

WANITA DAN KESEHATAN KELUARGA



Penulis:

- Kinanatul Qomariyah
- Sari Pratiwi Apidianti
- Bayu Pratama Putra
- Emi Yunita
- Ratih Nurani Sumardi
- Fauzia
- Sultina Sarita
- Niken Bayu Argaheni

ISBN 978-623-8102-32-7



9 786238 102327

WANITA DAN KESEHATAN KELUARGA

**Kinاناتul Qomariyah
Sari Pratiwi Apidianti
Bayu Pratama Putra
Emi Yunita
Ratih Nurani Sumardi
Fauzia
Sultina Sarita
Niken Bayu Argaheni**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

WANITA DAN KESEHATAN KELUARGA

Penulis :

Kinanutul Qomariyah
Sari Pratiwi Apidianti
Bayu Pratama Putra
Emi Yunita
Ratih Nurani Sumardi
Fauzia
Sultina Sarita
Niken Bayu Argaheni

ISBN : 978-623-8102-32-7

Editor : Oktavianis, S.ST., M.Biomed
Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Penyunting : Aulia Syaharani, S.Tr.Kes.

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

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah
Padang Sumatera Barat

Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, Desember 2022

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

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Wanita Dan Kesehatan Keluarga ini.

Buku ini membahas Aspek legal dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan Keluarga berencana, Deteksi dini masalah kesehatan reproduksi wanita, Psikologi perkembangan dalam siklus hidup wanita, Gizi seimbang dalam siklus kehidupan wanita, Upaya promotif dan preventif yg berhubungan dengan kesehatan reproduksi, Konsep dasar *primer health care* (PHC), Kesehatan reproduksi pranikah dan menopause.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Penulis, Desember 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR.....	
DAFTAR TEBEL	
BAB 1 ASPEK LEGAL DALAM PELAYANAN	
KESEHATAN REPRODUKSI DAN KB	1
1.1 Pengertian Aspek Legal Pelayanan Kebidanan.....	1
1.2 Legislasi Praktik Kebidanan	2
1.3 Latar Belakang sistem Legislasi tenaga Bidan Indonesia.....	9
1.4 Otonomi Bidan Dalam Pelayanan.....	9
1.5 Aspek Hukum Dalam Praktik Bidan	13
1.6 Landasan Hukum Wewenang Bidan	14
1.7 Tanggung Jawab Dan Tanggung Gugat Bidan Dalam Praktik Kebidanan	15
DAFTAR PUSTAKA.....	18
BAB 2 KESEHATAN REPRODUKSI DALAM	
PERSPEKTIF GENDER	19
2.1 Pendahuluan.....	19
2.2 Definisi Gender dan Seks	19
2.2.1 Macam – Macam dan Bentuk Deskriminasi Gender.....	21
2.2.2 Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi	27
2.2.3 Hubungan Gender dan Kesehatan Reproduksi	30
2.2.4 Issue Gender dalam Elemen Kesehatan Reproduksi.....	31
2.2.5 Upaya Pengarusutamaan Gender	32
DAFTAR PUSTAKA.....	34
BAB 3 DETEKSI DINI MASALAH KESEHATAN	
REPRODUKSI WANITA.....	35
3.1 Pendahuluan.....	35
3.2 Anatomi Organ Reproduksi Wanita	35
3.2.1 Genitalia Eksterna	36
3.2.2 Genitalia Interna	38
3.3 Deteksi Dini dan skrining kesehatan wanita.....	40

3.3.1 Jenis-Jenis pemeriksaan deteksi dini dan skrining pada masalah reproduksi.....	41
DAFTAR PUSTAKA.....	48
BAB 4 PSIKOLOGI PERKEMBANGAN DALAM SIKLUS HIDUP WANITA.....	49
4.1 Konsep Psikologis Perkembangan	49
4.2 Proses Adaptasi Psikologi Pada Wanita Sepanjang Daur kehidupan.....	50
4.3 Indikasi Kesulitan Penyesuaian Terhadap Kehidupan Pascanatal	52
4.4 Tahapan Perkembangan Psikologis pada Remaja..	58
4.5 Penyebab remaja memberontak.....	60
DAFTAR PUSTAKA.....	67
BAB 5 GIZI SEIMBANG DALAM SIKLUS KEHIDUPAN WANITA	69
5.1 Pendahuluan	69
5.2 Siklus hidup wanita.....	69
5.2 Gizi seimbang.....	71
5.2.1 Konsumsi Makanan Beragam.....	71
5.2.2 Aktivitas fisik.....	73
5.2.3 Perilaku hidup bersih	74
5.2.4 Pemantauan berat badan.....	74
5.2.5 Pesan Umum Gizi Seimbang.....	74
5.4 Anjuran gizi seimbang dalam siklus hidup wanita	75
5.4.1 Gizi seimbang Ibu hamil	75
5.4.2 Gizi seimbang ibu menyusui	76
5.4.3 Bayi dan anak hingga usia 24 bulan.....	77
5.4.4 Anak usia 2-5 tahun	79
5.4.5 Gizi seimbang anak usia 6-9 tahun.....	80
5.4.6 Gizi seimbang anak usia 10-18 tahun	81
5.4.7 Gizi seimbang usia dewasa (20-60 tahun)	81
5.4.8 Gizi seimbang usia lansia (>60 tahun).....	82
5.5 Penutup.....	82
DAFTAR PUSTAKA.....	86
BAB 6 TINGKATAN PENCEGAHAN PENYAKIT	87
6.1 Pendahuluan	87
6.1.1 Peningkatan kesehatan (<i>Health Promotion</i>)	87

6.1.2 Perlindungan Proteksi Umum Dan Khusus	87
6.1.3 Penegakan Diagnosa secara dini dan pengobatan segera (<i>Earlydiagnosis and Prompt treatment</i>)	88
6.1.4 Pembatasan kecacatan (<i>Disability limitation</i>) .	88
6.1.5 Rehabilitasi atau pemulihan kesehatan (<i>rehabilitation</i>)	89
6.2 Pencegahan Penyakit Pada Kesehatan Reproduksi	89
6.3 Penanganan Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja.....	92
DAFTAR PUSTAKA.....	100
BAB 7 KONSEP PRIMARY HEALTH CARE	101
7.1 Pendahuluan.....	101
7.2 <i>Primary Heath Care</i>	102
7.3 Implementasi PHC Di Indonesia	106
7.4 Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD).....	109
DAFTAR PUSTAKA.....	112
BAB 8 KESEHATAN REPRODUKSI PRANIKAH DAN MENOPAUSE	113
8.1 Kesehatan Reproduksi Pranikah	113
8.2 Kesehatan Reproduksi Menopause	117
DAFTAR PUSTAKA.....	120
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 : Genitalia eksterna	38
Gambar 3.2 : Genitalia interna	40
Gambar 3.3 : Pemeriksaan palpasi genitalia eksterna ...	43
Gambar 3.4 : Pemeriksaan palpasi bimanual genitalia interna.....	43
Gambar 3.5 : USG Transabdominal dan Transvaginal....	44
Gambar 3.6 : Pap Smear	45
Gambar 4.1: Fertilisasi.....	50
Gambar 5.1: Bagan Efek kurang gizi antar generasi	71
Gambar 5.2: Panduan Isi Piringku Tiap Kali Makan.....	72

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 : Perbedaan Gender dan Seks.....	20
Tabel 2.2 : Pembagian Peran Gender	20
Tabel 3.1 : Skrining Penyakit menular seksual	46
Tabel 5.1 : kelompok makanan dalam hidangan Indonesia.....	73
Tabel 5.2 : kecukupan gizi wanita	75
Tabel 5.3 : anjuran jumlah makanan yang dikonsumsi saat tidak hamil, hamil dan menyusui	76
Tabel 5.4 : Anjuran pemberian MP ASI usia 6-23 bulan	78
Tabel 5.5 : Anjuran jumlah makanan bagi anak wanita.	80
Tabel 5.6 : anjuran jumlah makanan yang dikonsumsi wanita dewasa dan lansia.....	82

BAB 1

ASPEK LEGAL DALAM PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DAN KB

Oleh Kinanatul Qomariyah

1.1 Pengertian Aspek Legal Pelayanan Kebidanan

Aspek legal di definisikan sebagai studi kelayakan yang mempermasalahkan keabsahan suatu tindakan ditinjau dari segi hukum yang berlaku di Indonesia. Tujuan Aspek legal adalah pelayanan kebidanan adalah dijadikan sebagai suatu persyaratan untuk melaksanakan praktik Bidan per orangan dalam memberikan pelayanan kebidanan sesuai dengan ketentuan – ketentuan yang sudah ditetapkan dalam per undang – undangan serta memberikan kejelasan batas-batas kewenangannya dalam menjalankan praktik kebidanan.

Bidan sebagai salah satu tenaga kesehatan pemberi pelayanan kepada masyarakat harus memberikan pelayanan yang terbaik demi mendukung program pemerintah untuk pembangunan dalam negeri, salah satunya adalah dalam aspek kesehatan. Bidan sebagai pemberi pelayanan harus menjamin pelayanan yang profesional dan akuntabilitas serta legal dalam pelayanan kebidanan.

Pelayanan menurut *Kamus Besar Bahasa Indonesia* diartikan dengan membantu melayani apa yang dibutuhkan oleh seseorang, selanjutnya menurut kamus besar Bahasa Indonesia, jika di kaitkan dengan masalah kesehatan di artikan pelayanan yang diterima oleh seseorang dalam hubungannya dengan pencegahan, diagnosis dan pengobatan suatu gangguan kesehatan tertentu.

Sesuai keputusan Menteri Kesehatan Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang standar Asuhan Kebidanan. Bidan memberikan Asuhan kebidanan yang bersifat Holistik, Humanistik berdasarkan *evidence based* dengan

pendekatan manajemen asuhan kebidanan serta memperhatikan aspek fisik, psikologis, emosional, sosial budaya, spiritual, ekonomi dan lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi perempuan meliputi: Promotif, Preventif, Kuratif, dan Rehabilitatif.

Jadi pelayanan kebidanan adalah kegiatan membantu memenuhi kebutuhan pasien oleh Bidan dalam upaya kesehatan meliputi: Promotif, Preventif, Kuratif, dan Rehabilitatif, yang sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab Bidan.

Kata Legal berasal dari kata *leggal* (Bahasa Belanda) yang artinya sah menurut undang – undang.

Aspek hukum Pelayanan Kebidanan adalah penggunaan norma Hukum yang telah disahkan oleh badan yang ditugasi untuk menjadi sumber hukum yang paling utama dan sebagai dasar pelaksanaan kegiatan membantu memenuhi kebutuhan pasien atau kelompok masyarakat oleh Bidan dalam upaya Promotif, Preventif, Kuratif, dan Rehabilitatif.

Pelayanan Kebidanan adalah penerapan ilmu kebidanan yang difokuskan pada pelayanan kesehatan melalui asuhan kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, keluarga berencana, kesehatan reproduksi wanita dan pelayanan kesehatan masyarakat, yang menjadi tanggung jawab Bidan untuk mewujudkan kesehatan keluarga sehingga tersedia sumber daya manusia yang berkualitas.

1.2 Legislasi Praktik Kebidanan

Legislasi adalah proses pembuatan undang-undang atau penyempurnaan perangkat hukum yang sudah ada melalui serangkaian kegiatan sertifikasi (Pengaturan Kompetensi), registrasi (Pengaturan Kewenangan)dan lisensi (Pengaturan Penyelenggaraan Kewenangan).

Tujuan Legislasi adalah memberikan perlindungan kepada masyarakat terhadap pelayanan yang telah diberikan. Bentuk Perlindungan tersebut antara lain:

- a. Mempertahankan Kualitas Pelayanan
- b. Memberikan Kewenangan

- c. Menjamin Perlindungan Hukum
- d. Meningkatkan Profesionalisme

Peran Dan Kegunaan Legislasi

- a. Menjamin perlindungan pada masyarakat pengguna jasa profesi dan profesi sendiri
- b. Legislasi sangat berperan dalam pemberian pelayanan profesional

Bidan dikatakan profesional yaitu mematuhi beberapa kriteria seperti mandiri, peningkatan kompetensi, praktik berdasarkan *evidence based*, dan penggunaan berbagai sumber informasi. Masyarakat membutuhkan pelayanan yang aman dan berkualitas, serta butuh perlindungan sebagai pengguna jasa profesi. Ada beberapa hal yang menjadi sumber ketidak puasan klien atau masyarakat yaitu:

- 1) Pelayanan yang aman
- 2) Sikap Petugas yang kurang baik
- 3) Komunikasi yang kurang
- 4) Kesalahan prosedur
- 5) Saran kurang baik
- 6) Tidak adanya penjelasan atau bimbingan atau informasi serta pendidikan kesehatan

a) Sertifikasi Praktik Kebidanan (Pengaturan Kompetensi)

Sertifikasi adalah dokumen penguasaan kompetensi tertentu melalui kegiatan pendidikan formal maupun non formal (pendidikan berkelanjutan). Lembaga pendidikan non formal misalnya organisasi profesi, rumah sakit, lembaga swadaya masyarakat bidang kesehatan yang akreditasinya ditentukan oleh profesi. Sedangkan sertifikasi dan lembaga non formal adalah berupa sertifikat yang ter akreditasi sesuai standar nasional.

Ada dua bentuk kelulusan, yaitu:

- 1) Ijazah merupakan dokumentasi penguasaan kompetensi tertentu, mempunyai kekuatan hukum atau sesuai

peraturan per undang – undangan yang berlaku dan diperoleh dari pendidikan formal.

- 2) Sertifikat adalah dokumen penguasaan kompetensi tertentu, bisa diperoleh dari kegiatan pendidikan formal atau pendidikan berkelanjutan maupun lembaga pendidikan non formal yang akreditasinya ditentukan oleh profesi kesehatan.

Tujuan Umum Sertifikasi sebagai berikut:

- 1) Melindungi masyarakat pengguna jasa profesi
- 2) Meningkatkan mutu pelayanan
- 3) Pemerataan dan perluasan jangkauan pelayanan

Tujuan khusus sertifikasi sebagai berikut:

- 1) Menyatakan kemampuan pengetahuan, keterampilan dan perilaku (kompetensi) tenaga profesi
- 2) Menetapkan kualifikasi dari lingkup kompetensi
- 3) Menyatakan pengetahuan, keterampilan dan perilaku (kompetensi) pendidikan tambahan tenaga profesi
- 4) Menetapkan kualifikasi, tingkat dan lingkup pendidikan tambahan tenaga profesi
- 5) Memenuhi syarat untuk mendapat nomor registrasi.

b) Registrasi (Pengaturan Kompetensi)

Registrasi adalah sebuah proses dimana seorang tenaga profesi harus mendaftarkan diri pada suatu badan tertentu secara periodik untuk mendapatkan kewenangan dan hak dalam melakukan tindakan profesionalnya setelah memenuhi syarat – syarat tertentu yang ditetapkan oleh Badan tersebut.

Registrasi Bidan adalah proses pendaftaran, pendokumentasian dan pengakuan terhadap Bidan. Setelah dinyatakan memenuhi minimal kompetensi inti atau standar penampilan minimal yang ditetapkan, sehingga secara fisik serta mental mampu melaksanakan praktik profesinya.

Dengan ter registrasinya seorang tenaga profesi, maka akan mendapatkan haknya untuk izin praktik (lisensi) setelah memenuhi beberapa persyaratan administrasi untuk lisensi.

Tujuan Registrasi Praktik Kebidanan adalah:

- 1) Meningkatkan kemampuan tenaga profesi dalam mengadopsi kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang berkembang pesat.
- 2) Meningkatkan mekanisme yang objektif dan komprehensif dalam penyelesaian kasus malpraktik
- 3) Mendata jumlah dan kategori melakukan praktik.

Aplikasi proses registrasi dalam praktik kebidanan adalah sebagai berikut: Bidan yang baru lulus, mengajukan permohonan dan mengirimkan kelengkapan registrasi kepada kepala Dinas Kesehatan propinsi di mana institusi pendidikan berada guna memperoleh SIB (Surat Ijin Bidan) selambat – lambatnya satu bulan setelah menerima ijazah Bidan.

Kelengkapan registrasi menurut Kepmenkes No. 900/menkes/SK/VII/2002 adalah meliputi: foto kopi ijazah Bidan, foto kopi transkrip nilai akademik, surat keterangan sehat dari dokter, pas foto sebanyak 2 lembar. SIB berlaku selama 5 tahun dan dapat diperbaharui, serta merupakan dasar untuk penerbitan lisensi praktik kebidanan atau SIPB (Surat Izin Praktik Bidan). SIB tidak berlaku lagi karena dicabut atas dasar ketentuan per undang – undangan yang berlaku, habis masa berlakunya, dan tidak mendaftarkan ulang, dan atas permintaan sendiri.

Contoh Bentuk Permohonan Registrasi atau SIB

KOP DINAS KESEHATAN PROPINSI SURAT IZIN BIDAN(SIB)

No.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan republik Indonesia Nomor 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan, Bahwa:

Kepada :
Nama :
Tempat/Tgl. Lahir :
Lulusan :

Dinyatakan telah mendaftar sebagai Bidan pada Dinas Kesehatan Propinsi dengan Nomor Registrasi dan diberi kewenangan untuk melakukan pekerjaan praktik kebidanan di seluruh Indonesia sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan yang berlaku.

SIB berlaku sampai dengan tanggal.....

Pas Foto

20.....

An. Mentri Kesehtan RI
Kepada Dinas Kesehatan
Propinsi.....

(.....)

Tembusan:

1. Kepala Badan PPSDM kesehtan, Depkes RI
2. Kepala Biro kepegawaian, setjen depkes RI
3. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (IBI)

c) Lisensi (Pengaturan Penyelenggaraan Kewenangan)

Lisensi adalah proses administrasi yang dilakukan oleh pemerintah atau yang berwenang berupa surat izin praktik yang diberikan kepada tenaga profesi (Bidan) yang telah terregistrasi untuk pelayanan mandiri. Lisensi adalah pemberian izin praktik sebelum diperkenankan melakukan pekerjaan yang telah ditetapkan (IBI).

Tujuan Lisensi adalah :

- 1) Memberikan kejelasan batas wewenang
- 2) Menetapkan saran dan prasarana
- 3) Meyakinkan Klien

Aplikasi Lisensi dalam praktik kebidanan adalah dalam bentuk SIPB (Surat Izin Praktik Bidan). SIPB adalah Bukti tertulis yang diberikan oleh Depkes RI kepada tenaga Bidan yang menjalankan praktik setelah memenuhi persyaratan yang ditetapkan. Bidan menjalankan praktik harus memiliki SIPB, yang diperoleh dengan cara mengajukan permohonan kepada Kepala Dinas kesehatan Kabupaten atau Kota setempat dengan memenuhi persyaratan : foto kopi SIPB yang masih berlaku, foto kopi ijazah Bidan, surat persetujuan atasan, Surat keterangan sehat dari dokter, rekomendasi dari organisasi, pas foto.

Rekomendasi yang telah diberikan organisasi profesi setelah terlebih dahulu dilakukan penilaian kemampuan keilmuan dan keterampilan, kepatuhan terhadap kode etik serta kesanggupan melakukan praktik Bidan. Bentuk penilaian kemampuan keilmuan dan keterampilan inilah yang diaplikasikan dengan rencana diselenggarakannya Uji Kompetensi bagi Bidan yang mengurus SIPB atau lisensi. SIPB berlaku sepanjang SIB belum habis masa berlakunya dan dapat diperbaharui kembali.

Syarat Lisensi

- 1) Foto Kopi SIB yang masih berlaku
- 2) Foto kopi ijazah Bidan
- 3) Surat keterangan sehat
- 4) Rekomendasi dari organisasi profesi
- 5) Pas foto 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar

Contoh Bentuk Permohonan SIPB

KOP
DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA
SURAT IZIN PAKTIK BIDAN (SIPB)
No.

Berdasarkan Keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 900/Menkes/ SK/VII/2002 tentang Registrasi dan Praktik Bidan, yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Kesehatan kabupaten/Kota*
memberikan izin praktik Bidan Pada:

(Nama) :
Tempat/Tgl.lahir :
Alamat :
Untuk Praktik Bidan :

Surat Izin Praktik Bidan (SIPB) berlaku sampai dengan tanggal.....



20.....
An. Mentri Kesehtan RI
Kepada Dinas Kesehatan
Propinsi.....

(.....)

Tembusan:

1. Kepala Badan PPSDM kesehatan, Depkes RI
2. Kepala Biro kepegawaian, setjen depkes RI
3. Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia (IBI)

1.3 Latar Belakang sistem Legislasi tenaga Bidan Indonesia

1. UUD 1945

Amanat dan pesan mendasar UUD 1945 adalah upaya pembangunan nasional, yaitu pembangunan di segala bidang guna kepentingan keselamatan, kebahagiaan dan kesejahteraan seluruh rakyat Indonesia secara terarah, terpadu dan berkesinambungan.

2. UUD No. 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan

Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap warga negara Indonesia, melalui upaya Promosi (Promotif), Pencegahan (Preventif), Penyembuhan (Kuratif), dan Pemulihan (Rehabilitatif). Sebagai upaya peningkatan sumber daya manusia yang berkualitas.

3. Penyiapan Sumber Daya Manusia

Pelayanan Bidan meliputi kesehatan wanita selama kurun waktu kesehatan reproduksi, sejak masa remaja, calon pengantin, masa hamil, proses persalinan, masa nifas, periode interval, masa klimakterium dan menopause serta memantau tumbuh kembang balita dan anak pra sekolah.

1.4 Otonomi Bidan Dalam Pelayanan

Akutabilitas Bidan dalam praktik kebidanan merupakan suatu hal yang penting dan tuntun dari suatu profesi, terutama profesi yang berhubungan dengan keselamatan jiwa manusia, merupakan pertanggung jawaban dan tanggung gugat (*accountability*) atas semua tindakan yang dilakukan Bidan. Sehingga semua tindakan yang dilakukan oleh Bidan harus berbasis kompetensi dan didasari suatu *evidence based*. Akutabilitas diperkuat dengan suatu landasan hukum yang mengatur batas – batas wewenang profesi yang bersangkutan.

Dengan adanya legitimasi kewenangan Bidan yang lebih luas, Bidan memiliki hak otonomi dan mandiri untuk bertindak secara profesional yang dilandasi kemampuan berpikir logis dan sistematis serta bertindak sesuai standar profesi dan etika profesi. Praktik kebidanan merupakan inti dari berbagai

kegiatan Bidan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan yang harus terus menerus ditingkatkan mutunya melalui :

1) Pendidikan dan Pelatihan Berkelanjutan

Pendidikan berkelanjutan berada dibawah organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) pada tingkat Pengurus Pusat (PP - IBI). Pengurus Daerah (PD - IBI) dan Pengurus Cabang (PC - IBI)

2) Penelitian Dalam Kebidanan

Penelitian Kebidanan bertujuan untuk mengembangkan ilmu dari berbagai pengetahuan yang telah ada, serta adanya fakta dan temuan – temuan baru sehingga dapat disusun sebuah teori, konsep, hukum, kaidah atau metodologi baru yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah kebidanan seperti kehamilan, persalinan, nifas, neonatus, Bayi, Balita dan Anak pra sekolah, patologi kebidanan, Kebidanan Komunitas, KB dan Kesehatan Reproduksi.

3) Pengembangan Ilmu dan Teknologi Dalam Kebidanan

Teknologi dalam Kebidanan di definisikan sebagai entitas, benda maupun tak benda yang diciptakan secara terpadu melalui perbuatan, dan pemikiran untuk mencapai suatu nilai. Dalam penggunaan ini, teknologi merujuk pada alat, dan mesin yang dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah, - masalah di kebidanan.

4) Akreditasi

Suatu bentuk pengakuan pemerintah terhadap suatu lembaga pendidikan kebidanan.

5) Sertifikasi

Dokumen penguasaan kompetensi kebidanan melalui kegiatan pendidikan formal maupun non formal. Tujuan melindungi masyarakat pengguna jasa profesi, meningkatkan mutu pelayanan, pemerataan dan perluasan jangkauan pelayanan.

6) Registrasi

Proses pendaftaran, pendokumentasian dan pengakuan terhadap Bidan setelah dinyatakan memenuhi minimal kompetensi inti atau standar penampilan minimal

yang ditetapkan sehingga secara fisik dan mental mampu melaksanakan praktik profesi Bidan. Dengan terregistrasinya maka mendapatkan hak untuk minta izin praktik, setelah memenuhi beberapa persyaratan administrasi untuk lisensi.

7) Uji Kompetensi

Uji kompetensi adalah suatu proses untuk mengukur pengetahuan, keterampilan, dan sikap tenaga kesehatan sesuai dengan standar profesi. Uji kompetensi merupakan kewajiban bidan dan merupakan tanda kesiapan melaksanakan pelayanan profesi. Peraturan per undang – undangan telah memperkuat kewajiban uji kompetensi dan registrasi bagi bidan dan Ikatan Bidan Indonesia (IBI) mengawal sistem uji kompetensi bagi bidan Indonesia.

Uji kompetensi merupakan bentuk penilaian kemampuan keilmuan dan keterampilan, kepatuhan terhadap kode etik, serta kesanggupan dalam melakukan praktik sebagai rekomendasi yang dilakukan oleh suatu organisasi profesi.

Dengan diselenggarakannya uji kompetensi bidan diharapkan bidan yang menyelenggarakan praktik kebidanan adalah yang benar – benar kompeten. Upaya ini dilakukan dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan, mengurangi *medical error* atau mal praktik dalam tujuan utama untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak. Tujuan Uji Kompetensi : (a) menegakkan akuntabilitas profesional (b) menegakkan standar dan etik profesi (c) penilaian mutu lulusan pendidikan bidan (d) menjaga kepercayaan publik terhadap profesi.

Sistem Uji Kompetensi Tenaga Kesehatan (SK/179/2011): (a) bersifat nasional, dikelola di pemerintah pusat oleh Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia bersama MTKP dan organisasi profesi (b) soal Uji disusun berdasarkan standar kompetensi, *blue print* dan kisi – kisi soal yang dikembangkan oleh team nasional (c) pelaksanaan uji kompetensi dilakukan oleh institusi

pendidikan yang telah terakreditasi bersama dengan pelaksanaan ujian akhir.

Pelaksanaan Uji Kompetensi dijadwalkan 3 kali dalam satu tahun, jumlah soal sebanyak 180 dengan estimasi waktu 3 jam, jenis soal yang digunakan adalah MCQ dengan alternatif jawaban (a,b,c,d,e), soal disajikan dalam bentuk kasus (vignette), dilaksanakan pada institusi pendidikan terpilih, peserta uji kompetensi adalah mahasiswa tingkat akhir, bagi peserta yang lulus diberi sertifikat kompetensi digunakan untuk mengurus STR. STR berlaku nasional, bernomor nasional yang ditetapkan oleh MTKI.

8) Lisensi

Merupakan proses administrasi yang dilakukan pemerintah atau yang berwenang berupa surat ijin praktik tenaga profesi yang telah teregistrasi, untuk melakukan pelayanan mandiri.

Beberapa Dasar Dalam Otonomi pelayanan kebidanan antara lain:

- 1) Kepmenkes 900/Menkes/SK/VII/2002 tentang registrasi dan praktik Bidan
- 2) Stnadar Praktik kebidanan
- 3) UU Kesehatan No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan
- 4) PP no. 32 Tahun 1996 tentang tenaga kesehatan
- 5) Kepmenkes 1277/ menkes/SK/XI/2001 tentang organisasi dan tata kerja Depkes
- 6) UU No. 22/1999 tentang OTONOMI daerah
- 7) UU No. 13 Tahun 2003 tentang ketenagakerjaan
- 8) UU tentang aborsi, adopsi, bayi tabung dan transplantasi

Tujuan Umum : agar para Bidan mengetahui tigas otonomi atau mandiri independen sesuai dengan hal kewenangan berdasarkan undang – undang kesehatan yang berlaku.

Tujuan khusus :

- 1) Untuk mengkaji kebutuhan dan masalah kesehatan
- 2) Untuk menyusun rencana asuhan kebidanan

- 3) Untuk melaksanakan dokumentasi kebidanan
- 4) Untuk mengola perawatan pasien sesuai dengan lingkup tanggung jawabnya
- 5) Untuk berperan sebagai anggota tim kesehatan
- 6) Untuk mengikuti perkembangan kebidanan melalui penelitian.

Bentuk – Bentuk Otonomi Bidan Dalam Praktik Kebidanan :

- 1) Mengkaji kebutuhan dan masalah kesehatan
- 2) Menyusun rencana suhan kebidanan
- 3) Melaksanakan asuhan kebidanan
- 4) Melaksanakan dokumentasi kebidanan
- 5) Mengelola keperawatan pasien dengan lingkup tanggung jawab

Faktor – Faktor Yang Menunjang Otonomi Bidan :

- 1) Ditinjau dari Bidan sendiri
 - a) Faktor kesehatan
 - b) Faktor Skill
 - c) Etika Perilaku
 - d) Kemampuan Pembiayaan/ Dana
 - e) Kewenangan Bidan
- 2) Segi Birokrasi
- 3) Perundang _ undangan.

1.5 Aspek Hukum Dalam Praktik Bidan

Konsep hukum pemeliharaan kesehatan berakar dari hak asasi manusia yang diadopsi dari mata rantai pasal 25 *The United Nations Universal Declaration of Human Right* tahun 1948 dan pasal 1 *The United Nation International Concention Civil and Political rights* tahun 1966. Menurut Leenen hukum kesehatan disusun sebagai berikut : “ Hukum kesehatan meliputi semua ketentuan hukum yang berlangsung berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan dan penerapan dari hukum perdata, hukum pidana, dan hukum administratif. Dalam hubungan tersebut pula pedoman international, hukum

kebiasaan, serta juga yurisprudensi berkaitan dengan pemeliharaan kesehatan, hukum otonomi, ilmu dan literatur menjadi sumber hukum kesehatan. Berdasarkan pendapat diatas Bidan merupakan kelompok profesi kesehatan profesional dan provider dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak yang terkait langsung dengan upaya kesehatan maka pendapat tersebut patut menjadi bahan kajian, serta perlu di persiapkan adalah peningkatan pemahaman Bidan tentang Etika dan aspek hukum yang terkait, termasuk didalamnya mengenai hukum kesehatan. Hal tersebut harus dicermati mengingat pentingnya menjaga mutu kualitas pelayanan serta tuntutan akan tampilan Bidan dalam koridor sikap Etis Profesional, termasuk Kualitas pelayanan yang diberikan oleh Bidan.

1.6 Landasan Hukum Wewenang Bidan

Bidan adalah salah satu tenaga kesehatan. Pengaturan tenaga kesehatan ditetapkan di dalam undang – undang nomor 36 tahun 2014 tentang tenaga kesehatan. Tugas dan kewenangan Bidan serta ketentuan yang berkaitan dengan kegiatan praktik Bidan diatur di dalam Keputusan menteri Kesehatan nomor 28 tahun 2017 tentang ijin Penyelenggaraan Praktik Bidan. Kegiatan Praktik Bidan dikontrol oleh peraturan tersebut sehingga Bidan harus dapat mempertanggung jawabkan tugas dan kegiatan yang dilakukannya sesuai dengan peraturan per undang – undangan yang berlaku. Setiap Bidan memiliki tanggung jawab memelihara kemampuan profesionalnya. Oleh karena itu Bidan harus selalu meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dengan cara mengikuti pelatihan, pendidikan berkelanjutan, seminar, dan pertemuan ilmiah lainnya.

- 1) Syarat Praktik Profesional Bidan
 - a) Harus memiliki Surat Ijin Praktik Bidan (SIPB) baik bagi bidan yang praktik pada sarana kesehatan atau Praktik Mandiri Bidan (PMB)
 - b) Bidan yang praktik perorangan harus memenuhi persyaratan yang meliputi tempat dan ruangan

- praktik, tempat tidur, peralatan, obat – obatan dan kelengkapan administrasi.
- c) Dalam menjalankan praktik profesionalnya harus sesuai dengan kewenangan yang diberikan, berdasarkan pendidikan dan pengalaman serta berdasarkan standar profesi.
 - d) Dalam menjalankan praktik profesionalnya harus menghormati hak pasien, memperhatikan kewajiban bidan, merujuk kasus yang tidak dapat ditangani, meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan dan melakukan *Medical Record* dengan baik.
 - e) Dalam menjalankan praktik profesionalnya bidan wajib melakukan pencatatan dan pelaporan.
- 2) Wewenang Bidan Dalam Menjalankan Praktik Profesionalnya
- Dalam menangani kasus, seorang bidan diberi kewenangan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor 28 tahun 2017 tentang Ijin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan, yang disebut dalam BAB III Praktik Bidan antara lain: Pasal 19: Bidan dalam menjalankan praktiknya berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi :
- a) Pelayanan Kesehatan Ibu
 - b) Pelayanan Kesehatan Anak
 - c) Pelayanan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan KB

1.7 Tanggung Jawab Dan Tanggung Gugat Bidan Dalam Praktik Kebidanan

Tanggung jawab adalah suatu kewajiban untuk menanggung atau memikul tugas dengan segala akibat dari tindakan yang baik ataupun buruk. Akuntabilitas memiliki arti Bidan memiliki tanggung jawab secara profesional dan legal atas pelayanan yang diberikan.

Dalam menjalankan kewenangan yang sesuai dengan landasan hukum maka Bidan bertanggung jawab atas pelayanan mandiri yang diberikan Bidan serta ber upaya secara optimal dengan mengutamakan keselamatan ibu dan

bayi atau janin. Tuntutan hukum atau tanggung gugat bisa berupa tuntutan pidana, tuntutan perdata dan tuntutan administrasi.

Tuntutan pidana terjadi karena adanya dakwaan dilakukan kejahatan atau pelanggaran seperti yang diatur dalam KUHP. Tuntutan perdata dapat terjadi karena gugatan telah dilakukan jika terdapat tindakan melawan hukum, tindakan inkar janji. Tuntutan administratif dapat terjadi bila terdapat pelanggaran disiplin atau tata tertib yang tidak dapat dipidana atau dituntut perdata.

Tanggung jawab Bidan dalam Praktik kebidanan meliputi:

1. Tanggung jawab Bidan terhadap Klien dan Masyarakat
2. Tanggung jawab Bidan terhadap tugasnya
3. Tanggung jawab Bidan terhadap sejawat dan tenaga kesehatan lainnya
4. Tanggung jawab Bidan terhadap Profesinya
5. Tanggung jawab Bidan terhadap pemerintah

Tanggung gugat dalam praktik kebidanan jika putusan yang diambil merugikan pasien, mal praktik atau lalai dan gagal melakukan tugas seperti tidak melaksanakan tugas sesuai dengan standar, melakukan kegiatan yang mencederai Klien. Klien cedera karena kegagalan melaksanakan tugas. Mal praktik terjadi karena Bidan ceroboh, lupa dan gagal mengkomunikasikan tindakan yang dilakukannya.

Bidan sebagai tenaga profesional harus memiliki komitmen yang tinggi untuk:

1. Memberikan asuhan berkualitas sesuai dengan standar etika profesi
2. Pengetahuan tentang perilaku etis dimulai dari pendidikan, berlanjut diskusi formal dan informal dengan rekan sejawat
3. Mampu mengambil keputusan yang etis untuk menyelesaikan masalah. Ciri - ciri pengambilan keputusan yang etis yaitu:
 - a) Mempunyai pertimbangan yang benar dan salah

- b) Sering bersangkutan dengan pilihan yang sulit
- c) Tidak mungkin di elakkan
- d) Dipengaruhi oleh norma, situasi, iman dan lingkungan sosial.

Sistem pengambilan keputusan merupakan bagian dasar dan integral yang keberadaanya sangat penting, karena memengaruhi tindakan selanjutnya. Keterlibatan Bidan dalam proses pengambilan keputusan sangat penting karena dipengaruhi oleh seperti:

1. Pelayanan “*one to one* “ yaitu Bidan dan Klien yang bersifat sangat pribadi dan Bidan mampu memenuhi kebutuhan klien.
2. Meningkatkan sensitivitas terhadap klien sehingga bidan berusaha keras untuk mampu memenuhi kebutuhan klien
3. Menggunakan 2 pendekatan dalam pengambilan suatu keputusan etis yaitu berdasarkan prinsip dan berdasarkan asuhan kebidanan.

DAFTAR PUSTAKA

- Prinsip Etika Dan Moralitas Dalam Pelayanan Kebidanan. Octa Dwienda Ristica,SKM., M.Kes. dan Midya Juliarti.SKM., M.Kes. Ed.1,Cet, 1- Yogyakarta: Deepublish, Oktober 2014
- Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan. Th. Endang Purwoastuti, S.Pd,APP dan Elisabeth Siwi Walyani, Amd.Keb. Cet 1 Yogyakarta: Pustaka Baru Press,2015
- Etikolegal Dalam Praktik Kebidanan. Riyanti, S.SiT.,M.Keb. Malang: Wineka Media,2018

BAB 2

KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PERSPEKTIF GENDER

Oleh Sari Pratiwi Apidianti

2.1 Pendahuluan

Gender berasal dari bahasa latin "Genus" yang berarti tipe atau jenis. Gender adalah sifat dan perilaku yang dilekatkan pada laki-laki dan perempuan yang dibentuk secara sosial maupun budaya. Oleh sebab itu dibentuk sosial dan budaya setempat, maka gender tidak berlaku selamanya, melainkan tergantung kepada waktu (tren) dan tempatnya. (Desta Ayu Cahya Rosyida, S.ST., 2021)

Istilah Gender pada awalnya dikembangkan sebagai suatu alat analisis yang baik untuk memahami persoalan deskriminasi terhadap kaum perempuan secara umum. Gender berbeda dengan jenis kelamin (seks). Seks adalah pembagian jenis kelamin yang secara biologis dan melekat pada jenis kelamin tertentu . oleh sebab itu konsep Jenis kelamin digunakan untuk membedakan laki - laki dan perempuan berdasarkan unsur biologis dan anatomi tubuh.

(Desta Ayu Cahya Rosyida, S.ST., 2021)

2.2 Definisi Gender dan Seks

Gender adalah pembagian peran dan tanggung jawab keluarga dan masyarakat, sebagai hasil konstruksi sosial yang dapat berubah - ubah sesuai dengan tuntutan zaman. Seks adalah pembagian jenis kelamin yang terdiri dari perempuan dan laki - laki yang telah ditentukan oleh Tuhan (Kodrat Tuhan).

Seks adalah perbedaan jenis kelamin yang ditentukan secara biologis, yakni alat kelamin pria (penis) dan alat kelamin wanita (vagina). Sejak lahir sampai meninggal dunia pria akan

tetap berjenis kelamin pria dan wanita akan tetap berjenis kelamin wanita (kecuali dioperasi untuk berganti jenis kelamin). Jenis kelamin itu tidak dapat ditukarkan antara pria dan wanita. Seks melekat secara fisik sebagai alat reproduksi. Oleh karena itu, seks merupakan kodrat atau ketentuan Tuhan sehingga bersifat permanen dan universal (Desta Ayu Cahya Rosyida, S.ST., 2021)

Tabel 2.1 : Perbedaan Gender dan Seks

Gender	Seks / Jenis Kelamin
1. Bisa Berubah	1. Tidak bisa Berubah
2. Dapat dipertukarkan	2. Tidak dapat dipertukarkan
3. Tergantung waktu	3. Berlaku sepanjang masa
4. Tergantung budaya setempat	4. Berlaku dimana saja
5. Bukan merupakan kodrat tuhan	5. Merupakan Kodrat Tuhan
6. Buatan Manusia	6. Ciptaan Tuhan

Peran jenis kelamin adalah pembagian jenis laki - laki dan perempuan secara gender tersebut berjalan dari tahun ke tahun. Lama kelamaan, masyarakat tidak lagi mengenali mana seks dan mana gender. Akhirnya, terciptalah pembagian gender yang akhirnya membentuk peran gender yang diyakini sebagai ketentuan social. Peran gender tersebut bahkan oleh masyarakat diyakini sebagai kodrat Tuhan. Pembagian Peran tersebut yaitu sebagai berikut.

Tabel 2.2 : Pembagian Peran Gender

Laki - Laki	Perempuan
1. Produktif	1. Reproduksi
2. Publik	2. Domestik
3. Maskulin	3. Feminim
4. Pencari Nafkah Utama	4. Pencari Nafkah Tambahan

Kesetaraan gender merupakan kondisi perempuan dan laki-laki menikmati status yang setara dan memiliki kondisi yang sama untuk mewujudkan secara penuh hak-hak asasi dan potensinya bagi pembangunan di segala bidang kehidupan. Definisi dari USAID menyebutkan bahwa "*Gender Equality permits women and men equal enjoyment of human rights, socially valued goods, opportunities, resources and the benefits from development results*". (kesetaraan gender memberi kesempatan baik pada perempuan maupun laki-laki untuk secara setara atau sama atau sebanding menikmati hak-haknya sebagai manusia, secara sosial mempunyai benda-benda, kesempatan, sumberdaya dan menikmati manfaat dari hasil pembangunan.

2.2.1 Macam – Macam dan Bentuk Diskriminasi Gender

Diskriminasi gender adalah adanya perbedaan, pengecualian atau pembatasan yang dibuat berdasarkan peran dan norma gender yang dikonstruksi secara sosial yang mencegah seseorang untuk menikmati HAM secara penuh.

Perilaku diskriminasi akan menimbulkan dampak negative yaitu:

a. Marginalisasi

marginalisasi adalah suatu upaya melakukan pemisahan sehingga memunculkan dampak keterpurukan. Dalam hal ini perempuan sering 19 kali mengalami proses marginalisasi khususnya pada bidang ekonomi. Upaya memarginalkan posisi perempuan dapat terjadi di mana saja, seperti tempat kerja, rumah, lingkungan sekitar, masyarakat, bahkan kebijakan negara serta tradisi yang sudah melekat sejak dulu dan menjadi suatu keyakinan. Marginalisasi menyebabkan tergerusnya hak-hak yang dimiliki oleh kaum yang termarginalkan, sehingga hal itu dapat menjadikan efek sosial yang begitu besar oleh para korban. Seringkali upaya memarginalkan ini dianggap sebagai salah satu bentuk untuk mewujudkan proses pemiskinan, hal tersebut dikarenakan pihak yang termarginalkan tersebut tidak diberi kesempatan dalam mengembangkan dirinya dan menimbulkan banyak batasan-batasan yang seharusnya tidak mereka terima. Upaya pemiskinan yang dialami atas

laki-laki dan perempuan yang disebabkan oleh perbedaan jenis kelamin dapat disebut sebagai salah satu bentuk dari ketidakadilan yang mengatasnamakan gender. Kementerian Tenaga Kerja mengatakan bahwa tindak diskriminasi gender yang dialami para tenaga kerja Indonesia selama ini masih cukup tinggi yaitu sekitar 30 persen. Diskriminasi seringkali terjadi khususnya pada penerimaan upah juga kesempatan dalam menduduki jabatan yang strategis antara kaum perempuan dan laki-laki. Tindak diskriminasi yang dialami perempuan seringkali terjadi dalam sektor industri yang kerap kali menjadikan perempuan hanya sebatas seorang buruh atau pekerja dan belum bisa menempati posisi kunci atau posisi yang berpengaruh (Republika, 2017). Berikut merupakan data distribusi jabatan Manager menurut jenis kelamin pada tahun 2016

b. Subordinasi

Tindak subordinasi yang terjadi dan mengatasnamakan gender pada umumnya adalah suatu bentuk perbedaan antara perempuan dan laki-laki yang mana menganggap bahwa pada dasarnya perempuan adalah makhluk yang lemah serta tidak lebih penting atas kedudukan atau suaranya dibandingkan dengan laki-laki. Hal tersebut menempatkan posisi para perempuan dalam kerugian serta dianggap tidak penting dalam tatanan masyarakat. Subordinasi terhadap perempuan dapat dikatakan sebagai bentuk penomorduaan perempuan dan hal tersebut merupakan pangkal dari terjadinya ketidakadilan gender. Hal-hal tersebut muncul karena 23 menjadikan segala sudut pandang harus diukur dari laki-laki dan menempatkan laki-laki sebagai nomor satu atau prioritas. Salah satu bentuk penomorduaan perempuan dikalangan masyarakat adalah pada bidang pendidikan. Bahwa anak laki-laki lebih memiliki prioritas yang tinggi dibandingkan anak perempuan. Bahkan tidak hanya hal itu, dalam aturan masyarakat, aturan adat, ajaran agama serta aturan birokrasi negara atau pemerintahan masih meletakkan perempuan pada posisi nomor dua setelah laki-laki. Pandangan yang menempatkan

peran kaum perempuan tidak lebih penting daripada peran kaum lakilaki sudah muncul sejak dahulu. Sebab dari terjadinya subordinasi terhadap perempuan adalah anggapan bahwa perempuan lebih emosional, pengambilan keputusan yang kurang rasional, dan lebih menempatkan kepada perasaan serta lemah lembut menjadikan perempuan dianggap kurang pantas menjadi pemimpin. Dengan adanya subordinasi yang mengatasnamakan jenis kelamin ini maka mengakibatkan para perempuan susah mendapatkan posisi yang strategis dalam komunitasnya atau bahkan dalam urusan politik seringkali suara perempuan dianggap tidak begitu penting dibanding dengan para laki-laki. Posisi perempuan dalam berpartisipasi di masyarakat baik dalam ranah politik, sains, atau ekonomi dsb masih sangat rendah. Salah satu tindak penindasan yang masih ada bahkan pada saat posisi sedang damai adalah pembedaan hak yang dimiliki perempuan dengan laki-laki. Keterlibatan perempuan dan laki-laki di bidang politik adalah bagian tidak terpisahkan dalam proses demokratisasi. Mengaitkan isu gender dengan proses demokratisasi adalah sesuatu yang sudah lazim diterima oleh masyarakat, oleh karena di dalamnya terintegrasi hak-hak politik baik bagi laki-laki maupun perempuan yang merupakan hak asasi manusia paling mendasar. Dalam upaya untuk meningkatkan peran perempuan di bidang politik maka muncullah kuota 30% keterwakilan 24 perempuan untuk duduk dalam partai politik dan lembaga-lembaga dewan perwakilan rakyat. Dimasukkannya rumusan kuota 30% tersebut oleh berbagai kalangan dinilai sejalan dengan upaya tindakan afirmatif dalam rangka meningkatkan peran partisipasi aktif bagi kaum perempuan (Kurniawan, 2014). Namun dalam upayanya untuk menghadirkan perempuan dalam dalam ranah politik perempuan sebagai salah satu pembuat keputusan publik nyatanya seringkali hanya dijadikan sebagai syarat atau pelengkap dalam sistem politik dan pemerintahan yang berlangsung. Di tingkat ASEAN, bersumber dari Inter-Parliamentary Union (IPU), Indonesia

berada dalam posisi keenam terkait keterwakilan perempuan dalam parlemen. Proporsi perempuan yang berada di parlemen Indonesia berada di bawah 20 persen, tepatnya 19,8 persen (Gerintya, 2017)

c. Pelebelan negatif atau stereotip

Pelebelan negatif atau stereotip Stereotip adalah suatu bentuk pelebelan atau penilaian yang mengatasmakan gender dan cenderung bersifat negatif. Dengan adanya stereotip terhadap perempuan maka hal itu menimbulkan diskriminasi, ketidakadilan serta kerugian yang harus disandang oleh perempuan. Seiring berkembangnya zaman, pelebelan negatif atau stereotip semakin melekat dan berkembang dalam lingkup sosial. Masyarakat dapat secara otomatis melebeli negatif seorang perempuan tanpa melihat dan berfikir lebih dalam atas apa yang mereka lakukan. Stereotip dapat berkembang di mana saja, baik dalam lingkup rumah tangga, dalam lingkungan bermasyarakat, serta dalam lingkungan pekerjaan. Salah satu contoh stereotip yang terjadi dalam lingkungan kerja adalah anggapan bahwa perempuan lebih cocok bekerja mengurus rumah tangga dan tidak untuk melakukan pekerjaan di rumah seperti berkarir. Hal tersebut secara tidak langsung menimbulkan hal-hal yang tidak adil akibat pelebelan negatif terhadap perempuan. Sedangkan stereotip dalam lingkup masyarakat juga kerap terjadi, salah satunya adalah anggapan bahwa tindak kejahatan yang dilakukan oleh laki-laki terhadap perempuan seperti pemerkosaan dan pelecehan adalah seutuhnya salah perempuan karena dianggap memancing hawa nafsu dengan berbagai alasan yang ada salah satunya adalah pakaian yang dikenakan. Menurut Komnas Perempuan, pelebelan negatif atau stereotip adalah salah satu bentuk kontrol seksual. Penerapan car berpikir masyarakat yang menjadikan posisi perempuan sebagai simbol moralitas komunitas, membedakan antara perempuan baik baik dan perempuan nakal , serta menjatuhkan prasangka kepada bahwasannya perempuan adalah pemicu dari pemerkosaan merupakan

landasan dari upaya melakukan kontrol seksual dan seksualitas perempuan (Perempuan, 2016)

d. Beban kerja berlebihan atau burden

Dengan munculnya anggapan-anggapan bahwa seorang laki-laki yang hanya memiliki tugas dalam memimpin dalam rumah tangga sedangkan segala pekerjaan rumah tangga adalah tugas daripada perempuan sebagai seorang istri seperti halnya mencuci, memasak, mengurus anak, dan melayani suami, maka hal tersebut secara tidak langsung memunculkan bentuk diskriminasi kepada perempuan sebagai penerima segala beban berlebihan atas perbedaan tugas yang diterima. Belum lagi segala pekerjaan yang mengatasnamakan peran sebagai perempuan tersebut dilakukan bersamaan dengan fungsi reproduksi, hamil, menyusui, melahirkan dan haid. Sedangkan laki-laki tidak dijatuhkan beban tanggung jawab yang sama karena menurut kebiasaan masyarakat yang disebut juga dengan kontrak sosial menganggap bahwa pekerjaan tersebut hanyalah milik perempuan dan laki-laki hanya memiliki tugas untuk mencari nafkah saja. Pembagian kerja secara dikotomi public dan domestic dimana pekerjaan di sector public mendapat penghargaan secara ekonomi, sedangkan di sector domestic tidak. Ini menyebabkan hasil perempuan yang lebih berat dianggap pekerjaan rendah. Realitas tersebut memperkuat ketidakadilan gender yang telah melekat pada kultur masyarakat. Lebih-lebih jika perempuan harus bekerja di sector public untuk meningkatkan ekonomi keluarga, sehingga makin beratlah beban kerja yang ditanggung perempuan jika lingkungannya baik suami maupun anggota keluarga lainnya tidak ikut membantu menyelesaikan tugas-tugas domestic (Sukerti, N. N., & Ariani, 2016)

e. Kekerasan atau violence Kekerasan terhadap perempuan merupakan salah satu wujud dari tindak diskriminasi yang seringkali terjadi di Indonesia. Dengan munculnya anggapan bahwa seorang laki-laki memiliki posisi supermasi dalam berbagai sektor kehidupan sehingga dengan mudah terjadi berbagai tindak kekerasan yang

dilakukan kepada perempuan, baik secara psikologis, seksual, fisik maupun ekonomi.

Bentuk kekerasan memiliki berbagai tingkatan, yaitu;

- 1) Kekerasan psikologis, bentuk kekerasan psikologi berupa memunculkan rasa takut dan seringkali menimbulkan hal yang serius pada psikologi atau emosi korban. Hal tersebut dapat terjadi melalui tindak intimidasi, menculik / menyekap, ancaman - ancaman, mengucilkan, menghina, merendahkan, dan hal-hal lain yang menyangkut emosional seseorang. Bentuk kekerasan seperti ini dapat menimbulkan gangguan yang serius terhadap pola pikir korban dan juga melumpuhkan upaya menghindari atau perlawanan.
- 2) Kekerasan fisik misalnya memukul, menyakiti, melukai, baik dengan senjata, alat-alat atau secara langsung tanpa bantuan apapun.
- 3) Kekerasan seksual, bentuk kekerasan seksual biasanya meliputi tindak pemaksaan untuk melakukan hubungan seksual, baik itu dengan alat, binatang, atau orang lain. Menjadikan perempuan sebagai pekerja seks, atau bahkan meliputi tindak pengisolasian seorang perempuan sebagai istri dari kebutuhan batinnya.
- 4) Kekerasan ekonomi, tindak kekerasan ekonomi biasanya berupa larangan atau pencegahan untuk memiliki penghasilan secara mandiri dan melakukan kontrol paksa atas penghasilan. Kekerasan ekonomi yang terjadi dan dialami oleh 29 wanita secara perlahan-lahan akan menimbulkan dampak yang serius walaupun dampak yang dirasakan tidak seperti kekerasan fisik. Dengan melakukan kekerasan ekonomi maka akan mengantarkan korban pada kemiskinan. Beberapa bentuk tindakan kekerasan terhadap perempuan yang telah disebutkan sangat sering terjadi di Indonesia baik dalam lingkungan kerja, dalam rumah tangga maupun kehidupan bersosial. Dari data yang telah diringkas oleh KOMNAS Perempuan mengenai kekerasan terhadap perempuan yang mengacu pada tindak seksual pada

tahun 2016 dan Secara khusus bentuk dan jumlah kekerasan seksual di ranah personal yang ditampilkan dalam grafik berikut ini memperlihatkan bentuk kekerasan seksual tertinggi adalah perkosaan (72%) dan pencabulan (18%)(Perempuan, 2016).

2.2.2 Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi

Gender mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan laki-laki dan perempuan. Baik laki-laki maupun perempuan sama-sama terkena dampak dan gender stereotipi masing-masing. Misalnya sesuai dengan pola perilaku yang diharapkan sebagai laki-laki, maka laki-laki dianggap tidak pantas memperlihatkan rasa sakit atau mempertunjukkan kelemahan kelemahan serta keluhannya. Perempuan yang diharapkan memiliki toleransi yang tinggi, berdampak terhadap cara mereka menunda-nunda pencarian pengobatan, terutama dalam situasi social ekonomi yang kurang dan harus memilih prioritas, maka biasanya perempuan dianggap wajar untuk berkorban. Keadaan ini juga dapat berpengaruh terhadap konsekuensi kesehatan yang dihadapi laki-laki dan perempuan. (Abraha, M., Dagnew, A., & Seifu, A. (2019))

Empat isu gender dalam berbagai siklus kehidupan yaitu :

a. Isu Gender di Masa Kanak-Kanak

Isu gender pada anak-anak laki-laki, misalnya: pada beberapa suku tertentu, kelahiran bayi laki-laki sangat diharapkan dengan alasan, misalnya laki-laki adalah penerus atau pewaris nama keluarga; laki-laki sebagai pencari nafkah keluarga yang handal; laki-laki sebagai penyanggah orang tuanya di hari tua. Dan perbedaan perlakuan juga berlanjut pada masa kanak-kanak. Pada masa kanak-kanak, sifat agresif anak laki-laki serta perilaku yang mengandung resiko diterima sebagai suatu kewajaran, bahkan didorong kearah itu, karena dianggap sebagai sifat anak laki-laki. Sehingga data menunjukkan bahwa anak laki-laki lebih sering terluka dan mengalami kecelakaan.

b. Isu Gender Pada Anak Perempuan. Secara biologis bayi perempuan lebih tahan daripada bayi laki-laki terhadap

penyakit infeksi di tahun-tahun pertama kehidupannya. Sebab itu jika data memperlihatkan kematian bayi perempuan lebih tinggi dan bayi laki-laki, patut dicurigai sebagai dampak dari isu gender. Di masa balita, kematian karena kecelakaan lebih tinggi dialami oleh balita laki-laki, karena sifatnya yang agresif dan lebih banyak gerak.

- c. Isu Gender di Masa Remaja. Isu gender yang berkaitan dengan remaja perempuan, antara lain: kawin muda, kehamilan remaja, umumnya remaja putri kekurangan nutrisi, seperti zat besi, anemia. Menginjak remaja, gangguan anemia merupakan gejala umum dikalangan remaja putri. Gerakan serta interaksi sosial remaja putri seringkali terbatas dengan datangnya menarche. Perkawinan dini pada remaja putri dapat member tanggung jawab dan beban melampaui usianya. Belum lagi jika remaja putri mengalami kehamilan, menempatkan mereka pada resiko tinggi terhadap kematian. Remaja putreri juga berisiko terhadap pelecehan dan kekerasan seksual, yang bisa terjadi di dalam rumah sendiri maupun di luar rumah. Remaja putri juga bisa terkena isu berkaitan dengankerentanan mereka yang lebih tinggi terhadap perilaku-perilaku stereotipe maskulin, seperti merokok, tawuran, kecelakaan dalam olah raga, kecelakaan lalu lintas, eksplorasi seksual sebelum nikah yang berisiko terhadap penyakit-penyakit yang berkaitan dengan: IMS, HIV/AIDS.
- d. Isu Gender di Masa Dewasa. Pada tahap dewasa, baik laki-laki maupun perempuan mengalami masalah-masalah kesehatan yang berbeda, yang disebabkan karena faktor biologis maupun karena perbedaan gender. Perempuan menghadapi masalah kesehatan yang berkaitan dengan fungsi alat reproduksinya serta ketidaksetaraan gender. Masalah-masalah tersebut, misalnya konsekwensi dengan kehamilan dan ketika melahirkan seperti anemia, aborsi, puerperal sepsis (infeksi postpartum), perdarahan, ketidakberdayaan dalam memutuskan bahkan ketika itu menyangkut tubuhnya sendiri ("tiga terlambat"). Sebagai perempuan, dia juga rentan terpapar penyakit yang

berkaitan dengan IMS dan HIV/AIDS, meskipun mereka sering hanya sebagai korban. Misalnya: metode KB yang hanya difokuskan pada akseptor perempuan, perempuan juga rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan ditempat kerja, dan diperjalanan.

- e. Isu Gender di Masa Tua. Di usia tua baik laki-laki maupun perempuan keadaan biologis semakin menurun. Mereka merasa terabaikan terutama yang berkaitan dengan kebutuhan mereka secara psikologis dianggap semakin meningkat. Secara umum, umur harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Namun umur panjang perempuan berisiko ringkih, terutama dalam situasi sosial-ekonomi kurang. Secara kehidupan social biasanya mereka lebih terlantar lagi, terutama yang berkaitan dengan kebutuhan yang semakin banyak dan semakin tergantung terhadap sumber daya. Osteoporosis banyak diderita oleh perempuan di masa tua, yaitu delapan kali lebih banyak dari pada laki-laki. Depresi mental juga lebih banyak diderita orang tua, terutama karena merasa ditinggalkan

Gender mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan laki-laki dan perempuan. Hal ini semakin dirasakan dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi antara lain karena hal berikut :

- a. Masalah kesehatan reproduksi dapat terjadi sepanjang siklus hidup manusia seperti masalah inces yang terjadi pada masa anak-anak dirumah, masalah pergaulan bebas , kehamilan remaja.
- b. Perempuan lebih rentan dalam menghadapi resiko kesehatan reproduksi seperti kehamilan, melahirkan, aborsi tidak aman dan pemakaian alat kontrasepsi. Karena struktur alat reproduksi yang rentan secara social atau biologis terhadap penularan IMS termasuk STD/HIV/AIDS.
- c. Masalah kesehatan reproduksi tidak terpisah dari hubungan laki-laki dan perempuan. Namun keterlibatan, motivasi serta partisipasi laki-laki dalam kesehatan reproduksi dewasa ini masih sangat kurang.

- d. Laki-laki juga mempunyai masalah kesehatan reproduksi, khususnya berkaitan dengan IMS, HIV, dan AIDS. Karena ini dalam menyusun strategi untuk memperbaiki kesehatan reproduksi harus dipertimbangkan pula kebutuhan, kepedulian dan tanggung jawab laki-laki.
- e. Perempuan rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga (kekerasan domestik) atau perlakuan kasar yang pada dasarnya bersumber gender yang tidak setara.
- f. Kesehatan reproduksi lebih banyak dikaitkan dengan urusan perempuan seperti KB.

2.2.3 Hubungan Gender dan Kesehatan Reproduksi

a. Perkawinan Masa Remaja

Dampak Perkawinan Pada Masa Remaja :

1. Tidak dapat melanjutkan pendidikan lagi karena peraturan sekolah yang tidak mengizinkan siswi yang telah menikah untuk bersekolah .
 2. Secara mental remaja yang masih sangat muda dapat dikatakan belum siap sepenuhnya menghadapi kehidupan rumah tangga yang sangat berbeda dengan kehidupan remajanya.
 3. Dilihat dari sisi kesehatan reproduksi perkawinan yang secara langsung akan diikuti oleh kehamilan yang bisa beresiko pada keguguran atau pendarahan
 4. Kehamilan pada masa remaja
 5. Kehamilan pada masa remaja berdampak pada tidak adanya peluang perempuan untuk melanjutkan pendidikan kejenjang yang lebih tinggi .
- b. Upaya mewujudkan kesetaraan dan keadilan dalam KKR.
- Untuk memperkecil terjadinya pernikahan dan kehamilan usia muda atau remaja, dapat dilakukan beberapa upaya, baik oleh remaja, orang tua, pemerintah dan LSM. Upaya – upaya tersebut antara lain adalah:
1. Remaja ikut dalam berbagai kegiatan positif di sekolah dan tempat tinggalnya, selain untuk menambah wawasan juga bermanfaat untuk mendewasakan usia perkawinannya.

2. Akses informasi dan pelayanan KRR yang akurat, luas, dan seimbang bagi remaja laki – laki dan perempuan.
3. Tidak adanya perbedaan perlakuan orang tua remaja putrid dan laki – laki.
4. Peluang yang sama dalam pendidikan bagi perempuan dan laki – laki sesuai kemampuan dan potensinya.
5. Meningkatkan pengetahuan orang tua dan remaja tentang kesehatan reproduksi remaja melalui berbagai forum dan sumber informasi seperti pusat informasi dan konseling kesehatan reproduksi remaja (PIK-KRR).

2.2.4 Issue Gender dalam Elemen Kesehatan Reproduksi

- a. Kesehatan ibu dan bayi (safe motherhood)
 - 1) Ketidakmampuan perempuan dalam mengambil keputusan. Misalnya : menentukan kapan hamil dan dimana akan melahirkan.
 - 2) Sikap dan perilaku keluarga yang cenderung mengutamakan laki – laki.
- b. Keluarga berencana
 - 1) Kesetaraan perKB yang timpang antara laki – laki dan perempuan.
 - 2) Perempuan tidak mempunyai kekuatan untuk memutuskan metoda kontrasepsi
 - 3) Pengambilan keputusan
 - 4) Ada anggapan bahwa KB adalah urusan perempuan karna kodrat perempuan untuk hamil dan melahirkan.
- c. Kesehatan reproduksi remaja
 - 1) Ketidakadilan dalam membagi tanggung jawab.
 - 2) Ketidakadilan dalam aspek hukum
 - 3) Dalam tindakan aborsi ilegal yang terancam adalah perempuan
- d. Penyakit menular PMS
 - 1) Perempuan selalu dijadikan obyek intervensi dalam program pemberantasan PMS, walau laki – laki sebagai konsumen, justru memberikan kontribusi yang besar pada permasalahan tersebut.

- 2) Setiap upaya mengurangi praktik prostitusi, perempuan sebagai PSK selalu menjadi obyek dan tuduhan sumber permasalahan, sementara laki - laki mungkin menjadi sumber penularan tidak pernah diintervensi dan dikoreksi.

2.2.5 Upaya Pengarusutamaan Gender

Dalam upaya menghapus kekerasan terhadap perempuan, berbagai teori dipelajari agar isu-isu kekerasan terhadap perempuan masih nampak ada di berbagai Negara termasuk Indonesia dapat dicari alternative atau pendekatan yang sesuai dengan permasalahannya (Ratnawati, D., Sulistyorini, S., & Abidin, A. Z. (2019).)

Tujuan pengarusutamaan gender adalah memberikan panduan pelaksanaan bagi penyelenggaraan pembangunan melalui upaya promosi, advokasi, KIE dan fasilitasi agar dapat mempunyai akses terhadap informasi guna melakukan proses perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan penilaian atas kebijaksanaan dan program pembangunan nasional yang berwawasan gender dalam rangka mewujudkan kesetaraan dan keadilan dalam kehidupan berkeluarga, bermasyarakat, berbangsa, dan bernegara.

Upaya bidan dalam pengarusutamaan :

- a. Seorang bidan harus memberdayakan perempuan di aspek kehidupan, terutama pendidikan, kesehatan, dan akses terhadap sumber daya.
- b. Bidan memperkuat kemampuan ditingkat nasional dan regional.
- c. Bidan dapat menetapkan tentang keadilan dan kesetaraan gender sebagai tujuan pembangunan nasional.

Sasaran pengarusutamaan gender :

- a. Sasaran utama : organisasi pemerintah dari pusat sampai ke lapangan yang berperan dalam membuat kebijakan, program dan kegiatan.

- b. Selain itu organisasi swasta, organisasi profesi, keagamaan, dan lain – lain, dimana mereka sangat dekat dan terjun langsung paling depan berhadapan dengan masyarakat.

Prinsip pengarusutamaan gender :

- a. Pluralistic, yaitu dengan menerima keragaman budaya .
- b. Bukan pendekatan konflik, yaitu menghadapi permasalahan tidak membedakan antar laki-laki dan perempuan .
- c. Sosialisasi dan advokasi . memperluas informasi bagi masyarakat umum dan melakukan kegiatan-kegiatan untuk memperkokoh kesetaraan dan keadilan gender .
- d. Menjunjung nilai HAM dan demokrasi

DAFTAR PUSTAKA

- Desta Ayu Cahya Rosyida, S.ST., M. T. K. 2021. *Kesehatan Reproduksi Wanita dan Remaja*. Yogyakarta: PUSTAKA BARU PRESS.
- Gerintya, S. 2017. 'Kuota 30% Perempuan di Parlemen Belum Pernah Tercapai.'
- Kurniawan, A. 2014. *metode riset ekonomi dan bisnis*. Bandung: Alfabeta.
- Perempuan, K. 2016. 'Catatan Tahunan Tentang Kekerasan Terhadap Perempuan 2016', in.
- Ratnawati, D., Sulistyorini, S., & Abidin, A. Z. 2019. Kesetaraan Gender Tentang Pendidikan Laki-laki dan Perempuan. *Jurnal Harkat: Media Komunikasi Gender*, 15(1), 10–23. <https://ejournal.metrouniv.ac.id/index.php/tarbawiyah/article/view/420>
- Fitrianti, R., & Habibullah, H. 2012. Ketidaksetaraan Gender dalam Pendidikan; Studi Pada Perempuan di Kecamatan Majalaya Kabupaten Karawang. *Sosio Konsepsia: Jurnal Penelitian Dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial*, 17(1), 85–100
- Republika. 2017. 'Kemenaker: 30 Persen Pekerja Alami Diskriminasi Gender', in.
- Abraha, M., Dagne, A., & Seifu, A. 2019. Gender Responsive Pedagogy: Practices, Challenges & opportunities- A Case of Secondary Schools of North Wollo Zone, Ethiopia. *Journal of Education, Society and Behavioral Science*, 30(3), 1–17. <https://doi.org/10.9734/jesbs/2019/v30i330128>
- Sukerti, N. N., & Ariani, I. G. 2016. *Buku Ajar Gender Dalam Hukum*.

BAB 3

DETEKSI DINI MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI WANITA

Oleh Bayu Pratama Putra

3.1 Pendahuluan

Masalah kesehatan reproduksi wanita telah menjadi perhatian dunia dari masa ke masa. Beragamnya penyakit reproduksi pada wanita telah mendorong praktisi dunia kesehatan menciptakan banyak cara untuk mengatasi masalah-masalah ini. Para ahli mengetahui bahwa kesehatan reproduksi merupakan kunci penting bagi keberhasilan umat manusia mengingat reproduksi adalah sarana untuk melahirkan generasi penerus suatu bangsa.

Seiring dengan perkembangan zaman, cara untuk mengatasi masalah reproduksi tidak lagi menitikberatkan hanya pada tindakan kuratif dan rehabilitatif, tetapi juga tindakan-tindakan promotif dan preventif. Salah satu tindakan preventif yang terus dikembangkan adalah deteksi dini dan tes penapisan / Skrining (*Screening*), dengan kedua teknik ini diharapkan dapat menemukan penyakit atau masalah kesehatan wanita dan dengan segera melakukan penanganan yang sesuai sehingga dapat menurunkan angka mortalitas dan morbiditas akibat penyakit tersebut.

3.2 Anatomi Organ Reproduksi Wanita

Organ reproduksi wanita dapat dikelompokkan menjadi dua bagian besar yaitu genitalia interna dan genitalia externa. Genitalia interna adalah organ-organ yang berada didalam panggul sejati (*True Pelvis*) seperti vagina, Uterus, serviks, Tuba Uterina/Falopi, dan Ovarium. Kelompok organ yang berada diluar panggul sejati disebut genitalia eksterna yang terdiri dari mons pubis (*mons veneris*), klitoris, vestibulum, Introitus

vaginalis, labia mayor dan labia minor, kelenjar bartholini dan kelenjar skene. (Miranda AM, 2018)

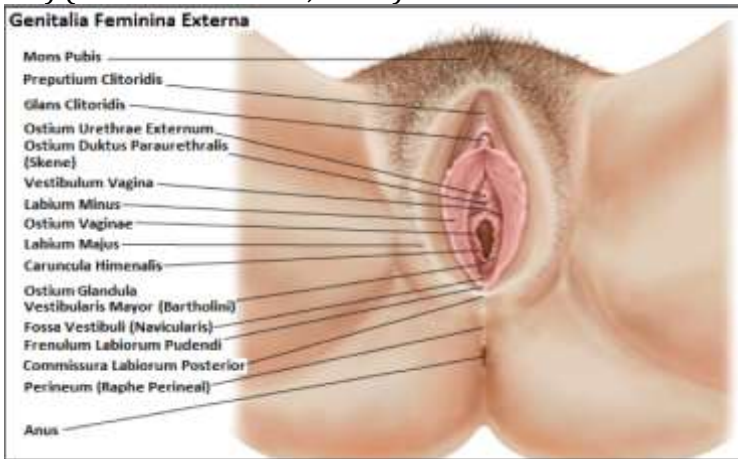
3.2.1 Genitalia Eksterna

Organ-organ eksternal yang dapat dilihat di daerah perineum disebut Vulva (pudendum). Vulva terdiri dari organ-organ sebagai berikut mons pubis, labia minor dan mayor, Himen (selaput dara), klitoris, vestibulum, Ostium uretra, kelenjar Skene, kelenjar bartholin dan bulbus vestibularis. Batas-batasnya wilayah vulva meliputi mons pubis di anterior, rektum di posterior, dan lipatan genitokrural (lipatan paha) di lateral (Miranda AM, 2018)

1. Mons Pubis : Merupakan bagian menonjol yang terletak di atas simfisis pubis. Mons pubis terdiri dari jaringan lemak, yang ditutupi kulit pada bagian superfisialnya dan setelah pubertas akan ditumbuhi oleh rambut pubis yang kasar. Pada sebagian besar wanita, rambut pubis berbentuk segitiga terbalik, dengan batas atasnya adalah garis rambut pubis dan batas bawahnya adalah klitoris. 25% wanita memiliki rambut pubis yang memanjang ke arah umbilicus. (Jones dkk, 2018)
2. Labia Mayor : terdiri atas 2 lipatan fibroadiposa kulit (kiri dan kanan) yang memanjang dari mons pubis ke arah bawah dan belakang serta bertemu di tengah area depan anus yang disebut fourchette posterior. Labia mayor kiri dan kanan akan bertemu di anterior dan membentuk komisura anterior sedangkan di pertemuan ujung posteriornya membentuk komisura posterior. Labia mayor merupakan organ homolog skrotum pada pria. (Berek dkk, 2020)
3. Labia minor : terdiri atas 2 lipatan kulit tanpa lemak (kiri dan kanan) yang terletak di medial, diantara kedua labium mayor. Pada bagian anterior, kedua labium minor bertemu dan membentuk tudung klitoris yang disebut sebagai prepusium klitoridis. Ujung posteriornya membentuk lipatan transversalis kecil yang disebut frenulum labia minor. Area yang terbentuk diantara ujung posterior labia

- minor kiri dan kanan disebut vestibulum. (Edozien GYP dkk, 2016) (Berek dkk, 2020)
4. Clitoris : merupakan organ erektil homolog penis pada pria berukuran panjang 1-1,5 cm dengan diameter 0,5 cm yang terdiri dari *root* (radix) dan *body* (corpus). Corpus terdiri dari dua crura, dua corpora cavernosa, serta glans clitoris yang ditutupi oleh prepusium clitoris. Clitoris terletak di pertemuan labia minor sebelah anterior. Organ ini memiliki persarafan yang berlimpah sehingga bersifat sensitif dan akan membesar pada stimulasi taktil. (Jones dkk, 2018) (Edozien GYP dkk, 2016) (Berek dkk, 2020)
 5. Himen: membran / selaput tipis yang ditemukan di pintu masuk lubang vagina. Selaput ini dikenal juga dengan nama selaput dara atau selaput perawan. Himen memiliki lubang ditengahnya yang memungkinkan keluarnya darah menstruasi. Selaput dara memiliki bentuk yang sangat bervariasi. (Miranda AM, 2018)
 6. Vestibulum : Merupakan ruangan yang terletak di antara labia minor dextra dan sinistra. Di ruangan ini terdapat beberapa muara seperti ostium uretra eksternum, yang di sisi-sisi lateralnya terdapat muara kelenjar skene, muara vagina (introitus vagina), serta muara kelenjar bartholini. (Edozien GYP dkk, 2016) (Jones dkk, 2018)
 7. Bulbus vestibularis: merupakan jaringan erektil berpasangan yang memanjang dan terletak di sepanjang sisi lateral lubang vagina serta berada di superior dari labia minor. Bagian inferior dan lateralnya ditutupi oleh muskulus bulbospongiosus. Struktur ini adalah homolog dengan bulbus penis pada pria. (Edozien GYP dkk, 2016)
 8. kelenjar skene dan bartholini: merupakan kelenjar yang berfungsi menghasilkan cairan pelumas ke vagina. Kedua kelenjar ini berpasangan dengan bentuk kelenjar menyerupai kacang merah. kelenjar skene yang disebut juga kelenjar parauretralis karena memiliki muara yang berada di sisi kiri dan kanan ostium uretra eksternum, sedangkan kelenjar bartolini yang disebut juga sebagai kelenjar vestibularis mayor dan memiliki muara tepat di

tepi dari introitus vagina sebelah posterior. (Miranda AM, 2018) (Edozien GYP dkk, 2016)



Gambar 3.1 : Genitalia eksterna

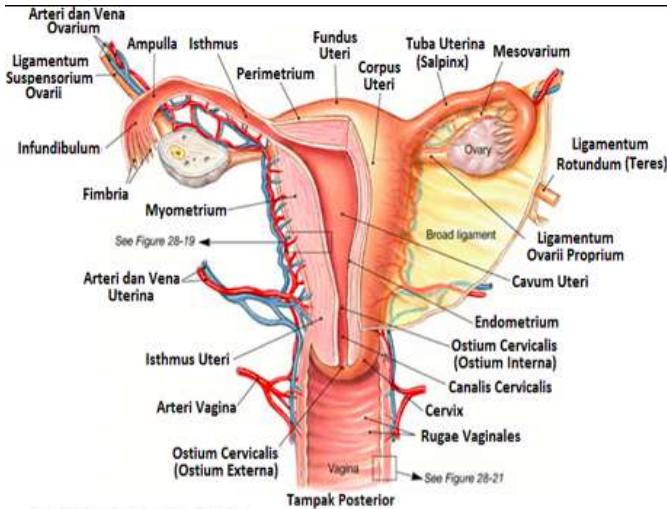
(Sumber : Putra BP, Pangestu AS, Medical Review : Gynecology 2th ed. 2016. CMB Press)

3.2.2 Genitalia Interna

Organ genital internal wanita meliputi ovarium, tuba fallopi, uterus, dan vagina. Struktur ini terletak di rongga panggul, di dekat uretra dan berada di sisi posterior vesika urinaria serta berbatasan dengan rektum di sisi posteriornya.

1. Vagina : Merupakan struktur fibromuscular yang memanjang dari luar (vulva) hingga kearah dalam (serviks uterus), dengan panjang sekitar 7-9 cm. Disisi dalam, vagina akan membentuk sudut 90° dengan uterus. Struktur ini di berbatasan dengan rektum di posterior dan vesika urinaria di anterior serta terfiksasi oleh fascia dan ligamentum endoserviks (Miranda AM, 2018) (Edozien GYP dkk, 2016)
2. Uterus : merupakan organ reproduksi wanita berbentuk buah pir terbalik yang terletak di garis tengah tubuh dan berada di dalam panggul antara vesika urinaria dan rektum. Struktur Ini terdiri atas otot berdinding tebal dengan 3 lapisan dari dalam ke luar yaitu endometrium, miometrium dan perimetrium yang pada usia reproduksi

- sangat dipengaruhi oleh hormon reproduksi. Secara umum uterus dapat dibagi menjadi 2 bagian besar yaitu bagian paling inferior disebut serviks uteri (mulut rahim) dan bagian yang membesar di superior yang disebut dengan korpus uteri, diantara kedua bagian ini terdapat istmus yang merupakan area pendek dan menyempit. (Miranda AM, 2018)
3. Tuba Fallopi : Disebut juga tuba uterina atau ovidak merupakan 2 buah saluran yang masing-masing terletak area fundus uteri yang di sebut kornu dan menghubungkan rongga endometrium dan peritoneum (intrabdomen). Tuba ini memiliki panjang rata-rata 11-14 cm yang terdiri dari pars interstisial yang terletak di dalam dinding uterus, kemudian di lateralnya ada pars istmika yang sempit dengan diameter 3-5 mm dan selanjutnya adalah pars ampularis yang diameternya lebih besar sekitar 4-10 mm, dan bagian paling ujung adalah pars fimbria yang berbentuk seperti tangan-tangan. (Anwar dkk, 2014) (Miranda AM, 2018)
 4. Ovarium : merupakan organ berukuran kecil dan berbentuk oval, berwarna keabu-abuan, dan memiliki permukaan yang tidak rata. Ukuran sebenarnya dari ovarium tergantung pada usia wanita dan status hormonal, ukuran ovarium pada masa reproduksi sekitar 5 x 3 x 3 cm yang kemudian akan menjadi jauh lebih kecil dan mengkerut pada masa menopause. Secara mikroskopik tampak banyak struktur berbentuk kistik yang memiliki ukuran bervariasi. Struktur ini merupakan folikel ovarium pada berbagai tahap perkembangan dan degenerasi. (Miranda AM, 2018) (Berek dkk, 2020)



Gambar 3.2 : Genitalia interna

(Sumber : Putra BP, Pangestu AS, Medical Review : Gynecology 2th ed. 2016. CMB Press)

3.3 Deteksi Dini dan skrining kesehatan wanita.

Menurunkan masalah kesehatan wanita khususnya masalah reproduksi adalah kunci untuk meningkatkan kualitas generasi bangsa. Salah satu cara untuk menurunkan masalah ini adalah dengan menggiatkan skrining dan deteksi dini yang sesuai untuk wanita di berbagai kelompok umur. Deteksi dini berfokus untuk menemukan masalah kesehatan sesegera mungkin pada wanita yang telah menunjukkan gejala masalah kesehatan, sedangkan skrining dilakukan pada individu yang sehat namun memiliki resiko masalah kesehatan.

Skrining dapat dilakukan pada seluruh kelompok umur. Pada wanita, skrining dapat dimulai pada usia 13-17 tahun, pada kelompok umur ini, diharapkan wanita mendapatkan pemahaman yang baik mengenai kesehatan reproduksi, konseling kontrasepsi dan orientasi seksual, serta melaksanakan skrining umum seperti tekanan darah dan kadar lipid seperti kolesterol dan trigliserida. (Rosser M, 2022)

Untuk kelompok usia 20-30 tahun, kunjungan rutin (*primary care visit*) yang dimaksudkan untuk identifikasi faktor risiko penyakit seperti obesitas, diabetes mellitus, riwayat

kanker , penyakit kardiovaskuler, penyakit menular seksual dan edukasi mengenai keluarga berencana serta melakukan pemeriksaan tekanan darah dilaksanakan minimal 1 kali dalam setahun. Pada kelompok ini juga harus dilakukan pemeriksaan panggul dan tes pap (*pap smear*) serta pemeriksaan payudara dan skrining penyakit menular seksual sesuai dengan pedoman yang telah ditentukan. Pemeriksaan genetik dapat dipertimbangkan bagi mereka yang memiliki risiko kanker ovarium, kolorektal dan payudara (Rosser M, 2022)

Wanita pada usia 40-50 tahunan memerlukan setidaknya satu kali dalam setahun untuk kunjungan rutin. Pemeriksaan yang diperlukan adalah pengukuran tekanan darah, laboratorium darah, kadar gula darah dan kadar lipid minimal 1 kali setahun sedangkan pemeriksaan panggul dan tes pap, pemeriksaan payudara, skrining penyakit kanker paru serta kolonoskopi tetap dilakukan sesuai pedoman yang telah ditentukan. (Rosser M, 2022)

Kelompok usia menopause (60 tahunan ke atas) kunjungan rutin disesuaikan dengan kondisi kesehatan. Pemeriksaan rutin yang dilakukan adalah skrining osteoporosis, kanker kulit, dan penyakit kardiovaskuler serta kolonoskopi. Pemeriksaan panggul dan tes pap tidak lagi dilakukan secara rutin. (Rosser M, 2022)

3.3.1 Jenis-Jenis pemeriksaan deteksi dini dan skrining pada masalah reproduksi

Hubungannya dengan masalah reproduksi terdapat 4 pemeriksaan yang penting yaitu pemeriksaan fisis panggul, pemeriksaan tes pap, pemeriksaan sonografi dan tes penyakit infeksi menular seksual (IMS).

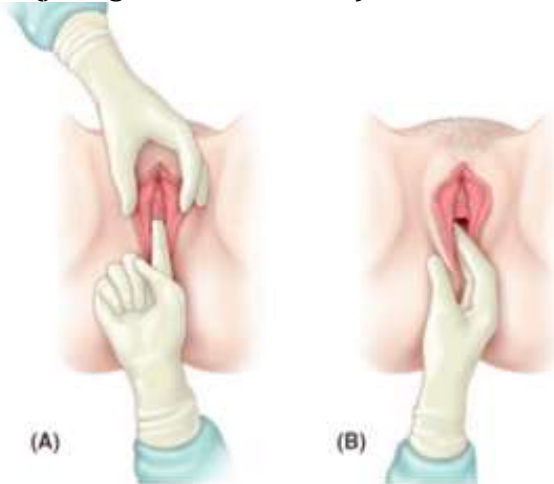
1. Pemeriksaan panggul

Pemeriksaan panggul telah lama dianggap sebagai komponen dasar pada pemeriksaan kesehatan wanita, dan banyak wanita serta dokter melihat kunjungan untuk pemeriksaan ini sebagai kesempatan untuk mendiskusikan masalah kesehatan seksual dan reproduksi. Pemeriksaan panggul yang dilakukan pada wanita sehat secara empirik dianggap sebagai salah satu cara skrining untuk kanker

dan infeksi ginekologi serta penyakit radang panggul, para dokter obsetri-ginekologi dan pasien menganggap pemeriksaan ini penting dalam mendeteksi penyakit subklinis, namun demikian saat ini masih kurang bukti yang mendukung anggapan tersebut. Rekomendasi dari *American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)* menyatakan pemeriksaan panggul harus dilakukan sesuai dengan indikasi berupa adanya gejala atau riwayat medis yang terkait dengan masalah ginekologi serta harus merupakan keputusan bersama antara pasien dan dokter pemeriksanya. (Cansino C, 2018) *The Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)* merekomendasikan pemeriksaan panggul dilakukan pada wanita usia 21-39 tahun, minimal saat setelah melakukan tes pap smear rutin. (Davidson B, 2022)

Pemeriksaan panggul terdiri dari melihat (inspeksi) dan meraba (palpasi). Inspeksi dimulai dengan melihat daerah genitalia eksterna mulai dari mons pubis hingga vulva dan vagina, kelainan yang dapat ditemukan mulai dari perubahan warna kulit, pembengkakan, pertumbuhan jaringan abnormal, tanda-tanda infeksi seperti keputihan ataupun adanya luka. Inspeksi kemudian dilanjutkan ke bagian dalam (inspekulo) dengan memasang spekulum untuk membuka vagina sehingga tampak struktur permukaan vagina hingga serviks, kelainan yang bisa ditemukan mulai dari pembengkakan atau luka maupun pertumbuhan jaringan abnormal serta adanya cairan keputihan yang keluar dari ostium uterus atau yang melengket di sekitar serviks. Pada pemeriksaan palpasi, perabaan dimulai dari bagian luar seperti mons pubis dan labia mayor dan dilanjutkan ke arah dalam yaitu labia minor dan daerah kelenjar bartolini dan skene. Daerah yang memiliki struktur dan warna yang abnormal menjadi fokus utama pada pemeriksaan palpasi. Selanjutnya palpasi dilakukan pada dinding-dinding vagina hingga serviks untuk mengidentifikasi kelainan yang tidak tampak pada inspeksi. Palpasi dalam vagina juga dapat mengidentifikasi

kelainan yang berada di rongga panggul dengan kombinasi palpasi abdomen yang dikenal sebagai pemeriksaan bimanual. Pada pemeriksaan ini evaluasi di fokuskan pada ukuran, ada tidaknya massa serta nyeri tekan di uterus dan adneksa (jaringan sekitar uterus).



Gambar 3.3 : Pemeriksaan palpasi genitalia eksterna

(Sumber : Backmann CRB, Ling FW, Barzansky RB, Herbert WNP, Laube Dw, Smith RP. Obstetrics and gynecology 6th ed. 2010. Lippincott Williams & Wilkins)



Gambar 3.4 : Pemeriksaan palpasi bimanual genitalia interna

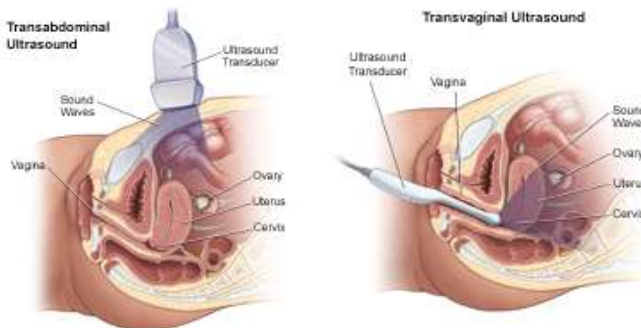
(Sumber : Norwitz ER, Schorge JO. Obstetrics and Gynecology at a Glance Fourth Edition. 2013. Willy-Blackwell Science Ltd)

2. Pemeriksaan Ultrasonografi (USG)

USG adalah modalitas yang paling umum dan sering digunakan dalam pemeriksaan ginekologi. Alat ini menggunakan gelombang suara frekuensi tinggi yang tidak dapat didengar oleh telinga manusia. Gelombang

ultrasound dipancarkan oleh perangkat genggam (*probe*) yang ditempatkan di perut (disebut ultrasonografi transabdominal) atau di dalam vagina (disebut ultrasonografi transvaginal). Gelombang suara yang dipancarkan akan memantul saat bertemu dengan struktur atau organ internal, dan pola pantulan inilah yang kemudian ditampilkan pada monitor. (Barad DH, 2022)

USG dapat membantu mengidentifikasi struktur normal dan abnormal dari organ genitalia interna seperti ukuran uterus, bentuk dan homogenitas dari miometrium, ketebalan, bentuk dan kontinuitas endometrium, ada tidaknya massa di uterus atau intaruterin. Bentuk, ukuran, dan volume ovarium serta folikel didalamnya. Ada tidaknya kista maupun massa padat di adneksa, ada tidaknya pembengkakan tuba fallopi serta ada tidaknya cairan bebas cavum andomen terutama di ruangan douglas (antara uterus dan rektum).



Gambar 3.5 : USG Transabdominal dan Transvaginal

(Sumber : Johns Hopkins Medicine – Pelvic Ultrasound

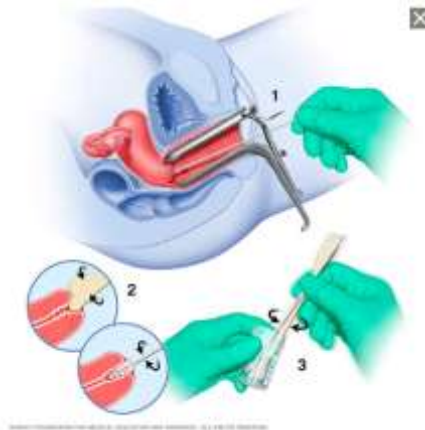
<https://www.hopkinsmedicine.org/health/treatment-tests-and-therapies/pelvic-ultrasound>)

3. Tes Pap

Tes Papanicolaou (Pap): Sel-sel dari serviks diperiksa di bawah mikroskop untuk menentukan apakah ada yang bersifat kanker atau abnormal yang dapat berkembang menjadi kanker (sel prakanker). (Barad DH, 2022)

Pemeriksaan pap smear ini dapat mendeteksi sampai 90% kasus kanker serviks secara akurat dengan biaya yang tidak terlalu mahal, dan sangat efektif dengan sensitifitas 84,7% dan spesifitas 62,1%. (Fatwa, 2020)

Tes ini membutuhkan waktu 10-20 menit dan dapat dilakukan di klinik maupun praktek dokter, tidak memerlukan fasilitas kamar operasi. Setelah pasien melepaskan celana dan celana dalam, pasien diminta untuk berbaring dengan posisi litotomi di tempat tidur yang rata atau di meja ginekologi, selanjutnya vagina akan di buka menggunakan spekulum plastik atau logam dan dilakukan identifikasi serviks. Selanjutnya dengan menggunakan sikat halus (cyto brush) atau spatula khusus dilakukan pengambilan sampel di serviks dengan cara melakukan sikatan di sekeliling serviks dan endoserviks. Sampel yang ada kemudian dioleskan ke kaca objek atau dimasukkan kedalam tabung berisi cairan yang kemudian dikirim ke laboratorium.



Gambar 3.6 : Pap Smear

(Sumber : Mayo Clinic Pap Smear <https://www.mayoclinic.org/tests-procedures/pap-smear/about/pac-20394841>)

4. Tes penyakit menular seksual

Skrining untuk penyakit menular seksual terdiri dari klamidia, sifilis, herpes, gonore, trikomoniasis, HIV dan hepatitis (B dan C)

Tabel 3.1 : Skrining Penyakit menular seksual

Penyakit	Keterangan
klamidia	<ul style="list-style-type: none">• Wanita yang aktif secara seksual di bawah usia 25 tahun.• Wanita yang aktif secara seksual berusia 25 tahun ke atas jika berisiko tinggi• Tes ulang sekitar 3 bulan setelah mendapatkan pengobatan• Tes klamidia rektal dapat dipertimbangkan pada wanita berdasarkan perilaku dan paparan seksual yang dilaporkan, melalui keputusan klinis bersama antara pasien dan pemeriksa
sifilis	<ul style="list-style-type: none">• Wanita yang aktif secara seksual di bawah usia 25 tahun• Wanita yang aktif secara seksual berusia 25 tahun ke atas jika berisiko tinggi• Tes ulang sekitar 3 bulan setelah mendapatkan pengobatan• Skrining gonore faring dan dubur dapat dipertimbangkan pada wanita berdasarkan perilaku dan paparan seksual yang dilaporkan, melalui keputusan klinis bersama antara pasien dan pemeriksa
gonore	Skrining orang dewasa tanpa gejala pada kelompok berisiko (riwayat kurungan penjara atau pekerjaan seks, geografi,

Penyakit	Keterangan
	ras/etnis) untuk infeksi sifilis
herpes	Tes serologi HSV sesuai tipe dapat dipertimbangkan pada wanita yang datang untuk evaluasi IMS (terutama untuk wanita dengan banyak pasangan seksual)
trikomonirosis	Pertimbangkan skrining pada wanita yang menerima perawatan di lingkungan berisiko tinggi (misalnya, klinik IMS dan fasilitas lembaga masyarakat) dan untuk wanita tanpa gejala yang berisiko tinggi (misalnya, wanita dengan banyak pasangan seksual, pekerja seks, penyalahgunaan narkoba, atau riwayat IMS atau kurungan penjara)
HIV	<ul style="list-style-type: none"> • Semua wanita berusia 13-64 tahun • Semua wanita yang mencari evaluasi dan pengobatan untuk IMS
Hepatitis B	Wanita berisiko tinggi (memiliki lebih dari satu pasangan seksual dalam 6 bulan terakhir, evaluasi atau pengobatan untuk IMS, penggunaan narkoba suntik dan pasangan seks yang HBsAg-positif)
Hepatitis C	Semua orang dewasa di atas usia 18 tahun harus diskrining untuk hepatitis C kecuali dalam lingkungan dengan infeksi hepatitis C (HCV) positif <0,1%

Sumber: CDC STI Treatment Guidelines 2021.

DAFTAR PUSTAKA

- Anwar M, Baziad A, Prabowo RP. Buku Ajar Ilmu Kandungan Sarwono Prawirohardjo edisi ke 3. Jakarta. 2014. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.^[1]
- Barad DH. 2022. Tests of Gynecologic Disorders. <https://www.msmanuals.com/home/women-s-health-issues/diagnosis-of-gynecologic-disorders/tests-for-gynecologic-disorders>
- Berek JS, dkk. 2020. Berek & Novak's Gynecology Sixteenth Edition. China: Wolters Kluwer.
- Cansino C, dkk. The utility of and indications for routine pelvic examination. ACOG Committee Opinion No. 754. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2018;132:e174–80.
- Davidson D. 2022. The Michigan Department of Health and Human Services : Family Planning Program - Breast And Cervical Cancer Screening Protocols. https://www.michigan.gov/-/media/Project/Websites/mdhhs/Folder50/Folder11/BreastCervicalProtocol_2022_SignedB.pdf?rev=0873a78ab3b247d9ae657cf2bacd5a54
- Edozien GYP, dkk. 2016. encyclopedia of forensic and legal medicine 2nd.USA: Elsevier Ltd
- Fatwa I, Santosa H. Deteksi Dini kanker serviks pada wanita. 2020. CV Anugrah Pangeran Jaya Press
- Jones RE, Lopez KH. 2014. Human Reproductive Biology 4th.USA: Elsevier Inc.
- Miranda AM, dkk. 2018. Female Reproductive Organ Anatomy. <https://emedicine.medscape.com/article/1898919-overview#showall>
- Rosser M. 2022. The Essential Women's Health Checklist : The latest guidelines for the tests, screenings, and exams women need at all stages of life. <https://healthmatters.nyp.org/the-essential-womens-health-checklist/>

BAB 4

PSIKOLOGI PERKEMBANGAN DALAM SIKLUS HIDUP WANITA

Oleh Emi Yunita

4.1 Konsep Psikologis Perkembangan

Psikologi Secara etimologi yang berasal dari Yunani, yaitu “psyche” yang berarti jiwa, dan “logos” yang berarti “ilmu”. Jadi menurut istilah yaitu ilmu yang mempelajari tentang kejiwaan (Fahyuni, 2016).

Perkembangan menunjukkan suatu proses tertentu, yaitu suatu proses tertentu, yaitu suatu proses yang menuju ke depan dan tidak dapat diulang kembali. Dalam perkembangan manusia terjadi perubahan-perubahan yang sedikit banyak bersifat tetap dan tidak dapat diulangi. Perkembangan menunjukkan pada perubahan-perubahan dalam suatu arah yang bersifat tetap dan maju (Ajhuri, 2019).

Beberapa ahli yang mengutamakan psikologi untuk kepentingan pendidikan, lebih mengutamakan manusia sebagai objek psikologi. Psikologi disini merupakan ilmu yang membahas tingkah laku manusia dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Tingkah laku yang dimaksud adalah suatu aktivitas dimana meliputi beberapa proses berpikir, beremosi, dan pengambilan keputusan. Seperti halnya seorang anak yang diam sambil matanya menatap guru yang sedang menjelaskan tugas-tugas yang harus diselesainya, hal tersebut bisa diartikan anak sedang bertingkah laku.

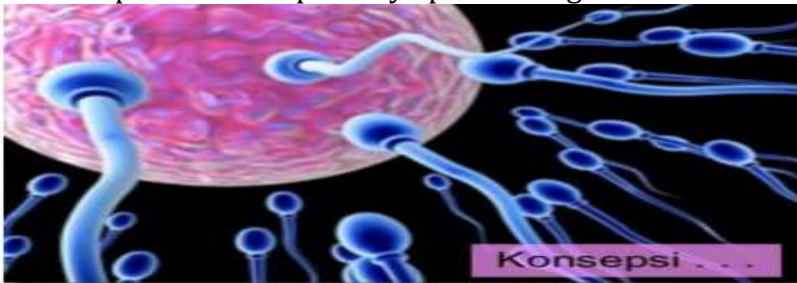
4.2 Proses Adaptasi Psikologi Pada Wanita Sepanjang Daur kehidupan

1. Konsepsi

Masa konsepsi merupakan masa dimulainya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma di dalam alat geneitalia interna perempuan yang disebut tuba falopi. beberapa perubahan yang dapat terjadi pada masa tersebut adalah:

1. Perlakuan sama terhadap janin laki-laki / perempuan
2. Pelayanan antenatal, persalinan aman dan nifas serta pelayanan bayi baru lahir
3. Pendekatan pelayanan antenatal, promosi kesehatan, dan pencegahan penyakit
4. Masalah yang mungkin muncul pada masa konsepsi adalah: pengutamaan jenis kelamin, BBLR, kurang gizi (malnutrisi).

Tahap konsepsi sebagai pokok utamanya tumbuh kembang janin dalam rahim merupakan interaksi antara janin-ibu-plasenta dan pusatnya pada ruang intervilosa.



Gambar 4.1: Fertilisasi

- a. Faktor janin
 - Faktor kromosom dapat menyebabkan kelainan kongenital dan penyakit turunan.
 - Air ketuban memberikan kesempatan untuk janin tumbuh dan berkembang.
- b. Faktor plasenta
 - Plasenta yang tumbuh dan berkembang yang kurang subur dapat menyebabkan kelahiran prematur,

berat badan lahir rendah (BBLR), keguguran atau meninggalnya janin dalam rahim.

c. Faktor ibu

- Kesehatan rohani ibu dalam suatu kehamilan sangat penting karena dapat berdampak pada pertumbuhan dan perkembangan jiwa janin(Onainor, 2019).

2. Masa bayi

- a. Bayi baru lahir (BBL) adalah bayi yang baru saja mengalami proses kelahiran, berusia 0-28 hari. BBL membutuhkan penyesuaian fisiologi berupa maturasi, adaptasi (menyusuaikan diri dari kehidupan intrauteri ke kehidupan ekstrasurine) dan toleransi BBL untuk dapat hidup dengan baik(Herman, 2020). Bagi beberapa bayi penyesuaian mudah dilakukan, namun bagi lainnya terasa sulit dan bisa mengalami kegagalan. Miller mengatakan “dalam seluruh kehidupannya tidak pernah terjadi perubahan lokasi yang sangat tiba-tiba dan sangat menyeluruh(Suryani, e.,& Widyasih, 2009).
- b. Berbagai penyesuaian pokok yang dilakukan bayi neonatal.

Bayi neonatal harus melakukan empat penyesuaian pokok sebelum mereka dapat melanjutkan perkembangan. Jika penyesuaian ini tidak segera dilakukan, kehidupan mereka terancam serta selama penyesuaian ini tidak terjadi kemajuan perkembangan, sehingga akan mengakibatkan perkembangan yang menurun. yaitu sebagai berikut:

- 1) Perubahan suhu.
- 2) Bernapas
- 3) Mengisap dan menelan.
- 4) Pembuangan(Suryani, e.,& Widyasih, 2009)

Neonatal merupakan periode adaptasi terhadap kehidupan diluar Rahim. Periode ini berlangsung selama satu

bulan atau lebih setelah kelahiran untuk beberapa sistem tubuh bayi. Transisi paling nyata dan cepat terjadi pada sistem pernapasan dan sirkulasi, sistem kemampuan mengatur suhu, dan dalam kemampuan mengambil dan menggunakan glukosa(Astuti Setiyani, Sukesi, A., Esyuananik, 2016).

4.3 Indikasi Kesulitan Penyesuaian Terhadap Kehidupan Pascanatal

1. Berkurangnya Berat Badan

Ini disebabkan oleh adanya kesulitan untuk mengisap dan menelan, bayi yang baru lahir akan mengalami penurunan berat badan dalam minggu pertama.

2. Perilaku yang Tidak Teratur

Pada hari pertama atau kedua hidup pascanatal, semua bayi menunjukkan perilaku yang relatif tidak teratur, seperti ketidakteraturan dalam bernafas, sering kencing dan berak, berdesah dan muntah. Hal ini bisa disebabkan karena adanya tekanan pada otak selama persalinan yang mengakibatkan keadaan pingsan dan sebagian karena keadaan susunan saraf otonom yang kurang berkembang, dimana mengendalikan keseimbangan tubuh.

3. Kematian Bayi

Bahkan hingga saat ini, tingkat kematian bayi selama dua hari pertama pascanatal cenderung tinggi. Kematian disebabkan beberapa faktor yang berbeda(Eni Fariyatul Fahyuni, 2019).

Emosi Bayi Neonate:

- 1) Reaksi emosional bayi hanya dapat dijabarkan sebagai keadaan menyenangkan dan tidak menyenangkan
- 2) Yang pertama bisa ditandai oleh tubuh yang tenang dan yang kedua ditandai oleh tubuh yang tegang menangis.
- 3) Ciri menonjol dari keadaan emosi adalah tidak adanya tingkatan reaksi yg menunjukkan tingkat intensitas yang berbeda. Apapun rangsangannya, yg dihasilkan adalah emosi yg kuat.

4. Masa Balita

Pada masa ini anak sudah kelihatan berperilaku agresif, membrontak, menentang keinginan orang lain. khususnya orang tua, Ia sudah mulai mempertanggung jawabkan perbuatannya sendiri(Marmi,& Margiyati, 2013).

Sebagian besar orang tua memandang masa balita merupakan usia yang mengandung masalah atau usia sekolah, ditandai dengan munculnya masalah perilaku anak. sebenarnya pada masa ini adalah masa dimana anak mempelajari dasar-dasar perilaku sosial untuk persiapan penyesuaian diri pada masa selanjutnya. Masa ini di sebut juga sebagai usia menjajah, dimana anak belajar menguasai dan mengendalikan lingkungan. Salah satu cara untuk menjelajahi lingkungan adalah dengan sering bertanya kepada orang-orang terdekatnya. Anak-anak pada usia ini juga sering meniru tindakan dan pembicaraan orang lain(Bethsaida, 2012).

Orang tua hendaknya memahami proses adaptasi psikologi pada masa balita sebab pada masa inilah perkembangan balita sangat pesat dan di tandai oleh hal-hal keratif yang dilakukan oleh balita tersebut(Bethsaida, 2012).

5. Masalah Masalah Psikologi Pada Anak

a. SIBLING RIVALRY

- 1) Adanya Perasaan cemburu, persaingan antar saudara berkaitan dengan pemberian kasih sayang orang tua.
- 2) Suatu hal yang biasa terjadi pada anak usia 5 – 11 tahun terutama di usia 5 tahun

Sibling rivalry yaitu persaingan, kecemburuan, dan kebencian antara saudara kandung yang muncul setelah adik laki-laki atau perempuan lahir (Shaffer & Kipp, 2010;Pertiwi and Nrh, 2019).

b. FAKTOR PENYEBAB SIBLING RIVALRY

- 1) Adanya persaingan untuk menentukan pribadinya pada saudaranya
- 2) Kurangnya perhatian serta disiplin orang tua

- 3) Hubungan anak dengan orang tua terancam atau dikatkan dalam kondisi tidak baik
- 4) Adanya internal konflik sebagai penyebab frustrasi pada anak
- 5) Kurangnya kemampuan untuk tahu cara untuk mendapatkan perhatian atau memulai permainan

c. SEGI POSITIF SIBLING RIVALRY

- 1) Memotivasi anak untuk dapat mengatasi perbedaan dengan orang lain
- 2) Sebagai kontrol terhadap dorongan sehingga bertindak agresif
- 3) Merupakan salah satu cara cepat untuk melakukan kerjasama
- 4) Tidak membanding bandingkan anak satu dengan yang lain
- 5) Membiarkan anak untuk menjadi pribadi mereka sendiri
- 6) Mengajarkan untuk dapat menghargai orang lain
- 7) Bersikap adil, namun disesuaikan kebutuhan anak
- 8) Memberikan masukan untuk dapat menerima kekurangan dan kelebihan diri sendiri maupun orang lain.
- 9) Tidak terlalu campur tangan terhadap permasalahan anak

6. Masa usia sekolah (6-12 tahun)

Anak-anak pada masa ini harus menjalani tugas-tugas perkembangan yakni:

Belajar keterampilan fisik untuk permainan biasa, membentuk sikap sehat mengenai dirinya sendiri, belajar bergaul dengan teman-teman sebaya, belajar peranan jenis yang sesuai dengan jenisnya, membentuk keterampilan dasar seperti: membaca, menelis, dan berhitung. Membentuk konsep-konsep yang perlu untuk sehari-hari, membentuk hati nurani, nilai normal dan sikap sosial, memperoleh kebebasan pribadi, membentuk sikap-sikap terhadap kelompok-kelompok sosial dan lembaga-lembaga (Marmi & Margiyati, 2013).

Menurut teori Vygotsky, anak secara aktif menciptakan pengalaman mereka sendiri. Vygotsky memberikan peran yang lebih penting pada interaksi sosial dan budaya dalam perkembangan kognitif anak. Dengan kata lain, perkembangan kognitif anak sebagai sesuatu yang tidak terpisahkan dari aktifitas sosial dan budaya. Vygotsky mempercayai bahwa perkembangan ingatan/memori, atensi, dan penalaran, mencakup belajar menggunakan penemuan masyarakat seperti bahasa, system matematis, dan strategi ingatan. Menurut teori ini, pengetahuan tidak dihasilkan dari dalam diri individu, tetapi di bangun melalui interaksi dengan orang lain dan benda budaya, seperti buku. Hal ini menunjukkan bahwa pemahaman dapat di tingkatkan melalui interaksi dengan orang lain dalam aktifitas yang kooperatif (Santrok, 2008).

Lebih lanjut Vygotsky (Santrok, 2008) menegaskan bahwa secara aktif anak-anak menyusun pengetahuan dan mengembangkan konsep-konsep mereka secara sistematis, logis dan rasional yang di dapat dari koneksi-koneksi sosial dan orang lain yang kompeten. Jadi dalam teori Vygotsky orang lain dan bahasa, memegang peran penting dalam perkembangan kognitif anak. Interaksi sosial anak dengan orang dewasa yang lebih terampil dan teman sebaya, akan meningkatkan perkembangan kognitifnya. Melalui interaksi ini juga anggota masyarakat yang kurang terampil dapat belajar dari anggota masyarakat lain untuk beradaptasi dan berhasil pada masyarakat yang lebih luas (Santrok, 2008).

Selain itu juga pada masa anak-anak terdapat fase yang di namakan perkembangan emosi, fase ini merupakan peranan yang sangat penting dalam perkembangan anak.

- 1) Emosi menimbulkan kesenangan terhadap pengalaman sehari-hari (after *effect*: yaitu efek yang dirasakan anak setelah mengalami suatu kejadian)
- 2) Emosi mempersiapkan tubuh anak untuk memberikan reaksi-reaksi fisiologis yang menyertai emosi yang dialami.

- 3) Ketegangan emosi mengakibatkan terganggunya keterampilan motorik, misalnya : anak menjadi gugup, gagap, dan sebagainya.
- 4) Emosi juga dapat berperan sebagai bentuk komunikasi. Artinya ketika seorang anak menunjukkan emosinya melalui ekspresi maupun reaksi- reaksi fisik, maka di situlah anak menyampaikan perasaanya pada orang lain.
- 5) Emosi merupakan sumber penilaian sosial dan penilaian diri. Cara individu mengepresikan emosinya akan mempengaruhi penilaian sosial yang pada giliranya akan memepngaruhi penilaian diri.
- 6) Emosi mempengaruhi aktif vitas mental secara umum. ketika seseorang mengalami kondisi emosi yang tidak meyenangkan, sangat memungkinkan terjadi penurunan prestasi, begitupun juga sebaliknya.
- 7) Emosi mempengaruhi pandangan seseorang terhadap kehidupan. Bila seorang anak lebih sering mengalami emosi yang menyenangkan. (misalnya: *affection*, *happiness*, dll) maka pandangan anak tentang kehidupan positif, sehingga hal ini dapat mempengaruhi kemampuan penyusuaian diri/kemampuan untuk berinteraksi dengan orang lain.
- 8) Respon emosional yang terus menerus akan menjadi kebiasaan/habit. Ekspresi emosi yang di lakukan berulang-ulang, akan menjadi kebiasaan anak.
- 9) Emosi membekas pada ekspresi wajah dan mewarnai tingkah laku seseorang. Ketika seseorang mengalami emosi gembira, maka kondisi tersebut akan terpancar pada ekspresi wajahnya.
- 10) Emosi mempengaruhi iklim psikologis lingkungan sekelilingnya(Soemantri, 2005).

7. Masa Remaja

Kelompok anak tanggung memungkinkan terbentuknya persahabatan yang mendalam dan

identifikasi dengan anggota sejenis yang dipilih, meningkatkan cara berfikir kritis, pengendalian emosi dan kesediaan bertanggung jawab terlebih terlihat melalui perbuatan atau tindakan. Prestasi sekolah penting bagi mereka, karena mereka ingin mengembangkan hasil usahanya (Marmi & Margiyati, 2013).

Masa remaja merupakan masa transisi perkembangan dari masa anak-anak menuju dewasa yang ditandai dengan perubahan biologis, kognitif, dan social (Lupitasari, 2019). Salah satu spek psikologis dari perubahan fisik remaja ketika di masa pubertas adalah citra tubuh. Remaja terobsesi dengan tubuh mereka dan mengembangkan gambaran dari bentuk tubuh yang mereka sukai. Citra tubuh sendiri merupakan salah satu bagian dari konsep diri yaitu, sikap seseorang terhadap tubuhnya sendiri secara sadar maupun tidak sadar. Sikap ini mencakup persepsi dan perasaan tentang ukuran, bentuk, fungsi, penampilan dan potensi tubuh saat ini dan masa lalu yang secara berkesinambungan dimodifikasi oleh pengalaman dan informasi baru setiap individu.

Citra tubuh merupakan trending topik yang semakin penting di zaman sekarang ini. dimana orang-orang saat ini sangat memperhatikan penampilan dimana terlalu memaksakan diri untuk menjadi kurus, bugar, dan cantik. Gambar model atau artis yang ditampilkan di layar televisi dan yang terpampang di majalah memberikan pesan bahwa kesuksesan dan kebahagiaan berasal dari sebuah kecantikan yang tidak dapat dicapai. Ukuran konstan tubuh kurus dan kecantikan menuntun orang-orang untuk mencermati penampilan mereka sendiri serta orang-orang di sekitar mereka, dan biasanya orang-orang memandang tubuh mereka sendiri lebih buruk daripada kenyataan yang sebenarnya (Lowery, Robinson Kurpius, dkk, 2005).

Citra tubuh merupakan aspek penting dalam perkembangan psikologis dan interpersonal remaja,

khususnya remaja putri (Cash & Pruzinsky, 2002). Remaja yang memiliki citra tubuh positif akan merasa puas dan menyukai penampilan tubuhnya, sedangkan remaja yang memiliki citra tubuh negatif selalu merasa penampilannya jauh dari gambaran idealnya (Tamannaefar dan Mansourinik, 2012).

Masa remaja atau pubertas adalah usia antara 10 sampai 19 tahun dan merupakan peralihan dari masa kanak-kanak menjadi dewasa. Peristiwa terpenting yang terjadi pada gadis remaja adalah datangnya haid pertama yang dinamakan menarche. Secara tradisi, menarche dianggap sebagai tanda kedewasaan, dan gadis yang mengalaminya dianggap sudah tiba waktunya untuk melakukan tugas-tugas sebagai wanita dewasa, dan siap dinikahkan. Pada usia ini tubuh wanita mengalami perubahan dramatis, karena mulai memproduksi hormone-hormon seksual yang akan mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan system reproduksi.

- a. Gizi seimbang
- b. Informasi tentang kesehatan reproduksi
- c. Pencegahan kekerasan termasuk seksual
- d. Pencegahan terhadap ketergantungan napza
- e. Perkawinan pada usia wajar
- f. Pendidikan, peningkatan keterampilan
- g. Peningkatan penghargaan diri
- h. Peningkatan pertahanan terhadap godaan dan ancaman
- i. Masalah yang ditemui meliputi : seks komersial, pelecehan seksual, penyalahgunaan obat

4.4 Tahapan Perkembangan Psikologis pada Remaja

1) Psikologi remaja usia 10-13 tahun

Dalam tahap perkembangan remaja awal ini, anak baru memasuki masa pubertas. Fisik remaja mengalami berbagai perubahan, seperti payudara tumbuh, tubuh semakin tinggi, muncul bulu kemaluan, dan lainnya.

Perubahan psikologis pada remaja di usia 10-13 tahun, di antaranya:

- Membentuk persahabatan yang lebih kuat dan kompleks
- Mulai mencari identitas diri yang membuatnya merasa nyaman
- Merasa membutuhkan privasi sehingga memberi batasan tertentu pada orangtua
- Mulai peduli dengan penampilan dan tubuhnya karena perubahan yang terjadi pada masa puber.

2) Psikologi remaja usia 14-17 tahun

Perkembangan remaja dalam tahap pertengahan ini terus berlanjut. Bukan hanya fisiknya, perubahan psikologi remaja semakin terlihat karena mulai membangun identitas dirinya. Lantas, perubahan psikologi apa yang terjadi pada remaja?

Berikut perkembangan remaja dalam aspek psikologi pada usia 14-17 tahun:

- Tertarik menjalin hubungan romantis (pacaran) ataupun secara seksual
- Menunjukkan kemandirian agar tidak terus bergantung pada orangtua
- Suasana hati berubah-ubah
- Lebih banyak menghabiskan waktu dengan teman
- Mulai bisa berpikir dengan logika, tapi sering terdorong oleh emosi sehingga bisa melakukan hal-hal berisiko, seperti mabuk-mabukan atau seks bebas.

3) Psikologi remaja usia 18-19 tahun

Pada usia remaja akhir ini, perkembangan fisiknya telah selesai. Sementara itu, perubahan psikologis pada remaja lebih terkendali dibandingkan usia sebelumnya sehingga tidak bertindak gegabah, dan sudah memahami sebab akibat dari suatu kejadian.

Adapun perkembangan psikologi remaja di usia 18-19 tahun, yaitu:

- Dapat mengendalikan impuls dengan lebih baik
- Memikirkan risiko dan masa depan

- Hubungan dengan lawan jenis menjadi serius
- Emosi berangsur stabil
- Semakin mandiri
- Bisa membuat keputusan sendiri dengan mempertimbangkan berbagai hal.

Terkadang, bisa terjadi masalah dalam psikologi anak remaja, seperti kecemasan, depresi, sulit fokus, dan lainnya. Penting bagi orangtua untuk mendampingi remaja dalam masa ini, tetapi jangan sampai membuatnya merasa tidak nyaman.

4.5 Penyebab remaja memberontak

Pertengkaran orangtua dengan anak remaja bisa membuatnya memberontak bahkan ingin kabur dari rumah. Hal ini dilakukan sebagai upaya pemecahan masalah terakhir yang dilakukannya. Berikut adalah beberapa penyebab remaja memberontak:

1. Keinginan untuk lebih mandiri
Remaja berada di masa transisi antara menjadi dewasa dan anak-anak. Fase ini menyebabkan lonjakan motivasi untuk lebih mandiri sehingga terkadang membuatnya membangkang terhadap aturan dan tidak mendengarkan orangtua.
2. Merasa dibatasi oleh aturan dari orangtua
Perkembangan kepribadian remaja juga bisa membuatnya memberontak karena merasa kebebasannya dibatasi oleh aturan dari orangtua. Ia mempertanyakan alasan di balik aturan tersebut. Anak remaja juga mungkin menyukai hal-hal yang tidak disetujui oleh orangtua sehingga memicu timbulnya konflik.
3. Membuat keputusan impulsif
Perubahan psikologi pada remaja cenderung membuat mereka mengambil keputusan yang impulsif. Sebagai konsekuensinya, anak remaja bisa melanggar aturan dan mengabaikan risiko atas suatu perbuatan buruk. Keputusan impulsif juga dapat menyebabkan mereka kabur dari rumah untuk menjauhi orangtuanya.

4. Tekanan pergaulan

Remaja terkadang lebih peduli terhadap pendapat kelompok pertemanannya. Ia mungkin melakukan hal-hal yang buruk untuk menyenangkan teman-temannya tersebut meskipun ditentang oleh orangtua.

5. Perubahan struktur otak

Koneksi antara neuron otak tidak berkembang sepenuhnya sampai pertengahan usia 20-an. Efeknya diperparah dengan dampak pubertas pada otak.

Struktur saraf yang belum matang dengan perubahan konstan dalam desain otak mempengaruhi pengambilan keputusan remaja yang mengarah pada perilaku memberontak.

6. Perubahan hormon

Perubahan hormon pada remaja dapat menyebabkan perubahan drastis dalam proses berpikir. Hormon seks yang dimilikinya berdampak pada fungsi otak, serta memiliki efek pada *neurotransmitter* yang memicu masalah suasana hati dan perilaku.

7. Masa Dewasa

Reproduksi merupakan salah satu aspek penting dalam kehidupan manusia. Reproduksi berkaitan dengan kemampuan makhluk hidup beregenerasi, khususnya proses melahirkan keturunan yang terjadi pada manusia (World Health Organization, 2010). Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan social secara utuh, yang tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan system reproduksi, fungsi serta prosesnya (Depkes RI, 2001).

Pendidikan kesehatan reproduksi adalah suatu kegiatan pendidikan yang berusaha untuk memberikan pengetahuan agar remaja dapat mengubah perilaku seksualnya kearah yang lebih bertanggung jawab. Sekolah sebagai institusi formal yang merupakan tempat sebagian besar kelompok remaja adalah wadah yang tepat untuk memberikan pengetahuan kepada remaja tentang kesehatan reproduksi atau perilaku seksual

yang sehat dan aman melalui pendidikan yang dimasukkan dalam kurikulum (BKKBN, 2012; Ruspawan, Suratiah and Rosilawati, 2015) .

Usia dewasa yaitu 18 sampai 40 tahun, usia ini merupakan usia yang sehat untuk kehamilan. Pada periode ini masalah kesehatan berganti dengan gangguan kehamilan, kelelahan kronis akibat merawat anak, dan tuntutan karir. Gangguan yang sering muncul pada usia ini adalah endometriosis yang ditandai dengan nyeri haid, kram haid, nyeri pinggul saat hubungan seksual, sakit saat buang air besar, atau buang air kecil, namun ada juga sebagian wanita tidak mengalaminya.

Asuhan yang dapat diberikan adalah:

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

8. Usia Lanjut

Merupakan istilah tahap akhir dari proses penuaan. Dalam mendefinisikan batasan penduduk usia lanjut BKKBN mempunyai tiga aspek pertimbangan yaitu: aspek biologis, aspek ekonomi, dan aspek social. Menurut WHO pengertian lansia digolongkan menjadi 4 yaitu: usia pertengahan (*middle age*) 54-59 tahun, lanjut usia (*Elderly*) 60-74 tahun, lanjut usia tua (*Old*) 75-90, lansia sangat tua (*Very Old*) diatas 90 tahun.

Ciri-ciri lansia :

- a. Usia lanjut merupakan periode kemunduran.
Kemunduran pada lansia sebagian datang dari factor

fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran pada lansia.

- b. Orang lanjut usia memiliki status kelompok minoritas. Hal ini sebagai akibat dari sikap social yang tidak meyenangkan terhadap orang lanjut usia.
- c. Menua membutuhkan perubahan peran.hal ini dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran ini sebaiknya dilakukan atas keinginan sendiri bukan paksaan lingkungan.

Pengertian proses menua. Suatu proses biologis yang tidak dapat dihindarkan, yang akan dialami oleh setiap orang. Fisiologis tubuh mencapai puncaknya usia 20-30 tahun.

Kemudian menetap utuh untuk beberapa saat, kemudian menurun. Faktor yang mempengaruhi proses penuaan :

- 1) Hereditas dan keturunan genetic
- 2) Nutrisi
- 3) Status kesehatan/penyakit
- 4) Pengalaman hidup/ gaya hidup
- 5) Lingkungan
- 6) Stress

Tahapan sebelum lanjut usia

- 1) Klimakterium Merupakan masa peralihan yang normal berlangsung beberapa tahun sebelum dan sesudah menopause. Terbagi ats beberapa fase:
 - a. Sebelum menopause. Kira-kira dimulai 6 tahun sebelum menopause, difase ini fungsi organ reproduksi mulai turun, kadar estrogen mulai turundan kadar hormone gonadotropin mulai meningkat sampai timbulnya keluhan tanda-tanda menopause.

- b. Selama menopause. Terjadi selama berlangsungnya menopause, rentang 1-2 tahun sebelum 1 tahun sesudah menopause.
- c. Sesudah menopause. Berlangsung mulai 6-7 tahun sesudah menopause. Pada fase ini kadar estrogen sudah pada titik rendah sesuai dengan keadaan senium.

Klimakterium bukanlah suatu penyakit, melainkan suatu masa peralihan normal, yang berlangsung mulai beberapa tahun sebelum dan beberapa tahun sesudah menopause. terdapat kesulitan untuk menentukan awal dan akhir masa klimakterium, namun secara umum dapat dikatakan bahwa klimakterium mulai kira-kira 6-7 tahun sebelum menopause. Pada masa tersebut, kadar estrogen sudah akan mencapai kadar yang rendah, yang sesuai dengan kadar pada masa senium, dan gejala-gejala neuro-vegetatif sudah terhenti. Dengan demikian masa klimakterium berlangsung kurang lebih 13 tahun

2) Menopause

Merupakan periode berhentinya haid secara alamiah atau suatu masa dimana seseorang wanita mengalami perdarahan haid terakhir dan tidak pernah mendapatkan haid lagi. perubahn yang dapat terjadi pada masa menopause:

- a. Perubahan psikis. Hal ini bergantung ppada masing-masing individu. Pengetahun yang cukup akan membantu wanita dalam memahami dan mempersiapkann dirinya menjalani masa menopause.
- b. Perubahan fisik. Meliputi: kulit menjadi kendur, kulit menjadi kering, payudara mulai lembek, vagina menjadi kering, kulit menjadi mudah terbakar terkena matahari, epitel vagina menipis, dispareunia,

perasaan panas dan berkeringat pada malam hari, tidak dapat menahan air seni, hilangnya jaringan [menunjang, penambahan berat badan, nyeri tulang dan sendi, gangguan mata.

Menopause ialah menstruasi terakhir. Diagnosis menopause dibuat setelah terjadi amenorhea atau henti haid sekurang-kurangnya satu tahun. Berhentinya menstruasi mungkin didahului dengan pemanjangan siklus haid, dengan volume pengeluaran darah yang makin berkurang. Usia datangnya menopause dipengaruhi oleh faktor keturunan, kondisi kesehatan umum, dan pola hidup yang di dalamnya juga mencakup pola aktivitas fisik. Dewasa ini ada kecendeungan perlambatan usia menopause. Dengan kata lain, menopause datang pada usia yang lebih tua.

3) Senium

Pada masa ini telah terjadi keseimbangan hormonal yang baru. Perubahan yang terjadi adalah kemunduran alat-alat tubuh dan kemampuan fisik sebagai proses menjadi tua, dan cenderung terjadi oosteroporosis.

Senium adalah masa tercapainya keseimbangan baru, sehingga tidak ada lagi gangguan vegetatif dan psikhis. Yang menonjol pada masa ini ialah penurunan fungsi organ-organ tubuh dan kemampuan fisik sebagai proses tumbuh kembang menjadi tua (aging). Pada masa senium ini terjadi percepatan proses osteoporosis. Sekalipun penyebabnya belum jelas betul, namun berkurangnya jumlah dan pengaruh hormon steroid, serta berkurangnya aktivitas ostoblast, memiliki peranan yang sangat penting. Sekilas nampak bahwa setelah menopause, perempuan menjadi semakin lemah. Karena menurunnya fungsi organ, termasuk fungsi syaraf, sehingga perempuan akan mengalami pikun, otot dan jaringan ikatnya tidak lagi lentur, sehingga terjadi penurunan fungsi panca

indra. Proses tersebut tidak dapat dihindari, tetapi dapat diperlambat, sehingga perempuan dapat menikmati masa tuanya lebih lama dengan tetap aktif. Perlu dipahami usaha yang dapat dilakukan untuk memperlambat proses penuaan adalah dengan mengatur pola hidup, termasuk latihan/olahraga dan pola makan juga mengatur asupan buah, sayur dan air putih.

Pola hidup mencakup berpikiran positif (*positive thinking*), tetap aktif dalam berbagai kegiatan sosial, dan tentu saja tetap aktif berolahraga/latihan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ajhuri, K. F. 2019. *Psikologi Perkembangan Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan, Psikologi Perkembangan Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*.
- Astuti Setiyani, S.ST., M. K. and Sukesu, A. Per. Pen., S.Kep., Ns., M.Kes., Esyuananik, M. K. 2016. *Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita Dan Anak Pra Sekolah*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Bethsaida, & H. 2012. *Pendidikan psikologi untuk bidan*. Yogyakarta: Penerbit Andi. Available at: http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84865607390&partnerID=tZOtx3y1%0Ahttp://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=2LIMMD9FVXkC&oi=fnd&pg=PR5&dq=Principles+of+Digital+Image+Processing+fundamental+techniques&ots=HjrHeuS_
- Eni Fariyatul Fahyuni, M. P. . 2019. *BUKU AJAR PSIKOLOGI PERKEMBANGAN*. Sidoarjo: UMSIDA PRESS.
- Fahyuni, E. F. 2016. 'Developing of Learning Tool IPA Subject By Guided Inquiry 2, Model To Improve Skills Science Process an Understanding Concepts SMPN Of, Porong. Proceedings of International Research Clinic & Scientific Publications 2016, Educational Technology.', *Developing of Learning Tool IPA Subject By Guided Inquiry 2, Model To Improve Skills Science Process an Understanding Concepts SMPN Of, Porong. Proceedings of International Research Clinic & Scientific Publications 2016, Educational Technology.*, pp. 1-5.
- Herman. 2020. 'THE RELATIONSHIP OF FAMILY ROLES AND ATTITUDES IN CHILD CARE WITH CASES OF CAPUT SUCCEDENEUM IN RSUD LABUANG BAJI, MAKASSAR CITY IN', 1(2).
- Lupitasari. 2019. 'Hubungan antara Harga Diri dan Citra Tubuh pada Remaja Putri Kelas X SMA', *Acta Psychologia*, 1(2), pp. 162-167.

- Marmi, M. 2013. *Pengantar psikologi kebidanan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Onainor, E. R. 2019. *KESEHATAN REPRODUKSI Sepanjang Daur Hidup Wanita*.
- Pertiwi, R. G. and Nrh, F. 2019. 'Hubungan Antara Sibling Rivalry Dengan Psychological Well-Being Pada Siswa Kelas Vii Smp Negeri 12 Semarang', *Empati*, 7(4), pp. 143–151.
- Ruspawan, I. D. M., Suratiah and Rosilawati, G. A. K. 2015. 'Pendidikan Kesehatan Reproduksi Terhadap Respon Psikologis Remaja Saat Menarche', *Jurnal Gema Keperawatan*, 8(1), pp. 7–15.
- Soemantri, S. 2005. *Psikologi anak luar biasa*. Bandung: Refika Aditama.
- Suryani, e., & Widyasih, H. 2009. *psikologi ibu dan anak*. Yogyakarta: fitramaya.

BAB 5

GIZI SEIMBANG DALAM SIKLUS KEHIDUPAN WANITA

Oleh Ratih Nurani Sumardi

5.1 Pendahuluan

Wanita diberikan kodrat secara fisik dan rohani sebagai perantara lahirnya manusia ke dunia, diberikan kelebihan untuk mengandung, melahirkan dan menyusui anak. Bahkan wanita yang menjaga anak diawal kehidupannya, merupakan tempat pendidikan awal anak baik spiritual, fisik, emosi dan lain-lain. Oleh karena itu wanita harus sehat, baik jasmani maupun rohaninya. Untuk menjaga kesehatan jasmani salah satunya adalah dengan memenuhi kebutuhan gizinya. Ibu yang terpenuhi asupan gizinya akan melahirkan anak yang sehat, yang akan menjadi wanita sehat dan akan melahirkan anak-anak yang sehat kembali. Untuk menjadi ibu yang sehat maka sepanjang pertumbuhan dan perkembangannya juga harus didukung dengan gizi yang tepat.

Bab ini akan membahas tentang pemenuhan gizi wanita dalam siklus hidupnya, bagaimana prinsip pemberian makan dan anjuran konsumsi bagi wanita sepanjang daur kehidupannya sesuai dengan anjuran gizi seimbang.

5.2 Siklus hidup wanita

Siklus hidup wanita dimulai dari dilahirkan, bayi, balita, kanak-kanak, remaja, dewasa, hamil, menyusui dan usia lanjut. Dalam siklus hidup tersebut ada masa kritis dimana terjadi pertumbuhan dan perkembangan yang pesat yaitu masa bayi, balita, remaja, kehamilan dan menyusui.

Masalah gizi yang terjadi pada wanita meliputi masalah gizi kurang dan gizi lebih. Menurut data Risesdas tahun 2018 sebanyak 48,9% wanita hamil di Indonesia mengalami anemia,

30% wanita hamil memiliki tinggi badan <150 cm, dan 13,7% ibu hamil menderita KEK. Delapan koma dua persen (8,2%) anak wanita usia 5-12 tahun mengalami kurang gizi sedangkan 18,9% kelebihan berat badan. Pada remaja putri 4,3% gizi kurang dan 15,9% kegemukan (Balitbangkes, 2019). Masalah gizi pada saat kehamilan akan berdampak pada ibu dan janin yang dikandungnya. Dua puluh persen (20%) kematian pada ibu hamil disebabkan oleh anemia, sedangkan ibu hamil dengan gizi kurang berisiko melahirkan anak stunting (Das *et al.*, 2018). Bahkan masalah obesitas pada wanita mempengaruhi ovulasi (Cox and Carney, 2017).

Sangat penting bagi wanita untuk mendapatkan asupan gizi sesuai kebutuhan pada setiap masa kehidupannya. Kekurangan gizi pada wanita berdampak pada siklus hidup selanjutnya, bahkan kepada keturunannya yang disebut sebagai efek malnutrisi antar generasi (Das *et al.*, 2018). Wanita dewasa yang mengalami kurang gizi apabila hamil kemungkinan akan menjadi ibu hamil kurang gizi, ini akan berdampak pada janin yang dikandungnya, apabila gizi ibu tidak diperbaiki ibu akan melahirkan bayi kurang gizi, dan akan menjadi anak kurang gizi. Anak kurang gizi akan menjadi remaja kurang gizi, setelah dewasa akan menjadi wanita dewasa kurang gizi dan siklus ini akan berputar kembali. Dampak masalah gizi dalam kehidupan wanita dapat dilihat pada gambar 2. Siklus tersebut harus diputus untuk memperbaiki pertumbuhan dan perkembangan selanjutnya, serta menghasilkan generasi sehat. Memenuhi kebutuhan gizi secara seimbang selama siklus hidup wanita adalah salah satu cara untuk memutus mata rantai kurang gizi pada wanita.



Gambar 5.1: Bagan Efek kurang gizi antar generasi
 Sumber gambar: (Das *et al.*, 2018)

5.2 Gizi seimbang

Gizi seimbang adalah susunan makan sehari-hari dengan kandungan dan jumlah zat gizi sesuai kebutuhan, serta memperhatikan prinsip keragaman pangan, aktivitas fisik, perilaku hidup bersih dan pemantauan berat badan (Kemenkes, 2014). Dari definisi tersebut untuk mencapai keadaan gizi seimbang maka harus menerapkan 4 pilar gizi seimbang yaitu: makan beragam melakukan aktifitas fisik, PHBS (perilaku hidup bersih sehat) dan pemantauan berat badan (BB).

5.2.1 Konsumsi Makanan Beragam

Anjuran makan beragam dimaksudkan adalah mengkonsumsi semua jenis makan, tidak hanya satu jenis makanan saja tiap kali makan, karena tidak ada satu makanan pun yang lengkap nilai gizinya. Dengan konsumsi makanan yang beragam akan terpenuhi semua zat gizi yang diperlukan oleh tubuh. Makan beragam sesuai anjuran dapat diterapkan melalui isi piringku dimana



- 1/3 bagian porsi makanan pokok,
- 1/3 bagian sayur mayur
- 1/3 sisanya dibagi untuk porsi lauk pauk dan buah-buahan (1/6 lauk pauk, 1/6 buah-buahan)

Gambar 5.2 : panduan isi piringku tiap kali makan

Sumber gambar: <https://dinkes.jogjaprov.go.id>

Kelompok makanan pokok adalah sumber karbohidrat yang merupakan sumber energi utama bagi tubuh. Masing-masing daerah memiliki sumber makanan pokoknya sendiri seperti sagu yang biasa dikonsumsi oleh masyarakat Indonesia bagian timur (Papua dan Maluku), tiwul merupakan olahan singkong dikonsumsi oleh masyarakat Jawa Timur, umbi-umbian di Papua, jagung Nusa Tenggara, dan lain-lain. Sayangnya kebiasaan ini berubah dan beralih pada konsumsi nasi. Kebiasaan konsumsi makanan pokok selain nasi perlu ditingkatkan untuk mendapatkan zat gizi yang beragam dan mengurangi ketergantungan pada beras.

Kelompok lauk pauk terdiri dari kelompok hewani dan nabati. Kelompok ini merupakan sumber protein dan asam amino. Protein hewani memiliki nilai biologis yang lebih tinggi yang mudah diserap, sehingga lebih diutamakan untuk dikonsumsi oleh kelompok orang yang membutuhkan protein tinggi seperti anak pada masa pertumbuhan, ibu hamil dan ibu menyusui.

Kelompok sayuran dan buah-buahan merupakan kelompok sumber vitamin, mineral dan serat pangan. Konsumsi sayur dan buah masyarakat Indonesia belum mencapai jumlah yang dianjurkan, hasil survey menunjukkan bahwa 90% masyarakat Indonesia kurang konsumsi buah dan sayur. Kurangnya konsumsi serat dapat berdampak pada

meningkatnya penyakit metabolic seperti DM, hiperkolesterol, hipertensi dan meningkatkan risiko kanker kolon.

Tabel 5.1 : kelompok makanan dalam hidangan Indonesia

Kelompok makanan	Contoh makanan
Makanan pokok	Sagu, beras, umbi-umbian, pisang, roti, pasta, cereal, kentang, sukun, dll
Lauk pauk	Lauk hewani: ikan, unggas (ayam, bebek, dll), daging sapi, seafood, dll Lauk nabati: tahu, tempe, oncom, kacang-kacangan dan olahannya
Sayuran	Berbagai sayuran daun (bayam, kangkung, sawi, daun singkong dll), sayuran buah (terung, timun, labu, tomat, buncis dll), sayuran umbi (wortel,
Buah-buahan	Pepaya, semangka, melon, apel, anggur, nanas, pisang, jeruk, salak,

5.2.2 Aktivitas fisik

Aktivitas diperlukan untuk menjaga keseimbangan energi, mengendalikan berat badan, meningkatkan metabolisme tubuh, meningkatkan kerja organ khususnya jantung dan paru, melatih keseimbangan dan fleksibilitas tubuh serta dapat sebagai upaya mengurangi risiko penyakit degeneratif seperti DM dan jantung. Aktivitas fisik dapat berupa pekerjaan rumah tangga seperti mencuci, memotong rumput, membersihkan rumah, dan lain-lain ataupun olahraga yang dapat dilakukan dengan santai seperti jalan, bersepeda santai atau serius seperti senam, olahraga di tempat fitnes dan olahraga permainan. Dianjurkan untuk melakukan aktivitas fisik minimal 30 menit setiap harinya. Lakukan aktivitas fisik sesuai kebutuhan dan kemampuan masing-masing individu.

5.2.3 Perilaku hidup bersih

Perilaku hidup bersih dapat mengurangi keterpaparan penyakit infeksi. perilaku ini meliputi menjaga kebersihan diri dan lingkungan. Kebersihan diri meliputi: cuci tangan dengan sabun dan air mengalir terutama setelah memegang benda kotor, sebelum makanan dan memegang alat makan, menggosok gigi dan mandi minimal 2x sehari. Sedangkan kebersihan lingkungan contohnya adalah membuang sampah pada tempatnya, menutup makanan agar terhindar dari cemaran, menggunakan alas kaki bila keluar rumah dan lain-lain.

5.2.4 Pemantauan berat badan

Pada balita pemantauan berat badan dapat dilakukan di posyandu setiap bulan, yang digunakan untuk memantau pertumbuhan anak. Bagi orang dewasa pemantauan berat badan dilakukan untuk menjaga status gizi normal. Status gizi normal dapat mengurangi risiko penyakit tidak menular.

5.2.5 Pesan Umum Gizi Seimbang

Terdapat 10 pesan umum gizi seimbang untuk mencapai kesehatan optimal yaitu:

1. Syukuri dan nikmati aneka ragam makanan
2. Banyak Makan Sayur dan cukup buah-buahan
3. Biasakan konsumsi lauk pauk tinggi protein
4. Biasakan konsumsi beragam makanan pokok
5. Batasi konsumsi pangan manis, asin dan berlemak
6. Biasakan sarapan
7. Biasakan minum air putih yang cukup dan aman
8. Biasakan membaca label pada kemasan pangan
9. Cuci tangan dengan sabun dan gunakan air bersih mengalir
10. Lakukan aktivitas fisik dan pertahankan berat badan ideal

5.4 Anjuran gizi seimbang dalam siklus hidup wanita

Kebutuhan gizi seseorang tergantung pada usia, jenis kelamin, berat badan dan keadaan fisiologis. Berikut ini adalah kecukupan gizi bagi wanita berdasarkan angka kecukupan gizi anjuran

Tabel 5.2 : kecukupan gizi wanita

Kelompok umur	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)	Karbohidrat (g)	Folat (mcg)	Besi (mg)	Iodium (mcg)
0-5 bulan	550	9	31	59	80	0,3	90
6-11 bulan	800	15	35	105	80	11	120
1-3 tahun	1350	20	45	215	160	7	90
4-6 tahun	1400	25	50	220	200	10	120
7-9 tahun	1650	40	55	250	300	10	120
10-12 tahun	1900	55	65	280	400	10	120
13-15 tahun	2050	65	70	300	400	15	150
16-18 tahun	2100	65	70	300	400	15	150
19-29 tahun	2250	60	65	360	400	18	150
30-49 tahun	2150	60	60	340	400	18	150
50-64 tahun	1800	60	60	280	400	8	150
60-80 tahun	1550	58	45	230	400	8	150
Hamil (+an)							
Trimester I	+180	+1	+2,3	+25	+200	0	+70
Trimester II	+300	+10	+2,3	+40	+200	+9	+70
Trimester III	+300	+30	+2,3	+40	+200	+9	+70
Menyusui (+an)							
6 bln pertama	+330	+20	+2,2	+45	+100	0	+140
6 bln kedua	+400	+15	+2,2	+55	+100	0	+140

Sumber: (Kemenkes, 2019b)

5.4.1 Gizi seimbang Ibu hamil

Saat wanita sedang hamil kebutuhan gizinya meningkat, yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu serta pertumbuhan dan perkembangan janinnya. Kekurangan asupan pada ibu hamil dapat membahayakan ibu dan janin, seperti melahirkan bayi prematur, berat bayi rendah, terjadi perdarahan saat persalinan, bayi lahir mati, keguguran dll.

Kenaikan berat badan berlebihan saat saat hamil berisiko meningkatkan kejadian komplikasi kehamilan dan masalah kesehatan anak selanjutnya, seperti DM saat usia dewasa (Danielewicz *et al.*, 2017) sedangkan kenaikan berat badan yang rendah berisiko melahirkan bayi dengan berat badan yang rendah (Young and Ramakrishnan, 2020).

Prinsip gizi seimbang bagi ibu hamil adalah makan beragam dalam jumlah yang cukup, tentunya jumlah yang harus dikonsumsi ibu saat hamil lebih banyak dibandingkan saat tidak hamil. Zat gizi yang perlu diperhatikan selain protein adalah zat besi, asam folat, kalsium iodium dan zink. Untuk mengatasi keluhan mual muntah saat awal kehamilan sebaiknya ibu makan dalam porsi kecil dan sering, menghindari makanan berlemak dan berbumbu tajam. Ibu perlu membatasi bahan makanan yang mengandung tinggi garam. Konsumsi air putih yang cukup (8-12 gelas sehari), batasi konsumsi kopi. Jumlah makanan yang harus dikonsumsi ibu saat hamil dapat dilihat pada tabel 5.3.

5.4.2 Gizi seimbang ibu menyusui

Kebutuhan gizi ibu menyusui meningkat karena selain untuk memenuhi kebutuhan gizinya juga untuk memproduksi ASI. Apabila asupan yang ibu makan tidak mencukupi makan ASI akan dibentuk dari cadangan zat gizi dalam tubuh ibu. Selama menyusui ibu dianjurkan makan lebih banyak dari pada saat tidak menyusui, dengan makanan yang beragam dan memiliki nilai biologis yang tinggi. Selain itu ibu juga disarankan mengkonsumsi air putih lebih banyak (12-13 gelas sehari) untuk mencukupi produksi ASI.

Konsumsi makanan sehat mendukung kesehatan optimal bagi ibu dan bayi yang disusui (Marshall *et al.*, 2022). Jumlah makanan yang dianjurkan dikonsumsi saat ibu sedang menyusui dapat dilihat pada tabel 5.3.

Tabel 5.3 : anjuran jumlah makanan yang dikonsumsi saat tidak hamil, hamil dan menyusui

Kelompok makanan	Wanita tidak hamil 2250 kkal	Wanita hamil (trimester II/III) 2500 kkal	Wanita menyusui 2600 kkal
Nasi/ makanan pokok	5p	6p	6 ½ p
Sayuran	3p	4p	4p
Buah	5p	4p	4p
Tempe/ lauk nabati	3p	4p	4p
Daging/ hewani	3p	4p	4 ½ p
Minyak	5p	1p	1p
Gula	2p	6p	2p

p : penukar

5.4.3 Bayi dan anak hingga usia 24 bulan

Standar pemberian makan pada anak: inisiasi menyusui dini (IMD), pemberian ASI eksklusif hingga bayi berusia 6 bulan, makanan pendamping ASI (MP ASI) dimulai sejak usia 6 bulan dan melanjutkan pemberian ASI hingga usia anak 2 tahun (Kemenkes, 2019a).

IMD bermanfaat untuk melatih kemampuan bayi menyusui, mengurangi stress pada ibu, mengurangi risiko perdarahan pasca persalinan, dan mengurangi risiko hipotermi dan hipoglikemia pada bayi.

Gizi seimbang untuk anak usia 0-6 bulan adalah ASI saja, tanpa ada tambahan makanan atau minuman apapun. Hingga bayi berusia 6 bulan, ASI saja memenuhi kebutuhan anak karena mengandung zat gizi yang lengkap dan cukup untuk pertumbuhan serta mengandung zat kekebalan tubuh yang penting bagi bayi. Tidak ada jadwal atau anjuran khusus waktu menyusui bagi anak, kapanpun anak ingin menyusui disarankan untuk segera menyusui. Dengan sering menyusui, produksi ASI ibu juga akan tetap terjaga. Selain itu, posisi dan cara menyusui yang benar perlu diperhatikan sehingga dapat memberikan kenyamanan bagi bayi dan ibu saat menyusui.

Tabel 5.4 : Anjuran pemberian MP ASI usia 6-23 bulan

Usia (bulan)	Kebutuhan MP ASI (kkal)	Tekstur	Frekuensi	Jumlah tiap kali makan
6 – 8	200	Dimulai dengan bubur kental/ bubur yang disaring/ makanan lumat	2-3x sehari makanan utama 1-2x selingan	Dimulai dengan 2-3 sendok makan setiap kali makan, bertahap ditingkatkan hingga $\frac{1}{2}$ mangkuk (125 ml)
9 – 11	300	Makanan cincang halus	3-4x sehari makanan utama 1-2x makanan selingan	$\frac{1}{2}$ - $\frac{3}{4}$ mangkuk (125 – 200 ml)
12 -23	550 kkal	Makanan keluarga	3-4x sehari makanan utama 1-2x makanan selingan	$\frac{3}{4}$ - 1 mangkok (250 ml)
Susunan makanan tiap kali makan terdiri dari makanan pokok, lauk pauk, sayuran dan buah. Utamakan menggunakan lauk pauk yang merupakan sumber protein bernilai biologis tinggi seperti ikan, daging, telur, dan olahan kacang-kacangan (tahu/tempe)				

Sumber : (Kemenkes, 2019a)

Setelah berusia 6 bulan kebutuhan bayi sudah meningkat, sehingga ASI saja tidak mencukupi, maka dibutuhkan makanan tambahan (MP ASI). Saat memulai pemberian MPASI perlu memperhatikan syarat-syarat berikut: usia, frekuensi, jumlah, tekstur, variasi, responsif, kebersihan.

Anjuran pemberian MP ASI anak usia 6-23 bulan dapat dilihat pada tabel 5.4.

Anak perlu dikenalkan dengan beragam makanan sejak dini, dari berbagai kelompok makanan. Pemberian makanan seimbang sejak usia dini akan berpengaruh pada selera makan anak diusia selanjutnya. Saat pemberian MP ASI pada anak lakukan dengan kasih sayang, sabar, dan tanpa pemaksaan.

Pemberian MP ASI terlalu awal (<6 bulan) berisiko anak menjadi kurang gizi karena mendapatkan makanan yang tidak ideal serta meningkatkan angka kesakitan pada bayi. Sedangkan pemberian MP ASI Yang terlambat (>6 bulan) akan mengakibatkan anak tidak mendapatkan asupan gizi yang cukup sehingga berisiko mengalami keterlambatan pertumbuhan.

Pemberian ASI pada anak disarankan hingga anak berusia 2 tahun. Walaupun kandungan zat gizinya tidak lagi dapat memenuhi kebutuhan bayi, namun tetap memberikan ASI hingga bayi berusia 2 tahun akan meningkatkan hubungan emosional ibu dan anak, dan ASI masih mengandung zat-zat yang penting bagi pertumbuhan anak.

Pemenuhan gizi optimal untuk anak usia dini (bayi dan balita) akan memperbaiki pertumbuhan dan perkembangan kognitif anak yang berdampak jangka panjang (Das *et al.*, 2018).

5.4.4 Anak usia 2-5 tahun

Pada usia ini pertumbuhan dan perkembangan anak sangat pesat, dan biasanya anak sudah mulai memilih dalam hal makanan sehingga perlu memperhatikan variasi dan tampilan makanan anak. Pesan gizi seimbang untuk anak adalah :

- Biasakan makan 3x sehari bersama keluarga
- Perbanyak konsumsi makanan tinggi protein
- Cukupi konsumsi sayur dan buah
- Batasi makanan selingan tinggi gula, garam, lemak
- Cukup konsumsi air putih (1200-1500 ml/ hari)
- Biasakan bermain dan lakukan aktifitas fisik setiap hari

Tabel 5.5 : Anjuran jumlah makanan bagi anak wanita

Bahan makanan	Usian 4-6 tahun (1400 kkal)	Usia 6-9 tahun (1600 kkal)	Usia 10-18 tahun (2000 kkal)
Nasi/ makanan pokok	3p	4p	4p
Sayuran	1 ½ p	2p	3p
Buah	3p	3p	4p
Tempe/ lauk nabati	1 ½ p	2p	3p
Daging/ lauk hewani	2	2p	2p
Susu*)	1p	1p	1p
Minyak	3p	4p	5p
Gula	2p	2p	2p

*) bila anak tidak diberi susu dapat diganti dengan 1p lauk hewani

p : penukar

5.4.5 Gizi seimbang anak usia 6-9 tahun

Pada kelompok usia ini anak sudah memasuki masa sekolah. Anak memiliki aktivitas yang tinggi dan sudah berinteraksi dengan banyak orang, sehingga terkadang kebiasaan makan anak yang telah dibiasakan saat balita kemungkinan berubah karena pengaruh teman sebayanya. Beberapa perubahan yang dapat terjadi adalah anak sudah mulai mengenal makanan jajanan. Hal ini perlu diperhatikan oleh orang tua agar anak terhindar dari makanan-makanan jajanan yang tidak sehat dan berbahaya yang ada dilingkungannya.

Waktu anak akan banyak dihabiskan di sekolah, sehingga pemenuhan gizi selain saat makan di rumah juga perlu diperhatikan asupannya saat di sekolah. Bagi anak-anak yang bersekolah tanpa program pemberian makan disekolah dapat disiapkan bekal makanan sebagai makanan selingan atau makan utama anak.

Pesan gizi seimbang untuk anak usia ini adalah

- Makan 3x sehari, biasakan sarapan, usahakan makan bersama keluarga
- Konsumsi lauk bernilai biologis tinggi seperti ikan, ayam, telur, tempe dll
- Perbanyak konsumsi sayur dan buah-buahan
- Biasakan membawa bekal makanan dan air putih ke sekolah
- Batasi makanan cepat saji, snack terlalu manis, asin dan gurih
- Biasan hidup bersih (menyikat gigi 2x sehari)

5.4.6 Gizi seimbang anak usia 10-18 tahun

Kelompok usia ini merupakan kelompok remaja, dimana pada awal usia ini anak mulai mengalami masa puber. Anak juga sudah mulai memperhatikan penampilan fisik, tidak jarang mereka memiliki gambaran sendiri tentang tubuh ideal yang harus dimiliki, dan untuk mencapai tubuh ideal sering kali mereka mempraktekkan kebiasaan makan yang salah. Pada akhir usia ini perlu diperhatikan pemenuhan gizi karena mereka sudah mulai memasuki persiapan sebelum menikah.

Pesan gizi bagi usia ini adalah :

- Konsumsi makanan beragam
- Perbanyak konsumsi sayur dan buah berwarna

5.4.7 Gizi seimbang usia dewasa (20-60 tahun)

Pada kelompok usia dewasa merupakan usia produktif, sehingga pemenuhan gizi pada usia ini adalah untuk menjaga kesehatan optimal. Pada usia ini ini juga wanita mulai mempersiapkan diri untuk menikah dan memiliki anak. Gizi seimbang dengan makan beragam sesuai kebutuhan juga harus ditunjang dengan aktifitas fisik yang cukup, perilaku hidup bersih dan pemantauan berat badan.

Pola makan sehat dengan konsumsi ikan, unggas, biji-bijian, buah dan sayur terbukti meningkatkan kesuburan pada wanita (Gaskins and Chavarro, 2018)(Derda *et al.*, 2020). Sebelum hamil wanita musti menyiapkan tubuhnya, setidaknya

3 tahun sebelum kehamilan, dengan pola makan yang baik untuk mencegah terjadinya risiko diabetes dan hipertensi selama kehamilan, serta kelahiran prematur (Stephenson *et al.*, 2018).

Tabel 5.6 : anjuran jumlah makanan yang dikonsumsi wanita dewasa dan lansia

Bahan makanan	Usia 30-49 tahun (2150 kkal)	Usia >60 tahun (1500 kkal)
Nasi/ makanan pokok	4 ½ p	3 ½ p
Sayuran	3p	4p
Buah	5p	4p
Tempe/ lauk nabati	3p	3p
Ikan/ lauk hewani	3p	3p
Susu rendah lemak	-	1p
Minyak	5p	4p
Gula	2p	2p

p : penukar

5.4.8 Gizi seimbang usia lansia (>60 tahun)

Pada lanjut usia selain fungsi-fungsi tubuh mulai menurun, wanita mulai menopause dengan berbagai akibatnya. Hal ini menyebabkan wanita lanjut usia berisiko untuk mengalami masalah gizi dan terkena berbagai penyakit. Pengaturan makan pada wanita usia lanjut selain bertujuan untuk memenuhi kebutuhan gizi juga mencegah perkembangan penyakit.

Pesan gizi untuk lanjut usia :

- Konsumsi makanan tinggi kalsium
- Cukupi konsumsi serat
- Minum air putih 6 gelas
- Batasi konsumsi garam, gula, dan lemak

5.5 Penutup

Gizi seimbang merupakan pedoman makan dan gaya hidup yang sehat. Promosi secara luas kepada seluruh lapisan masyarakat perlu dilakukan untuk meningkatkan penerapannya.

Dengan menerapkan prinsip gizi seimbang dalam daur kehidupan wanita diharapkan memperbaiki masalah gizi, menurunkan risiko penyakit khususnya penyakit degeneratif dan akan dilahirkan generasi sehat dan berkualitas.

Keterangan untuk tabel 2, 4 dan 5 (Waspadji, Sukardji and Suharyatia, 2010)

1p (penukar) nasi = $\frac{3}{4}$ gelas = 100 g

1p (penukar) sayur = 1 gelas = 100 g

1p (penukar) buah contohnya pisang = 2 buah sedang = 50 g

1 p (penukar) tempe = 2 potong sedang = 50 g

1 p (penukar) ikan = $\frac{1}{3}$ ekor sedang = 40 g

1 p (penukar) daging = 1 potong sedang = 35 g

1 p (penukar) susu cair = 1 gelas = 200 g

1 p (penukar) susu bubuk rendah lemak = 4 sdm = 20 g

1 p (penukar) minyak = 1 sdt = 5 g

1 p (penukar) gula = 1 sdm = 20 g

p (penukar) adalah satuan yang diberikan pada kelompok bahan makanan sejenis, walaupun dalam jumlah yang berbeda memiliki nilai gizi yang hampir sama, sehingga dapat saling menukar. Misalnya 1 penukar nasi (100 g/ $\frac{3}{4}$ gelas) dapat ditukar dengan 1 penukar roti (70 g / 3 iris). Satu penukar nasi dan roti memiliki nilai gizi yang sama yaitu 175 kkal energi, 4 g protein dan 40 g karbohidrat.

Untuk mengetahui berat dan URT bahan makanan dalam satuan penukar dapat menggunakan daftar bahan makanan penukar (DBMP)

DAFTAR PUSTAKA

- Balitbangkes. 2019. *Laporan Nasional Riskesdas 2018*. Jakarta: Balitbangkes.
- Cox, J. T. and Carney, V. H. 2017. 'Nutrition for Reproductive Health and Lactation', in *Krause's Food & The Nutrition Care Process*. 14th edn. Canada: Elsevier Inc, p. 239.
- Danielewicz, H. *et al.* 2017. 'Diet in pregnancy—more than food', *Eur J Pediatr*, 176, pp. 573–1579. doi: 10.1007/s00431-017-3026-5.
- Das, J. K. *et al.* 2018. 'Nutrition for the Next Generation: Older Children and Adolescents', *Ann Nutr Metab*, 72(3), pp. 56–64. doi: 10.1159/000487385.
- Derda, A. B. *et al.* 2020. 'Emerging Trends in Research on Food Compounds and Women's Fertility: A Systematic Review', *Appl. Sci.*, 10(4518), pp. 1–13. doi: 10.3390/app10134518.
- Gaskins, A. J. and Chavarro, J. E. 2018. 'Diet and Fertility: A Review', *Am J Obstet Gynecol*, 218(4), pp. 379–389. doi: 10.1016/j.ajog.2017.08.010.
- Kemenkes. 2014. 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2014 Tentang Pedoman Gizi Seimbang'.
- Kemenkes. 2019a. *Pedoman pemberian makan bayi dan anak (PMBA)*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kemenkes. 2019b. 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2019 Tentang Angka Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan Untuk Masyarakat Indonesia'.
- Marshall, N. E. *et al.* 2022. 'The importance of nutrition in pregnancy and lactation: lifelong consequences', *Am J Obstet Gynecol*, 226(5), pp. 607–632. doi: 10.1016/j.ajog.2021.12.035.
- Stephenson, J. *et al.* 2018. 'Before the beginning: nutrition and lifestyle in the preconception period and its importance for future health', *Lancet*, 391(10132), pp. 1830–1841. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30311-8.

- Waspadji, S., Sukardji, K. and Suharyatia (eds). 2010. *Daftar Bahan Makanan Penukar, Petunjuk Praktis Untuk: Perencanaan Makanan Sehat, Seimbang, Bervariasi, Sistem carbohydrate Counting, Standar Diet Berbagai Penyakit*. 3rd edn. Jakarta: Balai Penerbit FKUI.
- Young, M. F. and Ramakrishnan, U. 2020. 'Maternal Undernutrition before and during Pregnancy and Offspring Health and Development', *Ann Nutr Metab*, 76(3), pp. 41-53. doi: 10.1159/000510595.

BAB 6

TINGKATAN PENCEGAHAN PENYAKIT

Oleh Fauzia

6.1 Pendahuluan

Pencegahan berdasarkan lima tingkatannya atau *five levels of prevention* dari *Leavel and Clark*, yaitu:

6.1.1 Peningkatan kesehatan (*Health Promotion*)

Pada tingkat ini tindakan untuk meningkatkan kesehatan melalui:

- Perbaikan dan Peningkatan Gizi
- Upaya perbaikan pola hidup
- Perbaikan dan Pemeliharaan Kesehatan Perseorangan
- Perbaikan Higiene dan Sanitasi Lingkungan seperti penyediaan Air Bersih, Perbaikan dan penyediaan tempat Pembuangan Sampah, Perumahan Sehat
- Pendidikan Kesehatan Kepada Masyarakat
- Olah Raga Secara Teratur Sesuai Dengan kemampuanyang Dimiliki Oleh Masing-masing Individu
- Kesempatan Memperoleh Hiburan Yang Sehat untuk Perkembangan Kesehatan Mental dan sosial
- Nasehat Perkawinan dan Pendidikan Seks yang bertanggung Jawab

6.1.2 Perlindungan Proteksi Umum Dan Khusus

Terhadap Penyakit Tertentu (*Specific Protection*) Meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya perlindungan khusus terhadap penyakit tertentu melalui

- Memberikan imunisasi pada golongan yang rentan untuk pencegahan terhadap penyakit-penyakit tertentu
- Isolasi terhadap penderita penyakit menular

- Perlindungan terhadap kemungkinan kecelakaan di tempat-tempat umum dan di tempat kerja
- Perlindungan terhadap bahan-bahan yang bersifat karsinogenik, bahan-bahan racun maupun alergen
- Pengendalian sumber-sumber pencemaran

6.1.3 Penegakan Diagnosa secara dini dan pengobatan segera (*Early diagnosis and Prompt treatment*)

Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat supaya memahami pentingnya deteksi sejak awal penyakit tertentu untuk mendapatkan pengobatan segera dan tetap sesuai dengan hasil pemeriksaan.

- Mencari kasus sedini mungkin (*case finding*)
- Melakukan pemeriksaan kesehatan umum secara rutin
- Pengawasan selektif terhadap penyakit terhadap penyakit tertentu
- Meningkatkan keteraturan pengobatan terhadap penderita (*case holding*)
- Mencari orang-orang yang pernah berhubungan dengan penderita berpenyakit menular
- Pemberian pengobatan yang tepat pada setiap permulaan kasus

6.1.4 Pembatasan kecacatan (*Disability limitation*)

Pendidikan kesehatan untuk pemahaman dan kesadaran masyarakat akan pentingnya pemeriksaan dan pengobatan dengan tuntas sehingga memperkecil resiko kecacatan atau terjadi ketidakmampuan dalam menjalani kehidupan secara normal.

Kegiatan yang tercakup di dalamnya adalah :

- Penyempurnaan dan Intensifikasi Pengobatan Lanjutan Agar Terarah dan Tidak Menimbulkan Komplikasi
- Pencegahan Terhadap Komplikasi dan Kecacatan
- Perbaikan Fasilitas Kesehatan Sebagai Penunjang Untuk Dimungkinkan Pengobatan dan Perawatan Yang Lebih Intensif

6.1.5 Rehabilitasi atau pemulihan kesehatan (*rehabilitation*)

- Pendidikan kesehatan diberikan kepada orang setelah sakit dan menjalani masa penyembuhan yang menjalani masa pemulihan kesehatan secara sempurna. Kegiatannya antara lain mengembangkan lembaga-lembaga rehabilitasi dengan mengikutsertakan masyarakat
- Menyadarkan masyarakat untuk menerima mereka kembali dengan memberikan dukungan moral setidaknya bagi yang bersangkutan untuk bertahan.
- Mengusahakan perkampungan rehabilitasi sosial sehingga setiap penderita yang telah cacat mampu mempertahankan diri
- Penyuluhan dan usaha-usaha kelanjutan yang harus tetap dilakukan seseorang setelah ia sembuh dari suatu penyakit. (Notoatmodjo, 2010)(Notoatmodjo, 2011)(Purwoastuti and Walyani, 2015)(Slamet Ryadi, 2016)

6.2 Pencegahan Penyakit Pada Kesehatan Reproduksi

Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan (UU RI No. 36 Tahun 2009 Pasal 71 Ayat 1).

Ruang lingkup masalah kesehatan reproduksi perempuan dan laki-laki menggunakan pendekatan siklus kehidupan (*Continuum of Care*).

Dalam Peraturan Pemerintah 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi tersirat tindakan pencegahan yang harus dilakukan :

- Pelayanan Kesehatan Ibu tercantum dalam Pasal 8 bertujuan :
 - a. Mencapai hidup sehat dan mampu melahirkan generasi yang sehat dan Berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu
 - b. Pelayanan kesehatan ibu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) diselenggarakan melalui:

- a) Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja;
 - b) Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Hamil, Persalinan, dan Sesudah melahirkan
 - c) pengaturan kehamilan, pelayanan kontrasepsi dan kesehatan seksual
 - d) Pelayanan Kesehatan Sistem Reproduksi.
- Pelayanan Kespro Remaja tercantum dalam Pasal 11-12 bertujuan :
 - a. Mencegah & melindungi remaja dari perilaku seksual berisiko & perilaku berisiko lainnya yg dapat berpengaruh terhadap Kesehatan Reproduksi;
 - b. Mempersiapkan remaja untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan bertanggung jawab.

Pelayanan Kesehatan Reproduksi dilaksanakan secara terpadu (*integrative*) dan diselenggarakan dalam bentuk “*one stop service*” dimana klien dapat menerima semua pelayanan yang dibutuhkan.

Pelayanan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT) harus diberikan secara terpadu dan berkualitas yang memenuhi aspek Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) dengan memperhatikan hak reproduksi individu/perorangan juga pelayanan terpadu tersebut harus berorientasi pada kebutuhan klien.

Screening juga harus dilakukan untuk mengetahui apakah seseorang menderita suatu penyakit, sebelum orang tersebut merasakan gejala-gejala penyakit timbul. *Screening* sebaiknya dilakukan secara berkala didalam seluruh siklus kehidupan yaitu sejak masa konsepsi, bayi atau anak, remaja, masa reproduksi dan golongan usia lanjut.

Test skrining dapat dilakukan dengan pertanyaan atau questioner, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, X-ray, USG, serta biopsi. Sehingga bila diterapkan tindakan pencegahan sesuai siklus kehidupan, dapat dihindarkan akibat yang akan terjadi.

A. Masa Bayi

Tujuan skrining/pemeriksaan perkembangan anak menggunakan KPSP (kuesioner pra skrining perkembangan) adalah untuk mengetahui perkembangan anak normal atau ada penyimpangan.

B. Masa kanak-kanak

Pada periode ini juga merupakan masa kritis dimana anak memerlukan rangsangan atau stimulasi untuk mengembangkan otak kanan dan otak kirinya. Bentuk skrining terhadap tumbuh kembang anak dapat dilakukan dengan menggunakan DDST (Denver Developmental Screening Test), sehingga bisa diketahui atau dinilai perkembangan anak sesuai usianya.

C. Masa pubertas

Adapun skrining yang dilakukan pada masa pubertas yaitu: Pemeriksaan payudara sendiri (SADARI). Penelitian menunjukkan bahwa 95% wanita yang terdiagnosis pada tahap awal kanker payudara dapat bertahan hidup lebih dari lima tahun setelah terdiagnosis sehingga banyak dokter yang merekomendasikan agar para wanita menjalani 'sadari' (periksapayudara sendiri - saat menstruasi - pada hari ke 7 sampai dengan hari ke 10 setelah hari pertama haid). Pengetahuan tentang pubertas dan kesehatan kesehatan reproduksi calon pengantin seperti pencegahan anemia pada wanita sangat diperlukan.

D. Masa Reproduksi

Bentuk screening pada masa ini bisa diawali saat ibu melakukan kunjungan awal antenatal care. Pada saat ini bidan melakukan pemeriksaan terhadap ibu, dari hasil pemeriksaan dapat diperoleh hasil yang akan menentukan keadaan ibu dan janin. Bidan dapat melakukan screening terhadap ibu hamil yang mempunyai resiko tinggi. Optimalisasi 1000 hari pertama kehidupan yang terdiri dari 270 hari masa kehamilan dan 730 hari setelah kelahiran sangat perlu mendapat perhatian. Pada ibu tindakan yang dapat dilakukan seperti nutrisi yang baik,

pemeriksaan kehamilan, KB pasca persalinan, pencegahan penyakit infeksi.

Pada anak tindakan yang dapat dilakukan adalah pemberian inisiasi menyusui dini, ASI eksklusif, pencegahan penyakit infeksi, pola asuh yang baik, asupan nutrisi yang bergizi, seimbang dan aman.

Pemeriksaan skrining lain yang perlu dilakukan adalah :

a) Pap smear

Pap Smear adalah suatu pemeriksaan sitologi untuk mengetahui adanya keganasan (kanker) dengan mikroskop. Pemeriksaan "Pap Smear" ini cara terbaik untuk mencegah kanker serviks

b) Test IVA

Test IVA menyerupai tes pap smear, namanya yaitu tes IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat). Tujuannya sama Pemeriksaan penapisan/skrining terhadap kelainan prakanker dimulut rahim. perbedaanya terletak pada metode yang lebih sederhana dan keakuratannya. Pemeriksaan IVA bisa dilakukan kapan saja.

E. Masa menopause/klimakterium

Masa klimakterium adalah suatu masa peralihan antara masa reproduksi dengan masa senium (pasca menopause) Pengetahuan tentang andropause,menopause, disfungsi seksual perlu diberikan pada masa ini.skrining ca cervix, skrining ca prostat serta tumor lain juga perlu mendapat perhatian.(Nelwatri Helpi, 2017)(Hapsari, 2019)(Rahayu *et al.*, 2017)

6.3 Penanganan Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja

Setiap remaja memiliki resiko mengalami masalah reproduksi, karena terkait proses pertumbuhan dan perkembangannya, permasalahan utama yang sering dialami oleh remaja indonesia yaitu ketidaktahuan terhadap tindakan yang harus dilakukan sehubungan dengan perkembangan yang

sedang dialami, khususnya masalah kesehatan reproduksi remaja (Yuniarti *et al.*, 2017)(Hapsari, 2019)

Berdasarkan masalah yang terjadi pada setiap fase kehidupan, maka upaya-upaya penanganan masalah kesehatan reproduksi remaja sebagai berikut :

1. Gizi seimbang.
2. Informasi tentang kesehatan reproduksi.
3. Pencegahan kekerasan, termasuk seksual.
4. Pencegahan terhadap ketergantungan NAPZA.
5. Pernikahan pada usia wajar.
6. Pendidikan dan peningkatan ketrampilan.
7. Peningkatan penghargaan diri.
8. Peningkatan pertahanan terhadap godaan dan ancaman

Salah satu contoh penanganan untuk masalah kesehatan reproduksi adalah Strategi Pendampingan Remaja dengan Masalah Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) oleh PKBI DIY melalui strategi intervensi dan advokasi dengan beberapa strategi intervensi yang disusun yaitu dengan cara preventif, promotif, rehabilitasi, dan kuratif.

1. Strategi Preventif yaitu suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah yang, dalam hal ini adalah kasus KTD. Dalam strategi preventif PKBI DIY mengatasi persoalan kehamilan remaja dengan melakukan promosi pencegahan melalui berbagai saluran komunikasi dan pendekatan. Misalnya melalui pertemuan dan diskusi-diskusi dalam kelompok kecil maupun besar. Sedangkan komunikasi melalui media dengan menggunakan media konvensional dan media yang berbasis teknologi informasi.
2. Strategi Promotif yaitu serangkaian kegiatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi. Dalam hal ini maka PKBI mempunyai divisi yang lebih fokus pada pemberian informasi reproduksi remaja, dengan tujuan untuk lebih menjadikan remaja lebih aktif untuk mengetahui informasi kesehatan reproduksi dan kemudian

menyampaikan kepada teman sebaya yang ada di lingkungannya.(*Pe er group*).

Pendampingan yang dilakukan oleh PKBI terhadap remaja dengan berperan sebagai: Fasilitator, Pendidik, dan konselor.

Remaja yang tergabung dalam pengorganisasian remaja (PR) diberi informasi melalui kegiatan-kegiatan yang diadakan, antara lain: Pertemuan rutin, hearing, lobbying, pengayaan, membuat media, audiensi, feedback komunitas, dan pelatihan *Peer Educator*.

3. Strategi Kuratif yaitu serangkaian kegiatan yang dilakukan pada saat terjadi penyimpangan sosial. PKBI melakukan langkah-langkah strategis melalui pengekplorasian alasan pengambilan keputusan prolife pada KTD (kehamilan tidak diinginkan) dan dampak sosial, psikologis, yang akan dihadapi remaja, selanjutnya dieksplorasi tentang dukungan keluarga dalam pengambilan keputusan prolife pada KTD. Konseling bisa dilakukan melalui tatap muka langsung, media sosial, dan pendampingan sesuai kebutuhan remaja. Strategi PKBI DIY dalam melakukan pendampingan kepada remaja merupakan strategi yang disesuaikan (*actual roles*) yaitu. dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang dialami oleh remaja yang saling berbeda antara yang satu dengan lainnya. Pendampingan yang dilakukan PKBI DIY terhadap remaja dengan masalah kehamilan tidak diinginkan *open networking* atau membuka jaringan seluas-luasnya kepada stake holder PKBI DIY. Monitoring dan evaluasi program dilakukan 1-3 bulan sekali.
4. Rehabilitasi yaitu pemulihan kedudukan (keadaan, nama baik) yang dahulu (semula), supaya menjadi manusia yg berguna dan memiliki tempat di masyarakat untuk memberikan pelayanan pada remaja dan perempuan yang tidak terlayani oleh layanan Negara. Strategi rehabilitasi yang dilakukan oleh PKBI DIY dilakukan pada remaja yang mengalami Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) yang memilih untuk tetap meneruskan kehamilan (prolife), baik

sebelum ataupun sesudah melahirkan serta memberikan solusi kepada remaja untuk merehabilitasi remaja dengan menyediakan rumah aman untuk tinggal di rumah aman sampai mereka melahirkan. Ketika bayi sudah dilahirkan ada dua pilihan yang diberikan, yakni bayi bisa dibawa pulang oleh Ibu/ remaja tersebut atau diadopsikan kepada orang lain.

(Belladonna and F.Winarni, 2016)(Hasanah, 2017)

Strategi pencegahan pada kesehatan reproduksi dapat dilakukan juga berdasarkan komponen pelayanan kesehatan reproduksi dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Komponen Kesejahteraan Ibu dan Anak

Tindakan untuk mengurangi terjadinya kematian ibu karena kehamilan dan persalinan, harus dilakukan pemantauan sejak dini agar dapat diambil tindakan yang cepat dan tepat sebelum berlanjut menjadi keadaan kebidanan darurat. Upaya intervensi dapat berupa pelayanan ante natal, pelayanan persalinan dan masa nifas. Upaya intervensi tersebut merupakan dimensi pertama dari paradigma baru pendekatan secara *Continuum of Care* yaitu sejak kehamilan, persalinan, nifas, hari-hari dan tahun-tahun kehidupan perempuan. Dimensi kedua adalah tempat yaitu menghubungkan berbagai tingkat pelayanan di rumah, masyarakat dan kesehatan. Informasi akurat perlu diberikan atas ketidaktahuan bahwa hubungan seks yang dilakukan, akan mengakibatkan kehamilan, dan bahwa tanpa menggunakan kotrasepsi kehamilan yang tidak diinginkan bisa terjadi, bila jalan keluar yang ditempuh dengan melakukan pengguguran maka hal ini akan mengancam jiwa ibu tersebut.

2. Komponen Keluarga Berencana

Komponen ini penting karena Indonesia menempati urutan keempat dengan jumlah penduduk terbanyak di Indonesia. Indonesia diprediksi akan mendapat "bonus demografi" yaitu bonus yang dinikmati oleh suatu Negara sebagai

akibat dari besarnya proporsi penduduk produktif (rentang 15–64 tahun) dalam evolusi kependudukan yang akan dialami dan diperkirakan terjadi pada tahun 2020–2030. Untuk mengantisipasi kemungkinan timbulnya masalah tersebut pemerintah mempersiapkan kondisi ini dengan Program Keluarga Berencana yang ditujukan pada upaya peningkatan kesejahteraan ibu dan kesejahteraan keluarga. Calon suami-istri agar merencanakan hidup berkeluarga atas dasar cinta kasih, serta pertimbangan rasional tentang masa depan yang baik bagi kehidupan suami istri dan anak-anak mereka dikemudian hari. Peningkatan kesehatan ibu melalui pengaturan kapan ingin mempunyai anak, mengatur jarak anak dan merencanakan jumlah kelahiran nantinya. Sehingga seorang ibu mempunyai kesempatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan dirinya..

3. Komponen Pencegahan dan Penanganan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), termasuk Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS.

Pencegahan dan penanganan infeksi ditujukan pada penyakit dan gangguan yang berdampak pada saluran reproduksi. Baik yang disebabkan penyakit infeksi yang non PMS. Seperti Tuberculosis, Malaria, Filariasis, maupun infeksi yang tergolong penyakit menular seksual, seperti gonorrhoea, sifilis, herpes genital, chlamydia, ataupun kondisi infeksi yang mengakibatkan infeksi rongga panggul (pelvic inflammatory diseases/PID) seperti penggunaan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) yang tidak steril. Semua contoh penyakit tersebut bila tidak mendapatkan penanganan yang baik dapat berakibat seumur hidup pada wanita maupun pria, yaitu misalnya kemandulan, hal ini akan menurunkan kualitas hidup wanita maupun pria.

4. Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja

Upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi juga perlu diarahkan pada masa remaja, di

mana remaja secara fisik mampu melakukan fungsi proses reproduksi tetapi belum dapat empertanggung jawabkan akibat dari proses reproduksi tersebut. Informasi dan penyuluhan, konseling dan pelayanan klinis perlu ditingkatkan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja ini. Selain itu lingkungan keluarga dan masyarakat harus ikut peduli dengan kondisi remaja ini sehingga dapat membantu memberikan jalan keluar bila remaja mengalami masalah tidak malah di salahkan, tetapi perlu diarahkan dan dicarikan jalan keluar yang baik dengan mengenalkan tempat-tempat pelayanan kesehatan reproduksi remaja untuk mendapatkan konseling ataupun pelayanan klinis sehingga remaja masih dapat melanjutkan kehidupannya.

5. Komponen Usia Lanjut

Melengkapi siklus kehidupan keluarga, komponen ini akan mempromosikan peningkatan kualitas penduduk usia lanjut pada saat menjelang dan setelah akhir kurun usia reproduksi (menopause/andropause). Upaya pencegahan dapat dilakukan melalui skrining keganasan organ reproduksi misalnya kanker rahim pada wanita, kanker prostat pada pria serta pencegahan defisiensi hormonal dan akibatnya seperti kerapuhan tulang dan lain-lain. Hasil yang diharapkan dari pelaksanaan kesehatan reproduksi tersebut adalah peningkatan akses: Informasi secara menyeluruh mengenai seksualitas dan reproduksi, masalah kesehatan reproduksi, manfaat dan resiko obat, alat, perawatan, tindakan intervensi, dan bagaimana kemampuan memilih dengan tepat sangat diperlukan. (Kemendikbud, 2019)

DAFTAR PUSTAKA

- Belladona, K. and F.Winarni. 2016. 'Strategi PKBI DIY dalam pendampingan remaja dengan masalah kehamilan tidak diinginkan (ktd) di kota Yogyakarta', *JURNAL ADINEGARA*, 5(no 10), pp. 1-13. Available at: <https://journal.student.uny.ac.id/index.php/adinegara/article/view/5166/4833>.
- Hapsari, A. 2019. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Modul Kesehatan Reproduksi Remaja*, UPT UNDIP Press Semarang. Available at: http://eprints.undip.ac.id/38840/1/KESEHATAN_MENTAL.pd.
- Hasanah, H. 2017. 'PEMAHAMAN KESEHATAN REPRODUKSI BAGI PEREMPUAN: Sebuah Strategi Mencegah Berbagai Resiko Masalah Reproduksi Remaja', *Sawwa: Jurnal Studi Gender*, 11(2), p. 229. doi: 10.21580/sa.v11i2.1456.
- Kemendikbud. 2019. 'Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi', *Pertanian Global, Aspek Sosial Kultural, Ekonomi Dan Ekologi*, 2(1), pp. 1-73.
- Nelwatri Helpi. 2017. 'Upaya Preventif Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja Melalui Media Informatif Buku Saku Kespro Berbasis Budaya Lokal Untuk Orang Tua Di Kabupaten Lima Puluh Kota Provinsi Sumatera Barat', *Jurnal Socius: Journal of Sociology Research and Education*, 4, p. 19.
- Notoatmodjo, S. 2010. *Pendidikan dan Perilaku kesehatan*. 3rd edn. Jakarta: PT.Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. 2011. *Kesehatan Masyarakat*. revisi. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.
- Purwoastuti, E. and Walyani, E. S. 2015. *Ilmu Kesehatan Masyarakat dalam Kebidanan, konsep, teori, aplikasi*. I. Yogyakarta: PustakaBaruPress.
- Rahayu, A. et al. 2017. *Kesehatan Reproduksi Remaja & Lansia*, *Journal of Chemical Information and Modeling*.

- Slamet Ryadi, A. L. 2016. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. 1st edn. Edited by Y. Sincihu, Steven, and C. Juliet dewi. Yogyakarta: CV.Andi Offset.
- Yuniarti, E. *et al.* 2017. 'Analysis of Adolescent Reproductive Health Preventive Effort in Reproduction Material on Junior High School Science Book', *Bioeducation Journal*, 1(2), pp. 18-27.

BAB 7

KONSEP PRIMARY HEALTH CARE

Oleh Sultina Sarita

7.1 Pendahuluan

Pembangunan kesehatan merupakan suatu upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa untuk mewujudkan status kesehatan yang lebih baik dari sebelumnya, meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat yang ditujukan kepada seluruh anggota masyarakat. Sebelum Deklarasi Alma Ata tahun 1978 tentang Perawatan Kesehatan Utama (PHC), Indonesia telah mengembangkan berbagai bentuk Puskesmas di beberapa daerah. Berdasarkan penelitian pada tahun 1976 diketahui bahwa 200 kegiatan kesehatan berbasis (CBHA) telah diterapkan dan dilaksanakan dalam masyarakat Seiring waktu, Puskesmas telah berkembang pesat dalam berbagai bentuk CBHA dan salah satu dari itu dicatat sebagai Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu). (Tomasi *et al.*, 2004)

Aktivitas itu meliputi lima program utama, yaitu keluarga perencanaan, kesehatan ibu dan anak, perbaikan gizi, imunisasi dan diare pencegahan. Selain Posyandu, ada rumah sakit bersalin desa (VMH) yang dikelola oleh bidan desa sebagai cara untuk membuat kesehatan ibu dan anak dekat dengan masyarakat jasa CBHA dapat tumbuh secara progresif karena didukung oleh pusat kesehatan. Namun, CBHA mengalami penurunan ketika krisis moneter pada tahun 1997 meledak yang mengakibatkan multi-dimensi krisis. (Tomasi *et al.*, 2004)

Krisis menciptakan reformasi total dalam banyak aspek, termasuk di sektor kesehatan. Meskipun penting, desentralisasi menguasai aspek yang paling pembangunan, Termasuk sektor kesehatan. Ini telah benar-benar mengubah model perencanaan, yang sebelumnya adalah sentralisasi menjadi

tergantung pada masing-masing kabupaten. Ini memiliki implikasi pada prioritas pengaturan masing-masing. (Tomasi *et al.*, 2004)

7.2 Primary Health Care

A. Perkembangan Konsep *Primary Health Care* (PHC)

PHC merupakan hasil pengkajian, pemikiran, pengalaman dalam pembangunan kesehatan di banyak negara yang diawali dengan kampanye masal pada tahun 1950-an dalam pemberantasan penyakit menular, karena pada waktu itu banyak negara tidak mampu mengatasi dan menaggulangi wabah penyakit TBC, Campak, Diare dan sebagainya.

Pada tahun 1960 teknologi Kuratif dan Preventif dalam struktur pelayanan kesehatan telah mengalami kemajuan. Sehingga timbulah pemikiran untuk mengembangkan konsep "Upaya Dasar Kesehatan".

Pada tahun 1972/1973, WHO mengadakan studi dan mengungkapkan bahwa banyak negara tidak puas atas sistem kesehatan yang dijalankan dan banyak isu tentang kurangnya pemerataan pelayanan kesehatan di daerah daerah pedesaan. Akhirnya pada tahun 1977 dalam Sidang Kesehatan Sedunia (*World Health Essembly*) dihasilkan kesepakatan "*Health For All by The Year 2000* atau Kesehatan Bagi Semua Tahun 2000, dengan Sasaran Semesta Utamanya adalah : "Tercapainya Derajat Kesehatan yang Memungkinkan Setiap Orang Hidup Produktif Baik Secara Sosial Maupun Ekonomi". (Tomasi *et al.*, 2004)

B. Definisi PHC *Primary Health Care*

(PHC) adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan kepada metode dan teknologi praktis, ilmiah dan sosial yang dapat diterima secara umum baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat melalui partisipasi mereka sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri (*self reliance*) dan

menentukan nasib sendiri (*self determination*). (Tomasi et al., 2004)

C. Prinsip PHC

Pada tahun 1978, dalam konferensi Alma Ata ditetapkan prinsip PHC sebagai pendekatan atau strategi global guna mencapai kesehatan bagi semua. Lima prinsip PHC sebagai berikut :

1. Pemerataan upaya kesehatan Distribusi perawatan kesehatan menurut prinsip ini yaitu perawatan primer dan layanan lainnya untuk memenuhi masalah kesehatan utama dalam masyarakat harus diberikan sama bagi semua individu tanpa memandang jenis kelamin, usia, kasta, warna, lokasi perkotaan atau pedesaan dan kelas sosial.
2. Penekanan pada upaya preventif Upaya preventif adalah upaya kesehatan yang meliputi segala usaha, pekerjaan dan kegiatan memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dengan peran serta individu agar berperilaku sehat serta mencegah berjangkitnya penyakit.
3. Penggunaan teknologi tepat guna dalam upaya kesehatan Teknologi medis harus disediakan yang dapat diakses, terjangkau, layak dan diterima budaya masyarakat (misalnya penggunaan kulkas untuk vaksin cold storage).
4. Peran serta masyarakat dalam semangat kemandirian Peran serta atau partisipasi masyarakat untuk membuat penggunaan maksimal dari lokal, nasional dan sumber daya yang tersedia lainnya. Partisipasi masyarakat adalah proses di mana individu dan keluarga bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dan orang-orang di sekitar mereka dan mengembangkan kapasitas untuk berkontribusi dalam pembangunan masyarakat. Partisipasi bisa dalam bidang identifikasi kebutuhan atau selama pelaksanaan. Masyarakat perlu berpartisipasi di desa, lingkungan, kabupaten atau tingkat pemerintah

daerah. Partisipasi lebih mudah di tingkat lingkungan atau desa karena masalah heterogenitas yang minim.

5. Kerjasama lintas sektoral dalam membangun kesehatan Pengakuan bahwa kesehatan tidak dapat diperbaiki oleh intervensi hanya dalam sektor kesehatan formal; sektor lain yang sama pentingnya dalam mempromosikan kesehatan dan kemandirian masyarakat. Sektor-sektor ini mencakup, sekurang-kurangnya: pertanian (misalnya keamanan makanan), pendidikan, komunikasi (misalnya menyangkut masalah kesehatan yang berlaku dan metode pencegahan dan pengontrolan mereka); perumahan; pekerjaan umum (misalnya menjamin pasokan yang cukup dari air bersih dan sanitasi dasar) ; pembangunan perdesaan; industri; organisasi masyarakat (termasuk Panchayats atau pemerintah daerah , organisasi-organisasi sukarela , dll).(Kumala Dewi, 2015)

D. Ciri-Ciri PHC

Adapun ciri-ciri PHC adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan yang utama dan intim dengan masyarakat
2. Pelayanan yang menyeluruh
3. Pelayanan yang terorganisasi
4. Pelayanan yang mementingkan masyarakat
5. Pelayanan yang berkesinambungan
6. Pelayanan yang progresif
7. Pelayanan yang berorientasi kepada keluarga
8. Pelayanan yang tidak berpandangan kepada salah satu aspek saja(Vidiawati *et al.*, 2017)

E. Unsur Utama PHC

Tiga unsur utama yang terkandung dalam PHC adalah sebagai berikut :

1. Mencakup upaya-upaya dasar kesehatan
2. Melibatkan peran serta masyarakat
3. Melibatkan kerjasama lintas sektoral. (Tomasi *et al.*, 2004)

F. Tujuan PHC

1. Tujuan Umum Mencoba menemukan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diselenggarakan, sehingga akan dicapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan.
2. Tujuan Khusus :
 - a. Pelayanan harus mencapai keseluruhan penduduk yang dilayani
 - b. Pelayanan harus dapat diterima oleh penduduk yang dilayani
 - c. Pelayanan harus berdasarkan kebutuhan medis dari populasi yang dilayani
 - d. Pelayanan harus secara maksimum menggunakan tenaga dan sumber – sumber daya lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat.(Tomasi et al., 2004)

G. Fungsi PHC

PHC hendaknya memenuhi fungsi-fungsi sebagai berikut :

1. Pemeliharaan Kesehatan
2. Pencegahan Penyakit
3. Diagnosis dan Pengobatan
4. Pelayanan Tindak lanjut
5. Pemberian Sertifikat. (Tomasi *et al.*, 2004)

H. Elemen-Elemen PHC

Dalam pelaksanaan PHC harus memiliki 8 elemen essential yaitu :

1. Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya
2. Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi
3. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar
4. Kesehatan Ibu dan Anak termasuk KB
5. Imunisasi terhadap penyakit-penyakit infeksi utama
6. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemic setempat
7. Pengobatan penyakit umum dan ruda paksa
8. Penyediaan obat-obat essential (Tomasi *et al.*, 2004)

- I. Tanggung Jawab Tenaga Kesehatan Dalam PHC
Tanggung jawab tenaga kesehatan dalam PHC lebih dititik beratkan kepada hal-hal sebagai berikut :
 1. Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan dan program pendidikan kesehatan
 2. Kerjasama dengan masyarakat, keluarga, dan individu
 3. Mengajarkan konsep kesehatan dasar dan teknik asuhan diri sendiri pada masyarakat
 4. Memberikan bimbingan dan dukungan kepada petugas pelayanan kesehatan dan kepada masyarakat
 5. Koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat.(Tomasi *et al.*, 2004)
- J. Hal-Hal Yang Mendorong Pengembangan Konsep *Primary Health Care* :
 1. Kegagalan penerangan teknologi pelayanan medis tanpa disertai orientasi aspek social-ekonomi-politik.
 2. Penyebaran konsep pembangunan yang mengaitkan kesehatan dengan sektor pembangunan lainnya serta menekankan pentingnya keterpaduan, kerjasama lintas sektor dan pemerataan/perluasan daya jangkau upaya kesehatan.
 3. Keberhasilan pembangunan kesehatan dengan pendekatan peran serta masyarakat di beberapa negara.(Tomasi *et al.*, 2004)

7.3 Implementasi PHC Di Indonesia

Primary Health Care (PHC) diperkenalkan oleh *World Health Organization* (WHO) sekitar tahun 70-an, dengan tujuan untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas. Di Indonesia, PHC memiliki 3 (tiga) strategi utama, yaitu :

1. Kerjasama multisektoral.
2. Partisipasi masyarakat.
3. Penerapan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan dengan pelaksanaan di masyarakat. (Widita, 2010)

Menurut Deklarasi Alma Ata (1978) PHC adalah kontak pertama individu, keluarga, atau masyarakat dengan sistem pelayanan. Pengertian ini sesuai dengan definisi Sistem Kesehatan Nasional (SKN) tahun 2009, yang menyatakan bahwa Upaya Kesehatan Primer adalah upaya kesehatan dasar dimana terjadi kontak pertama perorangan atau masyarakat dengan pelayanan kesehatan. Dalam mendukung strategi PHC yang pertama, Kementerian Kesehatan RI mengadopsi nilai inklusif, yang merupakan salah satu dari 5 nilai yang harus diterapkan dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan, yaitu pro-rakyat, inklusif, responsif, efektif, dan bersih. Strategi PHC yang kedua, sejalan dengan misi Kementerian Kesehatan, yaitu:

1. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani;
2. Melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata bermutu dan berkeadilan;
3. Menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber daya kesehatan; dan
4. Menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik. (Widita, 2010)

Di Indonesia, pelaksanaan Primary Health Care secara umum dilaksanakan melalui pusat kesehatan dan di bawahnya (termasuk sub-pusat kesehatan, pusat kesehatan berjalan) dan banyak kegiatan berbasis kesehatan masyarakat seperti Rumah Bersalin Desa dan Pelayanan Kesehatan Desa seperti Layanan Pos Terpadu (ISP atau Posyandu). Secara administratif, Indonesia terdiri dari 33 provinsi, 349 Kabupaten dan 91 Kotamadya, 5.263 Kecamatan dan 62.806 desa.

Untuk strategi ketiga, Kementerian Kesehatan saat ini memiliki salah satu program yaitu saintifikasi jamu yang dimulai sejak tahun 2010 dan bertujuan untuk meningkatkan akses dan keterjangkauan masyarakat terhadap obat-obatan. Program ini memungkinkan jamu yang merupakan obat-obat herbal tradisional yang sudah lazim digunakan oleh

masyarakat Indonesia, dapat teregister dan memiliki izin edar sehingga dapat diintegrasikan di dalam pelayanan kesehatan formal. Untuk mencapai keberhasilan penyelenggaraan PHC bagi masyarakat, diperlukan kerjasama baik lintas sektoral maupun regional, khususnya di kawasan Asia Tenggara.

Dalam penerapannya ada beberapa masalah yang terjadi di Indonesia. Permasalahan yang utama ialah bagaimana primary health care belum dapat dijalankan sebagaimana semestinya. Oleh karena itu, ada beberapa target yang seharusnya dilaksanakan dan dicapai yaitu:

- a. Memantapkan Kemenkes berguna untuk menguatkan dan meningkatkan kualitas pelayanan dan mencegah kesalahpahaman antara pusat keehatan dan masyarakat
- b. Pusat Kesehatan yang bersahabat merupakan metode alernatif untuk menerapkan paradigma sehat pada pelaksana pelayanan kesehatan.
- c. Pelayanan kesehatan primer masih penting pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan.
- d. Pada era desentralisasi, variasi pelayanan kesehatan primer semakin melebar dan semakin dekat pada budaya lokal.

Untuk lebih jelasnya, setelah adanya perang kemerdekaan, beberapa point pembangunan kesehatan di Indonesia, yaitu :

- a. Pelayanan preventif yang melengkapi pelayanan kuratif
- b. Konsep Bandung Plan yang merupakan embrio konsep Puskesmas. (Widita, 2010)

Selanjutnya lahir UU No. 9 Thn 1960 Tentang pokok-pokok Kesehatan yang pada intinya mengatakan bahwa :

“Tiap-tiap warga Negara berhak mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dan wajib di ikut sertakan dalam kegiatan yang diselenggarakan oleh pemerintah.”

Rencana pembangunan Indonesia awalnya dibagi dalam beberapa pelita seperti :

1) Pelita I :

- a. Perbaikan Kesehatan rakyat dipandang sebagai upaya yang meningkatkan produktivitas penduduk.
- b. Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional.
- c. Pelayanan kesehatan melalui Puskesmas.

2) Pelita II :

- a. Trilogi pembangunan isinya meningkatkan meningkatkan Jangkauan Kesehatan.
- b. Kesadaran akan ketertiban partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan.
- c. Pengembangan PKMD sebagai wujud operasional dari PHC

3) Pelita III :

Tahun 1982 lahir Sistem Kesehatan Nasional menekankan pada pendekatan kesisteman, kemasyarakatan, kerja sama lintas sektoral, melibatkan peran serta masyarakat, menekankan pada pendekatan promotif dan preventif.

4) Pelita IV :

- a. PHC /PKMD diwarnai dengan prioritas untuk menurunkan tingkat kematian bayi, anak dan ibu serta turunnya tingkat kelahiran.
- b. Menyelenggarakan program posyandu disetiap Desa.

5) Pelita V :

- a. Meningkatkan mutu Posyandu.
- b. Melaksanakan 5 kegiatan Posyandu (Panca Krida Posyandu).
- c. Sapta krida Posyandu.(Saito, 2006)

7.4 Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD)

Seperti yang terlah tertulis pada pelita III, PKMD adalah bentuk pengembangan operasional dari PHC di Indonesia. PKMD mencakup serangkaian kegiatan swadaya masyarakat

berazaskan gotong royong, yang didukung oleh pemerintah melalui koordinasi lintas sektoral dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan atau yang terkait dengan kesehatan, agar masyarakat dapat hidup sehat guna mencapai kualitas hidup dan kesejahteraan yang lebih baik.(Nurtati, 2019)

Upaya Kesehatan Dasar PKMD mempunyai 8 upaya kesehatan dasar yang mencakup:

1. Pendidikan masyarakat tentang masalah kesehatan dan upaya penanggulangannya.
2. Pemberantasan dan pencegahan penyakit endemik setempat.
3. Program Imunisasi
4. Kesehatan ibu, anak dan keluarga berencana
5. Pengadaan obat esensial
6. Pengadaan pangan dan gizi
7. Pengobatan penyakit umum dan cedera
8. Penyediaan air bersih dan sanitasi lingkungan

Program PKMD mencakup kegiatan seperti:

1. Asuransi kesehatan
2. Pos obat desa (POD)
3. Tanaman obat keluarga (TOGA)
4. Pos kesehatan
5. Pondok bersalin Desa (Polindes)
6. Tenaga kesehatan sukarela
7. Kader kesehatan
8. Kegiatan peningkatan pendapatan (perkreditan, perikanan, industri rumah tangga)

Program PKMD merupakan bagian integral dari pembangunan pedesaan yang menyeluruh, dibawah naungan LKMD, sekarang namanya BPD (Badan Perwakilan Desa). BPD bertanggung jawab terhadap sepuluh sisi pembangunan, termasuk kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan kehidupan ekonomi dan sosial masyarakat.(Nurtati, 2019)

Hubungan PHC, PKMD dan Posyandu ;

Pendekatan PHC dimantapkan oleh adanya prioritas untuk menurunkan tingkat kematian bayi, ibu dan tingkat kelahiran. Strategi ini ditandai dengan pembangunan jaringan pelayanan ke tingkat masyarakat melalui Posyandu. Posyandu mencakup tiga unsur utama PHC, yang meliputi peran serta masyarakat, kerjasama lintas sektoral dan perluasan jangkauan upaya kesehatan dasar. Posyandu dengan "lima kridanya" merupakan bentuk PHC atau PKMD yang berprioritas. Apabila selanjutnya memungkinkan untuk melengkapi krida (kegiatan) Posyandu dengan kebutuhan dasar yang lain yaitu sanitasi dasar dan penyediaan obat esensial sehingga menjadi sapta krida Posyandu, lengkaplah upaya kesehatan dasar yang dilaksanakan melalui Posyandu untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat penduduk guna mencapai "kesehatan bagi semua tahun 2000"(Nurtati, 2019).

DAFTAR PUSTAKA

- Kumala Dewi, R. 2015. Identifikasi Pelayanan Promotif pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Program Jaminan Kesehatan Nasional. *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*, 16(2), 39–55.
- Nurtati, D. 2019. Pengembangan Skill Kepemimpinan Kader Posyandu. *Academia.Edu*.
- Saito, A. 2006. The Development of the Posyandu: Historical and Institutional Aspects. In *Critical and Radical Geographies of the Social, the Spatial and the Political*.
- Tomasi, E., Facchini, L. A., & Maia, M. D. F. S. 2004. Health information technology in primary health care in developing countries: A literature review. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(11), 867–874. <https://doi.org/S0042-96862004001100012>
- Vidiawati, D., Iskandar, S., & Agustian, D. 2017. Masalah Kesehatan Jiwa pada Mahasiswa Baru di Sebuah Universitas di Jakarta. *eJournal Kedokteran Indonesia*, 5(1). <https://doi.org/10.23886/ejki.5.7399.27-33>
- Widita, P. 2010. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 97–104.

BAB 8

KESEHATAN REPRODUKSI PRANIKAH DAN MENOPAUSE

Oleh Niken Bayu Argaheni

8.1 Kesehatan Reproduksi Pranikah

Dalam kehidupan modern saat ini, pemeriksaan kesehatan pranikah bukan lagi hal yang asing bagi pasangan yang akan menikah. Infertilitas atau cacat lahir merupakan beban sekaligus penderitaan tidak hanya bagi keluarga. Oleh karena itu, pemeriksaan kesehatan reproduksi pranikah akan berkontribusi pada persiapan terbaik untuk masa depan pasangan. Mempersiapkan pengetahuan dan psikologi untuk kehidupan pernikahan akan meminimalkan kekhawatiran, memahami situasi dan menghindari saling menularkan penyakit menular seksual. Selain itu, dapat mendeteksi dan mengobati secara dini, jika perlu, beberapa penyakit yang dapat mempengaruhi masalah seksual, kehamilan, dan persalinan nanti (Nugraheni *et al.*, 2018; Purnama Sari, Nasution, & Lailatul Alfiah, 2022; Truc, 2012).

Pemeriksaan kesehatan reproduksi pranikah berlaku bagi suami dan istri. Bagi pria, pemeriksaan kesehatan reproduksi bertujuan untuk: Menilai kesuburan dan seksualitas pria. Skrining dan deteksi penyakit menular seksual. Skrining untuk penyakit genetik. Deteksi dini penyebabnya dapat menyebabkan infertilitas dan infertilitas. Penilaian kesehatan reproduksi pria dapat membantu dokter memutuskan cara terbaik untuk mempersiapkan pasangan jika mereka memiliki masalah kesehatan sendi, masalah kesehatan reproduksi, atau masalah genetik. Dalam beberapa penelitian disebutkan juga kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi remaja dapat mempengaruhi sikap remaja tentang seks pranikah yang menimbulkan risiko tindakan seksual yang tidak sehat yang

mempengaruhi kesehatan reproduksi. (Ibrahim, Habibi, Setiawati, & Rahmadhani, 2019; Jantra, 2022; Nursanti, Kumalasari, Setyaningsih, Siekmans, & Wabeke, 2022; Ortiningsih, Kasiati, & Handayani, 2021).

Ada beberapa manfaat pemeriksaan pranikah, antara lain:

- 1) Pemeriksaan Pranikah dapat digunakan untuk mengevaluasi kesiapan pasangan untuk memiliki anak, merencanakan kehamilan.
- 2) Penting untuk dapat mengidentifikasi adanya potensi masalah atau kondisi kesehatan reproduksi terkait kesehatan yang menimpa pasangan suami istri yang sekiranya dapat memengaruhi kesehatan maupun kesejahteraan kehamilan dan janin
- 3) Dapat digunakan sebagai indicator untuk bisa meningkatkan kesuburan melalui rencana perawatan yang tepat kepada calon ibu
- 4) Pemeriksaan pranikah adalah Tindakan pra-perencanaan untuk adanya tindakan alternatif, seperti surrogate mother atau IVF pada calon ibu.

Sebelum adanya pemeriksaan pranikah yang bersifat komprehensif dilakukan, maka tenaga Kesehatan dalam hal ini dokter kandungan akan melakukan anamnesa yang berisi riwayat kesehatan kedua belah pihak dan informasi Kesehatan lainnya yang dipandang relevan pad akasus. Kemudian, calon pengantin akan dianjurkan untuk dapat menjalani tes yang berbeda. Tes skrining pada calon pengantin biasanya meliputi:

- 1) Penilaian kesehatan umum
- 2) Tes darah
- 3) Pemeriksaan ginekologi

Penilaian kesehatan secara umum pada pasangan calon pengantin akan membantu mengevaluasi status kesehatan pasangan calon pengantin secara keseluruhan. Penilaian yang dilakukan biasanya meliputi:

- 1) Berat badan
- 2) Tinggi

- 3) Tekanan darah
- 4) Fungsi pernapasan
- 5) Fungsi kardiovaskular
- 6) Pemeriksaan payudara
- 7) Pemeriksaan perut

Tes darah pada dasarnya dapat membantu tenaga kesehatan untuk mendeteksi adanya tanda-tanda bahaya yang dapat mengakibatkan kondisi abnormal yang terjadi pada calon pengantin. Ketika calon pengantin datang untuk melakukan pemeriksaan pranikah, tes yang biasanya dilakukan meliputi:

- 1) Tes golongan darah
- 2) Tes serologis
- 3) Tes sesuai dengan Riwayat penyakit yang mendasari, seperti hipertensi dan diabetes
- 4) Tes adanya penyakit keturunan, seperti thalassemia

Pemeriksaan ginekologi dilakukan pada calon pengantin untuk dapat menilai kesehatan sistem reproduksi wanita. Pemeriksaan kesehatan secara umum biasanya menggunakan alat spekulum untuk melihat serviks dan vagina pada calon pengantin wanita. Pemeriksaan Kesehatan secara umum ini membantu mendeteksi adanya kondisi ginekologi dan kelainan pada calon pengantin wanita yang dapat memengaruhi rendahnya peluang kehamilan apabila pasangan tersebut merencanakan kehamilan. Selain itu, ada prosedur khusus yang akan dilakukan kepada calon pengantin wanita seperti pemeriksaan pap smear yang digunakan untuk menilai dan dapat mendeteksi adanya kanker serviks pada wanita. Pada wanita yang ingin mendapatkan kehamilan di masa depan juga perlu untuk melakukan tes tambahan lainnya. Wanita paling subur antara usia 18 dan 35. Setelah jendela itu, kesuburan mereka mulai menurun. Pemeriksaan pranikah dapat membantu mendeteksi kelainan yang mempengaruhi kesuburan, serta meningkatkan kemungkinan kehamilan. USG vagina sering dianjurkan untuk memeriksa sistem reproduksi wanita sebelum hamil. Pemindaian pencitraan memberikan

tampilan yang jelas pada organ reproduksi, membuatnya lebih mudah untuk mendeteksi kelainan dan penyebab yang perlu dikhawatirkan (Murdiningsih, Rohaya, Hindun, & Ocktariyana, 2020).

Berbagai masalah kesehatan dapat muncul jika pasangan melewatkan pemeriksaan pranikah, seperti:

- 1) Buang-buang waktu dan uang yang dihabiskan untuk mengobati masalah kesuburan yang sebenarnya bisa dideteksi dan diobati lebih awal
- 2) Kurangnya perencanaan kehamilan
- 3) Stres dan kecemasan ekstrem selama kehamilan karena kurangnya persiapan dan perencanaan
- 4) Peningkatan risiko komplikasi serius selama kehamilan (misalnya anemia, diabetes, dan gangguan tiroid)
- 5) Komplikasi janin (misalnya keguguran dan persalinan prematur)

Namun, masalah tidak hanya terbatas pada kesehatan, karena pasangan mungkin mengalami tantangan dalam kehidupan pribadi dan hubungan mereka seperti: Masalah pasca-pernikahan:

- 1) Gagal mendapatkan tes kesuburan dapat merusak ikatan di antara pasangan. Dalam beberapa kasus, hasil negatif selama tes pranikah dapat menyebabkan pernikahan dibatalkan. Menghindari ujian sama sekali, di sisi lain, dapat merusak bahkan pernikahan terbesar sekalipun.
- 2) Perawatan mahal yang tidak perlu: Pasangan yang tidak yakin tentang kesuburan mungkin salah arah menuju perawatan mahal. Seringkali, pasangan tidak diberitahu tentang kesuburan mereka ketika mengikuti berbagai perawatan mahal. Perawatan ini akhirnya menjadi tidak efektif, dan bahkan dapat mengakibatkan masalah kesehatan yang serius bagi sebagian orang.

Meskipun pasangan berharap untuk menikah, banyak yang tidak nyaman dengan gagasan pemeriksaan pranikah.

Namun, tes ini merupakan bagian penting dari kesehatan secara keseluruhan.

8.2 Kesehatan Reproduksi Menopause

Menopause adalah waktu dalam kehidupan seorang wanita ketika menstruasi berhenti. Biasanya terjadi secara alami, paling sering setelah usia 45 tahun. Menopause terjadi karena ovarium wanita berhenti memproduksi hormon estrogen dan progesteron. Seorang wanita telah mencapai menopause ketika dia tidak memiliki periode selama satu tahun. Perubahan dan gejala dapat dimulai beberapa tahun sebelumnya, yaitu (Development, 2022):

1) *Hot flashes* dan/atau keringat malam

Hot flashes terjadi karena perubahan kadar estrogen dalam tubuh wanita. Hot flash terdiri dari perasaan panas yang tiba-tiba dan mungkin termasuk kemerahan pada wajah dan leher, bercak merah di dada dan lengan, dan berkeringat diikuti dengan menggigil. Hot flash dapat berlangsung selama 30 detik hingga 10 menit.

2) Sulit tidur

Apakah tidur terganggu karena keringat malam atau alasan lain, kurang tidur jangka panjang dapat menyebabkan kelelahan, kekurangan energi, dan masalah memori.

3) Kekeringan vagina

Selama menopause, banyak wanita mengalami kekeringan pada vagina, yang dapat membuat hubungan seksual menjadi tidak nyaman dan dapat menyebabkan vagina atau saluran kemih. Selain itu, otot kandung kemih dapat melemah, yang dapat menyebabkan kebocoran urin saat bersin, batuk, tertawa, atau berlari. Kondisi ini disebut inkontinensia urin.

4) Perubahan suasana hati

Perubahan suasana hati seperti lekas marah atau cemas dapat terjadi ketika seorang wanita sedang mengalami menopause. Gejala-gejala ini dapat disebabkan oleh perubahan hormon atau faktor gaya hidup, seperti

merawat orang tua yang lanjut usia, yang mungkin terjadi selama masa ini dalam kehidupan seorang wanita.

- 5) Beberapa wanita menemukan bahwa mereka tidak tertarik pada seks, sementara yang lain menemukan bahwa mereka lebih menikmati seks selama tahun-tahun sekitar menopause. Penting untuk dicatat bahwa wanita masih bisa hamil selama perimenopause dan harus mengambil tindakan kontrasepsi . Juga, menopause tidak mengubah risiko tertular penyakit menular seksual .
- 6) Masalah fokus
- 7) Lebih sedikit rambut di kepala, lebih banyak di wajah

Olahraga selama dan setelah menopause menawarkan banyak manfaat, termasuk(Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2021) :

- 1) Mencegah penambahan berat badan. Wanita cenderung kehilangan massa otot dan mendapatkan lemak perut sekitar menopause. Aktivitas fisik secara teratur dapat membantu mencegah penambahan berat badan.
- 2) Mengurangi risiko kanker. Olahraga selama dan setelah menopause dapat membantu menurunkan berat badan berlebih atau mempertahankan berat badan yang sehat, yang mungkin menawarkan perlindungan dari berbagai jenis kanker, termasuk kanker payudara, usus besar, dan endometrium.
- 3) Memperkuat tulang. Olahraga dapat memperlambat pengeroposan tulang setelah menopause, yang menurunkan risiko patah tulang dan osteoporosis.
- 4) Mengurangi resiko penyakit lain. Kenaikan berat badan menopause dapat memiliki implikasi serius bagi kesehatan. Kelebihan berat badan meningkatkan risiko penyakit jantung dan diabetes tipe 2. Olahraga teratur dapat melawan risiko ini.
- 5) Meningkatkan suasana hati. Orang dewasa yang aktif secara fisik memiliki risiko depresi dan penurunan kognitif yang lebih rendah.

Beberapa pilihan olahraga salah satunya:

- 1) Aktivitas aerobik. Aktivitas aerobik dapat membantu menurunkan berat badan berlebih dan mempertahankan berat badan yang sehat. Cobalah jalan cepat, jogging, bersepeda, berenang, atau aerobik air. Jika seorang pemula, mulailah dengan 10 menit sehari dan secara bertahap tingkatkan intensitas dan durasinya.
- 2) Latihan kekuatan. Latihan kekuatan secara teratur dapat membantu mengurangi lemak tubuh, memperkuat otot, dan membakar kalori dengan lebih efisien. Coba mesin beban, beban genggam atau tabung resistensi. Pilih berat atau tingkat resistensi yang cukup berat untuk melelahkan otot setelah sekitar 12 pengulangan. Tingkatkan bobot atau level resistensi secara bertahap saat menjadi lebih kuat.
- 3) Peregangan. Peregangan dapat membantu meningkatkan fleksibilitas. Sisihkan waktu untuk melakukan peregangan setelah setiap latihan, ketika otot hangat dan siap untuk melakukan peregangan.

Stabilitas dan keseimbangan. Latihan keseimbangan meningkatkan stabilitas dan dapat membantu mencegah jatuh. Cobalah latihan sederhana, seperti berdiri dengan satu kaki sambil menyikat gigi. Kegiatan seperti tai chi juga dapat membantu.

DAFTAR PUSTAKA

- Development, E. K. S. N. I. of C. H. and H. 2022. What are the symptoms of menopause? | NICHD. Retrieved 26 September 2022, from <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/menopause/conditioninfo/symptoms>
- Ibrahim, H., Habibi, H., Setiawati, D., & Rahmadhani, R. 2019. *An Exploratory Study on Health Reproduction Understanding and Community Social Control towards Pre-Marital Sex Behaviors among Adolescents in Makassar*. Retrieved from <https://www.impactjournals.us/search?sname=Hasbi+ibrahim&stype=1&jtype=2&submit=Pencarian>
- Jantra. 2022. Premarital Checkup: What It Is and Why It Matters. Retrieved 26 September 2022, from <https://www.pacificprime.co.th/blog/premarital-checkup-what-it-is-and-why-it-matters/>
- Mayo Foundation for Medical Education and Research. 2021. Fitness tips for menopause: Why fitness counts - Mayo Clinic. Retrieved 26 September 2022, from <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/womens-health/in-depth/fitness-tips-for-menopause/art-20044602?p=1>
- Murdiningsih, Rohaya, Hindun, S., & Ocktariyana. 2020. The effect of adolescent reproductive health education on premarital sexual behavior. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 9(4), 327–232. <https://doi.org/10.11591/IJPHS.V9I4.20444>
- Nugraheni, S. A., Martini, M., Kartasurya, M. I., Johan, I., Ambari, R. P., Sulistiawati, E., & Nurchumaida, N. 2018. The Change of Knowledge and Attitude of Bride and Groom Candidate After Reproductive Health Pre-Marital Course by KUA Officer. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 14(1), 126–132. <https://doi.org/10.15294/kemas.v14i1.13495>

- Nursanti, D. P., Kumalasari, E. P., Setyaningsih, A., Siekmans, J., & Wabeke, V. 2022. ANALYSIS OF ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH KNOWLEDGE ON PREMARITAL SEXUAL ATTITUDE. *Journal for Quality in Women's Health*, 5(2), 189–194.
<https://doi.org/10.30994/JQWH.V5I2.160>
- Ortiningsih, R., Kasiati, K., & Handayani, S. 2021. Premarital Counseling Affects Primigravidas' Knowledge and Attitude on Reproductive and Sexual Health. *Jurnal Ners*, 16(1), 49–53.
<https://doi.org/10.20473/JN.V16I1.21401>
- Purnama Sari, I., Nasution, S. L., & Lailatul Alfiah. 2022. Factors Affecting Premarital Sexual Behavior in Adolescents in South Sumatra. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 13(1), 50–61.
<https://doi.org/10.26553/jikm.2022.13.1.50-61>
- Truc, N. N. T. 2012. Pre-marital reproductive health check-up for men | Vinmec. Retrieved 26 September 2022, from <https://www.vinmec.com/en/news/health-news/obstetrics-gynecology-and-assisted-reproductive-technologies-art/pre-marital-reproductive-health-check-up-for-men/>

BIODATA PENULIS

Kinanutul Qomariyah

Dosen di Fakultas Kesehatan Prodi D3 Kebidanan Universitas
Islam Madura

Penulis lahir di Pamekasan, 14 Oktober 1990. Penulis menyelesaikan Pendidikan Sekolah Dasar Di Jarin 1 Kecamatan Pademawu Kabupaten Pamekasan Tahun 2002, Lulus Pendidikan Madrasah Tsanawiyah Di Pondok Pesantren Mambaul Ulum Bata – Bata Tahun 2006, Lulus Pendidikan Madrasah Aliyah Di Pondok Pesantren Mambaul Ulum Bata – Bata Tahun 2009, Lulus Pendidikan D3 Kebidanan Di Universitas Kadiri Tahun 2012, melanjutkan jenjang Pendidikan D4 Pendidik Di Universitas Kadiri Tahun 2013, Lulus Pendidikan Pasca Sarjana Di Stikes Surya Mitra Husada Kediri Tahun 2018, sekarang Mengajar Di Fakultas Kesehatan Prodi D3 Kebidanan Universitas Islam Madura.

Penulis dapat dihubungi melalui kontak No Hp :
085231235789, Email : Kinanutulqomariyah@Gmail.Com

BIODATA PENULIS



Sari Pratiwi Apidianti, M. M., M. Kes
Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Fakultas Kesehatan Universitas Islam Madura

Penulis lahir di Pamekasan tanggal 16 Februari. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan Universitas Islam Madura. Penulis menyelesaikan Pendidikan S2 Kesehatan pada Tahun 2016 di Stikes Surya Mitra Husada Kediri.

BIODATA PENULIS

dr. Bayu Pratama Putra, SP.OG

Dosen Program Studi Pendidikan Dokter
Fakultas Kedokteran Universitas Bosowa Makassar

Penulis lahir di makassar tanggal 10 Desember 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan dokter Fakultas kedokteran, Universitas Bosowa Makassar. Menyelesaikan pendidikan dokter umum di universitas Hasanuddin dan melanjutkan spesialisasi pada bidang obstetri dan ginekologi di universitas yang sama. selain menjadi dosen, penulis juga aktif sebagai dokter obstetri dan ginekologi di beberapa rumah sakit di makassar yaitu RSIA Amanat, RSU Internasional Wisata Universitas Indonesia Timur dan RS TNI-AL Jala Amari makassar. Saat ini penulis sedang menekuni dan meningkatkan kemampuan di bidang literasi dan tertarik untuk membuat tulisan ilmiah berbasis bukti baik dalam bentuk jurnal penelitian , review artikel, artikel ilmiah populer, modul perkuliahan dan buku ajar serta buku referensi.

BIODATA PENULIS



Emi Yunita, M.M.,M. Kes
Dosen Program Studi Kebidanan
Universitas Islam Madura

Penulis lahir di Pamekasan tanggal 11 April 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan, Universitas Islam Madura. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Stikes Icme Jombang, D4 Kebidanan di Ngudia Husada Madura dan melanjutkan Program Pasca Sarjana /S2 Jurusan Managemen SDM di Universitas Wijaya Putra Surabaya dan S2 Kesehatan di IIK Strada Kediri. Penulis dapat dihubungi melalui kontak berikut

Email : fenidanaku@gmail.com

No Hp : 085236459184

BIODATA PENULIS



Ratih Nurani Sumardi, SST., MPH.
Dosen Program Studi Diploma III Gizi
Poltekkes Kemenkes Jayapura

Lahir di Jayapura, pada tanggal 14 September 1977 merupakan Dosen di Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura sejak tahun 2008. Bidang keilmuan adalah Ilmu Gizi. Menyelesaikan pendidikan D III Gizi tahun 1998 pada Akademi Kesehatan Terpadu Jayapura, tempat dimana sekarang Ia bekerja, D-IV Gizi di Universitas Brawijaya tahun 2003 dan S2 IKM di Universitas Gadjah Mada tahun 2011. Pernah menjabat sebagai Ka Prodi D III Gizi Poltekkes Kemenkes Jayapura tahun 2014-2018.

BIODATA PENULIS



Fauzia

Dosen Kebidanan Bogor Poltekkes Kemenkes Bandung

Lahir di langsa, 16 Oktober 1969. Menyelesaikan studinya di FK UISU Medan dan Pasca Sarjana di FKM UI Jakarta. Pernah bertugas di Puskesmas Kutablang Aceh Utara dan Puskesmas Sei Yu, Aceh Timur (Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam) dan Puskesmas Peninggalan Kabupaten Musi Banyuasin Provinsi Sumatera Selatan. Pindah ke Poltekkes Kemenkes Padang pada awal tahun 2005 dan sejak 2007 s.d sekarang bertugas di Prodi Kebidanan Bogor Poltekkes Kemenkes Bandung.

BIODATA PENULIS



Sultina Sarita, SKM., M.Kes

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan Poltekkes
Kemenkes Kendari

Penulis lahir di Kendari, Tanggal 2 Juni 1968. Penulis adalah Dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan Pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari, Menyelesaikan Pendidikan DIII Pada Akademi Keperawatan Banta-bantaeng Ujungpandang Tahun 1990, Pendidikan Bidan Program B pada Akademi Keperawatan Tidung Ujungpandang Tahun 1994, Melanjutkan Jenjang Pendidikan S1 Jurusan Promosi Kesehatan di Universitas Hasanuddin Makassar Tahun 2002, dan melanjutkan Pendidikan S2 Jurusan Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak Universitas Diponegoro Semarang Tahun 2012. Penulis sebagai dosen tetap Jurusan Kebidanan sejak tahun 1996 sampai dengan sekarang.

BIODATA PENULIS



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

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 Dismenorea 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)”. Penerima Penghargaan Inovasi dan P2M Award tahun 2022, Peringkat 1 Kategori Tenaga Pengajar Bidang Sains dan Teknologi, Mendapat Rewards dari Qatar Airways untuk kategori: *Frontline healthcare professionals (doctor, medical practitioner, nurse, paramedic, pharmacist, lab technician and clinical researcher) during the current Covid-19 pandemic tahun 2022*. Dapat dihubungi di kontak: +6285740888008, email: kinantiniken@gmail.com