan serta tanggung jawab pemerintah pusat dan daerah mengenai pelayanan kesehatan yang berkualitas.

YKP (Yayasan Kesehatan Perempuan) tahun 2005, dalam kegiatan advokasi tentang kesehatan reproduksi perempuan menjelaskan bahwa di UU No.23/92 tentang kesehatan tidak ada pasal yang secara khusus melindungi hak reproduksi perempuan. Padahal Indonesia salah satu negara yang menyetujui, mendukung dan menandatangani naskah yang disebut sebagai *Platform of Action* (POA) yaitu naskah yang dihasilkan pada ICPD Kairo 1994 adalah bahwa negara bersangkutan menyetujui prinsip-prinsip yang dimuat dalam POA dan bertanggung jawab untuk melaksanakan apa yang disepakati dalam POA tersebut. Salah satu prinsip yang telah disetujui bersama adalah untuk melindungi hak reproduksi perempuan.

Menurut (Andriana, 2015), pandangan pro dan kontra, senantiasa mewarnai perbincangan tentang aborsi. Disatu sisi, ada anggapan janin memiliki hak untuk hidup dan harus dilindungi, sementara disisi lain, muncul pandangan yang menekankan hak perempuan hamil untuk meneruskan atau menghentikan kandungannya. Karenanya tidaklah berlebihan jika aborsi dikatakan sebagai suatu masalah yang cukup serius. Sayangnya data tentang masalah ini sangat terbatas di Indonesia. (Andriana, 2015), menjelaskan lebih lanjut berdasarkan penjelasan pasal 15 ayat 1 dan 2 Undang-Undang Kesehatan No. 23/1992, yang menyatakan bahwa peluang untuk melakukan aborsi tetap terbuka. Tapi itu hanya dapat dilakukan dalam keadaan darurat sebagai upaya penyelamatan ibu hamil. Untuk menjawab kebutuhan ini disediakan pelayanan aborsi yang aman dengan karakteristik hanya dapat dilakukan oleh tenaga ahli (dokter kandungan) dan berdasarkan pada pertimbangan tim ahli lainnya yang terdiri dari medis, agama, hukum, psikologi dan harus tersedia sarana kesehatan serta peralatan yang diperlukan dan ditunjuk oleh pemerintah.

(Andriana, 2015), mengatakan, jika dilihat lebih lanjut berkaitan dengan pasal 15 UU Kesehatan No23/92

ada dua hal penting yang dapat di catat; Pertama, jenis pelayanan aborsi yang disebut aman adalah yang legal dan dilaksanakan menurut sistim pengobatan barat; Kedua, pembatasan pada masalah menyelamatkan ibu dan/atau bayinya yang mengartikan bahwa pelayanan tersebut hanya tersedia bagi kelompok tertentu saja, yakni mereka yang sudah menikah serta terancam jiwanya. Lebih lanjut diuraikan, bahwa memperoleh pelayanan aborsi yang aman tidak dapat disangkal lagi karena merupakan salah satu hak reproduksi perempuan. Tanpa pelayanan yang aman perempuan yang mengalami kehamilan tidak diinginkan dan melakukan aborsi tidak aman akan terancam jiwanya.

(Maria Ulfah Anshar, 2006), mengatakan gagasan untuk mengamandemen UndangUndang Kesehatan No. 23/1992, dengan memasukkan pasal tentang layanan kesehatan yang dapat memenuhi hak reproduksi perempuan, sebagai kajian untuk dibahas bersama anggota Legislatif adalah upaya mencari solusi dalam menghadapi dilema aborsi yang dihadapi perempuan dengan pertimbangan :

- 1) Hingga sekarang, perempuan dalam menghadapi kehamilan yang tidak diinginkan akan selalu mencari cara untuk menggugurkannya. Seringkali berakhir dengan menjadi korban dari prosedur aborsi yang tidak aman dengan akibat fatal; yaitu kematian atau cacat seumur hidup;
- 2) Kemajuan teknologi kedokteran bisa memberi pelayanan yang mencegah aborsi tidak aman;
- 3) Diperlukan UU kesehatan yang memberi perlindungan yang jelas bagi para pemberi pelayanan (dokter, bidan, petugas kesehatan tertentu) maupun perempuan yang mencari layanan aborsi;
- 4) Aturan legal, medis dan psikologis, harus menentukan persyaratan-persyaratan ketat tentang aborsi.

Yang perlu disadari juga adalah bahwa kontroversi tentang aborsi telah menyumbang pada meningkatnya angka kematian ibu di Indonesia. Kontribusi aborsi tidak aman pada angka kematian maternal yang menurut data yang ada berkisar antara 11%-50%, menyimpulkan bahwa aborsi dan kehamilan tidak diinginkan yang dialami perempuan di Indonesia adalah masalah kesehatan yang serius; Pertama: karena berkontribusi pada angka kematian ibu (AKI); Kedua : aborsi tidak aman sebagai masalah kesehatan perempuan usia reproduksi hingga kini belum ada program dan kebijakan untuk membuat kehamilan setiap perempuan aman. (Maria Ulfah Anshar, 2006)

(WHO, 2000) menegaskan bahwa resiko kesakitan dan kematian akibat aborsi tidak aman tergantung pada layanan dan keahlian petugas yang melaksanakan.

b. Aspek Dukungan Sosial

(Ninuk Widyantoro, 2003), menuliskan saat membicarakan perihal hak dan layanan kesehatan reproduksi tidak ada kata yang begitu membangkitkan emosi, selain ABORSI, baik untuk kelompok yang ekstrem membela kepentingan embrio atau fetus dalam rahim perempuan sehingga kepentingan dan hak hidup perempuan itu sendiri terabaikan, maupun untuk kelompok yang lebih membela kepentingan perempuan daripada kepentingan calon anak. Selanjutnya Ninuk menjelaskan bahwa memutuskan untuk melakukan aborsi adalah hal yang tidak mudah bagi seorang perempuan, karena ia sadar sedang melakukan sesuatu yang tidak disenangi agama dan lingkungannya. Ia juga sadar akan mengalami kesakitan fisik luar biasa. Mungkin ia bisa mati. Tapi ia sudah terpojok dan menjadi berani menempuh resiko dengan harapan mendapatkan hidup yang lebih baik.

Pengertian bebas dari rasa takut mencakup juga bebas dari ketakutan akan terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan atau tidak direncanakan, disinilah keterkaitan antara kehidupan seks yang sehat dengan hak reproduksi. Kehamilan yang tidak diinginkan akan

selalu menimbulkan problem kesehatan bagi perempuan, terutama kesehatan mentalnya. Pada saat seperti ini seorang perempuan membutuhkan dukungan baik dari keluarganya maupun dari masyarakat sekitarnya,(Pardono, 2001). Selanjutnya Pardono menguraikan bahwa di masyarakat yang makin urban, kedekatan sosial itu semakin merenggang, termasuk keluarga sendiri. hingga seorang perempuan yang sedang mengalami kecemasan akibat kehamilan yang tidak diinginkan ataupun kekerasan seksual itu justru semakin di jauhkan dari dukungan sosial yang ia perlukan. Bagi perempuan yang mengalami "desperate" akan mencari jalan keluar sendiri yang mungkin dianggap tidak sejalan dengan pandangan masyarakat sekitarnya, dan pada saat itu kesehatan reproduksi perempuan sudah terganggu.

(Maria Ulfah Anshar, 2006), mengatakan aborsi memang tidak identik dengan kesehatan perempuan, tetapi terkait pada kesehatannya secara menyeluruh. Perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan mengalami berbagai emosi seperti rasa panik, malu, takut, rasa tidak mau berdosa semuanya bercampur aduk dalam dirinya. Berarti kehamilan yang tidak diinginkan jelas berdampak negative pada kesehatan mental/psikis dan sosiahiya.

Pendapat Fathalla (Maria Ulfah Anshar, 2006) adalah seorang ginekolog senior, mengatakan dari studi-studi yang adamembuktikan bahwa bila prosedur aborsi dilakukan dengan cara-cara yang aman, maka resiko terhadap kesehatan fisik, mental dan sosial perempuan menjadi lebih rendah atau kecil. Dalam menghadapi dilema aborsi ternyata sulit sekali bagi perempuan, apapun latar belakang pendidikan dan status sosial ekonominya, meskipun kondisi kehidupan berkeluarga cukup harmonis, untuk menuntut hak reproduksinya dan mendapat dukungan yang ia butuhkan, seperti bantuan dan dukungan dari komunitas medis yang sudah

mengenai keadaan dirinya ataupun dukungan emosional dari orang yang paling dekat.

Uraian-uraian di atas menyimpulkan bahwa dukungan sosial sangat dibutuhkan oleh perempuan yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan. Dukungan sosial untuk mengupayakan solusi yang tepat dan komprehensif dalam menangani masalah kesehatan reproduksi perempuan.

c. Aspek Informasi dan Pengetahuan

Kesehatan secara umum sangat dipengaruhi oleh pendidikan (peran pendidikan, terutama perempuan, mencapai 70% dalam meningkatkan kesehatan rakyat). Oleh karena itu pendidikan bagi perempuan menjadi sangat penting untuk mencapai cita-cita Kairo dan MDGs. Informasi yang diberikan mencakup pengetahuan tentang apa yang terjadi pada dirinya dalam hal reproduksi, bagaimana organ dan fungsi reproduksinya akan berkembang, bagaimana ia dapat mengambil pilihan yang sesuai dengan keinginannya, dan dimana serta bagaimana ia dapat memperoleh pelayanan kesehatan reproduksinya. (Pardono, 2001)

Hasil penelitian kualitatif yang dilakukan PKBI tahun 2005 tentang kehamilan yang tidak diinginkan dipengaruhi oleh rendahnya tingkat pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, dan tingkat pengetahuan berhubungan dengan perilaku. Karenanya PKBI melakukan penelitian dengan tujuan untuk mendefinisikan pengetahuan KTD, pengetahuan tentang cara pencegahan, dan pengetahuan tentang sejauh mana individu mampu memahami KTD dan hal-hal yang dapat dilakukan untuk dapat melindungi diri dari KTD. Tidak ada jalan lain dalam meningkatkan pengetahuan dan merubah perilaku beresiko yang dilakukan perempuan yang mengalami KTD, adalah dengan menggunakan strategi komunikasi yang efektif untuk menyebarkan informasi yang dapat mempengaruhi individu dan komunitas masyarakat agar membuat keputusan yang tepat demi memelihara kesehatan mereka sendiri.

Penelitian PKBI (2008) mengatakan kebanyakan perilaku yang menyebabkan seseorang menderita penyakit pada umumnya bersumber dari ketidaktahuan dan kesalahpahaman atas berbagai informasi kesehatan yang mereka akses. Hal yang juga terlihat dari perilaku perempuan yang mengalami KTD untuk menghentikan kehamilannya adalah mengkonsumsi berbagai obat ataupun jamu-jamuan yang diyakini dapat menggugurkan kandungannya. Label "dilarang minum bagi wanita hamil" adalah informasi yang salah yang membuat persepsi yang salah juga. Berangkat dari uraian di atas perlu mengembangkan strategi komunikasi yang efektif yang dapat memberikan pemahaman bagi perempuan yang mengalami KTD untuk mencari informasi yang lebih akurat sebelum mengambil tindakan untuk mengkonsumsi atau menggunakan sesuatu.

Liliweri (2006), berpendapat salah satu strategi promosi kesehatan adalah mengembangkan sistem komunikasi yang efektif dalam pendidikan kesehatan masyarakat, dan mempromosikan adalah tanggungjawab sosial bagi kesehatan. Para pengambil keputusan agar meningkatkan komitmen dan tanggungjawab sosial, baik dari sektor publik maupun sektor swasta harus mempromosikan kesehatan dengan mengembangkan kebijakan terhadap bentuk-bentuk promosi dari produk yang dapat membahayakan masyarakat diantaranya:

- 1) Menghindari semua bentuk tindakan yang dapat mengancam kesehatan orang lain.
- 2) Membatasi produk barang atau jasa yang mengancam kesehatan manusia, seperti jamu-jamuan peluntur haid.

Selanjutnya Liliweri mengatakan hubungan komunikasi dengan kesehatan memberikan peranan penting dalam meningkatkan pengetahuan dan mengubah perilaku, karena komunikasi kesehatan adalah, cara menyebarkan informasi kesehatan yang dapat mempengaruhi dan

memotivasi individu maupun komunitas agar mereka dapat membuat keputusan yang tepat.

DAFTAR PUSTAKA

- Andriana. 2015. *Hak-hak Reproduksi Perempuan Yang Terpasung*. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- CB Kusmaryanto. 2010. *Kontroversi Aborsi*. Jakarta: Grasindo.
- Chang, W. 2003. *Bioetika*. Yogyakarta.
- Colin Francome. 2007. *Abortion a worldwide perspektive*. London.
- Gulardi. 2009. *masalah kesehatan perempuan akibat reproduksi*. Jakarta.
- Maria Ulfah Anshar. 2006. *Wacana penguatan hak reproduksi perempuan*. Jakarta.
- Ninuk Widyantoro. 2003. *Laporan penelitian penghentian kehamilan yang tidak di inginkan (KTD) yang Aman Berbasis Konseling*. Jakarta: Bunga Kompas.
- Pardono. 2001. *Pengguguran yang tidak aman di indonesia*. Jakarta.
- PKBI. 2009. *Hasil diskusi terbatas penanganan yang layak aborsi tidak aman*.
- WHO. 2000. 'Safe abortion: Technical and policy guidance for health system'.
- WHO. 2007. 'Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003'.
- Yulia Fauziyah. 2013. *Bioteknologi Kesehatan*. Yogyakarta.

BAB 11

SKRINING PRANIKAH

Oleh Darmiati

11.1 Pendahuluan

Menikah merupakan salah satu tahap krusial dalam siklus kehidupan. Oleh karena itu, bagi calon pasangan diperlukan kesiapan baik persiapan secara fisik maupun persiapan mental. Salah satu persiapan fisik yang sebaiknya dipersiapkan bagi calon pasangan adalah pemeriksaan kesehatan termasuk kesehatan reproduksi (Rahayu *et al.*, 2017). Dalam ikatan pernikahan bukan hanya sekedar menyatukan dua insan yang pada dasarnya telah memiliki persamaan rasa dan tujuan hidup yang sama, namun sebuah tujuan yang tidak kalah penting adalah keturunan (Vania, 2017).

Keturunan yang sehat akan lahir dari pasangan yang sehat sehingga untuk mengoptimalkan kesehatan pasangan diperlukan persiapan. Kesehatan reproduksi yang sehat juga bertujuan untuk menciptakan hubungan pernikahan yang aman dan sehat. Hal sederhana yang dapat dilakukan oleh pasangan untuk mempersiapkan kesehatan fisiknya adalah memiliki pengetahuan dan pemahaman yang cukup terkait pemeriksaan yang dapat dilakukan sebagai modal awal melalui pemberian pendidikan kesehatan dan ikut melaksanakan pemeriksaan sebelum pernikahan atau yang biasa dikenal dengan istilah skrining pranikah (Tamrin, 2020).

11.2 Pengertian

Menurut (Umam, 2021) skrining pranikah merupakan salah satu jenis pemeriksaan yang dapat dilakukan oleh individu atau calon pengantin sebelum melaksanakan pernikahan untuk memaksimalkan kesehatan sehingga terwujud kehamilan yang terencana, aman, dan sehat. Prosedur skrining pranikah merupakan salah satu hak reproduksi dan seksual bagi calon

pengantin. Dalam skrining pranikah, pasangan calon pengantin akan menjalani rangkaian pemeriksaan sebagai salah satu persiapan sebelum pernikahan. Skrining pranikah biasa juga di kenal dengan istilah tes kesehatan pranikah (*premarital check up*).

11.3 Dasar Hukum Dalam Peraturan Perundang-Undangan

Dasar hukum dalam peraturan perundang-undangan terkait skrining pranikah, salah satunya tertuang pada Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi. Pada pasal 13 telah diatur tentang kesehatan reproduksi terkhusus pada masa pranikah (Munawaroh, 2019). Beberapa hal yang tertuang dalam peraturan tersebut antara lain:

- a. Pelayanan kesehatan pada masa prakonsepsi atau masa sebelum kehamilan yang bertujuan agar wanita yang memiliki rencana untuk hamil dalam kondisi sehat sehingga dapat terwujud kehamilan dan persalinan yang sehat dan selamat serta bayi yang lahir dalam keadaan sehat.
- b. Pelayanan kesehatan minimal yang dapat dilakukan pada masa sebelum prakonsepsi antara lain:
 - 1) Pemeriksaan fisik
 - 2) Imunisasi, dan
 - 3) Konsultasi atau edukasi tentang kesehatan
- c. Pelayanan kesehatan yang dapat dilakukan pada masa prakonsepsi seperti pemeriksaan fisik dan imunisasi sebagaimana tertuang pada ayat (2) huruf a dan b, harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dalam memberikan pelayanan.
- d. Pelayanan kesehatan pada masa pra konsepsi berupa Konsultasi atau edukasi tentang kesehatan sebagaimana tertuang pada ayat (2) huruf c dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan dalam memberikan pelayanan, dan atau tenaga non kesehatan yang terlatih.

Dari uraian di atas, tenaga kesehatan khususnya bidan memiliki peran dalam mengimplemtasikan program atau peraturan pemerintah terkait kesehatan reproduksi khususnya pada masa pra konsepsi atau skrining pranikah. Beberapa kegiatan yang dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan (bidan) yaitu pendidikan kesehatan dan Konseling (Amalia, 2018).

11.4 Proses Tes Kesehatan Pranikah

Pemeriksaan kesehatan atau skrining pranikah merupakan proses tindakan yang bersifat pencegahan. Kegiatan ini dilakukan untuk menghindari hal-hal yang tidak diinginkan seperti mencegah terjadinya penularan penyakit dan mencegah timbulnya komplikasi dari penyakit sebelumnya (Rahayu *et al.*, 2017). Pada dasarnya, pemeriksaan kesehatan sebaiknya dilakukan 6 bulan sebelum pernikahan dilaksanakan. Hal ini bertujuan agar jika hasil pemeriksaan menunjukkan ada gangguan, tersedia cukup waktu untuk menjalani proses pengobatan dan penyembuhan maksimal sebelum pernikahan berlangsung. Namun secara teknis, pemeriksaan kesehatan pranikah dapat dilakukan kapan saja sebelum pernikahan dilaksanakan (Niranjan Banik, Adam Koesoemadinata, Charles Wagner, Charles Inyang, 2013).

Pada uraian sebelumnya, telah dijabarkan peran bidan dalam pelaksanaan skrining pranikah yaitu pelaksanaan pendidikan kesehatan dan konseling.

a. Pendidikan kesehatan

Salah satu upaya kesehatan yang dapat dilakukan sebagai upaya preventif yaitu melaksanakan kegaitan promotif. Bentuk kegiatan upaya promotif adalah pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan salah satu bagian dari promosi kesehatan dan merupakan suatu disiplin ilmu pendidikan dengan wawasan yang lebih luas. Pendidikan kesehatan merupakan suatu upaya yang bertujuan sebagai penghubung informasi kesehatan dengan praktik kesehatan yang dapat disampaikan melalui beberapa kegiatan.

b. **Konseling**

Konseling merupakan suatu proses pemberian bantuan (informasi) yang dilakukan oleh seorang profesional (konselor) kepada orang lain/klien. Konseling bertujuan untuk memberikan informasi kepada klien yang memiliki masalah untuk menghindari dampak yang lebih parah (Amalia, 2018).

11.5 Pelaksanaan Tes Kesehatan

Pelaksanaan tes kesehatan bagi pasangan yang akan menikah dapat dilakukan melalui beberapa pemeriksaan berikut ini:

a. *Program Pre-Marital Screening*

Pre-Marital Screening atau *Pre Marital Check Up* atau skrining pranikah terbagi dalam beberapa kelompok tes yang dilakukan dengan tujuan melakukan identifikasi kemungkinan adanya masalah kesehatan yang terjadi saat ini dan kemungkinan masalah kesehatan yang dapat terjadi di masa depan ketika pasangan hamil dan memiliki keturunan. Rangkaian pemeriksaan kesehatan yang dimaksud antara lain:

1. Pemeriksaan umum meliputi:

a) Pemeriksaan fisik / klinis

Pemeriksaan fisik atau pemeriksaan klinis merupakan suatu proses yang dilakukan oleh seorang ahli medis untuk memeriksa keadaan tubuh seseorang dengan tujuan untuk menemukan tanda klinis penyakit. Hasil pemeriksaan kemudian akan di catat dan digunakan sebagai dasar untuk menegakkan diagnosa dan masalah yang sedang dialami oleh seseorang sehingga dapat tersusun intervensi yang tepat.

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis yang dimulai dari bagian kepala sampai bagian ekstremitas (kaki) dengan menggunakan teknik dasar pemeriksaan fisik seperti inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Dalam implementasinya,

pemeriksaan tanda-tanda vital meliputi pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu an pernafasan merupakan pemeriksaan fisik dasar yang wajib dilakukan.

Pemeriksaan fisik lain yang juga biasa dilakukan adalah pengukuran berat badan dan tinggi badan. Hal ini dilakukan untuk mengetahui Indeks Masa Tubuh (IMT) seseorang. Pemeriksaan IMT dapat digunakan untuk membantu menentukan kondisi tubuh seseorang. Hasil perhitungan IMT akan menentukan kondisi tubuh normal, *underweight*, *overweight*, atau obesitas (Wulandari, 2021).

Berikut cara menentukan IMT :



Gambar 18. Cara Perhitungan IMT
Sumber : (Kemenkes, 2019)

Sedangkan hasil perhitungan IMT dapat di lihat pada gambar berikut:

Tabel 4.8
Klasifikasi WHO

KLASIFIKASI	IMT
Berat badan kurang (Underweight)	< 18,5
Berat badan normal	18,5 - 24,9
Ketakebihan berat badan (Overweight) dengan risiko	25 - 29,9
Obesitas I	30 - 34,9
Obesitas II	> 35

WHO Western Pacific Region, 2000

Tabel 4.9
Klasifikasi Nasional

KLASIFIKASI	IMT
Kurus	< 17,0
Berat	17,0 - 18,4
Normal	18,5 - 24,9
Gemuk	25,0 - 29,9
Obesitas	> 30

2010, 2011

Gambar 19. Hasil Perhitungan IMT
Sumber : (Kemenkes, 2019)

Pemeriksaan fisik merupakan salah satu pemeriksaan dasar yang penting. Sebagai contoh dalam pemeriksaan tekanan darah. Tekanan darah yang normal menandakan tubuh dalam kondisi cukup baik, jika tekanan darah tinggi dan terjadi kehamilan maka kehamilan tersebut berisiko terjadi pre eklampsia sehingga menyebabkan pertumbuhan janin yang terhambat. Begitu pula pada wanita yang mengalami obesitas akan mempengaruhi tingkat kesuburan dan dapat menjadi pemicu munculnya beberapa risiko penyakit seperti diabetes, *macrosomia*, dan kesulitan saat proses *inpartu* (Natalia, Rodiani and Zulfadli, 2020).

b) Pemeriksaan darah rutin

Pemeriksaan darah rutin merupakan pemeriksaan yang dilakukan oleh ahli medis yang digunakan untuk menegaskan diagnosis penyakit yang berhubungan dengan gangguan atau kelainan darah. Pemeriksaan darah rutin akan memberikan

hasil kadar hemoglobin, jumlah eritrosit/sel darah merah, jumlah leukosit/sel darah putih, hematokrit/perbandingan jumlah eritrosit dengan volume darah secara keseluruhan, faktor pembekuan darah (jumlah trombosit/plasma darah), dan hitung jenis leukosit (Arifah, 2022).

Pemeriksaan darah rutin yang paling dasar dilakukan adalah pemeriksaan kadar hemoglobin. Hal ini dilakukan untuk mengetahui kadar hemoglobin dalam tubuh wanita sehingga dapat terdiagnosis anemia. Bagi seorang wanita yang akan menikah dan mengalami kehamilan sangat penting untuk mengetahui kadar hemoglobin. Seorang wanita yang mengalai anemia baik sebelum maupun selama kehamilan akan berisiko terhadap kesehatan calon ibu dan calon bayinya. Pemeriksaan darah rutin lain yang juga dapat dilakukan adalah pemeriksaan kadar kolesterol untuk mencegah terjadinya penyakit jantung koroner dan stroke.

Pemeriksaan lain yang juga dapat dilakukan adalah pemeriksaan kadar glukosa dalam darah. Pemeriksaan kadar glukosa dilakukan untuk mendeteksi kemungkinan adanya penyakit diabetes mellitus selama kehamilan yang juga berisiko terhadap kesehatan calon ibu dan calon bayi.

c) Pemeriksaan golongan darah / rhesus

Rhesus adalah sebuah penggolongan untuk menentukan ada tidaknya substansi antigen-D pada darah. Hasil pemeriksaan rhesus bisa dilakukan saat melakukan pemeriksaan golongan darah. Jika hasil pemeriksaan ditemukan antigen-D menunjukkan rhesus positif, dan jika hasil pemeriksaan tidak ditemukan antigen-D menunjukkan rhesus negatif. Pada umumnya, warga bangsa Asia memiliki rhesus positif (+) sedangkan rhesus negatif (-) lebih sering

ditemukan apda warga bangsa Eropa. Pemeriksaan rhesus terkadang dianggap tidak penting sehingga banyak pasangan yang tidak melakukan pemeriksaan ini. Padahal jika hasil pemeriksaan diperoleh hasil rhesus yang bersilangan akan berpengaruh terhadap keturunan. Jika seorang wanita memiliki rhesus negatif dan menikah dengan seorang pria yang memiliki rhesus positif maka kemungkinan anak pertama yang lahir memiliki rhesus negatif atau positif. Jika bayi tersebut memiliki rhesus negatif tidak akan terjadi masalah, akan tetapi jika anak tersebut memiliki rhesus positif maka akan membahayakan kehamilan berikutnya. Hal ini disebabkan karena antibodi antirhesus dari ibu dapat masuk ke dalam eritrosit janin dan berisiko terjadinya inkompatibilitas. Menurut American College of Obstetricians and Gynecologists, pada janin yang memiliki rhesus positif masuk ke aliran darah ibu yang memiliki rhesus negatif maka tubuh ibu akan menganggap darah janin adalah benda asing sehingga tubuh ibu akan membentuk antibodi antirhesus yang berusaha untuk menghancurkan darah janin tersebut. Antibodi ini selanjutnya akan masuk melalui pembuluh darah plasenta dan akan menyerang sel darah janin yang menyebabkan sel darah merah janin akan hancur sehingga janin akan berisiko mengalami anemia yang juga dapat berdampak buruk bahkan mengancam nyawa janin. Jika ditemukan kondisi ibu hamil dengan inkompatibilitas rhesus, maka seorang tenaga kesehatan (bidan) perlu menyampaikan kepada calon ibu atau ibu hamil untuk lebih sering melakukan *antenatal care* dan perawatan ekstra dengan kolaborasi dokter kandungan. Pada kunjungan antenatal pertama dapat disarankan untuk melakukan pemeriksaan golongan darah dan

rhesus bagi calon ibu dan pasangannya (Tamrin, 2020).

d) Pemeriksaan urin lengkap

Pemeriksaan urin lengkap atau urinalisis merupakan pemeriksaan yang dapat dilakukan untuk mendeteksi adanya gangguan dalam tubuh. Beberapa penyakit yang dapat terdeteksi dengan melakukan pemeriksaan urin lengkap seperti infeksi saluran kemih, penyakit ginjal, pre eklamsi dan risiko diabetes mellitus. Sebagai contoh, pemeriksaan urin dasar yang dapat dilakukan oleh bidan adalah pemeriksaan reduksi atau kadar glukosa untuk mendeteksi adanya penyakit diabetes mellitus, dan pemeriksaan albumin atau kadar protein untuk mendeteksi adanya penyakit pre eklampsia. Penyakit ini akan menyebabkan risiko pada ibu dan janin selama kehamilan seperti *macrosomia*, BBLR, prematuritas, pertumbuhan janin terhambat, bahkan kematian janin (Munawaroh, 2019).

2. Pemeriksaan penyakit keturunan/herediter

Penyakit herediter adalah penyakit yang berasal dari penyakit orang tua (bawaan). Bagi calon pengantin, informasi tentang adanya penyakit keturunan perlu disampaikan sehingga pasangan memiliki pemahaman bahwa jika orang tua memiliki penyakit keturunan maka akan ada kemungkinan keturunan mereka nantinya juga akan menderita penyakit yang sama. Berikut ini pemeriksaan penyakit hereditas yang dapat dilakukan antara lain:

a) Thalasemia

Thalasemia adalah salah satu penyakit kelainan darah yang terjadi akibat adanya kelainan genetik. Thalasemia merupakan penyakit keturunan dan kondisi penyakit ini menyebabkan

ketidakmampuan tubuh untuk memproduksi hemoglobin yang normal. Penyakit ini sudah bisa terjadi sejak masa kanak-kanak. Gejala yang umum terjadi pada penderita thalasemia adalah anemia, mudah lelah, dan lemas. Gejala ini biasa mulai muncul pada 2 tahun pertama kehidupan. Meskipun pada penderita thalasemia minor, anemia kadang tidak terjadi.

Berdasarkan data yang ada, di Indonesia Thalasemia merupakan salah satu isu kesehatan karena 3-10% populasi di Indonesia merupakan *carrier* gen thalasemia beta, dan sekitar 2,6 – 11% merupakan *carrier* gen thalasemia alfa. Thalasemia terdiri dari dua jenis yaitu thalasemia mayor dan thalasemia minor.

Jika hasil pemeriksaan ditemukan kedua orang tua mengidap penyakit thalasemia minor, maka 25% keturunannya kemungkinan akan menderita thalasemia mayor, 50% kemungkinan menderita thalasemia minor, dan sekitar 25% akan normal. Jika hasil pemeriksaan ditemukan salah satu orang tua mengidap thalasemia minor, maka 50% keturunannya kemungkinan akan menderita thalasemia minor, dan 50% akan normal. Oleh karena itu, pemeriksaan darah sangat penting dilakukan bagi calon pasangan untuk menghindari terjadinya penyakit (Munawaroh, 2019).

b) Hemofilia

Hemofilia merupakan salah satu gangguan pembekuan darah. Penyakit ini termasuk penyakit hereditas yang terbanyak di dunia. Hemofilia terbagi menjadi 2 jenis yaitu hemofilia A dan hemofilia B. Hemofilia A terjadi akibat adanya mutasi yang terjadi pada gen faktor VIII dan mengakibatkan kekurangan faktor VIII yang diperlukan dalam pembentukan zat pembekuan darah (fibrin), sedangkan hemofilia B terjadi akibat

difisiensi faktor IX yang juga dibutuhkan dalam pembentukan zat pembekuan darah (fibrin).

Secara umum, prinsip dalam penanganan penyakit hemofilia yaitu melakukan pencegahan perdarahan, penatalaksanaan perdarahan akut kurang dari 2 jam, dan penatalaksanaan perdarahan berat di unit pelayanan kesehatan yang memiliki fasilitas.

Masalah diagnosis penyakit hemofilia khususnya di Indonesia saat ini masih perlu ditingkatkan. Salah satu hal sederhana yang dapat dilakukan adalah memberikan informasi kepada masyarakat dan petugas kesehatan terkait penyakit hemofilia sehingga masyarakat memiliki kesadaran dan tahu apa yang harus mereka lakukan jika menderita hemofilia. Peran pemerintah juga sangat dibutuhkan untuk memberikan fasilitas yang memadai pada unit pelayanan kesehatan sehingga pemeriksaan hemofilia dapat dilakukan pada unit pelayanan dasar sekalipun (U.S. National Library of Medicine, 2014).

c) *Sickle Cell Disease*

Sickle Cell Disease (SCD) dikenal juga sebagai penyakit sel sabit. SCD merupakan salah satu penyakit kelainan sel darah merah yang mudah pecah sehingga penderitanya mengalami anemia. *Sickle Cell Disease* (SCD) juga merupakan anemi yang terjadi akibat hemoglobinopati yang disebabkan adanya perubahan asam amino ke-6 dari rantai globin β . Pada umumnya, penyakit *Sickle Cell Disease* (SCD) lebih banyak terjadi di daerah tropis seperti Afrika dan sebagian daerah kecil di Arab Saudi, India dan Mediterania serta golongan kulit hitam di Amerika.

Berdasarkan patofisiologinya, perubahan asam amino dari asam glutamat menjadi valin pada rantai globin β akan mengakibatkan eritrosit berbentuk sabit ketika mengalami deoksigenasi. Penanganan

pada penyakit *Sickle Cell Disease* (SCD) diperlukan kolaborasi dengan dokter (Aminah, 2020).

3. Pemeriksaan penyakit menular

Beberapa penyakit menular yang dapat diperiksa pada pemeriksaan skrining pranikah meliputi:

a) HIV, Hepatitis B (HBV), dan Hepatitis C (HCV)

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merupakan suatu virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh yang dapat menyebabkan AIDS dalam jangka waktu tertentu. Penularan penyakit HIV dapat terjadi melalui hubungan seks secara bebas tanpa menggunakan pengaman (kondom) dengan *carrier* yang terinfeksi HIV, penularan melalui jarum seperti jarum suntik atau jarum tindik, dan bisa melalui jarum tato. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan adalah skrining HIV, tes serology/antibody, tes konfirmasi, dan tes deteksi virus (Nursalam, 2016 and Fallis, 2013).

Hepatitis merupakan salah satu penyakit yang disebabkan karena peradangan pada hati yang dapat berkembang menjadi fibrosis, sirosis atau kanker hati. Hepatitis disebabkan oleh berbagai faktor seperti infeksi virus, adanya zat beracun, dan penyakit. Berdasarkan data yang ada, saat ini sekitar 1,8 milyar manusia di dunia diperkirakan telah terinfeksi oleh penyakit hepatitis B dimana 350 diantaranya diperkirakan sudah mengalami infeksi kronis, dan sekitar 170 juta jiwa di dunia telah terinfeksi hepatitis C (Oliver, 2019).

HIV, hepatitis B, dan hepatitis C merupakan penyakit yang dapat membahayakan nyawa seseorang dan dapat ditularkan melalui darah, hubungan seksual dan cairan tubuh. Oleh karena itu, bagi calon pengantin sangat perlu dilakukan pemeriksaan ketiga penyakit ini karena juga akan membahayakan pasangan dan calon bayinya kelak. Jika ditemukan calon pengantin yang menderita

penyakit hepatitis B, maka sebaiknya pasangannya harus memiliki kekebalan terhadap penyakit hepatitis B melalui pemberian imunisasi. Informasi seperti ini dapat diebrikan saat skrining pranikah.

b) TORCH (*Toxoplasma, Rubella, Cytomegalovirus, Herpes Simplex Virus*)

Infeksi TORCH merupakan beberapa jenis penyakit infeksi yang dapat dialami oleh wanita yang berencana hamil maupun wanita yang sedang hamil. Salah satu komplikasi akibat infeksi TORCH adalah *Congenital Rubella Syndrome* (CRS) yang merupakan gabungan ketidaknormalan fisik yang berkembang pada bayi. Sel yang telah terinfeksi dengan virus rubella biasanya memiliki umur yang pendek sehingga janin yang terinfeksi virus rubella biasanya akan mengalami komplikasi seperti kelainan jantung, ketulian, glaukoma, lahir prematur, abortus spontan dan mengalami malformasi sistem organ, bahkan kematian (Dewi, 2019).

c) *Venereal Disease Screen* (Pemeriksaan untuk penyakit Syphilis) dan IMS

Penyakit syphilis merupakan salah satu penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) yang dapat menimbulkan kondisi yang cukup parah bahkan menyebabkan infeksi pada otak. Pada calon ibu, pemeriksaan syphilis sangat perlu dilakukan karena jika ibu hamil telah terinfeksi syphilis maka akan berpengaruh terhadap kehamilannya. Ibu hamil dengan syphilis dapat menyebabkan terjadinya abortus, infeksi neonatus, dan kematian. Skrining syphilis dapat dilakukan pada unit pelayanan kesehatan dasar seperti puskesmas. Pemeriksaan yang dilakukan untuk mendeteksi syphilis yaitu dengan melakukan tes VDRL. *Tes Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) adalah pemeriksaan dengan cara mengukur

antibodi yang diproduksi tubuh Anda ketika bersentuhan dengan bakteri penyebab sifilis, yakni *Treponema pallidum* (Engel, 2014).

Bagi calon pasangan perlu melakukan pemeriksaan VDRL, hal ini bertujuan untuk mengetahui kesehatan pasangan sehingga tidak terjadi komplikasi dan dampak dalam hubungan di masa depan (Pamungkas, 2018).

4. Pemeriksaan yang berhubungan dengan organ reproduksi dan kesuburan

Menurut (Arifah, 2022) pemeriksaan kesehatan khususnya kesehatan reproduksi, tidak hanya dilakukan oleh perempuan saja. Saat ini pemeriksaan kesehatan reproduksi juga dapat dilakukan oleh laki-laki.

a) Bagi perempuan

Beberapa pemeriksaan kesehatan reproduksi yang dapat dilakukan oleh perempuan misalnya pemeriksaan Ultrasonografi (USG). Hal ini bertujuan untuk mengetahui kondisi organ reproduksi seperti uterus, tuba fallopii, dan ovarium. Pemeriksaan kesehatan reproduksi lainnya juga perlu dilakukan misalnya pemeriksaan kondisi tuba fallopii untuk mendeteksi adanya gangguan atau sumbatan seperti kista, polip, tumor, dan lainnya. Pemeriksaan lanjutan yang dapat dilakukan misalnya pemeriksaan HSG (pemeriksaan kadar hormon) dalam tubuh. Hal ini penting dilakukan karena pemeriksaan kadar hormon akan mempengaruhi tingkat kesuburan seorang wanita. Pemeriksaan hormon lain yang dapat diperiksa misalnya kadar hormon FSH dan estradiol.

b) Bagi Laki-laki

Pemeriksaan kesehatan reproduksi pada laki-laki juga tidak kalah penting. Beberapa pemeriksaan yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan fisik

seperti pemeriksaan kondisi alat kelamin, skrotum, dan prostat. Pemeriksaan lanjutan yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan kadar hormon FSH yang berperan dalam proses pembentukan sperma dan pemeriksaan hormon testosteron. Pemeriksaan lain yang dapat dilakukan adalah pemeriksaan terkait analisis sperma dan cairan semen.

5. Pemeriksaan tambahan meliputi:

Selain melakukan pemeriksaan kesehatan, ada beberapa pemeriksaan tambahan yang juga dapat dilakukan pada saat skrining pranikah, meliputi:

a) Alergi

Alergi merupakan salah satu bentuk sistem kekebalan tubuh seseorang yang bereaksi di luar normal terhadap zat tertentu. Pemeriksaan alergi kadang luput dari perhatian para calon pasangan dan terkadang dianggap sepele. Meskipun demikian, pemeriksaan alergi dapat dilakukan untuk mencegah komplikasi yang lebih fatal (Amalia, 2018).

b) Vaksinasi dewasa

Berdasarkan rekomendasi Satgas imunisasi dewasa, beberapa jenis vaksin yang dapat diberikan disesuaikan dengan kelompok usia. Beberapa vaksinasi yang dapat diberikan pada usia dewasa misalnya:

- 1) Influenza,
- 2) Diphteria Pertusis tetanus (DPT),
- 3) Human Papilloma Virus (HPV) bagi perempuan dan laki-laki,
- 4) Zoster,
- 5) Measles/campak, Mumps/Gongongan, dan Rubella/campak jerman (MMR)
- 6) Pneumikokal Konjugat 13-valent (PPS V23) / pneumokok
- 7) Meningitis meningokokal
- 8) Hepatitis A

- 9) Hepatitis B
- 10) Hepatitis A dan hepatitis B (kombinasi)
- 11) Hepatitis A dan Thypoid (kombinasi)
- 12) Thypoid fever (Demam thypoid)
- 13) Yellow Fever (Demam kuning)
- 14) Japanese Encephalitis (JE),
- 15) Rabies, dan
- 16) COVID-19 (PAPDI, 2021)

Jadwal vaksinasi dewasa dapat dilihat pada gambar di bawah ini:

VAKSIN	KELOMPOK USIA	19-21 tahun	22-29 tahun	30-49 tahun	50-59 tahun	60-69 tahun	70-79 tahun
Influenza (Flu)				Quadrivalent/T trivalent 1 dosis setiap tahun			
Tetanus, difteria, pertusis (Td/Tdap)				1 dosis booster Td/Tdap diberikan setiap 10 tahun			
Varisela*				2 dosis (dosis ke-1 & 2-4 minggu kemudian)			
Human Papilloma Virus (HPV) untuk perempuan*		3 dosis 14-16 bulan (dosis ke-1, 2, 3 & 6)					
Human Papilloma Virus (HPV) untuk laki-laki*		HPV quadrivalent 3 dosis (dosis ke-0, 2, 4)					
Zoster*						1 dosis	
Meningitis Campak, Meningitis, dan Rubella/Campak Jerman (MMIZ)		1 dosis 2 dosis (dosis ke-1 & 2)					
Pneumonia Konjugat 13-valen (PCV-13)/Pneumokel*					1 dosis		
Pneumonia Polisakarida (PPNV23)/Pneumokel*						1 dosis	
Meningitis meningokokus*				Waktu untuk persalinan tinggi dan rendah (1 dosis untuk 2 tahun)			
Hepatitis A*				2 dosis (dosis ke-1 dan ke-2)			
Hepatitis B*				3 dosis (dosis ke-0, 1, dan 6)			
Hepatitis A dan Hepatitis B (kombinasi)*				3 dosis (dosis ke-0, 1, dan 6)			
Hepatitis A dan Thypoid (kombinasi)*				1 dosis pertama kombinasi, selanjutnya dosis tunggal mengikuti vaksin			
Thypoid Fever (Demam Thypoid)*				1 dosis untuk 3 tahun			
Yellow Fever (Demam Kuning)*				Waktu lalu atau sebelum ke negara berisiko (1 dosis untuk 10 tahun)			
Japanese Encephalitis (JE)*				1 atau 2 dosis			
Rabies*				Diberikan sesuai gejala/tepatnya terdapat risiko 4 kali pertama, lalu ke-5 (2 dosis), lalu ke-6 (1 dosis & ke-7) (1 dosis)			
COVID-19*				1 atau 2 dosis			

Gambar 20. Jadwal Imunisasi dewasa
Sumber : (PAPDI, 2021)

6. Pemeriksaan kesehatan untuk ibu dan calon ibu
Berikut ini merupakan pemeriksaan lain yang direkomendasikan untuk dilakukan terutama pada calon pengantin wanita dan ibu yang telah memiliki keturunan meliputi:

a) Pemeriksaan periondotal

Pemeriksaan periondotal adalah pemeriksaan yang dilakukan pada daerah mulut. Pemeriksaan ini meliputi tindakan membersihkan secara rutin, pemeriksaan gusi dengan tujuan agar gigi dan gusi tetap sehat. Hal ini penting dilakukan karena

seorang wanita yang memiliki penyakit pada daerah gusi akan memiliki risiko 7x lipat lebih tinggi berpotensi melahirkan bayi prematur. Oleh karena itu, seorang calon pengantin atau seorang ibu dapat melakukan pemeriksaan mulut 3-4 bulan sekali terutama jika memiliki keluhan.

- b) Pemeriksaan *Thyroid Stimulating Hormone* (TSH)
Pemeriksaan *Thyroid Stimulating Hormone* (TSH) dilakukan untuk mengetahui kadar dan tingkat keaktifan hormon tiroid seseorang. Kadar hormon tiroid dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi seorang wanita. Seorang wanita dengan kadar hormon tiroid yang rendah (hipotiroid) akan mempengaruhi ovulasi sedangkan wanita dengan kadar hormon tiroid yang tinggi (hipertiroid) akan meningkatkan risiko terjadinya abortus dan prematuritas.
- c) Pemeriksaan hitung darah lengkap (*Complete Blood Count/CBC*)
Pemeriksaan hitung darah lengkap (*Complete Blood Count/CBC*) dilakukan untuk mengetahui kondisi sumsum tulang belakang dan kerja sistem kekebalan tubuh. Jika hasil pemeriksaan menunjukkan kadar leukosit yang tinggi atau di atas normal maka kemungkinan terjadi infeksi, jika kadar hemoglobin rendah menunjukkan ibu mengalami kondisi anemia.
- d) *Pap Smear*
Pemeriksaan pap smear merupakan salah satu metode yang dilakukan sebagai upaya untuk mendeteksi dini/skrining adanya keganasan atau kanker serviks. Pemeriksaan dilakukan dengan mengambil apusan pada sel epitel untuk kemudian dilakukan pemeriksaan lebih lanjut. Hasil pemeriksaan bertujuan untuk mendeteksi adanya lesi pada serviks yang dapat berpotensi menjadi keganasan. *Pap smear* merupakan pemeriksaan yang dilakukan pada wanita yang telah melakukan

hubungan seksual atau telah memiliki anak, sedangkan pada calon pengantin dapat dilakukan pemeriksaan Inspeksi Visual Asam asetat (IVA) yang memiliki tujuan yang sama pada pemeriksaan *pap smear* (Rauf *et al.*, 2019).

- e) Pemeriksaan kepadatan mineral tulang
Pemeriksaan kepadatan mineral tulang dilakukan untuk mengetahui kepadatan mineral tulang. Pemeriksaan ini dapat digunakan untuk mencegah terjadinya osteoporosis. Selain itu, pada calon ibu yang akan hamil sangat penting untuk mengetahui kepadatan tulang karena pada masa kehamilan janin juga membutuhkan kalsium. Untuk memenuhi kebutuhan janin, maka janin akan menyerap kalsium pada tubuh ibu. Akibatnya, jika sebelum hamil mineral dalam tulang kurang maka akan menyebabkan gangguan tulang yang lebih parah selama kehamilan yang juga akan ikut mempengaruhi kehamilan ibu.

b. Upaya-upaya Promosi Kesehatan Pada Pasangan Pranikah

Menurut (Rosyida, 2019) beberapa upaya kesehatan yang dapat dilakukan bagi pasangan calon pengantin sebagai upaya skrining pranikah antara lain:

1. Upaya Promotif
 - a) Penyuluhan tentang gizi pada pranikah
 - b) *Sex education*
 - c) Personal Hygiene
 - d) Imunisasi CATIN
2. Upaya Preventif
 - a) Pemeriksaan *pap smear*
 - b) Pemeriksaan hematologi
3. Upaya Kuratif
Pengobatan dapat dilakukan pada calon ibu yang mengalami gangguan kesuburan, infeksi TORCH, dan dideteksi adanya kanker serviks.

4. Upaya Rehabilitatif

Upaya rehabilitatif dapat dilakukan pada wanita yang telah melaksanakan pengobatan misalnya pada wanita yang mendapatkan perawatan kanker serviks stadium lanjut (Zulvi, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, R. 2018. 'Efektivitas Penyuluhan Kesehatan Reproduksi Pada Calon Pengantin'.
- Aminah, D. 2020. 'Studi Literatur: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Hiv/Aids Dengan Masalah Keperawatan Defisiensi Pengetahuan Tentang Infeksi Oportunistik', *Universitas Muhammadiyah Ponorogo*, pp. 7–48. Available at: <http://eprints.umpo.ac.id/6122/>.
- Arifah, N. (2022) 'Kepuasan Klien Skrining Pranikah', *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 7(8.5.2017), pp. 2003–2005.
- Dewi, R. 2019. 'Kehamilan dengan Infeksi TORCH Pregnancy with Torch Infection', 3, pp. 176–181.
- Engel. 2014. 'Infeksi Menular Seksual', *Paper Knowledge . Toward a Media History of Documents*, pp. 7–19.
- Kemenkes. 2019. *Cara hitung IMT*.
- Munawaroh, L. 2019. 'Tes Kesehatan Sebagai Syarat Pra Nikah', *Jurnal Pemikiran Hukum dan Hukum Islam*, 10.
- Natalia, J. R., Rodiani and Zulfadli. 2020. 'Pengaruh Obesitas dalam Kehamilan Terhadap Berat Badan Janin', *Medula*, 10(3), pp. 539–544.
- Niranjan Banik, Adam Koesoemadinata, Charles Wagner, Charles Inyang, H. B. 2013. 'Penyakit menular Seksual', (Who). doi: 10.1190/segam2013-0137.1.
- Nursalam, 2016, metode penelitian and Fallis, A. . 2013. 'HIV dan AIDS', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.
- Oliver, J. 2019. 'Skrining Hepatitis', *Hilos Tensados*, 1, pp. 1–476.
- Pamungkas, T. A. 2018. 'Pemeriksaan Kesehatan Pra Nikah Perspektif Hukum Islam'.
- PAPDI. 2021. 'Jadwal Vaksin Dewasa'.
- Rahayu, A. et al. 2017. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja & Lansia*, *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Rauf, S. et al. 2019. 'Manual Clinical Skill Lab Pemeriksaan Pap's Smear', *Sistem Reproduksi Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin*, p. 8.
- Rosyida. 2019. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*.
- Tamrin, K. 2020. *Tes Kesehatan Pranikah (Premarital Check up)*.

- U.S. National Library of Medicine. 2014. 'Sex-linked recessive', *MedlinePlus Medical Encyclopedia*, pp. 1–11. Available at: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002051.htm>.
- Umam, A. F. 2021. 'Urgensi Premarital Chec up Sebagai Syarat Pra Pernikahan', *Jurnal Sosial teknik*.
- Vania, F. 2017. 'Asuhan Keperawatan dan Penatalaksanaan Talasemia', Semarang:, pp. 9–19.
- Wulandari. 2021. 'Perhitungan IMT'.
- Zulvi, W. 2020. 'MODEL PROMOSI KESEHATAN PADA CALON PENGANTIN'.

BAB 12

KURSUS PRANIKAH

Oleh Fatmawati Amir

12.1 Pendahuluan

12.1.1 Definisi Kursus (Konseling) Pranikah

Konseling pranikah merupakan suatu masukan atau nasehat yang diberikan kepada pasangan sebelum melangsungkan pernikahan yang berkaitan dengan masalah medis, psikologis, seksual, dan social. (Hakim, 2017)

Dari definisi kita dapat memahami bahwa konseling pranikah merupakan suatu bimbingan dan pembekalan yang diberikan kepada calon pengantin (calon suami-istri) yang berfungsi sebagai bekal pengetahuan untuk mengarungi sebuah bahtera rumah tangga.

12.1.2 Tujuan

Bimbingan dan Konseling Pranikah memiliki tujuan sebagai berikut :

- a. Calon pasangan pengantin terbantu untuk mengerti makna dari pernikahan.
- b. Calon pasangan pengantin terbantu untuk membangun pondasi kuat dan menyatukan tujuan dalam membentuk rumah tangganya.
- c. Calon pasangan pengantin terbantu agar mampu mengerti akan fungsi dan peran masing-masing istri pada suami dan peran suami pada istri.
- d. Calon pasangan pengantin terbantu untuk mempersiapkan dirinya menjelang pernikahan yang meliputi persiapan psikologis, fisik, dan spiritualnya.

12.2 Asas Bimbingan Dan Konseling Dalam Pernikahan

1. Asas Kebahagiaan Dunia Dan Akhirat

Kebahagiaan didunia maupun di akhirat menjadi dambaan bagia setiap manusia. Kebahagiaan dunia menjadi jembatan untuk mencapai bekal utama di akhirat sehingga perlu menyeimbangkan antara keduanya.

2. Asas Sakinah, Mawaddah Wa Rahmah

Sebuah pernikahan dibina berdasarkan tujuan tertentu yaitu menjadi sakinah mawddah warohmah. Keluarga sakinah mawaddah warohamah yaitu Keluarga yang tenteram, dan keluarga yang penuh kasih sayang.

3. Asas Komunikasi Dan Musyawarah

Komunikasi dan musyawarah menjadi penentu utama dalam menjalankan fungsi keluarga yang didasari oleh rasa kasih sayang sehingga keluarga akan terbina dan menjadi tenteram. Komunikasi bias menjadi jembatan bagi anggota keluarga untuk menyampaikan berbagai hal yang berpotensi mengganggu hubungan dalam berkeluarga seperti raa marah, keluhan dan hal lain yang bias diselesaikan secara musyawarah..

4. Asas Sabar Dan Tawakal

Dalam menjalani kehidupan berkeluarga memang tidak mudah, karena aka nada banyak cobaan yang akan dihadapi oleh anggotanya sehingga sabar dan tawakkal menjadi kunci utama untuk menyelesaikannya. Dengan sabar dana tawakkal, anggota keluarga bisa berfikir secara jernih dan bisa menyelesaikan masalah ataupun persoalan dalam pernikahan. Dengan bersabar dan bertawakal akan diperoleh pemikiran yang jernih, tidak tergesa-gesa dan terburu nafsu dalam mengambil keputusan, dan dengan demikian akan terpilih keputusan akhir yang lebih baik.

5. Asas Manfaat (Maslahat)

Menikah adalah salah satu sunnah nabi dalam Islam karena memberikn manfaat bagi yang menjalaninya. Salah satu manfaat yang bisa diambil setelah menikah yaitu memanjangkan umur dengan menambah keluarga serta

mempererat jalinan silaturahmi, menghindarkan keduanya dari perbuatan zina serta menambah rejeki bagi keluarga. Dengan mengutamakan sikap sabar dan tawakkal diatas, hubungan keluarga bisa terhindar dari permasalahan dan ancaman perceraian.

12.3 Tipe Tipe Bimbingan Dan Konseling Pranikah

Berdasarkan pada pedoman konselor keluarga sakinah, tipe-tipe bimbingan dan konseling pranikah dapat dikelompokkan menjadi tiga macam, yaitu dialog khusus, dialog umum, dan kunjungan rumah (KNBS, 2021)

1. Wawancara dan Dialog Khusus

Jika yang diberi nasehat atau klien yang diminta nasehat seorang diri atau satu pasang calon pengantin maka bentuk penasehatan yang baik adalah dengan wawancara atau dialog secara tatap muka. Wawancara jenis ini dilakukan di tempat tertutup yang khusus disediakan untuk hal itu.

2. Wawancara atau Dialog Umum

Dalam bimbingan dan konseling pranikah bentuk ini ini klien atau calon pengantin yang datang tidak ada kaitannya dengan masalah tertentu. Tetapi klien meminta nasehat untuk bisa menambah pengetahuan dan wawasan mereka sebagai persiapan memasuki jenjang pernikahan yang akan ditempuhnya.

3. Kunjungan Rumah

Pada bentuk wawancara khusus sering terlibat klien yang sifat kasusnya khusus perlu diamati oleh penasihat lebih lanjut. Untuk itu terkadang seorang penasihat harus datang melakukan kunjungan ke rumah klien yang bersangkutan.

12.4 Persiapan Pranikah Bagi Calon Pengantin

Persiapan pranikah adalah waktu berproses yang diperlukan untuk mempersiapkan keadaan lahir dan batin menuju pernikahan, dan persiapan tersebut meliputi hal-hal sebagai berikut:

1. Aspek Fisik / Biologis

Menurut WHO (*World Health Organization*) tentang persiapan perkawinan yang ditulis oleh Hawari di dalam bukunya, aspek fisik dan biologiknya, antara lain:

- a. Usia yang Ideal menurut kesehatan dan juga program KB, maka usia yang ideal adalah antara 20-25 tahun bagi wanita dan usia antara 25- 30 tahun bagi pria adalah masa yang paling tepat untuk berumah tangga.
- b. Kondisi fisik mereka yang akan berkeluarga sangat dianjurkan untuk menjaga kesehatan, baik itu sehat jasmani dan sehat rohani. Kesehatan fisik meliputi kesehatan dalam yang artinya orang itu tidak menghidap suatu penyakit (apalagi penyakit menular) dan bebas dari penyakit keturunan.

Adapun menurut Muhammad Zuhaily mengenai persiapan pranikah dari aspek fisik dan biologis adalah:

a. Perawan (virgin)

Disarankan untuk menikah dengan wanita yang berstatus masih gadis (virgin/perawan), yaitu seorang wanita yang belum pernah menikah sama sekali, karena sifat pemalu dari gadis perawan itu masih bersifat dominan, juga karena wanita tersebut jauh (asing) dari perkataan-perkataan atau perbuatan-perbuatan yang keji terhadap suami, dan dia akan rela jika dipandang oleh suami.

b. Subur (produktif)

Subur termasuk kedalam karakter yang dituntut dalam pernikahan. Hendaknya wanita yang akan dinikahi termasuk wanita yang subur (produktif).

2. Aspek Mental/Psikologis, meliputi:

a. Kepribadian

Aspek kepribadian merupakan hal yang sangat penting karena hal ini akan memberikan pengaruh terhadap suatu pasangan dalam kemampuannya untuk beradaptasi antar pribadi. Pasangan yang pribadinya matang akan memiliki kemampuan yang baik dalam memberikan kebutuhan

afeksional yang merupakan suatu unsur penting dalam terbentuknya rumah tangga.

b. Pendidikan

Tingkatan pendidikan dan kecerdasan masing-masing pasangan hendaknya hendaknya menjadi suatu perhatian. Umumnya tingkatan pendidikan dan kecerdasan pria lebih tinggi dari wanita, meskipun tidak menutup kemungkinan dapat terjadi hal yang sebaliknya.

3. Aspek Psikososial dan Spiritual

a. Beragama Dan Berakhlak Mulia

Maksud dari karakter ini adalah memiliki nilai keagamaan yang baik, konsisten pada hukum-hukum syariat, mengerjakan ketaatan dan amal shalih, jauh dari hal-hal yang diharamkan, memiliki akhlak yang terpuji, dan perilaku yang lurus.

b. Nasab (keturunan yang baik)

Hendaknya pasangan yang akan dinikahi berasal dari keturunan yang baik, karena nasab itu berpengaruh kuat terhadap etika dan perilaku suatu individu.

c. Latar belakang Budaya

Perbedaan suku bangsa ataupun perbedaan kebangsaan bukanlah halangan untuk terciptanya pernikahan, asalkan kedua individu masih seagama/seaqidah. Meskipun demikian, tetap memperhatikan faktor adat istiadat/budaya yang berlaku diantara keduanya untuk saling diketahui masing-masing pihak agar dapat saling menghargai dan menyesuaikan diri.

d. Pergaulan

Pergaulan keseharian antara calon pengantin harus selalu memegang nilai-nilai moral, etika dan kaidah agama yang berlaku

e. Persiapan Material

Islam tidak menghendaki kita memiliki pemikiran yang materialistis, yaitu di mana hidup hanya berorientasi pada materi. Akan tetapi sebagai seorang suami yang akan mengemban sebuah amanah sebagai kepala keluarga maka diharapkan calon suami memiliki kesiapan untuk menafkahi.

12.5 Hak Dan Kewajiban Dalam Keluarga

Hak dan kewajiban dalam keluarga terbagi atas 3 bagian antara lain hak-hak istri atas suami, hak-hak suami atas istri dan hak bersama :

1. Hak-hak Istri atas Suami

a. Bidang Pembelanjaan

Kebutuhan sehari-hari yang banyak tidak akan mampu terpenuhi jika suami tidak memberikan nafkah secara wajar menurut kemampuannya. Sehingga dalam hal ini suami memang memiliki tanggung jawab yang besar dalam hal memberikan nafkah..

b. Bidang Pendidikan Keluarga

Dalam hal pendidikan anak-anak, orang tua khususnya suami sebagai ayah harus memulai mendidik anak-anaknya sejak dini.

c. Bidang Seksual

Perkawinan terjadi karena adanya dorongan seksual. Meskipun hal ini bukan tujuan utama akan tetapi keberhasilan dalam membangun rumah tangga yang harmonis tidak terlepas dari masalah seksual. Oleh karena itu selain untuk mencukupi kebutuhan lahir, suami juga perlu untuk memperhatikan kebutuhan batin.

Adapun hak dan kewajiban suami terhadap istri dalam buku karangan Dr.Ahmad Hatta adalah:

- a) Dibayar penuh maharnya, suami wajib memberi mahar kepada istrinya sesuai dengan apa yang dijanjikan pada saat berlangsungnya akad nikah (mahar musamma) ataupun sejumlah mahar untuk keluarga istri yang tidak ditentukan jumlahnya (mahar mitsil).
- b) Mendapatkan nafkah lahir dan batin serta tempat tinggal yang layak, Selain berhak atas mahar sebagaimana ketentuan yang ada, istri juga memilih hak atas nafkah suami untuk memenuhi kebutuhan dan jaminan kehidupan. Secara lebih luas nafkah dapat dimaknai sebagai sesuatu yang harus diberikan suami kepada istri

baik itu berupa kebutuhan bentuk material maupun non material serta kebutuhan lainnya termasuk penghargaan atas penyusuan dan memelihara anak.

- c) Diperlakukan dengan patut (muasyarah bil ma'ruf), yaitu bahwa suami ketika melakukan hubungan badaniyah juga harus mempertimbangkan keadaan dan kondisi istri. Suami tidak boleh memperlakukan istrinya secara kasar dan sewenang-wenang sesuai kemauannya sendiri tanpa memperhatikan kebutuhan istri.
 - d) Dalam kondisi suami berpoligami, istri memiliki hak untuk mendapat keadilan dalam segala bentuk nafkah. Sehingga, boleh tidaknya melakukan poligami tergantung pada kemampuan suami untuk adil
 - e) Dijaga nama baik oleh suami
 - f) Taat dan patuh kepada suami
 - g) Mengatur rumah dengan sebaik-baiknya
 - h) Menghormati keluarga suami dan lain-lain
2. Hak-hak Suami atas Istri
- a. Kepatuhan

Seorang suami berhak atas kepatuhan istri, yaitu di mana seorang istri wajib untuk taat terhadap suaminya, baik terhadap permasalahan yang rahasia maupun yang terang atau jelas. Seorang istri harus menaati suaminya karena hal ini akan membuat sebuah keluarga menjadi harmonis. Sebaliknya, ketidakpatuhan dan ketidaktaatan istri akan mengundang kekecewaan dan retaknya hubungan dalam keluarga (Nurani, 2021).

- b. Menjaga Diri

Dalam rumah tangga, kewajiban seorang istri adalah menjaga diri, harta dan keluarganya saat suami sedang tidak berada di rumah. Sehingga seorang istri tidak boleh melakukan hal-hal seperti menerima tamu laki-laki dalam kondisi sendirian untuk menjauhi fitnah dan prasangka dari tentangga atau orang lain. Selain itu, istri juga harus mampu menjaga harta suami dengan tidak berlaku boros seperti membelanjakan harta sesuai keinginan istri apalagi saat suami tidak ada di rumah kecuali hal yang mendesak atau telah mendapatkan izin dari suami. Hal tersebut merupakan

hak bagi suami yang tidak boleh dilanggar oleh istri karena menyangkut martabat dan harga diri suami.

3. Hak Bersama

Hak bersama suami istri merupakan hak suami isteri yang harus dilakukan dengan penuh kesadaran, tanpa adanya intervensi dari luar maupun dari pihak keluarga. Menurut Sayyid Sabiq, hak bersama antara suami dan istri meliputi hal-hal sebagai berikut, yaitu:

- a. Menikmati hubungan biologis seperti hasrat seksual. Hubungan tersebut yang terjadi antara suami istri dilakukan bersama-sama dengan penuh perasaan dan kerelaan yang berdasar kasih sayang yang tulus. Antara suami maupun istri tidak bisa memaksakan kehendaknya atas kehendak yang lain.
- b. Larangan untuk melakukan pernikahan dalam jalur keturunan. Maksudnya adalah seorang istri haram dinikahi oleh ayah dari suaminya, kakeknya, anak-anaknya dan cucu-cucunya. Demikian juga suami tidak boleh menikahi ibu dari istrinya, anak perempuan dan juga cucu-cucunya
- c. Menasabkan anak (keturunan) pada suami yang sah. Baik dalam keadaan masih dalam hubungan suami istri atau telah bercerai, nasab anak dari hubungan perkawinan yang sah akan tetap melekat pada suami (sebagai ayah yang sah).
- d. Baik suami atau istri wajib berperilaku baik terhadap pasangannya sehingga dapat memunculkan kemesraan diantara keduanya.
- e. Hak mendapatkan warisan, yaitu baik suami ataupun istri memiliki hak untuk memperoleh warisan jika salah satu dari keduanya meninggal dunia, baik suami atau istri akan tetap memperoleh hak warisan tanpa adanya penghalang.

12.6 Mempersiapkan Perkawinan Yang Kokoh

Menurut (Supriatna, 2016), untuk terwujudnya tujuan perkawinan, yaitu keluarga sakinah, keluarga yang bahagia dan kekal, syarat yang harus dimiliki oleh calon suami istri dan upaya yang harus dilakukan untuk mempersiapkan perkawinan yang kokoh antara lain mencakup hal-hal sebagai berikut:

1. Calon suami istri harus sudah dewasa

Dalam Undang-Undang Pernikahan (UUP), umur untuk kawin merupakan hal yang termasuk prinsip, karena agar dapat mewujudkan keluarga yang bahagia dan kekal tidak lepas dari kondisi kedua belah pihak, yaitu umur calon suami istri. Oleh sebab itu dalam pernikahan, usia calon suami istri merupakan salah satu azas atau prinsip dalam perkawinan. Ada tiga hal yang menjadi pertimbangan dalam menentukan batasan umur perkawinan, yang disebutkan dalam penjelasan umum UUP, yaitu:

- a. untuk mampu mewujudkan tujuan dari perkawinan secara baik tanpa berakhir dengan perceraian
- b. untuk dapat menghasilkan keturunan yang baik dan sehat
- c. Agar dapat mengurangi laju pertumbuhan penduduk, karena wanita yang kawin dengan umur yang rendah akan mengakibatkan meningkatnya laju kelahiran yang lebih tinggi.

Oleh karena itu agar mampu melangsungkan perkawinan calon suami istri itu harus sudah matang jiwa raganya, dan perkawinan antara calon suami istri yang masih di bawah umur harus dicegah.

2. Calon Suami Sudah Mempunyai Persiapan Materi atau Siap Bekerja

Agar dapat membangun keluarga sakinah, mawaddah wa rahmah, keluarga yang bahagia dan kekal, tidak cukup untuk sekedar para pelakunya harus dewasa, tetapi calon suami juga harus sudah mempunyai persiapan ekonomi. Hal ini karena pada dasarnya ketika pria dan wanita melakukan akad nikah, suami memiliki kewajiban untuk memberikan nafkah kepada istrinya. Apa jadinya jika suami tidak mampu menafkahi istrinya, berbagai kemungkinan bisa terjadi, karena kebutuhan makan dan minum merupakan hal yang tidak bisa ditunda-tunda. Apabila suami istri telah memiliki anak, maka beban dalam memberikan nafkah juga akan bertambah, karena kewajiban memberi nafkah kepada anak juga merupakan kewajiban bagi orang tua, terutama ayahnya.

3. Antara Calon Suami Dan Calon Istri terdapat Kesepadanan
Agar mampu mewujudkan keluarga yang sakinah, mawaddah wa rahmah, antara calon suami dan istri keduanya harus memiliki kesepadanan atau keseimbangan misalnya kesepadanan dalam segi agama.
4. Calon Suami-Istri Sudah Saling Mengenal Kepribadian Calonnya
sebelum melangsungkan pernikahan terlebih dahulu calon pasangannya diperbolehkan untuk saling mengenal satu sama lain yang dalam bahasa fiqh dikenal dengan istilah ta'aruf. Ta'aruf adalah saling mengenal kepribadian calon pasangan masing-masing, yaitu calon suami mengenal kepribadian calon istri, begitupun sebaliknya calon istri mengenal kepribadian calon suaminya.

12.7 Memenuhi Kebutuhan Keluarga

Kebutuhan keluarga merupakan suatu kebutuhan yang harus dipenuhi dalam sebuah rumah tangga agar keluarga dapat menjalani kehidupan dengan baik. Dalam suatu keberlangsungan hidup manusia ada berbagai jenis kebutuhan untuk mendukung aktivitas sehari-hari setiap anggota keluarga. Kebutuhan keluarga dapat dilihat dari kebutuhan pokok/utama manusia pada dasarnya, kebutuhan manusia terdiri atas kebutuhan pangan (makanan dan minuman), sandang (pakaian), papan (rumah). Ketiga kebutuhan tersebut adalah kebutuhan dasar setiap manusia yang tujuannya untuk dapat memenuhi kebutuhan manusia secara fisik (Irwan 2015, Hlm. 184 1, n.d.)

Keluarga merupakan lingkungan terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari ayah, ibu, dan anak. Ketiga komponen ini memiliki peranan dan tanggung jawabnya masing-masing, seperti ayah merupakan kepala rumah tangga yang memiliki tanggung jawab dan memiliki peran dalam mencari nafkah untuk istri dan anak-anaknya, memenuhi kebutuhan hidup, sandang, pangan, dan papan, memenuhi kebutuhan pendidikan, kesehatan keluarga. Sedangkan ibu memiliki peran dalam mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik untuk anak-anaknya dan mengatur segala bentuk keperluan rumah tangganya. Sedangkan peran anak adalah

sebagai pelengkap di dalam sebuah keluarga dan sebagai penerus generasi keluarga.

Terkait dengan keluarga, hal yang sangat penting yang diperlukan untuk membangun keharmonisan dalam sebuah keluarga adalah ekonomi dan komunikasi, kedua hal tersebut memiliki pengaruh yang kuat terhadap kesejahteraan keluarga baik secara fisik maupun mental. Namun di Era Globalisasi sekarang ini faktor yang paling berpengaruh terhadap kesejahteraan keluarga adalah masalah ekonomi. Bagi sebuah keluarga memiliki tingkat ekonomi yang cukup akan membuat lebih mudah dalam membangun suatu hubungan serta memenuhi kebutuhan keluarga sehingga kesejahteraan fisik dan mental dapat terpenuhi secara seimbang. Berbeda dengan keluarga yang tingkat ekonominya lemah, ketidakmampuan ekonomi akan membuat suatu keluarga mengalami kesulitan untuk mencapai kesejahteraan, dan dapat menimbulkan permasalahan yang lebih besar dalam keluarga contohnya perceraian dan terjadinya kekerasan di dalam rumah tangga.

12.8 Menyiapkan Generasi Berkualitas

Anak adalah amanah yang diberikan oleh Allah SWT yang akan di pertanggung jawabkan kelak di hadapan-Nya. Orang tua memiliki tanggung jawab untuk memberikan pendidikan, pengasuhan dan perawatan yang terbaik bagi anak. Orang tua adalah guru pertama dan guru utama bagi anak karena anak lebih banyak menghabiskan waktu dengan keluarga. Jadi, jika dalam sebuah keluarga anak mampu dididik dengan baik, maka anak akan tumbuh dan berkembang dengan baik sehingga kelak akan menjadi generasi yang berkualitas (Hotimah, 2021)

Untuk dapat menghasilkan generasi yang tangguh dan berkualitas, diperlukan usaha yang konsisten dari orang tua dalam melaksanakan peran dan tugasnya untuk memelihara, mengasuh dan mendidik anak-anaknya. Proses mendidik dan mengasuh bukanlah sebuah proses yang singkat, membutuhkan banyak waktu dan tentunya usaha yang besar yang dimulai dari memilih pasangan terbaik yang akan menjadi pendamping dalam mengasuh/mendidik

anak, saat anak masih dalam kandungan dan saat anak telah lahir ke dunia (Nisa, 2016).

Oleh sebab itu, sebagai calon orang tua tentu sangat membutuhkan pendidikan terutama pendidikan parenting atau disebut juga dengan pendidikan konseling. Apabila seseorang telah mantap untuk berkeluarga seharusnya berbanding lurus dengan kebutuhan untuk memperdalam pengetahuannya tentang pendidikan parenting pranikah. Dalam hal ini, kementerian agama telah memfasilitasi dengan penyediaan kursus calon pengantin, program kursus atau program konseling calon pengantin bagi calon pengantin atau biasa disebut dengan suscatin tujuannya agar mampu mempersiapkan kehidupan dengan kesehatan reproduksi yang sehat sehingga dapat menghasilkan generasi yang berkualitas. Dalam suscatin ini terdapat pemberian Konseling Informasi dan Edukasi (KIE) tentang kesehatan reproduksi untuk memastikan bahwa calon pengantin memiliki pengetahuan yang cukup dalam proses mempersiapkan kehamilan dan membentuk keluarga yang sehat (Rohmatika *et al*, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

- Hakim, M. L. 2017. Kursus Pra-Nikah: Konsep Dan Implementasinya (Studi Komperatif Antara Bp4 Kua Kec. Pontianak Timur Dengan Gkkb Jemaat Pontianak). *Al-Maslahah Jurnal Ilmu Syariah*, 13(2), 191.
<https://doi.org/10.24260/almaslahah.v13i2.924>
- Hotimah, N. hotimah. 2021. Implementasi Program Bimbingan Perkawinan dalam Meminimalisir Perceraian (Studi Kasus KUA Kecamatan Kota Kabupaten Pamekasan). *Syar / Jurnal Komunikasi Dan Penyiaran Islam*, 1(1), 45–68.
<https://doi.org/10.54150/syar.v1i1.31>
- Irwan 2015, hlm. 184 1. (n.d.). 1–10.
- KNBS. 2021. No
- Nisa, K. 2016. Pendidikan Parenting Pranikah: Upaya Perbaikan Generasi Berkualitas. *Lentera Pendidikan: Jurnal Ilmu Tarbiyah Dan Keguruan*, 19(2), 223–230.
<https://doi.org/10.24252/lp.2016v19n2a8>
- Nurani, S. M. 2021. Relasi Hak Dan Kewajiban Suami Istri Dalam Perspektif Hukum Islam (Studi Analitis Relevansi Hak Dan Kewajiban Suami Istri Berdasarkan Tafsir Ahkam Dan Hadits Ahkam). *Al-Syakhsiyyah: Journal of Law & Family Studies*, 3(1), 98–116.
<https://doi.org/10.21154/syakhsiyyah.v3i1.2719>
- Rohmatika, D., Prastyoningsih, A., & Rumiati, E. 2021. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Metode Pemberian Buku Saku Perkasa (Persiapan Keluarga Sehat) Terhadap Kesiapan Menikah Calon Pengantin. *Jurnal Kebidanan Indonesia*, 12(1), 24–33.
<https://doi.org/10.36419/jki.v12i1.435>
- Supriatna, S. 2016. {Mempersiapkan} {Keluarga} {Sakinah}. *Al-Ahwal: Jurnal Hukum Keluarga Islam*, 2(1), 1–28.
<http://ejournal.uin-suka.ac.id/syariah/Ahwal/article/view/1131>

BAB 13

PROGRAM KESEHATAN PEDULI REMAJA

Oleh Ikrawanty Ayu Wulandari

13.1 Pengertian

Pemerintah telah mengadakan program pelayanan kesehatan peduli remaja atau biasa disebut PKPR yang dilaksanakan oleh Dinas Kesehatan tingkat Kabupaten/Kota, dikordinasikan ke dinas kesehatan provinsi sebagai layanan yang akan diberikan kepada remaja (Kemenkes RI, 2014).

PKPR secara teknis dilakukan oleh Puskesmas untuk memberikan pelayanan kepada remaja. Program Kesehatan Peduli Remaja telah ada sejak tahun 2003 (Kadek Alit Arsani, 2013).

PKPR adalah program pelayanan kesehatan yang diberikan kepada remaja yang membutuhkan solusi atas permasalahan yang dimiliki (Kemenkes RI, 2014).

13.2 Tujuan PKPR

13.2.1 Tujuan umum

Berkualitasnya Program Kesehatan Peduli Remaja di Puskesmas serta pelayanan remaja lainnya yang mampu memenuhi hak serta kebutuhan remaja yang memerlukan sebagai upaya peningkatan dan perwujudan derajat kesehatan, sehingga remaja mampu mengembangkan serta menumbuhkan potensi yang dimiliki secara optimal ('Kemenkes RI', 2014).

13.2.2 Tujuan Khusus

1. Adanya panduan bagi penyelenggara dan petugas pelaksana PKPR
2. Adanya instrument untuk memantau secara praktis guna memenuhi Standar Nasional PKPR dengan menggunakan kriteria yang terpilih

3. Penyelenggaraan PKPR yang berkualitas baik serta merata untuk semua wilayah di Indonesia

13.3 Pengguna Pelayanan PKPR

Dalam Undang-undang Nomor 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, sasaran pengguna layanan PKPR adalah kelompok remaja umur 10-18 tahun. Mengingat Batasan umur remaja menurut WHO yaitu 10-19 tahun maka kementrian Kesehatan menetapkan sasaran layanan PKPR yaitu remaja umur 10-19 tahun dengan tidak memandang status pernikahan (Kemenkes RI, 2014)

Sasaran Layanan PKPR berfokus pada:

1. Remaja yang bersekolah di sekolah umum, madrasah, pesantren dan sekolah luar biasa.
2. Remaja di luar sekolah yaitu organisasi remaja seperti karang taruna, saka bakti husada, palang merah remaja. Selain itu juga difokuskan pada remaja di panti yatim piatu atau tempat rehabilitasi, kelompok belajar mengaji, rumah singgah serta kelompok keagamaan.
3. Remaja putri yang notabenemerupakan calon ibu serta berfokus pada remaja yang hamil tanpa melihat status pernikahan.
4. Remaja yang memiliki resiko terhadap penularan HIV, remaja terinfeksi HIV, remaja yang terdampak HIV dan AIDS serta remaja yang menjadi yaitm piatu karena penularan HIV AIDS.
5. Remaja yang memiliki kebutuhan khusus, seperi :
 - a. Korban kasus kekerasan, korban kasus trafficking, korban kasus eksploitasi seksual
 - b. Remaja disabilitas dan difabel yang berada di lembaga pemasyarakatan (LAPAS), anak jalanan dan remaja pekerja
 - c. Remaja yang berada Di daerah konflik dan terdampak bencana yang harus mengungsi.

13.4 Ruang Lingkup Pelayanan PKPR

Pelayanan Program Kesehatan peduli remaja meliputi kegiatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan diberikan secara komprehensif. (Kemenkes RI, 2014) Adapun layanan yang diberikan meliputi:

1. Pelayanan Kespro Remaja seperti infeksi menular seksual/IMS, HIV & AIDS) termasuk seksualitas dan pubertas.
2. Pencegahan dan penanggulangan kehamilan pada remaja
3. Pelayanan gizi (anemia, kekurangan dan kelebihan gizi) termasuk konseling dan edukasi
4. Tumbuh kembang remaja
5. Skrining status TT pada remaja
6. Pelayanan kesehatan jiwa remaja, meliputi: masalah psikososial, gangguan jiwa, dan kualitas hidup
7. Pencegahan dan penanggulangan NAPZA
8. Deteksi dan penanganan kekerasan terhadap remaja
9. Deteksi dan penanganan tuberkulosis
10. Deteksi dan penanganan cacingan

Dalam pelaksanaan (Sandi, 2019) terdapat beberapa kriteria Puskesmas Pelaksana PKPR yaitu:

1. Puskesmas yang memberikan pelayanan konseling pada semua remaja yang kontak dengan petugas PKPR
2. Melakukan pembinaan minimal pada satu (1) sekolah dalam satu tahun baik sekolah umum ataupun swasta dengan melaksanakan kegiatan KIE disekolah binaan minimal 2 kali dalam setahun
3. Melakukan peltihan konselor sebaya pada sekolah binaan minimal 10% dari jumlah murid.

13.5 Standar Nasional PKPR

Dalam Penyelenggaraan (Kemenkes RI, 2014) Program Kesehatan Peduli Remaja terdapat 5 aspek standar yaitu :

1. Sumber Daya Manusia Kesehatan
SDM Kesehatan yang meliputi pengetahuan dan kompetensi petugas serta pelayanan konseling remaja.

- a. Pengelola PKPR pada tingkat Puskesmas dapat terdiri dari tenaga kesehatan yang mengelola program terkait remaja, petugas Gizi, Petugas KIA, Petugas IMS dan HIV serta Napza dan Petugas Promkes yang di SK kan sebagai Tim PKPR oleh Kepala Puskesmas atau Kepala Dinas Kesehatan Kota. Tim PKPR mendapatkan pelatihan oleh Dinas Kesehatan Provinsi atau Kabupaten dengan mengacu pada Pedoman Pelatihan PKPR yang dilaksanakan secara internal oleh puskesmas. PKPR disosialisasikan secara internal ke seluruh petugas Puskesmas bersama dengan pengelola program bertujuan agar memiliki kesamaan pemahaman dan kesepakatan tentang pelaksanaan program PKPR agar mampu bersikap ramah remaja.
- b. Pelayanan Konseling kepada remaja merupakan suatu proses hubungan saling membantu antara konselor dan klien remaja dalam situasi tatap muka dan kedudukan yang setara sebagai upaya dalam membantu remaja dalam menyelesaikan masalah tertentu di kehidupannya. Konseling dapat dilakukan secara individu ataupun kelompok. Konseling dalam kelompok terdiri dari 6 – 12 orang yang memiliki kesamaan masalah, tingkat permasalahan, tujuan dan umur klien. Konseling kelompok ini juga dapat dilakukan dalam bentuk forum grup diskusi.
- c. Kriteria dalam standar SDM Kesehatan

Tabel 2. Standar SDM Kesehatan

Kriteria Masukan (Input)	Kriteria Proses	Kriteria Luaran (Output)
Pengelola program terlatih, terkait PKPR yang memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan melaksanakan PKPR sesuai kebutuhan remaja berdasarkan pedoman	Pengelola program melaksanakan pelayanan terhadap remaja sesuai dengan standar dan pedoman yang berlaku dan dikukuhkan dengan surat keputusan	Terbentuk dan berfungsinya tim PKPR yang kompeten (Pengetahuan, sikap dan keterampilan) untuk melaksanakan PKPR sesuai pedoman
Pengelola program, terlatih dan mampu memberikan pelayanan konseling yang peduli, peka, bersahabat dan tidak menghakimi remaja sesuai dengan standar dan pedoman	Pengelola program memberikan pelayanan konseling yang peduli, peka, bersahabat dan tidak menghakimi remaja sesuai dengan standar dan pedoman	

Sumber : (Kemenkes RI, 2014)

2. Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan terdiri dari paket pelayanan kesehatan dan prosedur tata laksanakan serta alur pelayanan

a. Pelayanan kesehatan dan prosedur meliputi :

- 1) Skrining terkait riwayat imunisasi *Tetanus Toxoid* (TT) yaitu TT 1 s.d TT 5 dimana TT 0,1 dan 2 diberikan saat imunisasi dasar bayi. TT 3 s.d 5 saat Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) berjenjang saat kelas satu, dua dan tiga.

2) Penjaringan Kesehatan

Dilakukan oleh tenaga kesehatan guna pendeteksian dini masalah kesehatan remaja misalnya saat kelas 7 dan 10 di awal tahun ajaran baru, pemeriksaan juga dilakukan secara berkala

bukan hanya disekolah melainkan diluar sekolah seperti anak jalanan dan rumah singgah.

- 3) Prosedur, Tata Laksana dan Alur Pelaksanaan
Pengaturan alur pelayanan kepada remaja saat datang ke Puskesmas perlu dilakukan agar remaja tidak kehilangan kesempatan untuk mendapatkan layanan.

b. Kriteria dalam standar fasilitas kesehatan

Tabel 3. Standar Fasilitas Kesehatan

Kriteria Masukan (Input)	Kriteria Proses	Kriteria Luaran (Output)
Tersedianya paket pelayanan kesehatan komprehensif sesuai dengan kebutuhan remaja tanpa membedakan sosial dan ekonomi setiap pelayanan kesehatan berdasarkan standar dan pedoman	Pengelola program melaksanakan paket pelayan komprehensif sesuai standar dan pedoman yang dibutuhkan remaja tanpa membedakan sosial dan ekonomi	Tersedia dan berfungsinya fasilitas kesehatan mampu laksana PKPR dengan pelayanan kesehatan yang sesuai kebutuhan remaja, prosedur dan tata laksana yang ramah remaja serta didukung daran dan prasarana termasuk peralatan dan obat-obatan yang memadai
Tersedia sarana prasarana yang dibutuhkan sesuai dengan standar dan pedoman dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang komprehensif yang sesuai dengan selera remaja	Pemanfaatan sarana dan prasarana oleh pengelola program dalam penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan kebutuhan remaja tanpa membedakan sosial dan ekonomi	
Tersedia prosedur tata laksana dan	Pengelola program menyelenggarakan	

Kriteria Masukan (Input)	Kriteria Proses	Kriteria Luaran (Output)
alur pelayanan yang mampu mencegah terjadinya missed opportunity dan menjamin kerahasiaan, privasi, kenyamanan dan kecepatan dalam melaksanakan pelayanan bagi remaja	pelayanan kesehatan bagi remaja dengan prosedur dan tata laksana yang mampu mencegah terjadinya <i>missed opportunity</i> dan menjamin rahasia, privasi, nyaman dan kecepatan dalam pemberian layanan	

Sumber : (Kemenkes RI, 2014)

3. Remaja

Standar Remaja meliputi kegiatan pemberian informasi (Pelayanan KIE) dan kegiatan konselor sebaya.

a) Pelayanan KIE

Petugas pemberi layanan harus memiliki pengetahuan tentang kesehatan remaja dan permasalahannya, selain itu keterampilan dalam berbagai metode KIE seperti ceramah tanya jawab, FGD, diskusi interaktif serta roleplay sangat dibutuhkan. Penggunaan alat bantu seperti slide, video dan lembar balik juga dapat digunakan agar penyampaian sesuai dengan selera sasaran (remaja). Dalam prosesnya sikap ramah terhadap remaja sangat dibutuhkan oleh karena itu sikap menyenangkan, tidak menggurui dan penggunaan bahasa yang sesuai dengan bahasa remaja dapat digunakan. Dalam proses pencatatan, berkas konseling remaja harus memiliki tempat penyimpanan yang aman sehingga privasi dan kerahasiaan klien remaja terjamin.

b) Konselor Sebaya

Remaja dilatih untuk menjadi konselor. Pelatihan dilakukan oleh dinas pendidikan kabupaten atau instansi terkait dengan melakukan orientasi guna meningkatkan wawasan konseling pada remaja dengan mengacu pada pedoman PKPR bagi konselor sebaya. Konselor sebaya dilaksanakan di sekolah sesuai dengan pedoman dan di fasilitasi oleh tenaga kesehatan. Buku yang menjadi pegangan sebagai petunjuk dan pegangan bagi konselor remaja adalah Pedoman PKPR bagi konselor Sebaya dan Pedoman Teknik Konseling bagi Konselor Sebaya. Konselor sebaya harus memiliki pembina/pendamping baik itu dari sekolah ataupun luar sekolah yang aktif melakukan pembinaan terhadap konselor misalnya guru BK, guru UKS atau pimpinan dari kelompok remaja (Winangsih, 2015).

c) Kriteria Remaja

Tabel 4. Standar Remaja

Kriteria Masukan (Input)	Kriteria Proses	Kriteria Luaran (Output)
Tersedia mekanisme, prosedur dan sumber daya penyelenggaraan kegiatan pemberian informasi yang memenuhi selera dan kebutuhan kelompok remaja sesuai standar/pedoman yang berlaku oleh berbagai pihak terkait kesesuaian wewenang masing-masing	Terselenggaranya kegiatan kepada remaja yang sesuai selera kelompok remaja sesuai standar yang berlaku sesuai dengan kewenangan berbagai pihak	Remaja memperoleh informasi yang dibutuhkan sesuai kebutuhan untuk hidup yang sehat serta produktif dengan menggunakan tempat dan layanan yang sesuai
Tersedia alat bantu audio-visual dalam kegiatan pelayanan yang sesuai kebutuhan remaja	Diselenggarakannya kegiatan pelayanan yang memenuhi kebutuhan remaja dan masyarakat terkait dengan menggunakan metode	

Kriteria Masukan (Input)	Kriteria Proses	Kriteria Luaran (Output)
	dan alat bantu audio-visual	
Adanya pedoman tentang peran, hak, tanggung jawab dan ruang kegiatan untuk konselor dan pendamping konselor sebaya	Konselor sebaya dan pendamping melaksanakan peran, hak, tanggung jawab kegiatan sesuai pedoman	

Sumber : (Kemenkes RI, 2014)

4. Jejaring

Jejaring meliputi pemetaan pemangku kepentingan dan peningkatan partisipasi remaja.

- a. Jejaring ini dibutuhkan dalam rangka kurangnya kepedulian dan support terhadap masalah remaja, selain itu orangtua juga masih kurang memahami kebutuhan dari remaja. Dalam pengembangan dan pelaksanaannya, remaja juga masih kurang dilibatkan dalam pengembangan dan pelaksanaan PKPR, sehingga diharapkan pemangku kepentingan lintas sektor atau lintas program memiliki kegiatan yang menysasar remaja berbagai tingkat seperti sekolah, LSM ataupun tingkatan pendidikan lain baik formal maupun nonformal yang bertujuan agar Puskesmas memiliki gambaran terkait tingkat kepentingan dan pengaruh dari stakeholder terhadap program kesehatan remaja ini. Adapun gambaran yang harus diketahui yaitu nama instansi, kontak person, nomor telepon dan jenis kegiatan.

b. Kriteria standar jejaring sebagai berikut :

Tabel 5. Standar Jejaring

Kriteria Masukan (Input)	Kriteria Proses	Kriteria Luaran (Output)
Tersedia metode dan instrumen untuk melakukan pemetaan peran dan kegiatan dalam pembinaan kesehatan remaja (<i>duty bearer analysis</i>)	Pemetaan dan peta peran terlaksana instansi terkait dalam pembinaan kesehatan remaja	Jejaring antar remaja, kelompok masyarakat, lintas sektor, lintas program dan lembaga swadaya masyarakat dapat terbentuk dan berfungsi dengan baik dalam menyediakan dan memanfaatkan PKPR
Adanya mekanisme jejaring antar pemangku kepentingan, kejelasan peran, tanggung jawab serta fungsi pembinaan setiap organisasi dalam membina kesehatan remaja	Mekanisme pembentukan jejaring/forum antar pemangku kepentingan dapat terlaksana dengan adanya peran yang jelas, bertanggungjawab dan berjalannya fungsi pembinaan kesehatan remaja	
Adanya mekanisme pembinaan kelompok masyarakat dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan remaja	Terlaksananya kegiatan untuk memberi dukungan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan remaja	
Adanya mekanisme pembinaan, penguatan peran dan tanggungjawab organisasi remaja untuk memperjuangkan kepentingan remaja	Dapat terlaksana Pembentukan, pembinaan penguatan peran serta tanggung jawab organisasi remaja	
Adanya mekanisme guna peningkatan partisipasi remaja dalam membina kesehatan remaja	Mendorong remaja berperan aktif dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan penilaian terhadap kegiatan kesehatan remaja	

Sumber : (Kemenkes RI, 2014)

5. Manajemen Kesehatan meliputi kegiatan advokasi, pencatatan dan pelaporan serta kegiatan supervisi, pemantauan dan evaluasi.

a. Kegiatan advokasi

Puskesmas pelaksana berupaya untuk merubah atau mempengaruhi kebijakan publik dengan

menggunakan komunikasi persuasif terhadap semua stakeholders guna mendapatkan komitmen dan dukungan terhadap program PKPR. Stakeholder di tingkat Puskesmas adalah camat, dinas kesehatan kabupaten, sekolah, pemuka masyarakat, masyarakat, swasta, LSM peduli remaja, orangtua, kelompok remaja.

b. Pencatatan, pelaporan dan evaluasi

Pencatatan data remaja yang dilakukan Puskesmas adalah :

- 1) Data umum pada register kunjungan
- 2) Kasus PKPR (semua maslahe remaja yang ditangani oleh tenaga kesehatan (TIM PKPR)
- 3) Konseling yang telah dilaksanakan dengan melihat pencatatan pada formulir. Pelaporan pencatatatan adalah konseling yang dilaksanakan secara tatap muka langsung dengan remaja bukan yang melalui sms atau internet.
- 4) Pelaporan hasil kegiatan PKPR menggunakan format bulanan PKPR ke Dinas Kesehatan kabupaten (dapat dilihat pada buku pedoman PKPR)
- 5) Evaluasi dilakukan dengan memantau menggunakan instrumen pemantauan terbatas yang dilakukan Puskesmas bersama dengan Dinas Kesehatan Kabupaten.
- 6) Pelimpahan tanggung jawab dengan kasus tertentu baik vertikal (Rumah Sakit) maupun horizontal (satu unit puskesmas seperti PKPR ke pengobatan Gigi atau klinik IMS)
- 7) Rujukan hukum dapat dilakukan untuk melimpahkan tanggung jawab yang dialami klien ke lembaga tertentu guna memberikan kekuatan hukum untuk menindaklanjuti kasus yang membutuhkan bantuan hukum tersebut.

c. Kriteria manajemen kesehatan

Tabel 6. Standar Manajemen Kesehatan

Kriteria Masukan (Input)	Kriteria Proses	Kriterian Luaran (Output)
Ada dokumen yang diperlukan untuk advokasi terhadap penentu kebijakan/pengambil keputusan dalam berbagai tingkat administratif yang bertujuan memastikan tersedianya sumber daya dalam melaksanakan PKPR	Kegiatan advokasi PKPR terlaksana dengan menggunakan dokumen terkait tingkatan administratif dalam mendukung lahirnya kebijakan pelaksanaan PKPR	Terdapat kebijakan dan sistem manajemen yang dapat menjamin peningkatan kualitas PKPR
Ada standar, pedoman dan rencana aksi dalam penyelenggaraan PKPR	PKPR terselenggara sesuai standar, pedoman dan rencana aksi	
Ada sistem pencatatan dan pelaporan dalam program PKPR	Pencatatan dan pelaporan program PKPR terselenggara dengan baik	
Ada metode dan instrumen dalam pelaksanaan evaluasi diri, supervisi fasilitatif dan pemantauan penyelenggaraan program	Kegiatan evaluasi diri, supervisi dan pemantauan penyelenggaraan PKPR terlaksana dengan baik	
Ada sistem rujukan medik untuk melayani permasalahan remaja yang terintegrasi dengan rujukan baik sosial	Layanan rujukan sosial, rujukan hukum dan rujukan balik untuk pelayanan kesehatan remaja dapat terlaksana dan berfungsi dengan baik	

Kriteria (Input)	Masukan	Kriteria Proses	Kriterian Luaran (Output)
maupun hukum	secara		

DAFTAR PUSTAKA

- Kadek Alit Arsani, N.L. 2013. 'Peranan Program Pkpr (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja Di Kecamatan Buleleng', *Jurnal Ilmu Sosial dan Humaniora*, 2(1), pp. 129–208. doi:10.23887/jish-undiksha.v2i1.1289.
- Kemenkes RI. 2014. *Pedoman Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja*, Kemenkes RI.
- Sandi, A. 2019. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Partisipasi Remaja dalam Kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) Wilayah Kerja Puskesmas Bandarharjo Semarang*. Available at: http://lib.unnes.ac.id/39548/1/6411414017_Optimized.pdf.
- Winangsih, R. 2015. 'Persepsi Remaja Terhadap pelayanan Kesehatan Peduli Remaja Di Wilayah Puskesmas Kuta Selatan'.

BAB 14

POSYANDU REMAJA

Oleh Martina Mogan

14.1 Pendahuluan

Remaja merupakan generasi penerus dan pemimpin bangsa di masa depan, mendapat hak dan kesempatan seluas-luasnya untuk tumbuh dan kembang secara optimal, terjamin kelangsungan hidupnya, bebas dari tindakan diskriminasi dan perlakuan yang salah, termasuk terlindungi dari berbagai masalah kesehatan (Kemenkes RI, 2018). Masa remaja adalah masa transisi dari masa anak-anak menuju masa dewasa. Di masa ini remaja banyak menghadapi tantangan baik dari dirinya maupun dari lingkungan luar. Masalah kesehatan yang dihadapi pada kelompok ini terutama disebabkan karena kecenderungan untuk perilaku yang beresiko (Kemenkes RI, 2018). Remaja yang tidak memiliki kemampuan untuk menghadapi tantangan tersebut maka akan timbul sikap dan perilaku yang menyimpang, sehingga muncul masalah-masalah yang kompleks terutama dalam masalah kesehatan (<https://repo.poltekkesbandung.ac.id>).

Kompleksnya masalah kesehatan pada remaja, tentunya memerlukan penanganan yang komprehensif dan terintegrasi yang melibatkan semua unsur dari lintas program dan lintas sektor terkait. Kementerian Kesehatan telah mengembangkan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) di Puskesmas, dengan paket pelayanan komprehensif untuk kesehatan remaja meliputi KIE, konseling, pembinaan konselor sebaya, layanan klinis/medis dan rujukan termasuk pemberdayaan masyarakat. Namun pelayanan dalam gedung diberikan Nakes masih memiliki keterbatasan jumlah sarana dan hambatan terkait akses geografis yang beragam, untuk itu perlu memberdayakan masyarakat dengan menyertakan masyarakat secara mandiri dalam upaya promotif serta preventif, misalnya kegiatan posyandu remaja. Kegiatan posyandu remaja diharapkan dapat menjadi wadah bagi para remaja untuk memiliki pemahaman serta kemampuan dalam memecahkan permasalahan

kesehatan mereka. Dalam bab ini dibahas tentang (Kemenkes RI, 2018).

14.2 Pengertian Posyandu Remaja

1. Pemberdayaan masyarakat yaitu segala upaya fasilitas yang bersifat non instruktif, guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan masyarakat, agar mampu mengidentifikasi masalah yang dihadapi, potensi yang dimiliki, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat.
2. Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan merupakan proses pemberian informasi kesehatan kepada individu, keluarga atau kelompok secara terus menerus dan berkesinambungan mengikuti perkembangan klien, serta proses membantu klien, agar klien tersebut berubah dari tidak tahu menjadi tahu atau sadar (aspek pengetahuan atau *knowledge*), dari tahu menjadi mau (aspek sikap atau *attitude*), dan dari mau menjadi mampu melaksanakan perilaku yang diperkenalkan (aspek tindakan atau *practice*),
3. UKBM adalah tempat pemberdayaan masyarakat, dikelola oleh, dari dan untuk dan bersama masyarakat, dengan bimbingan dari petugas Puskesmas, lintas sektoral dan lembaga terkait lainnya.
4. Posyandu adalah salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan anak.
5. Posyandu remaja adalah salah satu upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat termasuk remaja dalam menyelenggarakan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan dalam memperoleh pelayanan

kesehatan bagi remaja untuk meningkatkan derajat kesehatan dan keterampilan hidup sehat bagi remaja.

6. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 tahun 2014, remaja adalah kelompok usia 10 tahun sampai berusia 18 tahun.
7. Kader kesehatan remaja adalah remaja yang dipilih secara sukarela mengajukan diri dan dilatih untuk ikut melaksanakan upaya pelayanan kesehatan remaja bagi diri sendiri, teman sebaya, keluarga serta masyarakat (Kemenkes RI, 2018).

14.3 Tujuan Posyandu Remaja

1. Tujuan Umum
Memudahkan akses dan meningkatkan cakupan layanan kesehatan bagi remaja.
2. Tujuan Khusus
 - a. Meningkatkan keterlibatan remaja dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi posyandu remaja.
 - b. Meningkatkan pendidikan keterampilan hidup sehat (PHBS).
 - c. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja tentang kesehatan reproduksi untuk remaja.
 - d. Meningkatkan pengetahuan remaja tentang kesehatan jiwa dan pencegahan penyalahgunaan narkoba.
 - e. Mempercepat upaya perbaikan gizi bagi remaja.
 - f. Memotivasi remaja untuk melakukan aktifitas fisik.
 - g. Melaksanakan deteksi dini dan pencegahan penyakit tidak menular (PMT).
 - h. Meningkatkan kesadaran bagi remaja untuk pencegahan kekerasan.

14.4 Sasaran Posyandu Remaja

1. Sasaran Kegiatan Posyandu Remaja:
Remaja usia 10 sampai 18 tahun, laki-laki dan perempuan dengan tidak memandang status pendidikan dan perkawinan termasuk remaja dengan disabilitas.
2. Sasaran Petunjuk Pelaksanaan:
 - a. Petugas kesehatan
 - b. Pemerintah kampung/kelurahan, tokoh masyarakat, toko agama, organisasi kemasyarakatan lainnya.
 - c. Pengelola program remaja
 - d. Keluarga dan masyarakat
 - e. Kader kesehatan remaja (Kemenkes RI, 2018)

14.5 Fungsi Posyandu Remaja

1. Sebagai tempat pemberdayaan masyarakat dalam alih informasi dan keterampilan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan dan keterampilan hidup sehat bagi remaja.
2. Sebagai tempat untuk mendekatkan pelayanan kesehatan yang mencakup upaya promotif dan preventif, meliputi: pendidikan keterampilan hidup sehat (PKHS), kesehatan reproduksi remaja, pencegahan penyalagunaan Napza, gizi, aktifitas gizi, aktifitas fisik, pencegahan penyakit tidak menular (PMT) dan pencegahan kekerasan pada remaja.
3. Sebagai pengamata dan pemantauan kesehatan remaja di wilayah sekitar (Kemenkes RI, 2018)

14.6 Manfaat Kegiatan Posyandu Remaja

1. Remaja
 - a. Mendapatkan pengetahuan dan keterampilan yang meliputi: kesehatan reproduksi remaja, masalah kesehatan jiwa dan mencegah penyalagunaan Napza, gizi, aktifitas fisik, pencegahan penyakit tidak menular (PTM), pencegahan kekerasan pada remaja.

- b. Menyiapkan remaja untuk memiliki keterampilan hidup sehat melalui PKHS.
 - c. Aktualisasi diri untuk kegiatan peningkatan derajat kesehatan remaja.
2. Petugas Kesehatan
- a. Mempermudah akses pelayanan kesehatan dasar pada masyarakat terutama remaja.
 - b. Membantu remaja untuk memecahkan masalah kesehatan spesifik sesuai dengan keluhan yang dialaminya.
3. Pemerintah kampung/kelurahan, tokoh masyarakat, tokoh agama, organisasi kemasyarakatan lainnya
- Meningkatkan koordinasi dalam pemberian pelayanan secara terpadu sesuai dengan tugas pokok, fungsi masing-masing sektor.
4. Keluarga dan Masyarakat
- a. Membantu keluarga dan masyarakat untuk membentuk anak agar mampu berperilaku hidup bersih dan sehat.
 - b. Membantu keluarga dan masyarakat untuk membentuk anak agar memiliki keterampilan hidup sehat.
 - c. Membantu keluarga dan masyarakat untuk membentuk anak yang memiliki keterampilan sosial yang baik sehingga dapat belajar, tumbuh dan berkembang secara harmonis dan optimal menjadi sumber daya manusia yang berkualitas (Kemenkes RI, 2018).

14.7 Lokasi Posyandu Remaja

Posyandu remaja berada di setiap kampung/kelurahan. Bilamana diperlukan dan memiliki kemampuan, dimungkinkan untuk didirikan di RW, dusun atau sebutan lainnya yang sesuai. Tempalat penyelenggaraan kegiatan Posyandu remaja disesuaikan dengan kondisi daerah. Di setiap Posyandu remaja beranggotakan maksimal 50 remaja. Bila dalam satu wilayah terdaftar lebih dari 50

remaja, maka wilayah tersebut dapat mendirikan Posyandu Remaja lainnya (Kemenkes RI, 2018).

14.8 Pembentukan Posyandu Remaja

Posyandu remaja dibentuk oleh masyarakat kampung/kelurahan yang bertujuan mendekatkan pelayanan kesehatan untuk remaja, terutama pendidikan keterampilan hidup sehat (PKHS), pelayanan kesehatan reproduksi remaja, masalah kesehatan jiwa dan pencegahan penyalagunaan Napza, gizi, aktifitas fisik, pencegahan penyakit tidak menular (PTM), dan pencegahan kekerasan pada remaja.

Pembentukan posyandu remaja bersifat fleksibel yang disesuaikan dengan kebutuhan dan permasalahan dan kemampuan sumber daya. Langkah-langkah pembentukan posyandu remaja adalah sebagai berikut:

1. Pendekatan

Pendekatan untuk membentuk posyandu remaja dilakukan oleh petugas kesehatan secara:

- a. Internal

Pendekatan internal dilakukan untuk mempersiapkan petugas kesehatan agar bersedia dan memiliki kemampuan mengelola serta membina posyandu. Dalam upaya meningkatkan layanan secara profesional, Kepala Puskesmas harus memberikan motivasi dan keterampilan kepada petugas dengan dilibatkan seluruh petugas dalam mengikuti orientasi/sosialisasi/pelatihan.

- b. Eksternal

Pendekatan eksternal dilakukan untuk mempersiapkan masyarakat dan pemangku kepentingan khususnya komunitas remaja. Bila di daerah tersebut sudah dibentuk Forum Peduli Kesehatan Kampung/Kelurahan, maka pendekatan ini juga dapat dilakukan bersama. Dukungan yang diharapkan berupa moril, finansial dan materi, seperti kesepakatan/persetujuan masyarakat tentang bantuan yang akan diberikan berupa dana,

tempat penyelenggaraan atau peralatan posyandu remaja.

2. Survei Mawas Diri (SDM)

SDM dilakukan untuk menimbulkan rasa memiliki dari masyarakat melalui temuan sendiri masalah yang dihadapi dan potensi yang dimiliki. SDM dilakukan satu kali (1x) di awal pembentukan posyandu remaja. Oleh sebab itu perlu dilakukan pemilihan dan pelatihan anggota masyarakat agar dinilai mampu melakukan SDM seperti guru, anggota pramuka, kelompok dasa wisma-PKK, anggota karang taruna, siswa atau kalangan pendidikan lainnya yang ada di kampung/kelurahan.

Pelatihan yang dilakukan meliputi penetapan responden, metode wawancara sederhana, penyusunan daftar pertanyaan serta pengolahan hasil pengumpulan data. Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara pada 30 orang bertempat di lokasi yang akan dibentuk posyandu.

3. Musyawara Masyarakat Desa (MMD)

Pelaksanaan MMD dilakukan oleh para tokoh masyarakat yang mendukung pembentukan posyandu atau forum peduli kesehatan kecamatan (jika telah dibentuk) yang keanggotaannya adalah masyarakat setempat. Materi yang dibahas adalah hasil SMD serta data kesehatan lainnya yang mendukung. Hasil yang diharapkan agar dapat ditetapkannya daftar urutan prioritas masalah dan upaya kesehatan yang dapat dilakukan, disesuaikan dengan kegiatan utama posyandu remaja. Bila masyarakat menetapkan masalah dan upaya kesehatan lain diluar kegiatan utama posyandu remaja, maka masalah dan upaya kesehatan tersebut tetap dimasukkan dalam daftar urutan.

4. Pembentukan dan Pemantauan Kegiatan

Dilakukan kegiatan adalah sebagai berikut:

- a. Pembentukan posyandu remaja dilakukan melalui musyawara masyarakat desa berdasarkan Survei Mawas Diri.
- b. Pemilihan pengurus dan Kader Posyandu remaja, dilakukan melalui pertemuan khusus dengan melibatkan komunitas remaja setempat serta mengundang para tokoh dan anggota masyarakat. Surat undangan dipersiapkan oleh Puskesmas dan ditandatangani oleh kepala kampung/Lurah. Pemilihan dilakukan sesuai dengan tata cara dan kriteria yang berlaku secara musyawara.
- c. Orientasi pengurus pelatihan kader posyandu remaja, dilakukan oleh Puskesmas sesuai dengan pedoman yang berlaku. Saat penyelenggaraan sekaligus disusun rencana kerja (*Plan of Action*) posyandu remaja yang akan dibentuk, lengkap dengan waktu dan tempat penyelenggaraan, pelaksanaan dan pembagian tugas, sarana dan prasarana yang diperlukan.
- d. Pengurus dan kader posyandu remaja yang telah mengikuti orientasi dan pelatihan, selanjutnya mengorganisasikan diri ke dalam wadah posyandu remaja.
- e. Penyelenggaraan dan pemantauan kegiatan posyandu remaja. Setelah dibentuk, maka pelaksanaan kegiatan posyandu remaja dilakukan secara rutin sesuai dengan petunjuk teknis penyelenggaraan posyandu remaja yang berlaku. Posyandu remaja dipantau oleh Puskesmas secara berkala, hasilnya dipakai sebagai masukan untuk perencanaan dan pengembangan posyandu remaja secara lintas sektoral (Kemenkes RI, 2018).

14.9 Kegiatan Posyandu Remaja

1. Kegiatan Utama

Kegiatan utama yang harus dilakukan adalah:

- a. Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PHKS)

- 1) KIE yang diberikan:
 - a) Memberikan informasi dan pengetahuan tentang kecerdasan majemuk
 - b) Melakukan sosialisasi dan penanaman 10 kompetensi PKHS antara lain: kesadaran diri, empati, pengambilan keputusan, pemecahan masalah, berpikir kritis, berpikir kreatif, komunikasi efektif, hubungan interpersonal, pengendalian emosi dan mengatasi stres.
- 2) Pelayanan kesehatan yang diberikan adalah:
 - a) Identifikasi dan pengembangan kecerdasan majemuk bagi remaja yang pertama kali datang.
 - b) Pelayanan kesehatan berupa konseling.
- b. Kesehatan Reproduksi Remaja
 - 1) KIE yang diberikan
 - a) Kesehatan Reproduksi, mencakup pemberian informasi tentang organ reproduksi remaja, pubertas, proses kehamilan, menstruasi, KB, penyakit menular seksual, infeksi menular seksual, gender dan pendewasaan usia perkawinan
 - b) HIV dan AIDS, mencakup pemberian informasi seputar penularan, pencegahan dan gejala HIV/AIDS.
 - 2) Pelayanan kesehatan yang diberikan adalah:
 - a) Konseling tentang kesehatan reproduksi (masalah atau gangguan haid, pubertas, dll).
 - b) Konseling HIV/AIDS
 - c) Layanan tes HIV jika diperlukan
 - d) Rujuk ke fasilitas kesehatan bila diperlukan.
- c. Masalah Kesehatan Jiwa dan Pencegahan Penyalagunaan NAPSA
 - 1) KIE yang diberikan; pemberian informasi masalah kesehatan jiwa dan Napsa pada remaja.
 - 2) Pelayanan kesehatan yang diberikan adalah:

- a) Skrining masalah psikologi remaja dengan menggunakan instrumen *Pediatric Symptom Checklist* (PSC)
 - b) Konseling masalah kesehatan jiwa dan penyalagunaan Napza
 - c) Merujuk ke fasilitas kesehatan apabila didapatkan permasalahan kesehatan jiwa dan penyalagunaan Napza.
- d. Gizi
 - 1) KIE yang diberikan
 - a) Gizi seimbang bagi remaja
 - b) Pencegahan masalah gizi pada remaja: KEK, Obesitas, Anemia
 - 2) Pelayanan kesehatan yang diberikan adalah:
 - a) Penukuran antropometri (BB, TB, LP dan LILA)
 - b) Penilaian status gizi berdasarkan IMT/Umur
 - c) Penilaian enemia pada remaja putri menggunakan pemeriksaan tanda klinis dan bila memungkinkan dapat dilakukan pemeriksaan kadar Hb secara laboratorium sederhana.
 - d) Pemberian tablet tambah darah bagi remaja putri
 - e) Penyuluhan dan konseling gizi
 - f) Menruju ke fasilitas pelayanan kesehatan jika diperlukan
- e. Aktifitas Fisik pada Remaja
 - 1) KIE yang diberikan
 - a) Pentingnya melakukan aktivitas fisik setiap hari
 - b) Jenis aktifitas fisik yang dapat dilakukan setiap hari
 - 2) Kegiatan di posyandu remaja

Kegiatan fisik yang dapat dilakukan di posyandu remaja adalah peregangan atau senam sehat bugar secara bersama-sama, kegiatan ini

- bertujuan untuk memicu remaja melakukan aktifitas fisik setiap harinya.
- f. Penyakit Tidak Menular (PTM)
- 1) KIE yang dapat dibebrikan:
 - a) Jenis penyakit tidak menular seperti kanker, diabetes, stroke dll
 - b) Dampak dan bahaya penyakit tidak menular
 - c) Upaya pencegahan faktor resiko penyakit tidak menular melalui perilaku CERDIK (cek kesehatan secara berkala, enyahkan asap rokok, rajin aktifitas fisik, diet sehat dengan kalori seimbang, istirahat cukup dan kelolah stress).
 - 2) Pelayanan kesehatan yang diberikan:
 - a) Deteksi dini faktor resiko penyakit tdk menular: anamnesa riwayat penyakit keluarga dan penyakit sendiri; pemeriksaan tekanan darah; pemeriksaan gula darah dan kolesterol, bila yang datang ditemukan tergolong obesitas dan riwayat keluarga diabetes; pemeriksaan penglihatan dan pendengaran minimal 1 kali dalam setahun.
- g. Pencegahan Kekerasan pada remaja
- 1) KIE yang dapat diberikan tentang faktor resiko kekerasan, dampak dan pencegahan tindakan kekerasan.
 - 2) Pelayanan kesehatan yang dapat diberikan:
 - a) Melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan ypada remaja yang diduga mengalami tindakan kekerasan.
 - b) Melakukan pendampingan korban kekerasan sebelum dan sesudah rehabilitasi bersama pihak terkait (petugas Puskesmas, jaringan layanan pusat perlindungan anak, misalnya polisi, rumah aman, LKSA/Panti, P2TP2A, dll).

- h. Penyuluhan lain terkait isu kesehatan lain, misalnya: kecelakaan lalulintas, penyakit menular yang sedang terjadi di masyarakat, dsb.
2. Kegiatan Pengembangan atau Tambahan
- Kegiatan pengembangan dapat dilakukan bila masyarakat di wilayah tersebut merasa ada masalah kesehatan di luar 8 kegiatan utama yang juga perlu diselesaikan. Penatepan kegiatan harus mendapat dukungan dari seluruh masyarakat dari hasil survey mawas diri (SMD) dan disepakati melalui forum musyawara masyarakat desa (MMD). Penambahan kegiatan pengembangan dapat dilakukan bila 8 kegiatan telah dilakukan dengan baik, dan tersedia sumber daya dan sumber dana yang mendukung. Kegiatan yang dapat dilakukan sebagai kegiatan pengembangan adalah sebagai berikut:
- a. Bina keluarga remaja
 - b. Pemilihan duta kesehatan remaja
 - c. Kampanye kesehatan di luar kegiatan rutin posyandu remaja
 - d. Pelatihan kewirausahaan remaja
 - e. Perayaan hari besar nasional
 - f. Peningkatan kerjasama dengan dunia usaha (Kemenkes RI, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

<https://repo.poltekkesbandung.ac.id/1380/6Chapter%20I.pdf>

Kemenkes RI. 2018. Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Posyandu Remaja, Jakarta.

BAB 15

KONSELING KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Oleh Niken Bayu Argaheni

15.1 Pendahuluan

Program KRR merupakan upaya pelayanan untuk membantu remaja memiliki status kesehatan reproduksi yang baik melalui pemberian informasi, pelayanan konseling, dan pendidikan keterampilan hidup. Pusat Informasi dan Konseling kesehatan Reproduksi Remaja) adalah suatu wadah kegiatan program KRR yang dikelola dari, oleh dan untuk remaja. Bertujuan untuk memberikan pelayanan informasi dan konseling tentang kesehatan reproduksi remaja, ketrampilan kecakapan hidup (life skills) serta mengembangkan kegiatan-kegiatan lain yang khas dan sesuai minat/ kebutuhan remaja. Melalui PIK-KRR diharapkan terwujud Remaja TEGAR yaitu remaja yang berperilaku sehat, terhindar dari resiko seksualitas, HIV/ AIDS dan Narkoba (TRIAD KRR) sehingga menjadi contoh, idola, serta sumber informasi bagi teman sebayanya (Nurmaya, 2019).

Menurut penelitian, satu dari tiga remaja akan mengalami gangguan kecemasan pada saat mereka mencapai usia 18 tahun, dan lebih dari 10% akan memiliki setidaknya satu episode depresi mayor. 14% remaja usia 13-17 akan mengalami depresi atau gangguan bipolar, dan lebih dari 50% akan menggunakan alkohol. Di atas statistik ini, lebih dari 85% remaja akan terpapar kekerasan komunitas, sementara 25-43% akan terpapar pelecehan seksual. Sayangnya, sebagian besar anak-anak dan remaja yang terkena trauma masa kanak tidak mencari pengobatan. Ini bisa karena berbagai alasan, termasuk bahwa anak-anak mungkin tidak selalu mengungkapkan pengalaman traumatis yang terjadi pada mereka karena malu atau takut akan apa yang mungkin terjadi. Hal ini dapat menyebabkan mereka menginternalisasi trauma, yang dapat menyebabkan depresi dan

kecemasan, atau melukai diri sendiri atau mengeksternalisasi trauma, yang dapat menyebabkan pola perilaku negatif seperti kekerasan, intimidasi, atau pelecehan terhadap orang lain. Ketika seorang anak atau remaja membutuhkan bantuan dan tidak mendapatkan dukungan mental dan emosional yang tepat yang mereka butuhkan, mereka dapat mengalami kesulitan yang lebih besar dengan kesehatan mental dan penggunaan serta penyalahgunaan zat di kemudian hari. (Idaho Youth Ranch, 2020).

Beberapa tanda atau bahaya yang menandakan seorang remaja membutuhkan konseling adalah:

- 1) Pikiran atau upaya bunuh diri
- 2) Penggunaan/penyalahgunaan zat
- 3) Paparan trauma
- 4) Kesulitan emosional
- 5) Masalah perilaku
- 6) Hubungan yang bermasalah
- 7) Ledakan kemarahan
- 8) Masalah sikap atau suasana hati
- 9) Perilaku merusak diri sendiri
- 10) Masalah kontrol impuls
- 11) Perilaku antisosial
- 12) Mengisolasi diri
- 13) Perubahan pola makan dan/atau tidur
- 14) Penurunan nilai
- 15) Kurangnya minat pada aktivitas yang pernah disukai. Gejala kekhawatiran atau kemungkinan gangguan kesehatan mental

15.2 Pengertian

Konseling remaja adalah pendekatan terapeutik khusus untuk remaja. Dengan konseling, remaja berpartisipasi dalam terapi bicara di lingkungan yang aman dengan profesional kesehatan mental dengan tujuan untuk lebih memahami dan mengekspresikan perasaan mereka, mengidentifikasi dan memecahkan masalah, dan mengembangkan mekanisme koping yang sehat. Konseling dapat berupa sesi terapi bicara satu lawan satu atau terapi kelompok (Choi & Easterlin, 2018).



Gambar 21. Ilustrasi Konseling Remaja (Sumber: verywell.com)

Alasan dan kondisi umum di mana remaja menghadiri konseling meliputi:

- 1) Gangguan kecemasan
- 2) Perhatian/hiperaktivitas (ADHD) pemusatan
- 3) Autisme
- 4) Masalah perilaku
- 5) Mengatasi kondisi kesehatan kronis
- 6) Budaya atau ras
- 7) Depresi
- 8) Menemukan seksualitas, orientasi seksual, dan/atau identitas gender
- 9) Gangguan Makan
- 10) Kesedihan
- 11) Kesendirian
- 12) Gangguan obsesif-kompulsif (OCD)
- 13) Gangguan kepribadian
- 14) Masalah dengan kesadaran, harga diri, atau harga diri
- 15) Masalah hubungan
- 16) Masalah terkait sekolah dan sosial seperti bullying
- 17) Menyakiti diri sendiri, bunuh diri, atau perilaku berisiko
- 18) Manajemen stres

- 19) Penggunaan zat
- 20) Trauma

15.3 Jenis Konseling Remaja

Ada banyak jenis konseling untuk remaja. Tergantung pada masalahnya, terapis dapat merekomendasikan kombinasi. Di antara jenis terapi umum yang digunakan untuk remaja adalah:

- 1) Terapi perilaku kognitif (CBT): Sering digunakan untuk remaja dengan kecemasan, depresi, atau trauma, terapis yang berspesialisasi dalam CBT akan membantu remaja Anda mengidentifikasi pola pikir yang berbahaya dan menggantinya dengan yang lebih positif.
- 2) Terapi perilaku dialektis (DBT): DBT akan membantu anak remaja Anda bertanggung jawab dan menemukan cara yang lebih sehat untuk mengatasi konflik dan emosi yang intens. DBT sering digunakan untuk remaja yang melakukan tindakan menyakiti diri sendiri, yang ingin bunuh diri, dan/atau remaja dengan gangguan kepribadian ambang (BPD).
- 3) Terapi keluarga: keluarga mencakup satu atau lebih anggota keluarga, termasuk orang tua, kakek-nenek, dan saudara kandung. Tujuan dari jenis terapi ini adalah untuk meningkatkan komunikasi dan dukungan di antara anggota keluarga.
- 4) Terapi kelompok: Dalam terapi kelompok, beberapa pasien dipimpin oleh seorang terapis. Pendekatan ini dapat meningkatkan keterampilan sosial remaja Anda dan membantu mereka belajar bagaimana remaja lain secara konstruktif mengatasi masalah kesehatan mental.
- 5) Terapi Interpersonal (IPT): Umumnya digunakan untuk orang dengan depresi, IPT berfokus pada hubungan seseorang, mengatasi masalah hubungan dan bagaimana peristiwa interpersonal mempengaruhi emosi.
- 6) Terapi berbasis mentalisasi (MBT): MBT membantu anak-anak dan remaja yang berjuang dengan identitas mereka dan dengan siapa mereka.

- 7) Terapi suportif: suportif membantu remaja mengatasi dan mengatasi masalah dengan cara yang sehat serta meningkatkan harga diri mereka.

15.4 Triad KRR (Kesehatan Reproduksi Remaja)

TRIAD KRR adalah tiga resiko yang dihadapi oleh remaja, yaitu Seksualitas, HIV/ AIDS dan NAPZA. KRR merupakan kepanjangan dari Kesehatan Reproduksi Remaja. Seksualitas adalah segala sesuatu yang menyangkut hidup manusia sebagai makhluk seksual, yaitu emosi, perasaan, kepribadian, sikap yang berkaitan dengan perilaku seksual, hubungan seksual dan orientasi seksual. HIV adalah singkatan dari Human Immunodeficiency Virus, yaitu virus yang melemahkan sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immuno Deficiency Syndrome*, yaitu sekumpulan gejala yang timbul akibat melemahnya sistem kekebalan tubuh karena terinfeksi virus HIV. IMS merupakan kepanjangan dari infeksi menular seksual yaitu infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual. NAPZA adalah singkatan dari Narkotika, Alkohol, Psikotropika, dan zat adiktif lainnya. kata lain yang sering dipakai adalah Narkoba. NAPZA adalah zat-zat kimiawi yang masukkan ke dalam tubuh manusia, baik secara oral (melalui mulut) dihirup (melalui hidung) dan disuntik (Masfiah, Shaluhiah, & Suryoputro, 2013).

PIK-KRR adalah suatu wadah kegiatan program yang dibuat oleh BKKBN yang dikelola dari, oleh, dan untuk remaja yang berguna untuk memberikan pelayanan informasi dan konseling kesehatan reproduksi serta persiapan keluarga berencana. Seperti yang kita ketahui, masa remaja adalah masa peralihan dari anak-anak menuju masa remaja. Kehidupan remaja merupakan masa yang sangat menentukan bagi kehidupan masa depan para remaja itu sendiri. Isu-isu TRIAD PIK-KRR yakni Seksualitas, HIV/AIDS, dan Napza merupakan isu yang sangat aktual dan perlu diperhatikan oleh semua pihak. Apabila kasus remaja ini dibiarkan, sudah pasti akan merusak masa depan bangsa Indonesia (Maharani & Purwoko, 2016).

Berikut penjelasan mengenai masalah TRIAD PIK-KRR:

a. Seksualitas

1) Seks Pra-nikah

Berdasar survey pada tahun 2003, diketahui bahwa remaja yang pernah melakukan hubungan seks diluar pernikahan pada usia 14-19 tahun adalah laki-laki sebesar 30,9% dan perempuan sebesar 34,7%. Sedangkan pada usia 20-24 tahun adalah laki-laki sebesar 46,5% dan perempuan sebesar 48,6 persen. Ini berarti pada usia remaja kurang lebih 50% dari jumlah remaja di Indonesia sudah pernah melakukan hubungan seks diluar nikah.

2) Aborsi

Berdasarkan data Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia didapatkan bahwa 2,5 juta perempuan pernah melakukan aborsi per tahun, 27% ($\pm$ 700 ribu) dilakukan oleh remaja, dan sebagian besar dilakukan dengan cara tidak aman. Sekitar 30-35% aborsi ini adalah penyumbang kematian ibu (307/100 ribu kelahiran) dan tercatat bahwa Angka Kematian Ibu (Mother Mortality Rate) di Indonesia adalah 10 kali lebih besar dari Singapura.

b. HIV/AIDS

Secara kumulatif jumlah kasus AIDS sampai dengan September 2009 sebesar 18.442 kasus. Berdasarkan cara penularannya secara kumulatif dilaporkan antara lain melalui heteroseksual 49,7%, IDU 40,7%, homoseksual 3,4%, perinatal 2,5%, transfusi darah 0,1%, dan tidak diketahui 3,7%. Menurut 4 golongan usia tertinggi adalah usia 20-29 tahun sebanyak 49,6%, usia 30-39 tahun 29,8%, usia 40-49 tahun 8,7%, usia 15-19 tahun 3,0%. Perbandingan persentase kasus AIDS antara laki-laki dan perempuan adalah 74,5%: 25,5% atau 3 : 1.

c. NAPZA (NARKOBA)

Berdasarkan data BNN 2004, menunjukkan bahwa 1,5% dari jumlah penduduk Indonesia (3.2 juta jiwa) adalah pengguna narkoba. Dari jumlah tersebut, 78% diantaranya adalah remaja usia 20-29 tahun

Landasan Hukum PIK-KRR adalah Peraturan Presiden no. 7 tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJM 2004-2005). "Program Kesehatan Reproduksi Remaja: Tujuan program ini untuk meningkatkan pemahaman, pengetahuan, sikap dan perilaku positif remaja tentang kesehatan dan hak-hak reproduksi, guna meningkatkan derajat kesehatan reproduksinya dan mempersiapkan kehidupan berkeluarga dalam mendukung upaya peningkatan kualitas generasi mendatang. Ruang lingkup PIK Remaja meliputi aspek-aspek kegiatan pemberian informasi PKBR, Pendewasaan Usia Perkawinan, Keterampilan Hidup (*Life Skills*), pelayanan konseling, rujukan, pengembangan jaringan dan dukungan, dan kegiatan-kegiatan pendukung lainnya sesuai dengan ciri dan minat remaja.

DAFTAR PUSTAKA

- Choi, K. R., & Easterlin, M. C. 2018. Intervention models for increasing access to behavioral health services among youth: A systematic review. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 39(9), 754–762.
<https://doi.org/10.1016/J.JADOHEALTH.2016.06.020>
- Idaho Youth Ranch. 2020. Counseling and Therapy for Teens, Adolescents, and Young Adults. Retrieved 26 April 2022, from <https://www.youthranch.org/counseling>
- Maharani, R. A., & Purwoko, B. 2016. *PENGEMBANGAN MEDIA KRR (KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA) BERBASIS SOFTWARE DALAM LAYANAN INFORMASI BIMBINGAN KONSELING SISWA SEKOLAH MENENGAH PERTAMA*. (July), 1–23.
- Masfiah, S., Shaluhiyah, Z., & Suryoputro, A. 2013. Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja (PKRR) Dalam Kurikulum SMA Dan Pengetahuan & Sikap Kesehatan Reproduksi Siswa. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia Vol.*, 8(1), 69–78.
- Nurmaya, A. 2019. Peranan Konselor Sekolah dalam Pemberian Layanan Informasi Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) Berbasis Sekolah. *Seminar Nasional Taman Siswa Bima*, 9–13. Retrieved from <http://semnas.tsb.ac.id/index.php/semnastsb2019/article/view/3>

BIODATA PENULIS



Noviyati Rahardjo Putri

Doen Prodi Sarjana Terapan Kebidanan, Universitas Sebelas Maret
Surakarta

Noviyati Rahardjo Putri lahir di Purwodadi, 23 November 1989. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2010, Diploma IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2011. Kemudian mengabdikan diri sebagai bidan pelaksana ruang bersalin di RSUD dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi tahun 2011 – 2017. Menyelesaikan pendidikan di Magister Terapan Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2020. Sekarang mengabdikan diri sebagai pengajar di Prodi Sarjana Terapan Kebidanan, Universitas Sebelas Maret Surakarta.

BIODATA PENULIS



Erwina Sumartini, S.ST., M.Keb

Dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Respati Program
Studi D-III Kebidanan

Penulis lahir di Tasikmalaya pada tanggal 05 Agustus 1985. Penulis merupakan dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Respati Program Studi D-III Kebidanan. Penulis telah menyelesaikan pendidikan D-III Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Respati lulus tahun 2007, Pendidikan D-IV Kebidanan Pendidik di Universitas Respati Indonesia lulus tahun 2009 dan Magister Kebidanan Universitas Padjadjaran lulus tahun 2018.

BIODATA PENULIS



Yuliyani

Dosen D3 Kebidanan Stikes Widyagama Husada Malang

Penulis lahir di Nganjuk tanggal 24 Juli 1967. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Stikes Widyagama Husada Malang. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di RSI Surabaya dan S1 pada FKM Universitas Airlangga Surabaya dan melanjutkan S2 pada Fakultas Kedokteran Ilmu Biomedik Universitas Brawijaya Malang. Penulis menekuni bidang Menulis buku dan juga praktisi Yoga Ibu Hamil serta Home Care.

BIODATA PENULIS



Musliha Mustary,SKM.,M.Kes

Dosen tetap di Stikes Salewangang Maros

Penulis lahir di Maros, 3 September 1981, beralamat di Makassar. Memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin tahun 2003. Tahun 2009 melanjutkan studi Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin. Bekerja sebagai dosen tetap di Stikes Salewangang Maros sejak tahun 2004, dengan jabatan akademik Lektor.

BIODATA PENULIS



Yeni Wardhani

Staf Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Jayapura.

Penulis lahir di Jayapura 29 Mei 1990. Pada tahun 2021, penulis menjadi dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Jayapura. Penulis menyelesaikan Pendidikan D3 Kebidanan pada Poltekkes Kemenkes Jayapura Tahun 2011, Pendidikan DIV Bidan Pendidik pada Universitas Respati Yogyakarta Tahun 2014, dan Menyelesaikan Pendidikan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan KIA pada Universitas Sebelas Maret Surakarta Tahun 2017. Penulis aktif dalam kegiatan pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat sebagai wujud Tridharma Perguruan Tinggi.

BIODATA PENULIS



Anis Laela Megasari S.Tr.Kep., M.Tr.Kep

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Vokasi
Universitas Sebelas Maret (UNS).

Penulis lahir di Kabupaten Semarang 03 Maret 1994. Jenjang pendidikan penulis dimulai dari Diploma III sampai Program Magister di Poltekkes Kemenkes Semarang. Pada tahun 2017 pernah berkesempatan mengikuti *short course* di Mahidol University dan mengikuti magang di Siriraj Hospital, Thailand. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen aktif di Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Vokasi Universitas Sebelas Maret (UNS). Penulis dapat dihubungi melalui email anislaela333@gmail.com.

BIODATA PENULIS



Siska Ningtyas Prabasari
Dosen Jurusan S1 Kebidanan

Penulis lahir di Boyolali tanggal 10 Januari 1992. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kebidanan Universitas 'Aisyiyah Surakarta. Menyelesaikan pendidikan D3 dan D4 pada Kebidanan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kebidanan. Penulis menekuni bidang kesehatan ibu dan anak yang meliputi, kehamilan, persalinan, nifas, bayi balita dan kesehatan reproduksi.

Beberapa buku kebidanan yang telah ditulis antara lain : Adaptasi Kebiasaan Baru Dalam Kebidanan di Era Pandemi COVID-19, Asuhan Kebidanan Pada Masa Pandemi COVID-19 dan Education 4.0. Selain buku kebidanan, penulis juga berminat terhadap buku motivasi.

BIODATA PENULIS



Deviana Pratiwi Munthe, SST,M.Kes
Dosen Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Penulis lahir di Sungai Putih tanggal 25 Januari 1991. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan dan Kesehatan Masyarakat, Universitas Negeri Manado. Menyelesaikan pendidikan D4 pada Jurusan Kebidanan di Universitas Sumatera Utara dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Sumatera Utara. Penulis menekuni bidang Menulis Kebidanan, Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Masyarakat.

BIODATA PENULIS



Lailaturohmah,S.ST.,M.Kes

Dosen Kebidanan di STIKES Ganesha Husada Kediri

Penulis kelahiran Lampung, 23 November 1989, Riwayat Perguruan Tinggi yang telah di tempuh yaitu Program Studi DIII Kebidanan Universitas Kadiri lulus Tahun 2010, Program Studi DIV Kebidanan Universitas Kadiri lulus Tahun 2011, dan Prodi S2 Kesehatan Masyarakat minat Kesehatan Reproduksi Universitas Respati Indonesia Tahun 2015. Saat ini penulis aktif sebagai Dosen Kebidanan di STIKES Ganesha Husada Kediri. Buku ini adalah karya pertama penulis, semoga buku ini dapat bermanfaat untuk pembaca.

BIODATA PENULIS



Darmiati, S.ST.,M.Kes.,M.Keb.
Staf Dosen Jurusan Kebidanan

Penulis lahir di Bone, Sulawesi Selatan pada tanggal 05 Februari 1990. Penulis adalah dosen tetap pada Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar Program Studi Sarjana kebidanan dan Profesi. Penulis telah menyelesaikan pendidikan pada Sekolah Perawat Kesehatan Pelamonia Makassar pada tahun 2008, Lulus Diploma III Kebidanan pada Akademi Kebidanan Pelamonia Makassar Tahun 2011, Lulus Diploma IV Bidan Pendidik pada Universitas Mega Rezky Makassar tahun 2013, Telah menyelesaikan Pendidikan Magister Kesehatan pada Universitas Indonesia Timur pada tahun 2015 dan menyelesaikan Magister Kebidanan pada Universitas Hasanuddin pada Tahun 2017. Mulai aktif melakukan kegiatan pengajaran di Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar sejak Tahun 2013 hingga sekarang.

BIODATA PENULIS



Ikrawanty Ayu Wulandari

Staf Dosen Program Studi D3 Kebidanan

Penulis lahir di Polewali tanggal 11 Januari 1992. Penulis adalah dosen tetap Program Studi DIII Kebidanan Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Pelamonia Makassar, D4 Bidan Pendidik di Stikes Mega Rezky Makassar dan Melanjutkan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar.

BIODATA PENULIS



Martina Mogan, S.ST., M.Keb

Dosen Jurusan Kebidanan pada Prodi D4 Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura

Penulis lahir di Merauke tanggal 13 September 1979. Penulis lulus SPK (Sekolah Pendidikan Keperawatan) Depkes Merauke pada tahun 1998 dan diikuti dengan pendidikan bidan PPBA tahun 1999. Penulis menjalani ikatan dinas selama 3 tahun sebagai bidan PTT di Desa Set Agung Distrik muting Kabupaten Merauke. Pada tahun 2003-2005 melanjutkan pendidikan D3 Kebidanan di Politeknik Kesehatan Jayapura Dan D4 Bidan Pendidik di Politeknik Kesehatan Bandung pada tahun 2007.

Tahun 2008 Penulis lulus pegawai negeri sipil di Politeknik Kesehatan Jayapura yang ditempatkan pada Jurusan Kebidanan. Tahun 2014-2016 Penulis melanjutkan pendidikan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar. Selanjutnya Penulis kembali berkarya sampai sekarang sebagai Dosen Jurusan Kebidanan pada Prodi D4 Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.

Penulis mulai aktif dalam penulisan buku ditahun ini (2022). Buku pertama bersama teman-teman yang telah diterbitkan oleh penerbit Get Press dengan judul Kebutuhan Dasar Manusia.

BIODATA PENULIS



Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb.,
Dosen di Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Founder dari Perempuan Berdaya. Penerima Hibah Penelitian dan Pengabdian Riset Group “Pengaruh Mat Pilates Exercise Terhadap Skala Nyeri, Kecemasan, Frekuensi Nadi Pada Remaja Putri Dengan Dismenorrhea Primer di Surakarta (2020)”, “Pembelajaran Daring Research Group Ibu Hamil Guna Pencegahan Covid-19 (2020)”, Bimbingan Konseling Spiritual Bagi Pengasuh Dan Anak Asuh Panti Asuhan Anak Penderita HIV/AIDS Di Yayasan Lentera Surakarta (2021)”. Dapat dihubungi di kontak: +6285740888008, email: kinantiniken@gmail.com