

# KEPERAWATAN MATERNITAS

SEKSUAL WANITA DAN KESEHATAN BAYI  
MASALAH, DAMPAK DAN PENGGUNAAN ALAT KONTRASEPSI

Hetti Marlina Pakpahan • Winda Nurmayani • Fathiya Luthfil Yumni  
Yuni Puji Widiastuti • Selli Dosriani Sitopu • Jum Natosba



# **KEPERAWATAN MATERNITAS: SEKSUAL WANITA DAN KESEHATAN BAYI: MASALAH, DAMPAK DAN PENGGUNAAN ALAT KONTRASEPSI**

## **Penulis:**

Hetti Marlina Pakpahan, SKM., S.Kep., Ns., M.Kep.  
Winda Nurmayani. M, S.Kep., Ners., MPH.  
Fathiya Luthfil Yumni, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Yuni Puji Widiastuti, S.Kep., M. Kep., Ns.  
Sellia Dosriani Sitopu, S.Kep., Ns., SKM., M.Kes.  
Ns. Jum Natosba, M.Kep., Sp.Kep.Mat



## **Keperawatan Maternitas: Seksual Wanita dan Kesehatan Bayi: Masalah, dampak dan penggunaan Alat Kontrasepsi**

**Penulis:** Hetti Marlina Pakpahan, SKM., S.Kep., Ns., M.Kep.

Winda Nurmayani. M, S.Kep., Ners., MPH.

Fathiya Luthfil Yumni, S.Kep., Ns., M.Kep.

Yuni Puji Widiastuti, S.Kep., M. Kep., Ns.

Selli Dosriani Sitopu, S.Kep., Ns., SKM., M.Kes.

Ns. Jum Natosba, M.Kep., Sp.Kep.Mat.

**Desain Sampul:** Ivan Zumarano

**Tata Letak:** Helmi Syaukani

**ISBN:** 978-634-7097-02-6

**Cetakan Pertama:** Januari, 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

**Copyright © 2025**

**by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

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

Instagram : @bimbel.optimal



**PENERBIT:**

**Nuansa Fajar Cemerlang**

**Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F**

**Jakarta Barat, 11480**

**Anggota IAKPI (624/DKI/2022)**

## **PRAKATA**

Puji Syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena Rahmat dan KasihNya kami dapat menyelesaikan buku **Keperawatan Maternitas: Seksual Wanita dan Kesehatan Bayi: Masalah, dampak dan penggunaan Alat Kontrasepsi**. Buku ini merupakan kolaborasi yang ditulis oleh beberapa dosen dari berbagai Perguruan Tinggi yang kompeten dalam bidang keperawatan Maternitas.

Buku ini dapat terselesaikan karena bantuan, diskusi dan motivasi dari berbagai pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu. Kami penulis mengucapkan terimakasih yang sebanyak-banyaknya.

Akhir kata penulis menyadari bahwa buku ini masih belum sempurna. Kritik dan saran diharapkan demi perbaikan serta perkembangan buku referensi ini.

Desember, 2024

## **Penulis**

## DAFTAR ISI

PRAKATA .....	iii
DAFTAR ISI.....	iv

### **BAB 1 PENINGKATAN BERAT BADAN BAYI YANG DIBERI ASI EKSLUSIF ..... 1**

A. Pendahuluan .....	1
B. Asi Eksklusif .....	1
C. Faktor– faktor yang Mempengaruhi Pemberian ASI eksklusif .....	3
D. Peningkatan Berat Badan Bayi yang diberi ASI Eksklusif.....	4
E. Langkah Menuju Keberhasilan Menyusi Ekslusif (LMKM) .....	5
Referensi.....	8
Glosarium.....	14

### **BAB 2 KUALITAS DAN FUNGSI SEKSUAL WANITA BERDASARKAN AKTIFITAS FISIK DAN PEMAKAIAN KONTRASEPSI..... 15**

A. Pendahuluan .....	15
B. Kualitas Seksual .....	16
C. Fungsi Seksual.....	17
D. Aktivitas Fisik .....	19
E. Kontrasepsi.....	21
F. Perbedaan Kualitas Seksual Pada Wanita Akseptor KB Hormonal dengan KB Non-Hormonal.....	22
G. Kualitas Seksual Wanita yang Aktif Olahraga .....	24
H. Fungsi Seksual Berdasarkan Yoga/Yoga to improve women's sexual function.....	25
I. Penutup .....	26
Referensi.....	27
Glosarium.....	30

### **BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN KANKER SERVIKS ..... 33**

A. Pendahuluan .....	33
B. Definisi Kanker Serviks .....	33
C. Tanda dan gejala .....	34
D. Penyebab Kanker Serviks .....	35
E. Klasifikasi Pertumbuhan Sel Kanker Serviks .....	36
F. Patofisiologi Kanker Serviks .....	38

G. Respon Tubuh Terhadap Perubahan Fisiologis.....	39
H. Pemeriksaan Diagnostik Kanker Serviks .....	41
I. Penatalaksanaan Kanker Serviks.....	42
J. Konsep Asuhan Keperawatan Kanker Serviks Post Kemoterapi.....	45
Referensi.....	55
Glosarium.....	56

## **BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN KANKER PAYUDARA .....57**

A. Pendahuluan .....	57
B. Definisi .....	57
C. Tanda dan Gejala .....	58
D. Pemeriksaan Penunjang.....	58
E. Penatalaksanaan.....	59
F. Pathway Ca Mammae.....	61
Referensi.....	73
Glosarium.....	74

## **BAB 5 ASUHAN KEPERAWATAN HIPEREMESIS GRAVIDARUM.....75**

A. Pendahuluan .....	75
B. Definisi .....	75
C. Adaptasi Fisik dan Psikologis Terhadap Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum.....	77
D. Pathway .....	79
E. Tanda dan Gejala pada Hiperemesis Gravidarum .....	80
F. Pemeriksaan Penunjang Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum.....	80
G. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum.....	81
Referensi.....	91
Glosarium.....	93

## **BAB 6 ASUHAN KEPERAWATAN PREEKLAMSIA .....95**

A. Pendahuluan .....	95
B. Definisi .....	95
C. Faktor resiko.....	95
D. Klasifikasi Preeklamsia .....	97
E. Manifestasi klinis .....	97
F. Patofisiologi.....	98

G. Pemeriksaan Penunjang.....	100
H. Penatalaksanaan preeklamsia.....	101
I. Pathway .....	102
J. Diagnosa Keperawatan .....	103
Referensi.....	108
Glosarium.....	110

## **BAB 7 UPAYA PENCEGAHAN STUNTING MELALUI PEMBERIAN STANDART EMAS MAKANAN BAYI .....111**

A. Pendahuluan .....	111
B. Stunting .....	112
C. Inisiasi Menyusu Dini .....	116
D. Asi Eksklusif.....	119
E. Mp-Asi Makanan Keluarga .....	122
F. Pemberian Asi Minimal Samapi Usia 24 Bulan.....	125
G. Penutup .....	125
Referensi.....	126
Glosarium.....	129

## **BAB 8 PENGETAHUAN IBU TENTANG ALAT KONTRASEPSI .....131**

A. Pendahuluan .....	131
B. Pengetahuan.....	131
C. Metode Keluarga Berencana.....	133
D. Pemilihan alat kontrasepsi Berdasarkan Tahapan masa reproduksi .....	145
E. Penutup .....	147
Referensi.....	148
Glosarium.....	150

## **BAB 9 PREVALENSI DAN KORELASI TRAUMA SEKSUAL DI AREA PENDIDIKAN.....151**

A. Pendahuluan .....	151
B. Kekerasan Seksual di Area Pendidikan.....	152
C. Jenis kekerasan Seksual di Area Pendidikan.....	153
D. Prevalensi kekerasan Seksual di Area Pendidikan .....	159
E. Trauma Seksual di Area Pendidikan.....	165
F. Pencegahan kekerasan seksual di area pendidikan.....	168

G. Fenomena kekerasan seksual di area pendidikan Pada Pandemi COVID-19 .....	185
H. Peran Perawat dalam mencegah kekerasan seksual di area pendidikan .	186
I. Penutup .....	190
Referensi.....	191
Glosarium.....	193
<b>PROFIL PENULIS .....</b>	<b>195</b>



# BAB 1

## PENINGKATAN BERAT BADAN BAYI YANG DIBERI ASI EKSLUSIF

### A. Pendahuluan

Indikator tumbuh kembang bayi normal dapat dilihat dari kenaikan berat badan bayi enam bulan pertama sebesar rata-rata 500 gram perbulan. Air Susu Ibu (ASI) merupakan asupan nutrisi yang terbaik untuk bayi, karena kandungan ASI tidak terdapat pada sumber-sumber makanan di luar ASI (Kemenkes RI 2021). *Menurut World Health Organization (WHO)* ASI Eksklusif adalah pemberian ASI kepada bayi usia 0-6 bulan tanpa memberikan makanan dan minuman tambahan diluar ASI. Bayi yang diberi ASI Eksklusif akan memberikan dampak pada kualitas tumbuh kembang bayi dan kesehatan bayi. Salah satu manfaat dari pemberian ASI Ekslusif adalah peningkatan berat badan bayi. Berat badan bayi akan meningkat dua kali lipat dari berat lahir pada usia 6 bulan dan meningkat tiga kali lipat dari berat lahir pada usia 12 bulan. Angka inisiasi menyusui dini (IMD) juga turun dari 58,2 persen pada tahun 2019 menjadi 48,6 persen pada tahun 2021 (UNICEF Indonesia, 2022) Data dari profil kesehatan Indonesia tahun 2021, cakupan pemberian ASI Ekslusif di Indonesia sebesar 69,7%. Namun, hanya 38% bayi yang berusia 0-6 bulan di dunia yang mendapatkan ASI eksklusif.<sup>1</sup> ASI sebagai makanan terbaik untuk bayi yang merupakan pemberian Tuhan yang tidak dapat ditiru oleh para ahli dalam bidang pembuatan makanan bayi sehingga pemberian ASI akan sangat mempengaruhi pertumbuhan maupun perkembangan bayi yang akhirnya sangat mempengaruhi status gizinya dan juga peningkatan berat badannya.

### B. Asi Eksklusif

Kemenkes RI (2021) menyatakan Air Susu Ibu (ASI) merupakan asupan yang terbaik untuk bayi. ASI juga mengandung antibodi yang membantu melindungi bayi dari infeksi. Menurut jurnal ilmiah *Breastfeeding Medicine Journal, The Science of Breastfeeding and Brain Development* : ASI eksklusif mengandung semua nutrisi yang dibutuhkan bayi, termasuk protein, lemak, karbohidrat, vitamin, dan mineral dalam proporsi yang tepat. ASI yang diberikan adalah pada

bayi berusia 0 sampai 6 bulan tanpa memberikan makanan dan minuman tambahan.

Pemberian ASI ekslusif memberikan dampak pada penurunan angka morbiditas dan angka mortalitas pada bayi, selain itu akan mengoptimalkan tumbuh kembang bayi dan meningkatkan ikatan antara ibu dan bayi. Sejalan dengan pendapat tersebut Dhita dkk., (2023); Martín-Rodríguez dkk.,(2022) menyatakan pemberian ASI eksklusif telah terbukti bermanfaat termasuk pengurangan risiko kelebihan berat badan, peningkatan fungsi kognitif, peningkatan kecerdasan, peningkatan keterampilan motorik, perkembangan mikrobiota yang sehat, mengurangi risiko kanker masa kanak-kanak dan diabetes, peningkatan penglihatan dan bicara, pencegahan alergi, dan stunting.

Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2022 menunjukkan prevalensi ASI Eksklusif secara nasional sebesar 67,96%, tentu saja hal ini masih jauh dari yang diharapkan. Pemberian ASI ekslusif akan efektif jika setiap ibu menjadikan menyusui sebagai suatu kebiasaan sebagaimana yang disampaikan Jebena & Tenagashaw (2022) pemberian ASI eksklusif merupakan sebuah kebiasaan yang penting yang secara signifikan mempengaruhi kesehatan bayi baru lahir dan kesejahteraan. Tumbuh kembang bayi sangat ditentukan dengan asupan nutrisi yang didapatkan dari ibunya oleh karena itu bayi baru lahir mempunyai hak untuk hidup dan mendapatkan nutrisi yang terbaik dari ibunya. Sebagaimana yang telah ditetapkan pemerintah didalam Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 28 Tahun 2024 menyatakan "Setiap bayi berhak memperoleh air susu ibu eksklusif sejak dilahirkan sampai usia 6 (enam) bulan, kecuali atas indikasi medis," pasal 4 ayat 1 PP Kesehatan. Ayat 2 pasal tersebut juga menyebutkan, pemberian ASI dilanjutkan sampai dengan usia dua tahun disertai pemberian makanan pendamping. Menurut aturan tersebut, pemberian ASI ekslusif memiliki beberapa tujuan, di antaranya untuk memenuhi kebutuhan bayi untuk tumbuh kembang yang optimal, meningkatkan daya tahan tubuh bayi, hingga mencegah penyakit dan kematian. Sebelumnya telah dikeluarkan peraturan sebagai salah satu upaya signifikan yang telah dilakukan oleh pemerintah dengan mengeluarkan PP No. 33 tahun 2012 mengenai Pemberian ASI Eksklusif, melalui PP ini pemerintah memformalkan hak perempuan untuk menyusui (termasuk di tempat kerja) dan melarang promosi pengganti ASI. Program lain yang telah ada ialah "Pekan ASI Sedunia" setiap minggu pertama bulan Agustus setiap tahunnya diperingati sebagai *World Breastfeeding Week* yang telah dimulai sejak tahun 1992 di Indonesia dimana tujuannya untuk meningkatkan kesadaran semua pihak tentang pentingnya ASI bagi bayi, sehingga ibu menyusui perlu memperoleh

dukungan dari semua pihak. Karena menyusui melibatkan ibu dan pendukung terdekatnya, maka dibutuhkan Perlindungan Sosial Orang tua yang adil gender. Perlindungan sosial orang tua yang adil gender mencakup beberapa hal, seperti cuti hamil/melahirkan bagi ibu dan ayah, bahkan cuti berbayar serta dukungan tempat kerja dapat membantu menciptakan lingkungan yang memungkinkan untuk dapat menyusui, baik pada sektor kerja formal maupun informal (Kemenkes RI, 2019). Untuk mempercepat terlaksananya tujuan maka berbagai kegiatan dilaksanakan di Pusat maupun didaerah (provinsi, kabupaten dan kota ).

### **C. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemberian ASI eksklusif**

---

Menurut (Peate & Hamilton, 2015) keberhasilan menyusui secara awal dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu, posisi dan *attachment* yang kurang baik, pemberian ASI yang jarang dan pengeluaran ASI yang kurang efektif, manajemen menyusui yang kurang baik, masalah pada puting susu, dan kombinasi dari semua masalah tersebut. Pemberian ASI eksklusif di Indonesia dipengaruhi berbagai faktor diantaranya: pendidikan sekolah dasar, pernikahan, dan tingkat pengetahuan ibu sangat terkait dengan pemberian ASI eksklusif; namun, multiparitas, paparan media, atau pendidikan ayah juga sangat berpengaruh (Gayatri, 2021). Pendidikan dasar seorang ibu menguntungkan untuk mempertahankan ASI eksklusif hingga 6 bulan (Laksono et al., 2021). Ini mungkin karena ibu yang menyelesaikan sekolah dasar lebih cenderung memahami manfaat kesehatan dari menyusui (Azad et al., 2021). Perempuan harus melek huruf untuk mempertahankan lamanya pemberian ASI eksklusif, memperoleh informasi terkait kesehatan, meningkatkan kepercayaan diri mereka, dan menolak kepercayaan dan praktik tradisional yang berbahaya (Larrea-killinger et al., 2020). Jika dibandingkan dengan ibu dengan pendidikan menengah ternyata memiliki lebih sedikit kesempatan untuk menyusui bayi mereka secara eksklusif (Noble et al., 2023).

Kemampuan seorang wanita untuk menyusui adalah berkurang secara nyata ketika dia kembali bekerja jika tersedia istirahat menyusui, jika dapat diakses atau terjangkau perawatan bayi berkualitas di tempat kerjanya, dan jika tersedia (Minami et al., 2023).

Keterlibatan ayah sangat penting mempromosikan pemberian ASI eksklusif selama ini fase awal pascapersalinan. Partisipasi ayah dan dukungan dapat berdampak signifikan terhadap ibu tercapainya pemberian ASI eksklusif. Namun, tradisi budaya, pengetahuan, sikap, dan perilaku terhadap ayah keterlibatan dalam pemberian ASI eksklusif bisa menghambat kesuksesan (Agrawal et al., 2022). Ratnasari et al., (2017) menyimpulkan bahwa ibu dengan suami

berpendidikan tinggi memiliki kemungkinan 2,68 kali lebih tinggi untuk memberikan ASI eksklusif dibandingkan ibu dengan suami berpendidikan rendah. Fitri et al., dan Atika et al.,(2017) menyimpulkan bahwa dukungan suami berhubungan dengan menyusui eksklusif pada ibu (pengetahuan, pengalaman menyusui, dan nilai-nilai atau adat budaya).

#### **D. Peningkatan Berat Badan Bayi yang diberi ASI Eksklusif**

---

Pemberian ASI eksklusif pada bayi memberi pengaruh terhadap kenaikan berat badan bayi karena ASI memiliki kandungan yang sesuai dengan kebutuhan bayi sehingga berat badan bayi akan mengalami kenaikan yang normal dan terhindar dari masalah status gizi baik masalah kekurangan gizi maupun kelebihan gizi. Untuk mencapai kenaikan berat badan bayi yang normal dan keberhasilan menjalankan program ASI eksklusif, maka ASI harus diberikan pada bayi sesuai dengan frekuensi dan durasi yang baik. Nutrisi ibu yang memberikan ASI Eksklusif juga harus menjadi perhatian.

Kualitas ASI sangat ditentukan dengan asupan Nutrisi yang yang baik. Jika ibu memiliki nutrisi yang baik maka kandungan ASI juga baik, oleh karena itu selama ibu memberikan ASI Eksklusif dianjurkan untuk makan-makanan yang memiliki gizi seimbang. Banyak penelitian yang telah dilakukan tentang bagaimana bayi yang diberi ASI Ekslusif memiliki dampak pada peningkatan berat badan bayi dibanding dengan bayi yang tidak diberikan ASI eksklusif. Kumar et al, (2017) menyatakan ada perbedaan berat badan bayi yang diberi ASI ekslusif dengan susu formula, bayi yang diberi Asi ekslusif memiliki rata-rata berat badan yang lebih tinggi dibandingkan dengan bayi yang diberi susu formula. Kurniawan et al.,(2018) bayi yang diberikan ASI eksklusif lebih banyak mengalami pertambahan berat badan yang normal dan cepat dibandingkan bayi yang diberikan susu formula, MP-ASI dan keduanya. Hasil penelitian Astutik & Purwanti (2021) menunjukkan terdapat hubungan antara pemberian ASI eksklusif dengan penambahan berat badan sehingga semakin sering ASI eksklusif diberikan maka penambahan berat badan bayi akan semakin signifikan. Rahmad et al (2022), bayi yang diberikan ASI eksklusif maka penambahan berat badan bayi akan sinigfikan dimana bayi yang diberikan ASI eksklusif memiliki status gizi yang lebih baik dari pada bayi yang tidak diberi ASI eksklusif. Pertambahan berat pada bayi yang menyusui eksklusif tidak menyebabkan bayi mengalami kemungkinan kelebihan berat badan (*overweight*) dan obesitas serta berat badan yang diperoleh selama 6 bulan pertama kehidupan bayi merupakan manifes bagi berat badan pada periode selanjutnya.Penambahan berat badan bayi yang diberi ASI eksklusif karena ASI ASI merupakan sumber gizi yang sangat ideal dengan

komposisi yang seimbang karena disesuaikan dengan kebutuhan bayi pada masa pertumbuhannya. ASI adalah makanan yang paling sempurna, baik kualitas maupun kuantitasnya.

## **E. Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui Ekslusif (LMKM)**

---

Pemerintah berusaha untuk meningkatkan capaian peningkatan pemberian ASI ekslusif di Indonesia. Berbagai langkah dilakukan salah satunya merujuk kepada sepuluh langkah menuju keberhasilan menyusui ekslusif (WHO, (2010). Ada sepuluh langkah Keberhasilan ibu menyusui ASI ekslusif :

- 1a. Comply fully with the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes and relevant World Health Assembly resolutions.*  
Langkah pertama dibagi menjadi dalam tiga bagian, yakni mematuhi kode internasional pemasaran pengganti ASI dan menetapkan kebijakan peningkatan pemberian ASI yang secara rutin dikomunikasikan kepada semua petugas,
- 1b. Have a written infant feeding policy that is routinely communicated to staff and parents.*  
Langkah kedua, melakukan pelatihan bagi petugas untuk menerapkan kebijakan yang telah dibuat
- 1c. Establish ongoing monitoring and data-management systems.*  
Langkah ketiga, yakni memberikan penjelasan kepada ibu hamil tentang manfaat menyusui dan penatalaksanaannya yang dimulai dari masa kehamilan, masa bayi lahir, sampai anak umur 2 tahun.
- 2. Ensure that staff have sufficient knowledge, competence and skills to support breastfeeding.*  
Langkah keempat, yakni membantu ibu mulai menyusui bayinya dalam 60 menit setelah melahirkan di ruang bersalin,
- 3. Discuss the importance and management of breastfeeding with pregnant women and their families.*  
Langkah kelima, yakni membantu ibu untuk memahami cara menyusui yang benar dan cara mempertahankan menyusui meski ibu dipisah dari bayi atas indikasi medis,
- 4. Facilitate immediate and uninterrupted skin-to-skin contact and support mothers to initiate breastfeeding as soon as possible after birth.*  
Langkah keenam, yakni membantu ibu untuk memahami cara menyusui yang benar dan cara mempertahankan menyusui meski ibu dipisah dari bayi atas indikasi medis,
- 5. Support mothers to initiate and maintain breastfeeding and manage common difficulties.*  
Langkah ketujuh, yakni membantu ibu untuk memahami cara menyusui yang benar dan cara mempertahankan menyusui meski ibu dipisah dari bayi atas indikasi medis,
- 6. Do not provide breastfed newborns any food or fluids other than breast milk, unless medically indicated.*

Langkah keenam, yakni tidak memberikan makanan atau minuman apapun selain ASI kepada bayi baru lahir,

7. *Enable mothers and their infants to remain together and to practise rooming-in 24 hours a day.*  
Langkah ketujuh, yakni melaksanakan rawat gabung dengan mengupayakan ibu bersama bayi 24 jam sehari,
8. *Support mothers to recognize and respond to their infants' cues for feeding.*  
Langkah kedelapan, yakni membantu ibu menyusui semau bayi semau ibu, tanpa pembatasan terhadap lama dan frekuensi menyusui,
9. *Counsel mothers on the use and risks of feeding bottles, teats and pacifiers.*  
Langkah kesembilan, yakni tidak memberikan dot atau kempeng kepada bayi yang diberi ASI,
10. *Coordinate discharge so that parents and their infants have timely access to ongoing support and care.*

Langkah kesepuluh, yakni mengupayakan terbentuknya kelompok pendukung ASI di masyarakat dan merujuk ibu kepada kelompok tersebut ketika pulang dari rumah sakit/rumah bersalin/sarana pelayanan kesehatan

Sepuluh langkah yang telah ditetapkan WHO menjadi dasar bagi Indonesia untuk mengimplementasikannya. Diperlukan regulasi atau kebijakan untuk mendukung keberhasilan menyusui eksklusif. Disamping itu diperlukan dukungan bagi ibu menyusui bayi secara eksklusif dari semua pihak yang terkait. Petugas kesehatan di daerah, kader-kader kesehatan di desa sampai dusun. Dukungan keluarga terutama suami merupakan dukungan yang utama untuk keberhasilan menyusui. Dorongan suami kepada istri dengan meyakinkan bahwa dapat menyusui dengan baik dengan melakukan IMD. Kesiapan Ibu untuk menyusui bayinya selama 6 bulan tanpa memberikan makanan dan minuman selain ASI menjadi penting. Kemauan dan kesiapan ibu secara psikologis akan mempengaruhi produksi ASI yang keluar. Stress, khawatir, ketidakbahagiaan ibu pada periode menyusui sangat berperan dalam menghamburkan pemberian ASI eksklusif. Keluarga yang ada dilingkungan Ibu juga memberi peranan penting untuk keberhasilan menyusui eksklusif, sehingga ibu akan percaya diri dapat menyusui secara eksklusif. Sikap yang optimisme Ibu dan selalu berpikir positif, bahwa semakin banyak ibu memberikan ASI maka semakin banyak pula produksi ASI yang dihasilkan, sehingga kebutuhan bayi terpenuhi (Rayhana & Sufriani, 2017).

Keberhasilan dalam memberi ASI pada bayi secara eksklusif sebaiknya disiapkan sejak dini, karena seseorang yang akan menjadi ibu fisik dan

psikologisnya harus siap serta selalu mendapat dukungan dari pihak keluarga. Air Susu Ibu (ASI) adalah makanan pokok utama bagi bayi baru lahir dan memiliki berbagai macam manfaat. ASI dapat berhasil terpenuhi dengan baik karena adanya beberapa faktor yang mempengaruhi dalam keberhasilan dalam menyusui, diantaranya adalah :

a) Faktor eksternal

Merupakan faktor dari luar yang dapat mempengaruhi ibu dalam pemberian ASI eksklusif yaitu dengan adanya perubahan sosial budaya, dukungan dari tenaga kesehatan, gencarnya promosi susu formula dan peran suami dalam berpartisipasi pada proses pemberian ASI eksklusif.

b) Faktor internal atau karakteristik dari ibu

Merupakan faktor dari dalam, yang meliputi tingkat pengetahuan dan pendidikan ibu, pekerjaan yang dilakukan ibu, usia ibu pada saat kehamilan dan melahirkan, paritas serta etnis. Kemudian ada karakteristik yang berasal dari bayi, yaitu berat badan bayi ketika lahir dan kondisi kesehatan bayi, konseling laktasi, tempat persalinan serta penolong persalinan(Amir, 2018).

## Referensi

- Amir, A. (2018). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemberian Asi. 25, 47–54.
- Atika Z, Salimo H, Dewi YLR.(2018) Multilevel Analysis on the Determinants of Exclusive Breastfeeding at Gunung Anyar Community Health Center, Surabaya, Indonesia. Journal of Maternal and Child Health. 2018;3(3):176–83. 31.
- Arifah I, Rahayuning D, Rahfiludin MZ.(2014) Father's Role on the Exclusive Breastfeeding Practice. KESMAS. 2014;8(2):83–92.
- Agrawal, J., Chakole, S., & Sachdev, C. (2022). The role of fathers in promoting exclusive breastfeeding. Cureus. <https://doi.org/10.7759/cureus.30363>
- Al Rahmad, A. H., Khazanah, W., Erwandi, E., Novita, R., Iskandar, I., & Hijriah, U. (2022). Media Booklet Sebagai Media Edukasi Gizi Terhadap Peningkatan Perilaku Ibu Dalam Penanganan Bayi Berat Badan Lahir Rendah. Ghidza: Jurnal Gizi dan Kesehatan, 6(1), 47-55.
- Amin, W., Wayan Agung Indrawan, I., & Sriwahyuni, E. (2014). Pengaruh Faktor Sosial Ibu terhadap Keberhasilan Menyusui pada Dua Bulan Pertama. Jurnal Kedokteran Brawijaya, 28(2), 146–151. <https://doi.org/10.21776/ub.jkb.2014.028.02.16>
- Breastfeeding Medicine Journal*. Diakses pada 2023. The Science of Breastfeeding and Brain Development.
- Budiat, T., Setyowati, S., Adjie, S., & Gunawijaya, J. (2022). Fathers' role in sustainability of exclusive breastfeeding practice in postcesarean-section mothers. In Journal of Public Health Research (Vol. 11). <https://doi:10.4081/jphr.2021.2744mpo> Store
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI 2018. Jakarta:Kementerian Kesehatan RI.
- Cascone, D., Tomassoni, D., Napolitano, F., & Giuseppe, D. G. (2019). Evaluation of Knowledge, Attitudes, and Practices about Exclusive Breastfeeding among Women in Italy. International Journal of Environmental Research and Public Health, 16, 2118.
- Destyana, R. M., Angkasa, D., & Nuzrina. R. (2018). Hubungan Peran Keluarga dan Pengetahuan Ibu Terhadap Pemberian ASI di Desa Tanah Merah Kabupaten Tanggerang. Indonesian Journal of Human Nutrition, 5(1), 41-50.
- Dinas Kesehatan Aceh. (2019). Profil Kesehatan ACEH Tahun 2019. Banda Aceh:Dinkes Aceh. Fuiziarti, E., Isnaniah., & Yuniarti. (2020). Faktor Yang Berhubungan Dengan Pemberian ASI Eksklusif Di Wilayah Kerja Puskesmas Karang Intan 1 Tahun 2020. Jurnal

- Effendi & Susilawati. (2020). Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Pemberian Asi Eksklusif Di Wilayah Kerja Puskesmas Pondok Ranji Tahun 2019. Jurnal Kesehatan STIKes Banten RI, 8(1), 14–23.
- Eka Andriany 1 , Aripin Ahmad2 , Cut Yuniwati (2013) PERBEDAAN PERTUMBUHAN BERAT BADAN BAYI ASI EKSLUSIF DAN NON EKSLUSIF DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS PEUKAN BADA KABUPATEN ACEH BESAR Idea Nursing Journal Vol. IV No. 2 2013 ISSN : 2087-2879
- Feriyal, F., Dewina, M. ., & Wati, W. (2024). Faktor-faktor yang mempengaruhi ibu tidak memberikan asi eksklusif di Desa Sukra Wetan Kecamatan Sukra Kabupaten Indramayu tahun 2022. *Nautical : Jurnal Ilmiah Multidisiplin Indonesia*, 2(11). <https://doi.org/10.55904/nautical.v2i11.639>
- Fitri N, Lestari Y, Evareny L.(2017) The Relation Between Husband Support with Exclusive Breastfeeding in Baby Age 6-12 Months in Air Dingin Health Center. Journal of Midwifery. 2017;2(2):74–81. 30.
- Gayatri, M. (2021). Exclusive Breastfeeding Practice in Indonesia: A Population-Based Study. Korean Journal of Family Medicine, 42(5), 395–402. <https://doi.org/10.4082/kjfm.20.0131>
- Goyal, M., Singh, P., & Melana, N. (2020). Review of Care and Management of Pregnant Women During COVID-19 Pandemic. Taiwanese Journal of Obstetrics and Gynecology.
- Hamze, L., Mao, J., & Reifsnyder, E. (2019). Knowledge and attitudes towards breastfeeding practice: A cross-sectional survey of postnatal mother in china. Midwifery, 74. 68-75.
- Hatta., Herman. Nuryani. & Mikke. (2021). Pengetahuan dan Sikap Berhubungan dengan Pemberian ASI Eksklusif pada Baduta. Gorontalo Journal of Nutrition Dietetic.1(1). 7-15. Idea Nursing Journal Vol. XIII No. 3 2022 ISSN : 2087-2879, e-ISSN : 2580 – 2445 14
- Henry, B. A., Nicolau, A. I. O., Americo, C. F., Ximenes, L. B., Bernheim, R. G., & Oria, M. O. B. (2010). Socio-Cultural Factors Influencing Breastfeeding Practices among Low-Income Women in Fortaleza-Ceara-Brazil: a Leininger's Sunrise Model Perspective. Enfermeria Global.
- Ida & Irianto, J. (2015). Pemberian Dukungan untuk Menyusui ASI eksklusif Enam Bulan di Puskesmas Kemiri Muka Depok Jawa Barat Tahun 2011. Depok: Jurnal FKM-UI.
- Ida & Irianto, J. (2015). Pemberian Dukungan untuk Menyusui ASI eksklusif Enam Bulan di Puskesmas Kemiri Muka Depok Jawa Barat Tahun 2011. Depok: Jurnal FKM-UI.
- Juliani, S., & Arma, N. (2018). Hubungan Pengetahuan, Sikap, Dan Dukungan Tenaga Kesehatan Dengan keberhasilan ASI eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas

- Darussalam Kecamatan Medan petisah. Jebena, D. D., & Tenagashaw, M. W. (2022). Breastfeeding practice and factors associated with exclusive breastfeeding among mothers in Horro District, Ethiopia: A community-based cross-sectional study. PLoS ONE, 17(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267269>
- Jurnal Bidan Komunitas, 1(3), 115.
- Kemenkes RI. (2020). Pedoman Bagi Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, dan Bayi Baru Lahir Di Era Pandemi COVID-19. Jakarta: Direktorat Kesehatan Keluarga, Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2020). Pedoman Pekan Asi Sedunia (PAS) Tahun 2020. Jakarta
- Kementerian Kesehatan RI. Kemenkes RI. (2020). Data Dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2019. Kemenkes RI. (2019). Pedoman Pekan Asi Sedunia (PAS) Tahun 2019. Jakarta: Direktorat Gizi Masyarakat Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI. (2020). Data Dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2019. Jakarta: Kemenkes RI.Jakarta: Kemenkes RI
- Kuchenbecker J, Jordan I, Reinbott A, Herrmann J, Jeremias T, Kennedy G, et al. Exclusive breastfeeding and Its Effect on Growth of Malawian Infants: Results From A Cross Sectional Study. Paediatrics International Child Health. 2015;35(1):14–23
- J Kuchenbecker, I. J. (2015). Exclusive Breastfeeding And Its Effect On Growth Of Malawian Infants: Results From A Cross-Sectional Study. Paediatr. Int. Child Health, 35(1): 14–23
- Kurniawan J, Anggraini A, Julia M. Infant Feeding Practice on Growth Velocity in 4-6 Month-olds. Paediatrica Indonesiana. 2018;58(1):36-41.
- Kumar Singh A, Kumar Singh R, Sah RP, Ahmad E, Alam Ansari A, Mansuri Islam M. Comparison of Growth Pattern in Neonates on Breast Feed Versus Formula Feed. Med Phoenix. 2017;2(1):18-23.
- Literatur Review Suci Anggraeni\* , Debora Benge D4 Kebidanan, Fakultas Keperawatan dan Kebidanan. Journal for Quality in Women's Health Vol. 5 No. 1 March 2022 | pp. 42 - 51 p-ISSN: 2615-6660 | e-ISSN: 2615-644
- Minami, Y., Miyashita, M., Ishida, T., at al. (2023). Maternal lifestyle and nutrient intakes during pregnancy and exclusive breastfeeding in relation to risk factors for breast cancer: The Japan Environment and Children's Study. Preventive Medicine, 168, 107446. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2023.107446>
- Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan & Perlindungan Anak Republik Indonesia Peraturan Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan Dan Perlindungan

Anak Republik Indonesia Nomor 03 Tahun 2010 Tentang Penerapan Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui

Noble, L., Hand, I. L., & Noble, A. (2023). The Effect of Breastfeeding in the First Hour and RoomingIn of Low-Income, Multi-Ethnic Mothers on In-Hospital, One and Three Month High Breastfeeding Intensity. Children, 10(2). <https://doi.org/10.3390/children10020313>

PERATURAN PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA NOMOR 33 TAHUN 2012 TENTANG PEMBERIAN AIR SUSU IBU EKSKLUSIF

Partiwi dan Purnawati. 2008. Kendala pemberian ASI eksklusif dalam bedah ASI. Jakarta: IDAI

Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 28 Tahun 2024 Peraturan itu salah satunya mengatur hak bayi untuk memperoleh air susu ibu atau ASI.

Permatasari, T. A. E., Sudiartini, N. W. (2019). Do Health Workers Play a Role in Exclusive Breastfeeding among Working Mothers in Industrial Area?. J Nutr Sci Vitaminol, 66. S94-S98. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2018).

Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

Linda Puji Astutik<sup>1</sup>, Heni Purwanti (2021) PEMBERIAN ASI EKSKLUSIF DENGAN PENAMBAHAN BERAT BADAN BAYI USIA 6 BULAN Indonesian Journal for Health Sciences Vol.5, No.2, September 2021, Hal.114-119 ISSN 2549-2721 (Print), ISSN 2549-2748 (Online)

Ratnasari D, Paramashanti BA, Hadi H, MNurs AYN, Astuti D, Nurhayati E. Family Support and Exclusive Breastfeeding among Yogyakarta Mothers in Employment. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition. 2017;26(S1):s31–5

Rini Herdiani, N. U. (2019). Hubungan Pekerjaan ,Paritas dan Dukungan petugas Kesehatan Terhadap Pemberian ASI Ekslusif. Jurnal Aisyiyah Medika, 4(2), 165– 173.

Rayhana, & Sufriani. (2017). Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Produksi ASI Dengan Kecukupan ASI. Jurnal Ilmiah Mahasiswa - Unsyiah, 1–11.

Sulasmi, S., Mufdlilah, M., & Rosyida, L. (2021). Factors affecting the failure of exclusive breastfeeding practice: a scoping review. Journal of Health Technology Assessment in Midwifery, 4(2), 117–129.

Sesilia Serly Kebo<sup>1\*</sup> , Dominicus Husada<sup>2</sup> , Pudji Lestari<sup>3</sup>. (2021) FACTORS AFFECTING EXCLUSIVE BREASTFEEDING IN INFANT AT THE PUBLIC HEALTH CENTER OF ILE BURA Indonesian Midwifery and Health Sciences Journal Available online at: <http://e-journal.unair.ac.id/index.php/IMHSJ>

Salvatore, C. M., Han, J. Y., Acker, K. P., Tiwari, P., Jin, J., Brandler, M., Cangemi, C., Gordon, L., Parow, A., DiPace, J., & DeLaMora, P. (2020). Neonatal

- management and outcomes during the COVID-19 pandemic: an observation cohort study. *The Lancet. Child & adolescent health*, 4(10), 721–727.
- Sarwono, S. W. (2013). Pengantar Umum Psikologi. Jakarta:Bulan Bintang. Septikasari, M. (2018). Status Gizi Anak Dan Faktor Yang Mempengaruhi. Yogyakarta: UNY Press.
- Sulistyowati, I., Cahyaningsih, O., & Alfiani, N. (2020). Dukungan Keluarga Dalam Pemberian ASI Eksklusif. *Jurnal SMART Kebidanan*. 7(1), 47- 51. Sutanto A, (2018). Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Walters, D., Horton, S., Siregar, A. Y. M., Pitriyan, P., Hajeebhoy, N., Mathisen, R., Phan, L. T. H., & Rudert, C. (2016). The cost of not breastfeeding in Southeast Asia. *Health Policy and Planning*, 31(8), 1107–1116.
- World Health Organization. 2019. Pekan Menyusui Sedunia. [Http://Www.  
Unicef.Or](http://www.unicef.org)
- WHO/UNICEF. Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding Policy Brief(WHO/NMH/NHD/14.7). Geneva: World Health Organization; 2014
- Skala Kesehatan, 11(2). Giuliani, C., Li Volsi, P., Brun, E., Chiambretti, A., Giandalia, A., Tonutti, L., Di Bartolo, P., & Napoli, A. (2020). Breastfeeding during the COVID-19 pandemic: Suggestions on behalf of woman study group of AMD. *Diabetes research and clinical practice*, 165, 108239.
- MO, O., AS, U., & H, A. (2011). Knowledge and practice of exclusive breastfeeding in Kware, Nigeria. *African Health Sciences*, 11(3), 518-523.
- Mungiria, D. M., Tuitoek, P., Valpolatai, A., Ngotho, D., & Murage, E. K. (2019). Effectiveness of community health workers in improving early initiation and exclusive breastfeeding rates in a low-resource setting: A cluster-randomized longitudinal study. *Food Sci Nutr*. 8. 2719-2727
- Rizkiah. (2019). Faktor-faktor yang berhubungan dengan rendahnya pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas kacang pedang Kota Pangkal pinang.
- Wiani. (2019). Gambaran faktor penyebab rendanya pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja puskesmas wakaokili kabupaten buton provinsi sulawesi tenggara. Poltekkes Kemenkes Kendari.
- World Health Organization. (2014). Global nutrition targets 2025: breastfeeding policy brief. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/149022>
- World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2015). Advocacy strategy: breastfeeding advocacy initiative, for the best start in life. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/152891>

- World Health Organisation (WHO). (2018). Exclusive Breastfeeding. Retrieved from [http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive\\_breastfeeding/en/](http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/).
- World Health Organisation (WHO). (2018). The World Health Organization's Infant Feeding Recommendation. Retrieved from [http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding\\_recommendation/en/](http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/en/).
- Unicef. (2018). Capture The Moment. <https://www.unicef.org/eca/media/4256/file/Capture-the-moment-EIBReport.pdf>
- WHO. (2019). *Ten steps to successful breastfeeding.* Diaksesdari situs <https://www.who.int/activities/promoting-baby-friendly-hospitals/ten-steps-to-successful-breastfeeding> pada 14 Oktober 2020.
- Wawan Gunawan<sup>1\*</sup>, Ratu Ayu Dewi Sartika<sup>2</sup>, Fadila Wirawan<sup>3</sup>, Primasti Nuryandari Putri<sup>4</sup> Determinants of cessation of exclusive breastfeeding in the early postnatal period in Indonesia. *Journalist* January – March, 2024 Action: Aceh Nutrition Journal Original Article Pages: 1 – 11 p-issn 2527-3310; e-issn 2548-5741 DOI: <http://dx.doi.org/10.30867/action.v9i1.1499> Ketentuan Layanan
- WHO. (2019). Exclusive Breastfeeding For Optimal Growth, Development And Health Of Infants. [https://www.who.int/elena/titles/exclusive\\_breastfeeding/en/](https://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/en/)
- Valizadeh, S., Hosseinzadeh, M., Mohammadi, E., Hassankhani, H., Fooladi, M. M., & Cummins, A. (2018). Coping mechanism against high levels of daily stress by working breastfeeding mothers in Iran. *International Jou*

## **Glosarium**

---

### **A**

ASI: Air Susu Ibu

---

# BAB 2

## KUALITAS DAN FUNGSI SEKSUAL WANITA BERDASARKAN AKTIFITAS FISIK DAN PEMAKAIAN KONTRASEPSI

### A. Pendahuluan

---

Puncak dari keharmonisan dan kebahagian dalam suatu keluarga adalah hubungan seksual, hubungan seksual yang sehat jika kedua pasangan menikmatinya, karena ketidakpuasaan sek akan menyebabkan perbedaan pendapat, perselisihan dan akhirnya akan menyebakan terjadinya perceraian (I.A.C. Manuaba 2010). Seks merupakan kebutuhan dasar manusia dan berperan dalam kehidupan reproduksi. Seks merupakan fungsi utama manusia dan memiliki peran mendasar dalam kehidupan reproduksinya. Fungsi seks memengaruhi kualitas hidup karena terintegrasi dengan faktor fisik, emosional dan psikologis serta (Chedraui et al. 2012). Seksualitas adalah aspek kunci dalam konteks kualitas hidup perempuan yang mencerminkan bio-psiko dan kesejahteraan sosial mereka (Graziottin 2007).

Masalah seksual memberikan dampak negative pada kualitas hidup kesehatan emosional bagi wanita. Gangguan fungsi seksual pada wanita dapat berdampak buruk pada keharmonisan dan kelangsungan hidup rumah tangga pasangan suami istri yang dapat berujung pada perceraian. Jenis keluhan yang banyak terjadi pada wanita yaitu diantaranya penurunan libido atau gairah seksual (Herniyatun, Andriani, and Astutiningrum 2021).

Dalam pernikahan, kepuasan seksual merupakan faktor pemelihara pernikahan. Kepuasan seksual merupakan sumber dari kekuatan pernikahan dan juga dapat menimbulkan konflik dalam pernikahan (Helgeson 2012). Oleh karena itu hubungan seksual yang ideal adalah hubungan seksual yang dilakukan pasangan suami istri yang terikat dalam pernikahan sah dan masing-masing individu memiliki unsur passion, intimasi, dan komitmen sepanjang masa (Asmarina and Lestari 2017).

## B. Kualitas Seksual

---

### 1. Pengertian Kualitas seksual

Kualitas berarti tingkat baik buruk, derajat atau paraf sesuatu. Seksual berarti hal yang berkaitan dengan seks atau yang berkenaan dengan hubungan intim antara laki-laki dan perempuan. Seksualitas merupakan interaksi faktor-faktor biologis, psikologis personal, dan lingkungan. Hubungan seksual yang nyaman dan memuaskan merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam hubungan pernikahan bagi banyak pasangan (Abrori and M. Qurbaniah 2017). Jadi dapat disimpulkan bahwa kualitas seksual merupakan tingkat baik buruknya atau derajat dorongan hasrat pada waktu melakukan hubungan laki-laki dan wanita, dan kehidupan seksualnya.

### 2. Komponen-Komponen Kualitas Seksual

#### a. Hasrat atau Gairah Seksual

Hasrat atau gairah seksual adalah keinginan atau dorongan untuk melakukan hubungan atau aktivitas seksual (Rahayu et al. 2020). Menurut Kaplan, Sadock, and Grebb (2010) hasrat seksual adalah keinginan yang besar atau dorongan yang memotivasi individu untuk melakukan perilaku seksual.

#### b. Rangsangan Seksual

Rangsangan seksual adalah respon tubuh terhadap stimulus seksual (Rahayu et al. 2020). Rangsangan dari alat kelamin atau bagian tubuh lain yang berikan untuk meningkatkan dan mempertahankan hasrat seksual dan dapat menyebabkan terjadinya kenikmatan seksual atau orgasme. Ada dua respon yang terjadi saat rangsangan seksual diberikan yaitu *Myotonia* atau ketegangan otot yang meninggi dan *Vasocongestion* atau bertambahnya aliran darah ke daerah genital( Idha Ayu Chandranita Manuaba 2010) (Idha Ayu Chandranita Manuaba 2010)(Chandra 2010).

#### c. Orgasme

Orgasme berarti pelepasan tiba-tiba karena ketegangan seksual yang terkumpul sehingga mengakibatkan kontraksi otot ritmik di daerah pinggung yang menghasilkan sensasi kenikmatan yang tinggi dan diikuti relaksasi yang cepat. Keadaan ini biasanya berlangsung beberapa detik.Orgasme kadang-kadang disebut klimaks atau kedatangan sebuah (Ary Panjalu 2014)

### 3. Pengukuran Kualitas Seksual Pada Wanita

Pengukuran Kualitas Hidup seksual wanita memakai instrument SQOL-F (Symonds, Boolell, and Quirk 2005) adalah kuesioner yang menilai dampak gangguan seksual. Yang terdiri dari beberapa faktor yaitu :

- a. Perasaan Psikoseksual  
yang merepresentasikan perasaan wanita terkait pengalaman seksual.
- b. Kepuasan Seksual  
Hubungan yang mengindikasikan konsep kuantitas dan kualitas hubungan seksual dan juga, perasaan positif tentang diri sendiri dan hubungan interpersonal seperti kedekatan.
- c. Konstruk Ketidakberhargaan Diri  
Yang menilai perasaan negatif seperti kehilangan kepercayaan diri dan rasa bersalah.
- d. Represi Seksual  
Yang mengukur hilangnya kesenangan, rasa malu, dan menghindari aktivitas seksual.

Kuesioner ini mencakup 18 pertanyaan, masing-masing berisi empat poin skala likert jawaban (sepenuhnya selalu sampai sepenuhnya tidak pernah). Skor total adalah jumlah skor jawaban pertanyaan. Kategori respons dapat dicetak dengan skor 1 hingga 4 atau 0 hingga 3 dengan memberikan skor total 18-72 atau 0-54. Semakin tinggi skor yang ditunjukkan maka kualitas seksual wanita akan semakin baik (Pakpour et al. 2013).

## C. Fungsi Seksual

---

### 1. Pengertian Fungsi Seksual

Fungsi seksual adalah kemampuan seseorang untuk merasakan kenikmatan seksual dan bereaksi secara seksual. Fungsi seksual normal merupakan interaksi kompleks antara pikiran dan tubuh, yang melibatkan sistem saraf, peredaran darah, dan endokrin (hormonal). Fungsi seksual dicirikan oleh tidak adanya kesulitan dalam melewati tahap-tahap hasrat seksual, gairah, dan orgasme, serta kepuasan subjektif terhadap frekuensi dan hasil perilaku seksual individu dan pasangan.

Fungsi seksual merupakan aspek penting dari kualitas hidup. Pemahaman kita tentang fungsi seksual tidak hanya dipengaruhi oleh pengetahuan medis terkini, tetapi juga nilai-nilai sosial yang dijunjung tinggi dalam budaya kita. Fungsi seksual yang sehat ditandai dengan tidak adanya rasa sakit atau ketidaknyamanan selama aktivitas seksual dan tidak adanya kesulitan fisiologis dalam menjalani siklus respons seksual tiga fase, yaitu hasrat, gairah, dan orgasme. Selain itu, fungsi seksual ditunjukkan oleh

perasaan subjektif akan kepuasan terhadap frekuensi hasrat seksual dan perilaku seksual, serta kesenangan subjektif selama aktivitas seksual individu dan berpasangan.

## 2. Pengukuran Fungsi Seksual.

Instrument Female Sexual Function Index (FSFI) adalah instrument untuk menilai fungsi seksual wanita yang terdiri dari 6 item domain yaitu :

a. Hasrat (desire)

Merupakan motivasi dan dorongan yang dimulai dengan khayalan seksual dan keinginan untuk melakukan hubungan seksual. Terdapat fase gairah atau minat (desire) pada periode hasrat. Hasrat yang terjadi pada perempuan dapat dipengaruhi oleh perasaan, cara berfikir, dan motivasinya, fase ini akan muncul setelah adanya peransangan terlebih dahulu (fore play), Fase ini ditandai dengan denyut jantung, frekuensi napas, dan tekanan darah yang meningkat. Klitoris, labia minora, dan vagina mulai mengalami pembesaran.

b. Rangsangan (arousal)

Respon sensorik terhadap ransangan seksual yang akan menjadi dorongan untuk melakukan aktivitas seksual.

c. Lubrikasi (pelumasan)

Lubrikasi terjadi karena adanya kelenjar bartholin (di sekitar lubang vagina bagian bawah) dan kelenjar skene (di sekitar lubang saluran kencing yang menghasilkan cairan. Pada fase ini klitoris menjadi lebih sensitive, otot vagina mengalami relaksasi sehingga saluran vagina meregang, Rahim mulai terangkat dan membesar, payudara juga mengalami sedikit pembesaran, dan putting susu juga menegang.

d. Orgasme

Pelepasan ketegangan seksual dan kontraksi ritmik pada otot- otot perineal dan organ reproduktif pelvis. Pada fase ini terjadi puncak kenikmatan seksual. Pada fase ini, terdapat kontraksi berulang kali (kontraksi ritmmik) pada otot bagian dalam vagina, Rahim, dan otot dubur. Orgasme dapat juga terjadi karena gabungan keduanya dan ransangan di sekitar área vagina.

e. Kepuasan

Kemampuan mencapai orgasme pada waktu melakukan hubungan intim dengan pasangan.

f. Rasa sakit/ketidaknyamanan/nyeri

Rasa sakit yang timbul pada saat melakukan hubungan seksual atau setelah melakukan hubungan seksual.

## D. Aktivitas Fisik

---

### 1. Olah Raga

Olahraga merupakan kegiatan aktif yang dapat meningkatkan metabolisme tubuh dan mempengaruhi fungsi kelenjar di dalam tubuh untuk memproduksi sistem kekebalan tubuh dalam upaya mempertahankan tubuh dari gangguan penyakit dan stress, Satiadarma (2001) mengatakan bahwa olahraga merupakan aktivitas yang sangat penting untuk mempertahankan kebugaran.

Berolahraga yang teratur akan menjadikan seseorang lebih bersemangat dan terlihat muda, dan berolahraga juga dapat mehilangkan ketegangan, stres dan ketakutan yang berlebihan yang mungkin dapat menganggu kenikmatan dalam berhubungan (*coitus*). Kesehatan fisik dan psikis merupakan modal utama untuk mendapat melakukan aktivitas seksual dengan optimal, dengan demikian kesehatan fisik dan psikis harus dijaga dengan baik melalui olahraga.

Berbagai olahraga yang bisa dilakukan oleh pasangan suami istri agar lebih berhasil untuk memperbaiki hubungan sek yaitu latihan olahraga kebugaran seks dan atau latihan olahraga senam seks.

Latihan kebugaran seks dan senam seks bermanfaat untuk:

- a. Meningkatkan perasaan dan respons seksual pada otot panggul (pelvis),
- b. Meningkatkan kuantitas dan kualitas seks,
- c. Meningkatkan kuantitas orgasme secara teratur,
- d. Meningkatkan tonus otot vagina,
- e. Meningkatkan vaskularisasi sehingga meningkatkan potensi orgasme,
- f. Terjadi proses pembentukan dan perbaikan jaringan otot vagina,
- g. Menolong wanita agar lebih siap dalam melahirkan,
- h. Mengurangi sakit belakang dan menambah kenikmatan bagi pasangan suami-istri.

Menurut penelitian Stanton, Handy, and Meston (2018) olahraga dapat memberikan pengaruh positif pada fungsi seksual wanita. Olahraga meningkatkan aktivitas saraf simpatik pada nervous system dan faktor endokrin, dimana pergerakan dan fleksibilitas seluruh tubuh memberikan manfaat pada fungsi kardiovaskuler yang sehat dan peningkatan mood terlebih pada wanita diusia paruh baya

### 2. Yoga

Yoga adalah praktik kuno yang melibatkan postur fisik (asana) dan teknik pernapasan (pranaya-mas), dan juga komponen kognitif yang berfokus

pada meditasi dan konsentrasi, yang membantu dalam mencapai tujuan persatuan antara diri dan spiritual. Yoga merupakan suatu teknik yang berfokus pada susunan otot, mekanisme pernafasan, postur dan kesehatan mental melalui olahraga, pernafasan yang benar dan mempertahankan postur tubuh. Hal ini tentunya didukung oleh latihan-latihan dalam yoga, dimana di samping dapat membuat perasaan tenang, yoga juga dapat melatih kelenturan yang diperlukan dalam bercinta untuk meningkatkan gairah seksual (Agustin 2018).

Salah satu alternative pengobatan holistic yaitu Yoga, karena yoga memiliki keistimewaan yaitu dapat menyatukan tubuh (body), pikiran (mind), jiwa (soul). Yoga merupakan latihan fisik yang memfokuskan pada latihan pernafasan. Yoga mengkombinasikan antara teknik bernafas, relaksasi dan meditasi serta latihan peregangan. Ada pengaruh yoga terhadap penurunan stress.

Menurut Streeter Professor Psikiatri dari Boston University School of Medicine mengatakan bahwa gerakan yoga dapat memperbaiki ketidakseimbangan hormon dan sistem - sistem persarafan. Yoga juga menstimulasi pengeluaran hormon endorfin. Endorphin adalah neuropeptide yang dihasilkan di otak dan susunan syaraf tulang belakang dan dihasilkan tubuh pada saat relaks/tenang. Hormon ini dapat berfungsi sebagai obat penenang alami yang diproduksi oleh otak yang melahirkan rasa nyaman. Olahraga terbukti dapat meningkatkan kadar endorphin 4-5 kali dalam darah. Sehingga, semakin banyak melakukan yoga maka akan semakin tinggi pula kadar endorphin. Ketika seseorang melakukan yoga, maka  $\beta$ -endorphin akan keluar dan ditangkap oleh reseptor di dalam hipotalamus dan sistem limbik yang berfungsi untuk mengatur emosi. Peningkatan  $\beta$ -endorphin terbukti berhubungan erat dengan penurunan rasa nyeri, peningkatan daya ingat, memperbaiki nafsu makan, meningkatnya kemampuan seksual, tekanan darah dan pernafasan (Isviyanti et al. 2021).

Adapun manfaat Senam Yoga yaitu :

- a. Menjadikan tubuh lebih fleksibel/lentur. Tubuh yang lebih lentur dapat mengurangi mudah pegal dan nyeri.
- b. Menjadikan tubuh lebih kuat.
- c. Memperbaiki postur tubuh sehingga akan mencegah rasa muda lelah nyeri serta atritis
- d. Melindungi persendian dari rematik dan artritis.
- e. Melindungi tulang punggung. Melalui yoga, kepadatan tulang belakang akan semakin meningkat.

- f. Mencegah osteoporosis
- g. Melancarkan peredaran darah.
- h. Membersikan limfa. Gerakan yoga seperti kontraksi, meregangkan, atau mengerakan otot-otot, hal ini akan meningkatkan pembersihan limfa.
- i. Melindungi jantung
- j. Menurunkan tekanan darah

## E. Kontrasepsi

---

### 1. Pengertian

Kontrasepsi yaitu mencegah terjadinya kehamilan yang diakibatkan oleh pertemuan antara sel telur dari wanita dengan sel sperma dari pria (I. B. G. Manuaba 2010).

### 2. Jenis-jenis Kontrasepsi hormonal

Yaitu kontrasepsi yang mengandung hormone estrogen dan progesterone, dimana efek dari hormone ini akan memberikan umpan balik terhadap kelenjar hipofisis melalui hipotalamus yang mengakibatkan hambatan terhadap perkembangan folikel dan mencegah terjadinya proses ovulasi. Selain itu progesterone dapat menghambat pengeluaran hormone luteinizing (LH) dan estrogen mempercepat peristaltic tuba yang mengakibatkan hasil konsepsi terlalu cepat mencapai uterus, dimana endometrium belum siap untuk menerima implantasi. (I. B. G. Manuaba 2010). Adapun macam-macam kontrasepsi hormonal yaitu : Pil KB, Suntikan, Implan.

**Kontrasepsi non hormonal:** Yaitu alat kontrasepsi yang tidak mengandung hormone progesterone maupun estrogen. Jenis kontrasepsi non hormonal dibagi menjadi dua yaitu metode sederhana dan metode modern. Metode sederhana (metode kalender, metode lendir serviks, metode suhu tubuh basal, metode Coitus interruptus atau senggama terputus, metode simptermal, kondom, diafragma dan spermisida) dan metode modern (IUD bebas hormone, MOW, dan MOP (Hartanto 2004). Cara kerja kontrasepsi non hormonal dengan metode sederhana adalah menghindari senggama selama masa subur dari tiap siklus. Sedangkan kondom menghalangi masuknya spermatozoa ke dalam traktus genitalia interna wanita (Hartanto, 2014). MOW adalah dengan cara mengikat atau memotong tuba falopi sehingga sel telur tidak bisa bertemu dengan spermatozoa dan MOP adalah dengan mengikat dan memotong saluran vas deferens sehingga sel sperma tidak bisa keluar dan bertemu dengan ovum pada waktu senggama (Saifuddin,2013).

### 3. Efek samping

Menurut Hartanto (2004) dan Sety (2016) efek samping kontrasepsi hormonal yang sering terjadi adalah terganggunya siklus menstruasi. Seperti amenorrhea (berhenti menstruasi) yaitu sebesar 30% yang sering dialami oleh akseptor , disusul dengan keadian menorarghi yaitu keluarnya darah haid lebih banyak dari biasanya sekitar 35%, dan atau dapat pula terjadi spotting yaitu timbulnya bercak darah/flek di luar siklus menstruasi sebanyak 35% Efek samping lain yang kecil kemungkinannya terjadi seperti penambahan berat badan (17%), sakit kepala (10%), dan atau dapat pula terjadi efek samping berupa mual (8%).

Efek samping dari kontrasepsi suntik 3 bulan yaitu perubahan pola perdarahan haid, perdarahan bercak (spotting). Efek samping lainnya yaitu depresi, keputihan, jerawat, perubahan berat badan, pemakaian jangka panjang bisa terjadi penurunan libido dan densitas tulang (Rusmini 2017). Penurunan libido akan berdampak langsung terhadap hubungan seksual berupa ketidaknyamanan, perasaan tidak aman dan rasa khawatir tidak mendapat perhatian dari pasangan yang membuat individu melakukan berbagai macam adaptasi seksual (Hamid, Keliat, and Putri 2020). Penurunan libido sama halnya dengan disfungsi seksual merupakan hasrat seksual yang rendah pada seseorang atau lawan jenisnya, baik pria maupun wanita. Gangguan ini dapat terjadi karena berbagai hal, baik secara psikologis maupun secara medis, serta memberikan efek yang kurang menyenangkan terhadap keharmonisan suatu hubungan antara suami istri (Manan 2013).

## F. Perbedaan Kualitas Seksual Pada Wanita Akseptor KB Hormonal dengan KB Non-Hormonal

---

Penggunaan Alat Kontrasepsi Hormonal mempunyai efek samping yang dapat menurunkan libido seksual sehingga dapat berdampak pada kualitas kehidupan seksual pasangan suami Istri. Gangguan keseimbangan hormon disebabkan karena pemakaian kontrasepsi hormonal. Kontrasepsi hormonal mempunyai efek samping. Salah satunya ketidakseimbangan antara hormon estrogen dan progesterone yang terkandung dalam kontrasepsi hormonal efeknya menghambat hormone estrogen yang menyebabkan vagina menjadi kering dan dapat mengakibatkan pengurangan sirkulasi androgen yang dapat melemahkan peredaran testosterone yang diperlukan untuk memicu keinginan gairah seksual (Samararatih, 2010)

Penggunaan kontrasepsi hormonal dalam jangka panjang berdampak pada perilaku seksual wanita (Palacios et al., 2020). Terdapat hubungan yang signifikan dengan perubahan suasana hati pada wanita usia subur dan penggunaan

kontrasepsi hormonal. Efek samping dari penggunaan kontrasepsi hormonal yang lain yaitu penambahan BB, yang dapat menyebabkan disfungsi seksual (Pyke & Clayton, 2019). Hal ini disebabkan karena adanya pengurangan yang berefek pada lipid darah, yang timbul sebagai akibat penggunaan hormone progesteron dalam waktu lama sehingga menyebabkan efek samping penurunan libido (disfungsi seksual) (Fatmawati, Budihastuti, & Dewi, 2017)

Penurunan keinginan seksual (*libido*) pada akseptor KB suntik meskipun jarang terjadi dan tidak dialami pada semua wanita tetapi pada pemakaian jangka panjang dapat timbul karena faktor perubahan hormonal, sehingga terjadi pengeringan vagina yang menyebabkan nyeri saat bersenggama dan pada akhirnya menurunkan keinginan atau gairah seksual. Keadaan ini merupakan keluhan umum yang disampaikan pada pengguna suntik DMPA (David, 2017)

Wanita yang menggunakan kontrasepsi hormonal lebih besar berpotensi mengalami disfungsi seksual dibandingkan dengan wanita yang tidak menggunakan kontrasepsi. Wanita yang menggunakan alat kontrasepsi hormonal < 1 tahun berpengaruh pada hasrat seksualnya, sedangkan pada wanita yang menggunakan alat kontrasepsi hormonal > 1 tahun mengalami disfungsi seksual. Permasalahan disfungsi seksual terjadi pada nyeri seksual saat melakukan hubungan seksual (Huang et al, 2020).

Perubahan hormonal karena penggunaan kontrasepsi Combined Hormonal Contraceptive (CHC) menimbulkan efek negatif pada kehidupan seksual, yaitu meningkatkan Sex Hormon Binding Globulin (SHBG) dan juga menurunkan testosteron bebas. Efek kontrasepsi hormonal terhadap disfungsi seksual wanita menurunkan libido, kenikmatan, orgasme, kesulitan lubrikasi dan vagina kering (Yendena et al. 2023).

Menurut penelitian Nurmayani, Mulianingsih, and Suarnaya (2020) Terdapat perbedaan kualitas seksual antara akseptor KB hormonal dengan non-hormonal di Narmada, Lombok Barat. 66 orang akseptor KB non hormonal memiliki kualitas seksual baik, sedangkan terdapat 48 orang akseptor KB Hormonal yang memiliki kualitas seksual kategori sedang. Hal ini berarti kualitas seksual akseptor KB non-hormonal lebih baik dari pada akseptor KB hormonal. Hasil penelitian ini juga didukung dengan penelitian yang dilakukan oleh Liufeto, Wahab, and Emilia (2017) yang menunjukkan bahwa tidak ada pengaruh penggunaan kontrasepsi non-hormonal (IUD/AKDR) terhadap aktivitas seksual pada wanita akseptor kontrasepsi tersebut.

Kontrasepsi non-hormonal di lihat dari sudut pandang medis, jauh lebih aman untuk kesehatan daripada penggunaan kontrasepsi hormonal jangka panjang, yang dapat mengubah keseimbangan hormone (Butt et al. 2019).

Sejalan dengan hasil penelitian Herniyatun, Andriani, and Astutiningrum (2021) ini terdapat perbedaan kualitas seksual akseptor KB Non Hormonal dan Hormonal hal terlihat dengan nilai rata-rata yang diperoleh dimana Kualitas seksual pada wanita dengan kontrasepsi hormonal memiliki rata-rata 62,11 sedangkan kualitas seksual pada wanita dengan kontrasepsi non hormonal dengan skor 60,10

## G. Kualitas Seksual Wanita yang Aktif Olahraga

---

Olahraga sangat penting untuk memperbaiki kualitas seksual seseorang. Pasangan suami-istri yang memiliki kebugaran tubuh yang baik akan memiliki kualitas seksual yang lebih baik bila dibandingkan dengan pasangan suami istri yang memiliki kebugaran tubuh yang lebih buruk. Salah satu bentuk olahraga yang di sarankan buat wanita yang sudah berkeluarga yaitu senam sek (*xege/exercise*). Pelatihan senam seks yang dilakukan dengan teratur dan terus menerus akan berpengaruh positif pada peningkatan kondisi fisik, psikis dan sosial. Hal ini dikarenakan kebugaran akan tetap terjaga dan lebih meningkat sehingga terhindar dari stress dan penyakit yang bisa mengganggu aktivitas (Kanca 2014). Wanita yang aktif olahraga memiliki kualitas seksual yang baik, dengan kualitas seksual yang baik akan meningkatkan kepuasaan pasangan dan akan ber efek positif terhadap kepuasaan perkawinan (Nurmayani et al. 2020)

Kesehatan fisik dan psikis merupakan modal utama untuk dapat melakukan aktivitas seksual dengan optimal, sehingga akan mempererat hubungan suami istri. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Brezsnyak and Whisman (2004), bahwa ada pengaruh kepuasaan seksual terhadap kepuasaan perkawinan.

Olahraga sangat dianjurkan dilakukan oleh wanita menopause, karena wanita menopause mengalami penurunan hormon-hormon *sex steroid* yaitu estrogen dan progesteron yang berguna untuk proses maupun siklus reproduksi dan juga seksual. Berkurangnya produksi estrogen saat menopause mengakibatkan perubahan pada organ genitalia seperti lubrikasi vagina dan vasokongesti, menyebabkan aliran darah ke vagina berkurang sehingga terjadinya atropi dan pengeringan vagina akibat lubrikasi tidak adekuat yang berdampak pada fleksibilitas. Pada waktu berhubungan proses penetrasi menjadi sulit sehingga terjadi nyeri (dyspareunia) akibat gesekan antara vagina dengan penis saat aktivitas seksual (Afshari et al. 2015). Olahraga juga membuat peredaran darah menjadi lebih lancar, termasuk aliran darah ke titik-titik sensitif yang dapat meningkatkan gairah seksual. Olahraga teratur dapat menurunkan derajat defisiensi estrogen perimenopause, dengan memungkinkan produksi estrogen yang bukan dari ovarium (Razzak, Khan, and Farooqui 2019).

Dyspareunia atau nyeri waktu senggama yang terjadi pada menopause diatasi dengan terapi hormone tetapi kurang efektif karena ada efek samping, cara lain mengatasi dispareunia yaitu senam Kegel, selain menurunkan nyeri, juga mempunyai sifat non-invasif, sederhana, efektif, dan tanpa efek yang membahayakan (Cavkaytar et al. 2015; Puspasari, Trisyani, and Widiasih 2013). Hasil penelitian menunjukkan bahwa senam Kegel dapat mengurangi dispareunia (Iryanti & Hermaningsih, 2014).

## **H. Fungsi Seksual Berdasarkan Yoga/Yoga to improve women's sexual function**

---

Fungsi seksual pada wanita berkaitan erat dengan kesehatan reproduksi wanita fungsi reproduksi juga bermasalah jika individu mengalami gangguan fungsi seksual. Fungsi seksual merupakan salah satu faktor yang berperan penting dalam kehidupan perkawinan. Berfungsi atau tidaknya fungsi seksual secara optimal dalam hubungan seksual didalam suatu perkawinan dapat mempengaruhi fungsi-fungsi lain yang kemudian dapat mempengaruhi pula kualitas hidup pasangan suami-istri . Jika wanita mengalami penurunan bahkan gangguan pada fungsi seksual maka disebut juga dengan disfungsi seksual, sehingga akan menyebabkan pola aktivitas seksualnya bersama pasangan terganggu (Arini 2020).

Olah raga secara teratur merupakan salah satu rekomendasi dari Para pakar kesehatan untuk mengatasi masalah seksual. Salah satu olah raga yang dianjurkan adalah senam, senam yang dapat dilakukan oleh wanita adalah senam yoga. Di Negara maju senam terapi komplementer dan alternatif yang popular dan banyak dipraktikkan adalah senam yoga. Obat-obatan untuk mengobati disfungsi seksual wanita sudah ada namun ada kekurangan seperti kurangnya kepatuhan, khasiat masih rendah, dan adanya efek samping. Pasien-pasien yang mengalami disfungsi seksual dan ahli yoga berdasarkan pengalaman mengklaim bahwa yoga berguna dalam meningkatkan fungsi seksual dan mengobati gangguan seksual, khususnya yoga tantra, karena yoga tantra menghasilkan hormon dan keseimbangan dan dapat dicapai melalui persatuan seksual antara pria dan wanita. Gerakan yoga membuat perasaan tenang, dapat melatih kelenturan yang diperlukan dalam bercinta untuk meningkatkan gairah seksual, Hal ini tentunya didukung oleh latihan-latihan dalam yoga (Agustin 2018).

Sejalan dengan penelitian Nurmayani, Syamdarniati, and Ilham (2022) bahwa terdapat pengaruh senam yoga terhadap fungsi seksual wanita usia subur di Kota Mataram dengan nilai koreksi (Pearson Chi-Square) dengan p-value 0,000 <0,05. Wanita yang sudah menikah yang aktif seksual atau memiliki pasangan

agar rutin melakukan senam yoga karena senam yoga memiliki manfaat bagi kesehatan dan meningkatkan fungsi seksual bagi wanita. Sesuai hasil penelitian Setyani (2021), didapatkan kesimpulan bahwa wanita umur 40-50 tahun yang melakukan loving yoga minimal empat kali secara rutin dan teratur, maka tidak terjadi disfungsi seksual. Dorongan seksual, bangkitan seksual, lubrikasi, orgasme, kepuasan seksual, nyeri saat berhubungan seksual berpengaruh secara simultan dan parsial terhadap fungsi seksual. Lubrikasi memiliki pengaruh paling besar terhadap fungsi seksual wanita perimenopause.

## I. Penutup

---

Disfungsi seksual pada wanita adalah kegagalan wanita dalam mencapai hasrat seksual, minat, orgasme maupun lubrikasi saat melakukan hubungan seksual. dengan perkiraan prevalensi sebesar 40%. Akibat yang ditimbulkan oleh disfungsi seksual yaitu seperti depresi, gangguan emosional, gangguan kesehatan mental, ketidakpuasan dalam hubungan suami istri, menurunkan keharmonisan dan menurunkan kualitas hidup wanita (Fataneh et al. 2013). Salah satu penyebab disfungsi seksual yaitu pemakaian kontrasepsi hormonal, dimana kontrasepsi yang mengandung estrogen merupakan penyebab utamanya.

Estrogen memainkan peran penting dalam seksualitas wanita. Penurunan fungsi seksual pada wanita paling erat kaitannya dengan penurunan kadar estrogen. Kadar estradiol saliva secara positif memprediksi hasrat seksual wanita, sebaliknya terhadap progesteron. Mengenai loyalitas dan kesetiaan, dosis estradiol harus memprediksi hubungan positif yang lebih lemah antara loyalitas/kesetiaan hubungan wanita dengan pasangan mereka dan frekuensi hubungan seksual (tidak termasuk masturbasi dan fantasi seksual; terlepas dari androgenisitas seksual hormon).. Efek kontrasepsi hormonal terhadap disfungsi seksual pada wanita. Penurunan hasrat seksual disebabkan oleh kontrasepsi hormonal khususnya yang berisi progesteron yang mempunyai efek samping antara lain menurunkan libido, aktifitas seksual, kenikmatan, orgasme, kesulitan lubrikasi dan vagina menjadi kering akibat dari penekanan fungsi ovarium dan produksi estrogen endogen. Untuk mengatasi efek samping itu diperlukanlah usaha yang dilakukan seorang wanita untuk meningkatkan kesehatan fisik dan psikis untuk mengembalikan kualitas dan fungsi seksualnya yaitu dengan cara berolahraga, karena olah raga dianjurkan oleh para pakar kesehatan. Olahraga yang disarankan dilakukan yoga dan senam sek.

## Referensi

- Abrori, and M. Qurbaniah. 2017. *Buku Ajar Infeksi Menular Seksual*. Pontianak: Pontianak Pers.
- Afshari, Poorandokht et al. 2015. "Prevalence of Depression in Postmenopausal Women." *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care* 4(3).
- Agustin, Evi Avicenn. 2018. "Hubungan Karakteristik Lama Menikah Pola Hidup, Dan Senam Yoga Terhadap Peningkatan Gairah Seksual Pada Wanita PUs DI KOTA CILEGON TAHUN 2017." *Journal Of Applied Health Research And Development* 4(2): 179–87.
- Arini, Luh Ari. 2020. "Fungsi Seksual Wanita Menopause Yang Melakukan Orhiba Kombinasi Kegel Exercise: Studi Pengukuran Skor FSFI." *Jurnal Kebidanan dan Keperawatan Aisyiyah* 16(2): 240–52.
- Ary Panjalu. 2014. *Hypnosexology: Terapi Membahagiakan Pasangan*. Galangpress Publisher.
- Asmarina, Ni Luh Putu Gede Maharupa, and Made Diah Lestari. 2017. "Gambaran Kepercayaan, Komitmen Pernikahan Dan Kepuasan Hubungan Seksual Pada Istri Dengan Suami Yang Bekerja Di Kapal Pesiarn." *Jurnal Psikologi Udayana* 4(2): 239–49.
- Brezsnyak, Michael, and Mark A Whisman. 2004. "Sexual Desire and Relationship Functioning: The Effects of Marital Satisfaction and Power." *Journal of Sex & Marital Therapy* 30(3): 199–217.
- Butt, Momin R et al. 2019. "Prevalence of and Factors Associated with Female Sexual Dysfunction among Women Using Hormonal and Non-Hormonal Contraception at the AGA Khan University Hospital Nairobi." *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine* 11(1): 1–9.
- Cavkaytar, S et al. 2015. "Effect of Home-Based Kegel Exercises on Quality of Life in Women with Stress and Mixed Urinary Incontinence." *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 35(4): 407–10.
- Chandra, Andy. 2010. "Hubungan Antara Kecerdasan Emosional Dengan Perilaku Seks Bebas Pada Remaja."
- Chedraui, Peter et al. 2012. "Assessment of Sexual Function of Mid-Aged Ecuadorian Women with the 6-Item Female Sexual Function Index." *Maturitas* 71(4): 407–12.
- Fataneh, Ghadirian, Mardani H Marjan, Rezaee Nasrin, and Taghavi Taraneh. 2013. "Sexual Function in Iranian Women Using Different Methods of Contraception." *Journal of Clinical Nursing* 22(21–22): 3016–23.
- Graziottin, Alessandra. 2007. "Female Sexual Dysfunction." *Evidence based physical*

- therapy for the pelvic floor: bridging science and clinical practice. Elsevier, Churchill Livingstone.* 266–87.
- Hamid, Achir Yani S, Budi Anna Keliat, and Yossie Susanti Eka Putri. 2020. *Asuhan Keperawatan Jiwa*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hartanto, Hanafi. 2004. "Keluarga Berencana Dan Kontrasepsi." *Jakarta: Pustaka sinar harapan* 37.
- Helgeson, Vicki S. 2012. "Gender and Health A Social Psychological Perspective."
- Herniyatun, Herniyatun, Gea Andriani, and Diah Astutiningrum. 2021. "Perbedaan Kualitas Seksual Wanita Dengan Kontrasepsi Hormonal Dan Non Hormonal Di Desa Kamulyan Kecamatan Tambak." *Lentera: Jurnal Ilmiah Kesehatan dan Keperawatan* 4(2): 57–63.
- Isviyanti, Isviyanti et al. 2021. "Pembinaan Kegiatan Yoga Pada Wanita Menopause Hipertensi Di Lingkungan Bendega." *SELAPARANG: Jurnal Pengabdian Masyarakat Berkemajuan* 3(2): 186–90.
- Kanca, I Nyoman. 2014. "Pengaruh Pelatihan Olahraga Senam Seks Terhadap Wanita Berumahtangga." *JURNAL PENJAKORA* 1(1): 1–15.
- Kaplan, Harold I, Benjamin J Sadock, and Jack A Grebb. 2010. "Sinopsis Psikiatri: Ilmu Pengetahuan Perilaku Psikiatri Klinis." *Dr. I. Made Wiguna S. Jakarta: Bina Rupa Aksara*. 113–29.
- Liufeto, Koheresto G, Abdul Wahab, and Ova Emilia. 2017. "Penggunaan Intra Uterin Device (IUD) Dan Pola Aktivitas Seksual Pada Perempuan Di Kupang." *Berita Kedokteran Masyarakat* 33(5): 243–48.
- Manan, El. 2013. "Kamus Cerdik Kesehatan Wanita." *Jakarta: Flash Books*.
- Manuaba, I.A.C. 2010. *Buku Ajar Ginekologi*. Jakarta: EGC. Jakarta : EGC.
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita. 2010. "Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Dan KB." *Jakarta: EGC*.
- Manuaba, Ida Bagus Gde. 2010. "Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan Dan Keluarga Berencana." *Jakarta: EGC* 15: 157.
- Nurmayani, Winda, Misroh Mulianingsih, and Ni Ketut Ika Mustika Suarnaya. 2020. "Perbedaan Kualitas Seksual Pada Wanita Akseptor KB Hormonal Dengan KB Non-Hormonal." *Jurnal Kebidanan dan Kesehatan Tradisional* 5(2): 84–93.
- Nurmayani, Winda, Nur Sukma Purqoti, Dewi, Elisa Oktaviani, and Syamdarniati. 2020. "Kualitas Seksual Wanita Yang Aktif Olahraga Di Kota Mataram." *Jurnal Ners Indonesia* 11(2): 171–80.
- Nurmayani, Winda, Syamdarniati Syamdarniati, and Ilham Ilham. 2022. "Yoga To Improve Women's Sexual Function." *Jurnal Kebidanan dan Kesehatan Tradisional*. 63–71.

- Pakpour, Amir H, Isa Mohammadi Zeidi, Mohsen Saffari, and Andrea Burri. 2013. "Psychometric Properties Of The Iranian Version Of The Sexual Quality Of Life Scale Among Women." *The journal of sexual medicine* 10(4): 981–89.
- Puspasari, Dewi, Mira Trisyani, and Restuning Widiasih. 2013. "Latihan Kegeldan Nyeri Saat Berhubungan Seksual Pada Perempuan Pasca Terapi Kanker." *Jurnal Keperawatan Padjadjaran* 1(1).
- Rahayu, Atikah et al. 2020. *Buku Ajar: Kesehatan Reproduksi Remaja Dan Lansia*. 1st ed. ed. Lia Anggraini. Jakarta: CV. Mine, Yogyakarta.
- Razzak, Zainab Abdul, Amna Aamir Khan, and Sumaira Imran Farooqui. 2019. "Effect of Aerobic and Anaerobic Exercise on Estrogen Level, Fat Mass, and Muscle Mass among Postmenopausal Osteoporotic Females." *International journal of health sciences* 13(4): 10.
- Rusmini, Purwandani. 2017. Trans Info Media *Pelayanan Dan Kesehatan Reproduksi*. Jakarta: CV.
- Sety, Laode Muhamad. 2016. "Jenis Pemakaian Kontrasepsi Hormonal Dan Gangguan Menstruasi Di Wilayah Kerja Puskesmas." *Jurnal Kesehatan* 5(1).
- Setyan, Rizka Ayu. 2021. "Female Sexual Function Index in Perimenopause Women After Loving Yoga Intervention in Yogyakarta." *Journal of Issues in Midwifery* 5(2): 58–66.
- Stanton, Amelia M, Ariel B Handy, and Cindy M Meston. 2018. "The Effects of Exercise on Sexual Function in Women." *Sexual medicine reviews* 6(4): 548–57.
- Symonds, Tara, Mitra Boolell, and Frances Quirk. 2005. "Development of a Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women." *Journal of sex & marital therapy* 31(5): 385–97.
- Yendena, Nelli, Mochamad Anwar, Farida Kartini, and Andari Wuri Astuti. 2023. "Scoping Review: Dampak Penggunaan Kontrasepsi Hormonal Memengaruhi Disfungsi Seksual Pada Wanita." *Jurnal Kesehatan* 14(1): 204–21.

## Glosarium

---

### D

Dyspareunia : adalah nyeri genital yang berlangsung lama atau berulang yang terjadi sebelum, selama, atau setelah berhubungan seksual

Dysfungsi : Kegagalan wanita dalam mencapai hasrat seksual, minat, orgasme maupun lubrikasi saat melakukan hubungan seksual

---

### E

Estrogen : Adalah sekelompok hormone yang dikeluarkan oleh tubuh yang berfungsi untuk mengatur pertumbuhan dan perkembangan karakteristik seksual wanita serta proses reproduksinya.

Estradiol : Hormon yang sangat penting pada wanita yang dibentuk oleh ovarium dan kelenjar adrenal

---

### F

Fungsi Seksual : Adalah kemampuan seseorang untuk merasakan kenikmatan seksual dan bereaksi secara seksual

---

### H

Hasrat (desire) : Adalah motivasi dan dorongan yang dimulai dengan khayalan seksual dan keinginan untuk melakukan hubungan seksual.

---

### K

Kualitas Seksual : Adalah tingkat baik buruknya atau derajat dorongan hasrat pada waktu melakukan hubungan laki-laki dan wanita, dan kehidupan seksualnya

---

### L

Lubrikasi : Adalah keluarnya cairan pelumas vagina yang terjadi ketika gairan seksualnya meningkat sebagai tanda bahwa siap dilakukan penetrasi penis untuk mencegah terjadinya nyeri.

Libido : Dorongan seksual atau hasrat untuk melakukan hubungan seksual

---

**O**

Ovulasi : Proses pelepasan sel telur yang sudah matang dari ovarium (indung telur) ke tuba falopi (saluran telur).

Orgasme : Pelepasan ketegangan seksual dan kontraksi ritmik pada otot- otot perineal dan organ reproduktif pelvis pada waktu berhubungan seksual.

---

**P**

Progesteron : Adalah hormon steroid dari golongan progestogen yang berpengaruh pada siklus menstruasi perempuan, kehamilan dan embriogenesis.

Perimenopause : adalah Fase transisi menuju menopause, yaitu masa ketika tubuh wanita mulai mengurangi produksi hormon estrogen dan progesteron. Perimenopause biasanya dimulai pada usia 40-an, tetapi bisa juga terjadi pada usia 30-an atau 50-an. Perimenopause berlangsung selama 4–6 tahun, tetapi bisa juga berlangsung selama 1–10 tahun

---

**Y**

Yoga : Adalah olahraga yang berfokus pada kekuatan, kelenturan, serta pernapasan demi peningkatan kesehatan mental dan fisik



# BAB 3

## ASUHAN KEPERAWATAN KANKER SERVIKS

### A. Pendahuluan

---

Nyeri pada pasien kanker biasanya disebabkan langsung oleh tumor (75-80% kasus) dan sisanya disebabkan oleh pengobatan kanker (15-19%) atau tidak berhubungan dengan kanker dan pengobatannya (3-5%). Orang dengan nyeri kanker mungkin mengalami nyeri kronis, intermiten, atau kronis pada berbagai stadium penyakit. Berdasarkan laporan data GLOBOCAN, proyek dari International Agency for Research on Cancer (IARC), pada tahun 2018 terdapat 18,1 juta kasus baru kanker dan 9,6 juta kematian akibat kanker di seluruh dunia. Dari insiden kanker tersebut, kanker serviks menempati peringkat keempat insidensi kanker pada wanita di dunia setelah kanker payudara, kanker kolorektal dan kanker paru-paru. Selain itu, berdasarkan estimasi GLOBOCAN tahun 2018, kanker serviks menempati peringkat kedua insidensi kanker dengan 32.469 kasus baru dan menempati peringkat ketiga penyebab kematian akibat kanker dengan 18.729 kematian di Indonesia. Menurut data GLOBOCAN dalam IARC (2020), kasus kanker serviks di indonesia meningkat berjumlah 36,633 (17,2%) dengan kematian sejumlah 234.51.

### B. Definisi Kanker Serviks

---

Kanker serviks merupakan keganasan yang berasal dari serviks. Serviks merupakan sepertiga bagian bawah uterus, berbentuk silindris, menonjol dan berhubungan dengan vagina melalui ostium uteri eksternum (Kemenkes RI, 2020).

Kanker serviks adalah kanker yang terjadi pada serviks uterus, yaitu suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak antara rahim (uterus) dengan liang senggama (vagina) (Diananda, 2009). Kanker ini biasanya terjadi pada wanita yang telah berumur, tetapi bukti statistik menunjukkan bahwa kanker leher rahim dapat juga menyerang wanita yang berumur antara 20-40 tahun.

Kanker serviks atau yang dikenal juga dengan kanker leher rahim. Jenis kanker ini menyerang daerah leher rahim yang merupakan pintu masuk kearah

rahim yang letaknya diantara rahim (uterus) dengan liang senggama perempuan (vagina). (Arini, 2015) .

### C. Tanda dan gejala

---

Kanker serviks berkembang secara bertahap, tetapi progresif. Proses terjadinya kanker ini dimulai dengan sel yang mengalami mutasi lalu berkembang menjadi sel displastik sehingga terjadi kelainan epitel yang disebut displasia. Dimulai dari displasia ringan, displasia sedang, displasia berat, dan akhirnya menjadi karsinoma in-situ (KIS), kemudian berkembang lagi menjadi karsinoma invasif. Tingkat displasia dan KIS dikenal juga sebagai tingkat prakanker. Dari displasia menjadi karsinoma in-situ diperlukan waktu 3 sampai 7 tahun, sedangkan karsinoma in-situ menjadi karsinoma invasif berkisar 3 sampai 20 tahun (Nirmawaty, 2012).

Perkembangan penyakit kanker serviks membutuhkan waktu yang cukup lama dari kondisi normal sampai menjadi kanker. Melalui penelitian secara epidemiologi dan laboratorik dapat diketahui bahwa ada beberapa faktor yang berperan secara langsung maupun tidak langsung. Pertama, deteksi dini atau penapisan. Berdasarkan pemantauan perjalanan penyakit, diagnosis displasia sering ditemukan pada usia 20 tahunan. Karsinoma insitu pada usia 25 sampai 35 tahun, dan kanker serviks invasif pada usia 40 tahun, namun menurut para ahli kanker, kanker serviks adalah salah satu janis kanker yang paling dapat dicegah dan paling dapat disembuhkan dari semua kasus kanker (Nirmawaty, 2012).

dr. Maringen DL. Tobing menjelaskan secara klinis bahwa kanker serviks pra-invasif adalah keadaan tanpa keluhan dan dengan mata telanjang tidak mungkin dapat dideteksi karena sering tampak sebagai serviks normal. Oleh karena itu, screening pra-kanker sangat penting mengingat pengobatannya memberi kesembuhan sampai 100 persen, sedangkan pada kanker invasif memberi hasil kurang memuaskan dengan harapan hidup 5 tahun antara 20 sampai 90 persen (Nirmawaty, 2012).

Kanker serviks pada awalnya ditandai dengan tumbuhnya sel-sel pada mulut rahim yang tidak lazim (abnormal). Sebelum menjadi sel-sel kanker, terjadi beberapa perubahan yang dialami oleh sel-sel tersebut selama bertahun-tahun. Kanker ini pada stadium awal cenderung tidak terdeteksi. Menurut hasil studi National Institute of Allergy and Infectious Diseases, hampir separo wanita yang terinfeksi dengan HPV (Human Papilloma Virus) tidak memiliki gejala-gejala yang jelas. Lebih-lebih lagi orang yang terinfeksi juga tidak tahu bahwa mereka bisa menularkan HPV ke orang sehat lainnya. HPV adalah virus penyebab kanker serviks. dr. Boyke Dian Nugraha SpOG MARS mengatakan bahwa virus ini muncul

antara lain akibat perilaku sering berganti-ganti pasangan seks, sehingga menimbulkan penyakit kelamin (Nirmawaty, 2012).

Tahap prakanker (displasia) sampai stadium 1 pada kanker serviks, praktis tidak terdapat keluhan yang dirasakan oleh pasien. Menginjak stadium 1A-3B terdapat keluhan. Dengan kata lain, penyakit jenis ini tidak menunjukkan gejala yang spesifik pada stadium awal, sehingga banyak kaum perempuan yang tidak mengetahuinya. Begitu berobat ke rumah sakit, umumnya sudah masuk stadium 2B-3, yang artinya sel kankernya sudah menyebar ke rongga panggul. Tanda-tanda yang signifikan dapat ditunjukkan dengan keluarnya darah sewaktu berhubungan seks, sedangkan pada stadium 4B, sel kanker mungkin sudah menjalar ke otak dan paru-paru (Nirmawaty, 2012).

Pengobatan yang dilakukan dalam tahap prakanker ringan ini, dapat membuat 90 % sel-sel mulut rahim kembali normal. Tetapi, jika kondisi pada stadium prakanker saja sudah berat, dalam waktu dua atau tiga tahun bisa berubah menjadi kanker. (Diananda, 2009).

## **D. Penyebab Kanker Serviks**

---

Penyebab kanker serviks belum jelas diketahui, namun ada beberapa faktor resiko tertentu yang lebih besar kemungkinannya untuk menderita kanker serviks menurut Ariani (2020) dan Diananda (2019) sebagai berikut :

### **1. Usia**

Perempuan yang rawan mengidap kanker serviks adalah mereka yang berusia 35-50 tahun, terutama yang telah aktif secara seksual sebelum usia 16 tahun. Hubungan seksual pada usia terlalu dini bisa meningkatkan resiko terserang kanker serviks sebesar dua kali dibanding perempuan yang melakukan hubungan seksual setelah usia 20 tahun.

### **2. Sering berganti pasangan**

Semakin banyak berganti-ganti pasangan maka tertularnya infeksi HPV juga semakin tinggi. Hal ini disebabkan terpaparnya sel-sel mulut rahim yang mempuanyai pH tertentu dengan sperma-sperma yang mempunyai pH yang berbeda-beda pada multi-patner sehingga dapat merangsang terjadinya perubahan ke arah displasia.

### **3. Merokok**

Pada wanita perokok konsentrasi nikotin pada getah serviks 56 kali lebih tinggi dibandingkan didalam serum, efek langsung bahan tersebut pada serviks adalah menurunkan status imun lokal sehingga dapat menjadi kokarsinogen infeksi virus.

#### **4. Hygine dan Sirkumsisi**

Diduga adanya pengaruh mudah terjadinya kanker serviks pada wanita yang pasangannya belum disirkumsisi. Hal ini karena pada pria non sirkum hygiene penis tidak terawat sehingga banyak kumpulankumpulan smegma.

#### **5. Status Sosial Ekonomi**

Karsinoma serviks banyak dijumpai pada golongan sosial ekonomi rendah dan kemungkinan faktor sosial ekonomi erat kaitannya dengan gizi, imunitas dan kebersihan perorangan. Pada golongan sosial ekonomi rendah umumnya kuantitas dan kualitas makanan kurang hal ini yang mempengaruhi imunitas tubuh.

#### **6. Terpapar Virus**

Human immunodeficiency virus (HIV) atau penyebab AIDS merusak sistem kekebalan tubuh pada perempuan. Hal ini dapat menjelaskan peningkatan risiko kanker serviks bagi perempuan dengan AIDS. Para ilmuwan percaya bahwa sistem kekebalan tubuh adalah penting dalam menghancurkan sel-sel kanker dan memperlambat pertumbuhan serta penyebaran. Pada perempuan HIV, kanker pra serviks bisa berkembang menjadi kanker yang invasif lebih cepat dari biasanya.

#### **7. Faktor Genetik**

Terjadinya mutasi sel pada sel epitel skuamosa serviks yang menyebabkan terjadinya kanker serviks pada wanita dan dapat diturunkan melalui kombinasi genetik dari orang tua ke anaknya

### **E. Klasifikasi Pertumbuhan Sel Kanker Serviks**

---

Menurut Padila (2019) Klasifikasi pertumbuhan sel kanker serviks sebagai berikut :

#### **1. Mikroskopis**

##### **a. Displasia**

Displasia ringan terjadi pada sepertiga bagian basal epidermis. Displasia berat terjadi pada dua pertiga epidermis hampir tidak dapat dibedakan dengan karsinoma insitu.

##### **b. Stadium karsinoma insitu**

Pada karsinoma insitu perubahan sel epitel terjadi pada seluruh lapisan epidermis menjadi karsinoma sel skuamosa. Karsinoma insitu yang tumbuh didaerah ektoserviks, peralihan sel skuamosa kolumnar dan sel cadangan endoserviks.

##### **c. Stadium karsinoma mikroinvasif**

Pada karsinoma mikroinvasif, disamping perubahan derajat pertumbuhan sel meningkat juga sel tumor menembus membrana

basalis dan invasi pada stoma sejauh tidak lebih 5 mm dari membrana basalis, biasanya tumor ini asimptomatik dan hanya ditemukan pada skrining kanker.

d. Stadium karsinoma invasive

Pada karsinoma invasif perubahan derajat pertumbuhan sel menonjol besar dan bentuk sel bervariasi. Pertumbuhan invasif muncul di area bibir posterior atau anterior serviks dan meluas ketiga jurusan yaitu jurusan forniks posterior atau anterior, jurusan parametrium dan korpus uteri.

e. Bentuk kelainan dalam pertumbuhan karsinoma serviks Pertumbuhan eksofilik: berbentuk bunga kol, tumbuh ke arah vagina dan dapat mengisi setengah dari vagina tanpa infiltrasi ke dalam vagina, bentuk pertumbuhan ini mudah nekrosis dan perdarahan.

**Pertumbuhan endofilik:** biasanya lesi berbentuk ulkus dan tumbuh progresif meluas ke forniks, posterior dan anterior ke korpus uteri dan parametrium.

**Pertumbuhan nodul:** biasanya dijumpai pada endoserviks yang lambatl aun lesi berubah bentuk menjadi ulkus.

## 2. Makroskopis

a. Stadium preklinis

Tidak dapat dibedakan dengan sersitis kronik biasa

b. Stadium permulaan

Sering tampak sebagai lesi sekitar osteum externum

c. Stadium setengah lanjut

Telah mengenai sebagian besar atau seluruh bibir porsio

d. Stadium lanjut

Terjadi pengrusakan dari jaringan serviks, sehingga tampaknya seperti ulkus dengan jaringan yang rapuh dan mudah berdarah

Klasifikasi stadium TNM (Tumor Node Metastase) dan FIGO (The Internasional Federation of Gynecology and Obsentric) sebagai berikut :

**Tabel 3.1 Klasifikasi TNM dan FIGO**

Klasifikasi TNM	Klasifikasi FIGO	Keterangan
TX		Tumor primer tidak dapat dinilai
T0		Tidak ditemukan adanya tumor primer
Tisb		Carsinoma insitu (karsinoma prainvasif)
TI	I	Karsinoma serviks yang terbatas pada uterus (ekstensi samapai ke korpus tidak dihiraukan)
T1ac	IA	Karsinoma yang yang didiagnosis hanya secara

		mikroskopik. Invasi stroma dengan kedalaman maksimal 5.0 mm yang diukur dari dasar epitel dan penyebaran secara horizontal sebesar $\leq$ 7.0 mm. Keterlibatan ruang vaskular, vena atau limpatik tidak mempengaruhi klasifikasi
T1a1	IA1	Invasi stroma dengan kedalaman $\leq$ 3.0 mm dan penyebaran horizontal $\leq$ 7.0 mm.
T1a2	IA2	Invasi stroma dengan kedalam $>$ 3.0 mm tetapi $\leq$ 5.0 mm dengan penyebaran $\leq$ 7.0 mm.
T1b	IB	Lesi tampak secara klinis terbatas pada serviks atau lesi mikroskopik $>$ T1a/IA2.
T1b1	IB1	Lesi tampak secara klinis $\leq$ 4.0 cm pada dimensi terbesar.
T1b2	IB2	Lesi tampak secara klinis $>$ 4.0 cm pada dimensi terbesar.
T2	II	Karsinoma serviks dengan invasi yang melewati uterus tetapi tidak mencapai dinding pelvis atau sepertiga bawah.
T2a	IIA	Tumor tanpa invasi parametrium
T2a1	IIA	Lesi tampak secara klinis $\leq$ 4.0 cm pada dimensi terbesar.
T2a2	IIA2	Lesi tampak secara klinis $>$ 4.0 cm pada dimensi terbesar.
T2b	IIB	Tumor dengan invasi paramerium
T3	III	Tumor meluas hingga dinding pelvis dan atau melibatkan sepertiga bawah vagina dan atau menyebabkan hidronefrosis atau ginjal yang tidak berfungsi.
T3a	IIIA	Tumor meluas hingga sepertiga bawah vagina tanpa perluasan ke dinding pelvis.
T3b	IIIB	Tumor meluas hingga ke dinding pelvis dan atau menyebutkan hidronefrosis atau ginjal yang tidak berfungsi.
T4	IV	Karsinoma telah meluas melewati pelvis atau telah mencapai mukosa kandung kemih atau rektum (terbukti melalui biopsi).
T4a	IVA	Penyebaran mencapai organ sekitar
T4b	IVB	Penyebaran mencapai organ yang jauh

## F. Patofisiologi Kanker Serviks

Karsinoma sel skuamosa biasanya muncul pada taut epitel skuamosa dan epitel kubus mukosa endoserviks (persambungan skuamokolumnar atau zona transformasi). Pada zona transformasi serviks memperlihatkan tidak normalnya sel progresif yang akhirnya berakhir sebagai karsinoma servikal invasif. Displasia

servikal dan karsinoma in situ (HSIL) mendahului karsinoma invasif. Karsinoma serviks invasif terjadi bila tumor menginvasi epitelium masuk ke dalam stroma serviks. Kanker servikal menyebar luas secara langsung ke dalam jaringan paru servikal. Pertumbuhan yang berlangsung mengakibatkan lesi yang dapat dilihat dan terlibat lebih progresif pada jaringan servikal. Karsinoma servikal invasif dapat menginvasi atau meluas ke dinding vagina, ligamentum kardinale dan rongga endometrium, invasi ke kelenjar getah bening dan pembuluh darah mengakibatkan metastase ke bagian tubuh yang jauh.

Tidak ada tanda atau gejala yang spesifik untuk kanker servik. Karsinoma servikal invasif tidak memiliki gejala, namun karsinoma invasif dini dapat menyebabkan sekret vagina atau perdarahan vagina. Walaupun perdarahan adalah gejala yang signifikan, perdarahan tidak selalu muncul pada saat awal, sehingga kanker dapat sudah dalam keadaan lanjut pada saat didiagnosis. Jenis perdarahan vagina yang paling sering adalah pasca coitus atau bercak antara menstruasi. Bersamaan dengan tumbuhnya tumor, gejala yang muncul kemudian adalah nyeri punggung bagian bawah atau nyeri tungkai akibat penekanan saraf lumbosakralis, frekuensi berkemih yang sering dan mendesak, hematuri atau perdarahan rektum (Price & Wilson, 2019).

Pada pengobatan kanker serviks sendiri akan mengalami beberapa efek samping antara lain mual, muntah, sulit menelan, bagi saluran pencernaan terjadi diare gastritis, sulit membuka mulut, sariawan, penurunan nafsu makan (biasa terdapat pada terapi eksternal radiasi). Efek samping tersebut menimbulkan masalah keperawatan yaitu nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Sedangkan efek dari radiasi bagi kulit yaitu menyebabkan kulit merah dan kering sehingga akan timbul masalah keperawatan resiko tinggi kerusakan integritas kulit. Semua tadi akan berdampak buruk bagi tubuh yang menyebabkan kelemahan atau kelemahan sehingga daya tahan tubuh berkurang dan resiko injury pun akan muncul. Tidak sedikit pula pasien dengan diagnosa positif kanker serviks ini merasa cemas akan penyakit yang dideritanya. Kecemasan tersebut bias dikarenakan dengan kurangnya pengetahuan tentang penyakit, ancaman status kesehatan dan mitos dimasyarakat bahwa kanker tidak dapat diobati dan selalu dihubungkan dengan kematian (Aspiani, 2019).

## **G. Respon Tubuh Terhadap Perubahan Fisiologis**

---

### **1. Sistem Pencernaan**

Beberapa obat kemoterapi dapat menyebabkan mual dan muntah berlangsung singkat atau lama. Mual muntah terjadi karena peningkatan

asam lambung sehingga terjadi penurunan nafsu makan. Mengatasi mual dapat diberikan obat anti mual sebelum, selama, dan sesudah pengobatan. Obat kemoterapi juga dapat menyebabkan diare karna terjadi kejang otot perut yang menimbulkan rasa tidak nyaman atau sakit pada perut, bahkan ada yang diare sampai dehidrasi berat dan harus dirawat karna kekurangan volume cairan, kadang sampai terjadi sembelit. Bila terjadi diare : kurangi makan-makanan yang mengandung serat, buah dan sayur. Harus minum air yang hilang untuk mengatasi kehilangan cairan. Bila susah BAB : makan-makanan yang berserat, dan jika memungkinkan olahraga (Ariani, 2020).

## 2. Sistem Imun dan Sistem Hematologi

Sistem imun atau sistem kekebalan tubuh adalah pusat sistem pertahanan tubuh yang melindungi tubuh dari penyakit. Organ penyusun sistem kekebalan tubuh pada manusia salah satunya adalah sumsum tulang. Sistem hematologi tersusun atas darah dan tempat darah diproduksi, termasuk sumsum tulang dan nodus limpa. Darah manusia adalah cairan jaringan tubuh. Fungsi utamanya adalah mengangkut oksigen yang diperlukan oleh sel-sel di seluruh tubuh. Darah juga menyuplai jaringan tubuh dengan nutrisi, mengangkut zat-zat sisa metabolisme, dan mengandung berbagai bahan penyusun sistem imun yang bertujuan mempertahankan tubuh dari berbagai penyakit (Potter & Perry, 2005).

Kemoterapi berpengaruh pada kerja sumsum tulang yang merupakan pabrik pembuat sel darah merah, sehingga jumlah sel darah merah menurun, yang paling sering adalah penurunan sel darah putih (leukosit). Penurunan sel darah terjadi setiap kemoterapi, dan test darah biasanya dilakukan sebelum kemoterapi berikutnya untuk memastikan jumlah sel darah telah kembali normal. Penurunan jumlah sel darah dapat menyebabkan :

- Mudah terkena infeksi

Hal ini disebabkan oleh penurunan leukosit, karena leukosit adalah sel darah yang memberikan perlindungan infeksi. Ada juga beberapa obat kemoterapi yang menyebabkan peningkatan leukosit. Bila terjadi infeksi maka terjadi peningkatan suhu tubuh.

- Perdarahan

Keping darah (trombosit) berperan pada proses pembekuan darah, apabila jumlah trombosit rendah dapat menyebabkan pendarahan, ruam, dan bercak merah pada kulit.

- Anemia

Anemia adalah penurunan sel darah merah yang ditandai dengan penurunan Hb (Hemoglobin). Karena Hb letaknya didalam sel darah

merah. Penurunan sel darah merah dapat menyebabkan lemah, mudah lelah, tampak pucat.

### **3. Sistem Integumen**

Kerontokan rambut terjadi karena kemoterapi menargetkan semua sel yang dapat membelah dengan sangat cepat. Folikel rambut adalah struktur dalam kulit yang berfungsi menumbuhkan rambut. Folikel adalah salah satu sel dengan laju pertumbuhan tercepat dalam tubuh. Selama menjalani kemoterapi bekerja untuk menghancurkan sel kanker, prosedur ini juga akan menghancurkan sel-sel rambut. Kerontokan rambut bersifat sementara, biasanya terjadi dua atau tiga minggu setelah kemoterapi dimulai. Dapat juga menyebabkan rambut patah didekat kulit kepala. Dapat terjadi seminggu setelah kemoterapi.

### **4. Sistem integumen**

Terjadinya kekeringan cairan pada vagina karna efek terapi yang di berikan dan dapat mengganggu hubungan seksual.

## **H. Pemeriksaan Diagnostik Kanker Serviks**

---

Menurut diananda (2008) dan Ariani (2015) pemeriksaan diagnostik untuk menentukan kanker serviks sebagai berikut :

### **1. Schillertest**

Epitel karsinoma serviks tidak mengandung glycogen karena tidak mengikat yodium. Kalau porsio diberi yodium maka epitel karsinoma yang normal akan berwarna coklat tua, sedang yang terkena karsinoma tidak berwarna.

### **2. Koloskopi**

Memeriksa dengan menggunakan alat untuk melihat serviks dengan lampu dan dibesarkan 10-40 kali.

Keuntungan; dapat melihat jelas daerah yang bersangkutan sehingga mudah untuk melakukan biopsy.

Kelemahan; hanya dapat memeriksa daerah yang terlihat saja yaitu porsio, sedang kelianan pada skuamosa columnar junction dan intra servikal tidak terlihat.

### **3. Kolpomikroskopi**

Melihat hapusan vagina (pap smear) dengan pembesaran sampai 200 kali

### **4. Biopsi**

Dengan biopsi dapat ditemukan atau ditentukan jeni karsinomanya

## 5. Konisasi

Dengan cara mengangkat jaringan yang berisi selaput lendir serviks dan epitel gepeng dan kelenjarnya. Konisasi dilakukan bila hasil sitologi meragukan dan pada serviks tidak tampak kelainan-kelainan yang jelas.

## 6. Pemeriksaan lainnya

- a. Pemeriksaan hematologi (Hb, Ht, lekosit, trombosit, LED, golongan darah, masa peredaran dan masa pembekuan)
- b. Pemeriksaan biokimia darah meliputi SGOT dan SGPT.
- c. Pemeriksaan kardiovaskular, antara lain EKG.
- d. Pemeriksaan sistem respiratorius dan urologi serta tes alergi terhadap obat.

## I. Penatalaksanaan Kanker Serviks

---

Penatalaksanaan medis secara umum berdasarkan stadium kanker serviks:

**Tabel 3.2 Penatalaksanaan Kanker Serviks**

STADIUM	PENATALKSANAAN
0	Biops kerucut Histerektomi transvaginal
1a	Biopsi kerucut Histerektomi transvaginal
1b, lia	Histerektomi radikal dengan limfadenektomi panggul dan evaluasi kelenjar limfe paraaorta (bila terdapat metastasis dilakukan radioterapi pasca pembedahan)
Iib, III, IV	Histerektomi transvaginal
Iva, 1vb	Radioterapi Radiasi paliatif kemoterapi

Menurut Ariani (2019) dan Diananda (2018) pilihan pengobatan yang bisa dilakukan adalah pembedahan, terapi radiasi (radioterapi), kemoterapi, atau kombinasi metode-metode tersebut.

### 1. Operasi atau pembedahan

Pembedahan merupakan pilihan untuk perempuan dengan kanker serviks stadium I dan II.

- a. Trakelektomi radikal (Radical Trachelectomy) Mengambil leher rahim, bagian dari vagina, dan kelenjar getah bening di panggul. Pilihan ini dilakukan untuk perempuan dengan tumor kecil yang ingin mencoba untuk hamil di kemudian hari.
- b. Histerektomi total  
Mengangkat leher rahim dan rahim.

c. Histerektomi radikal

Mengangkat leher rahim, beberapa jaringan di sekitar leher rahim, rahim, dan bagian dari vagina.

d. Saluran telur dan ovarium

Mengangkat kedua saluran tuba dan ovarium. Pembedahan ini disebut salpingo-ooforektomi.

e. Kelenjar getah bening

Mengambil kelenjar getah bening dekat tumor untuk melihat apakah mengandung leher rahim. Jika sel kanker telah histerektomy total dan radikal mencapai kelenjar getah bening, itu berarti penyakit ini mungkin telah menyebar ke bagian lain dari tubuh.

## 2. Radioterapi

Radioterapi adalah salah satu pilihan bagi perempuan yang menderita kanker serviks dengan stadium berapa pun. Perempuan dengan kanker serviks tahap awal dapat memilih terapi sebagai pengganti operasi. Hal ini juga dapat digunakan setelah operasi untuk menghancurkan sel-sel kanker apa pun yang masih di daerah tersebut. Perempuan dengan kanker yang menyerang bagianbagian selain kenker serviks mungkin perlu diterapi radiasi dan kemoterapi.Terapi radiasi menggunakan sinar berenergi tinggi untuk membunuh sel-sel kanker. Terapi ini mempengaruhi sel-sel di daerah yang diobati. Ada dua jenis terapi ini :

a. Terapi radiasi eksternal

Sebuah mesin besar akan mengarahkan radiasi pada panggul atau jaringan lain di mana kanker telah menyebar. Pengobatan biasanya di berikan di rumah sakit. Penderita mungkin menerima radiasi eksternal 5 hari seminggu selama beberapa minggu. Setiap pengobatan hanya memakan waktu beberapa menit.

b. Terapi radiasi internal

Sebuah tabung tipis yang ditempatkan di dalam vagina. Suatu zat radioaktif di masukkan ke dalam tagung tersebut. Penderita mungkin harus tinggal di rumah sakit sementara sumber radioaktif masih berada di tempatnya (samapai 3 hari).

Efek samping tergantung terutama pada seberapa banyak radiasi diberikan dan tubuh bagian mana yang di terapi.radiasi pada perut dan panggul dapat menyebabkan mual, muntah, diare, atau masalah eliminasi. Penderita mungkin kehilangan rambut di daerah genital. Selain itu, kulit penderita di daerah yang dirawat menjadi merah, kering, dan tender.

### **3. Kemoterapi**

Kemoterapi telah digunakan untuk pengobatan kanker sejak tahun 1950-an dan diberikan sebelum operasi untuk memperkecil ukuran kanker yang akan di operasi atau sesudah operasi untuk membersihkan sisa-sisa sel kanker, kadang dikombinasikan dengan terapi radiasi tapi kadang juga tidak. Kemoterapi ini biasanya diberikan dalam tablet/pil, suntikan, atau infus. Jadwal pemberian ada yang setiap hari, sekali seminggu atau bahkan sekali sebulan. Efek samping yang terjadi terutama tergantung pada jenis obat-obatan yang diberikan dan seberapa banyak kemoterapi membunuh sel-sel kanker yang tumbuh cepat, terapi juga dapat membahayakan sel-sel normal yang membelah dengan cepat, yaitu:

a. Sel darah

Bila kemoterapi menurunkan kadar sel darah merah yang sehat, penderita akan lebih mudah terkena infeksi, mudah memar atau berdarah, dan merasa sangat lemah dan lelah.

b. Sel-sel pada akar rambut

Kemoterapi dapat menyebabkan rambut rontok. Rambut penderita yang hilang akan tumbuh lagi, tetapi kemungkinan mengalami perubahan warna dan tekstur.

c. Sel yang melapisi saluran pencernaan

Kemoterapi menurunkan nafsu makan, mual-mual dan muntah, diare, atau infeksi pada mulut dan bibir.

Efek samping lainnya termasuk ruam kulit, kesemutan atau mati rasa di tangan dan kaki, masalah pendengaran, kehilangan keseimbangan, nyeri sendi, atau kaki bengkak.

Menurut Reeder dkk (2018), penatalaksanaan pada kanker serviks yaitu :

a. Stadium I

Kanker serviks pada stadium IA ditangani dengan hysterktomi atau dengan radioterapi, karena kanker masih terbatas di daerah serviks.

b. Stadium IB dan IA

Pada stadium ini ditangani dengan histerektomi total dan limfadektomi bilateral.

c. Stadium IIB sampai IV B

Pada stadium ini kanker sudah menyebar melewati daerah serviks sampai ke organ lain. Penanganan yang dilakukan biasanya dengan radioterapi.

### **4. Penatalaksanaan Keperawatan**

Asuhan keperawatan meliputi pemberian edukasi dan informasi untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan mengurangi kecemasan serta

ketakutan pasien. Perawat mendukung kemampuan pasien dalam perawatan diri untuk meningkatkan kesetahan dan mencegah komplikasi. Perawat perlu mengidentifikasi bagaimana pasien dan pasangannya memandang kemampuan reproduksi wanita dan memaknai setiap hal yang berhubungan dengan kemampuan reproduksinya. Bagi sebagian wanita, masalah harga diri dan citra tubuh yang berat dapat muncul saat mereka tidak dapat lagi mempunyai anak. Pasangan mereka sering sekali menunjukkan sikap yang sama, yang merendahkan wanita yang tidak dapat memberikan keturunan.

Intervensi berfokus pada upaya membantu pasien dan pasangannya untuk menerima berbagai perubahan fisik dan psikologis akibat masalah tersebut serta menemukan kualitas lain dalam diri wanita sehingga ia dapat dihargai. Bahkan, sekalipun kehilangan uterus dan kemampuan reproduksi tidak terlalu mempengaruhi harga diri dan citra tubuhnya, wanita tetap memerlukan penguatan atas peran lainnya yang berharga sebagai seorang manusia. Wanita yang mengalami nyeri hebat ketika menstruasi dan sangat mengganggu aktivitas rutinnya menganggap penanggulangan seperti histerektomi, sebagai pemecahan masalah.

Apabila terdiagnosis menderita kanker, banyak wanita merasa hidupnya lebih terancam dan perasan ini jauh lebih penting dibandingkan kehilangan kemampuan reproduksi. Intervensi keperawatan kemudian difokuskan untuk membantu pasien mengekspresikan rasa takut, membuat parameter harapan yang realistik, memperjelas nilai dan dukungan spiritual, meningkatkan kualitas sumber daya keluarga dan komunitas, dan menemukan kekuatan diri untuk menghadapi masalah (Reeder, dkk, 2019).

## J. Konsep Asuhan Keperawatan Kanker Serviks Post Kemoterapi

---

### 1. Pengkajian Keperawatan

#### a. Data dasar

Pengumpulan data pada pasien dan keluarga dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik dan melalui pemeriksaan penunjang (hasil laboratorium).

#### b. Identitas pasien

Meliputi nama lengkap, tempat/tanggal lahir, umur, jenis kelamin, , agama, alamat, pendidikan, pekerjaan, asal suku bangsa, tanggal masuk rumah sakit, no medical record (MR), nama orang tua, dan pekerjaan orang tua.

- c. Identitas penanggung jawab  
Meliputi nama, umur, pekerjaan dan hubungan dengan pasien
- d. Riwayat kesehatan
  - 1) Keluhan utama  
Biasanya pasien datang kerumah sakit dengan keluhan seperti tpendarahan intra servikal dan disertai keputihan yang menyerupai air dan berbau (Padila, 2015). Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya datang dengan keluhan mual muntah yang berlebihan, tidak nafsu makan, anemia.
  - 2) Riwayat kesehatan sekarang  
Menurut Diananda (2008) biasanya pasien pada stadium awal tidak merasakan keluhan yang mengganggu, baru pada stadium akhir yaitu stadium 3 dan 4 timbul keluhan seperti keputihan yang berbau busuk, perdarahan setelah melakukan hubungan seksual, rasa nyeri disekitar vagina, nyeri pada panggul. Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya mengalami keluhan mual muntah yang berlebihan, tidak nafsu makan, dan anemia.
  - 3) Riwayat kesehatan dahulu  
Biasanya pada pasien kanker serviks memiliki riwayat kesehatan dahulu seperti riwayat penyakit keputihan, riwayat penyakit HIV/AIDS (Ariani, 2015). Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya ada riwayat penyakit keputihan dan riwayat penyakit HIV/AIDS.
  - 4) Riwayat kesehatan keluarga  
Biasanya riwayat keluarga adalah salah satu faktor yang paling mempengaruhi karena kanker bisa dipengaruhi oleh kelainan genetika. Keluraga yang memiliki riwayat kanker didalam keluarganya lebih berisiko tinggi terkena kanker dari pada keluraga yang tidak ada riwayat didalam keluarganya (Diananda, 2008).
- e. Riwayat obstetri  
Untuk mengetahui riwayat obstetri pada pasien dengan kanker serviks yang perlu diketahui adalah :
  - a) Keluhan Haid  
Dikaji tentang riwayat menarche dan haid terakhir, sebab kanker serviks tidak pernah ditemukan sebelumnya menarche dan mengalami atropi pada masa menopose.  
Siklus menstruasi yang tidak teratur atau terjadi pendarahan diantara siklus haid adalah salah tanda gejala kanker serviks.
  - b) Riwayat kehamilan dan persalinan

Jumlah kehamilan dan anak yang hidup karna kanker serviks terbanyak pada wanita yang sering partus, semakin sering partus semakin besar kemungkinan resiko mendapatkan karsinoma serviks (Aspiani, 2017).

f. Riwayat psikososial

Biasanya tentang penerimaan pasien terhadap penyakitnya serta harapan terhadap pengobatan yang akan dijalani, hubungan dengan suami/keluarga terhadap pasien dari sumber keuangan. Konsep diri pasien meliputi gambaran diri peran dan identitas. Kaji juga ekspresi wajah pasien yang murung atau sedih serta keluhan pasien yang merasa tidak berguna atau menyusahkan orang lain (Reeder, dkk, 2013). Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya mengalami keluhan cemas dan ketakutan.

g. Riwayat kebiasaan sehari-hari

Biasanya meliputi pemenuhan kebutuhan nutrisi, eliminasi, aktivitas pasien sehari-hari, pemenuhan kebutuhan istirahat dan tidur (Padila, 2015). Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya mengalami keluhan tidak nafsu makan, kelehan, gangguan pola tidur.

h. Pemeriksaan fisik meliputi :

- 1) Keadaan umum : biasanya pasien kanker serviks post kemoterapi sadar, lemah dan tanda-tanda vital normal (120/80 mmHg).
- 2) Kepala : Biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi mengalami rambut rontok, mudah tercabut.
- 3) Mata : Biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi mengalami konjungtiva anemis dan sklera ikterik.
- 4) Leher : Biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi tidak ada kelainan
- 5) Thoraks: Dada : biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi tidak ada kelainan Jantung : biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi tidak ada kelainan
- 6) Abdomen : biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi tidak ada kelainan
- 7) Genitalia : Biasanya pada pasien kanker serviks mengalami sekret berlebihan, keputihan, peradangan, pendarahan dan lesi (Brunner & suddarth, 2015). Pada pasien kanker serviks post kemoterapi biasanya mengalami perdarahan pervaginam.
- 8) Ekstermitas : Biasanya pada pasien kanker serviks yang stadium lanjut mengalami udema dan nyeri (Brunner & suddarth, 2015). Pada pasien

kanker serviks post kemoterapi biasanya mengalami kesemutan atau kebas pada tangan dan kaki.

i. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan hematologi

Biasanya pada pasien kanker serviks post kemoterapi mengalami anemia karna penurunan Haemoglobin. Nilai normalnya Haemoglobin wanita (12-16 gr/dl).

## 2. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

Menurut SDKI \*Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia) kemungkinan masalah yang muncul adalah sebagai berikut :

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis (penekanan sel syaraf) (**D.0077**)
- b. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien (**D.0019**)
- c. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian (**D.0080**)
- d. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan perubahan metabolisme (**D.0054**)

## 3. Intervensi,, luaran dan rasional

Berdasarkan SIKI dan SLKI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2020)

**Tabel 3.3 Intervensi Luaran dan Rasional**

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi
	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis (penekanan sel syaraf) ( <b>D.0077</b> )	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan tingkat nyeri menurun,, dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"><li>1. Keluhan nyeri menurun</li><li>2. Meringis menurun</li><li>3. Sikap protektif menurun</li><li>4. Gelisah menurun</li><li>5. Kesulitan tidur menurun</li><li>6. Frekuensi nadi</li></ol>	Manajemen Nyeri ( <b>I.08238</b> ) Obsernasi <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li><li>2. Identifikasi skala nyeri</li><li>3. Idenfitikasi respon nyeri non verbal</li><li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li><li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang</li></ol>

		<p>membuat</p> <p>nyeri</p> <p>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</p> <p>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</p> <p>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</p> <p>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu</p>
--	--	--

			<p>nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgesik, bila perlu</li> </ol>
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien ( <b>D.0019</b> )	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan status nutrisi membaik,, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Berat badan membaik</li> <li>3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik</li> </ol>	<p>Manajemen nutrisi (<b>I.03119</b>)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</li> <li>5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>6. Monitor asupan makanan</li> <li>7. Monitor berat badan</li> <li>8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> <li>2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)</li> </ol>

		<p>3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</p> <p>4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</p> <p>5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>6. Berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ajarkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</li> <li>Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</li> </ol>	
3	<p>Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian</p> <p><b>(D.0080)</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan tingkat ansietas menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Verbalisasi kebingungan menurun</li> <li>Verbalisasi</li> </ol>	<p><b>Reduksi Ansietas (I.09314)</b></p> <p><b>Observasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis: kondisi, waktu, stresor)</li> <li>Identifikasi kemampuan mengambil keputusan</li> </ol>

		<p>khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun</p> <p>3. Perilaku gelisah menurun</p> <p>4. Perilaku tegang menurun</p> <p>5. Konsentrasi membaik</p> <p>6. Pola tidur membaik</p>	<p>3. Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan nonverbal)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</li> <li>2. Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan</li> <li>3. Pahami situasi yang membuat ansietas</li> <li>4. Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>5. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</li> <li>6. Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan</li> <li>7. Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan</li> <li>8. Diskusikan perencanaan realistik tentang peristiwa yang akan datang</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</li> <li>2. Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis</li> <li>3. Anjurkan keluarga</li> </ol>
--	--	--	---

			<p>untuk tetap Bersama pasien, jika perlu</p> <p>4. Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan</p> <p>5. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p> <p>6. Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan</p> <p>7. Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat</p> <p>8. Latih Teknik relaksasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu</p>
4	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan perubahan metabolisme <b>(D.0054)</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> </ol>	<p>Dukungan mobilisasi <b>(I.05173)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat</li> </ol>

			<p>bantu (mis: pagar tempat tidur)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>
--	--	--	--

## **Referensi**

---

- Novalia, V. (2023). Kanker serviks. GALENICAL: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Mahasiswa Malikussaleh, 2(1), 45-56.
- Rasjidi, I. (2009). Epidemiologi kanker serviks. *Indonesian Journal of cancer*, 3(3).
- Emilia, O., Kusumanto, A., OG, S., Hananta, I. P. Y., Harry Freitag, L. M., & S Gz, D. (2010). *Bebas ancaman kanker serviks*. Media Pressindo.
- Nurwijaya, H. (2013). *Cegah dan deteksi kanker serviks*. Elex Media Komputindo.
- Evriarti, P. R., & Yasmon, A. (2019). Patogenesis Human Papillomavirus (HPV) pada Kanker Serviks. *Jurnal Biotek Medisiana Indonesia*, 8(1), 23-32.
- Wahyuni, S. (2013). Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku deteksi dini kanker serviks di kecamatan ngampel Kabupaten Kendal Jawa Tengah. *Jurnal Keperawatan Maternitas*, 1(1).

## Glosarium

---

### A

AIDS : kondisi ketika sistem ekebalan tubuh sudah tidak mampu lagi melawan infeksi yang masuk

Allergy : reaksi berlebihan sistem kekebalan tubuh terhadap zat tertentu yang seharusnya tidak berbahaya

Anemia : kondisi ketika darah tidak memiliki sel darah merah sehat yang cukup.

---

### B

Biopsi : prosedur medis untuk mengambil sampel jaringan atau cairan dari ubuh untuk diperiksa di bawah mikroskop

---

### D

Displasia : sel abnormal dalam suatu jaringan atau organ

---

### E

Ekstremitas : istilah dalam anatomi yang merujuk pada anggota gerak tubuh manusia

---

### K

Komplikasi : kondisi medis yang terjadi sebagai akibat dari penyakit atau kondisi medis tertentu

Kemoterapi : pengobatan kanker yang menggunakan obat-obatan untuk membunuh sel kanker dan mencegah pertumbuhan tumor

# BAB 4

## ASUHAN KEPERAWATAN KANKER PAYUDARA

### A. Pendahuluan

Kanker payudara merupakan masalah besar di Indonesia maupun di negara lain. Jumlah kasus baru di Amerika Serikat pada tahun 2003 mencapai 211.300 orang dan 39.800 pasien meninggal akibat kanker payudara pada tahun yang sama. Kanker payudara di Indonesia berada di urutan kedua sebagai kanker yang paling sering ditemukan pada perempuan, setelah kanker mulut rahim. Penelitian di Jakarta Breast Cancer pada April 2001 sampai April 2003 menunjukkan bahwa dari 2.834 orang memeriksakan benjolan di payudaranya, 2.229 diantaranya (78%) merupakan tumor jinak, 368 orang (13%) terdiagnosis kanker payudara dan sisanya merupakan infeksi dan kelainan bawaan payudara.

### B. Definisi

Carcinoma mammae (ca. mammae) adalah tumor mengganas yang tumbuh di jaringan payudara seseorang. Carcinoma / kanker dapat mulai tumbuh dalam kelenjar payudara, bisa juga di saluran payudara, jaringan lemak maupun jaringan yang mengikat pada payudara (SAFMA, 2019). Ca. mammae merupakan suatu kondisi dimana sel telah kehilangan pengendalian dari fungsi normal, sehingga mengalami pertumbuhan yang tidak normal, cepat, serta tidak terkendali. Sel-sel tersebut membelah diri lebih cepat dari sel normal dan berakumulasi, yang kemudian membentuk benjolan atau massa (PPNI, 2018). Ca. mammae merupakan keganasan pada jaringan payudara yang dapat berasal dari epitel ductus maupun lobulusnya (Kemenkes RI, 2011).

Ca. mammae biasanya terdeteksi pada saat dilakukan pemeriksaan, sebelum gejala berkembang, atau setelah wanita memperhatikan benjolan. Sebagian besar massa terlihat saat terjadi benjolan di payudara yang pada awalnya bersifat jinak dan terus berkembang dan menyebar sehingga tidak terkendali. Analisis mikroskopis payudara diperlukan untuk diagnosis definitif dan untuk mengetahui tingkat penyebaran (in situ atau invasif) dan ciri jenis penyakitnya. Analisis mikroskopis jaringan didapat melalui biopsi jarum atau bedah. Biopsi didasarkan

pada klinis klien, individu faktor, ketersediaan perangkat biopsi, dan sumber daya tertentu (American Cancer Society, 2015).

### C. Tanda dan Gejala

---

Tanda dan gejala ca. mammae menurut Suyatno (2011) adalah:

1. Benjolan yang keras di payudara dengan atau tanpa rasas akit.
2. Putting susu berubah (retraksi nipple) atau putting mengeluarkan cairan/darah (nippledischarge)
3. Kulit payudara berkerut seperti kulit jeruk (peau'ud'orange), melekuk kedalam (dimpling) dan ulkus
4. Adanya benjolan-benjolan kecil didalam atau kulit payudara (nodul satelit)
5. Putting payudara luka, dan sulit sembuh
6. Payudara terasa panas, memerah dan bengkak
7. Payudara terasa sakit/nyeri
8. Benjolan yang keras itu tidak bergerak dan biasanya pada awal-awalnya tidak terasa sakit
9. Benjolan pada awalnya hanya pada satu payudara
10. Terdapat benjolan di aksila dengan atau tanpa masa di payudara

### D. Pemeriksaan Penunjang

---

#### 1. Ultrasonografi (USG)

Payudara USG digunakan untuk membedakan masa kistik dengan solid dan sebagai guide untuk biopsy. Diutamakan pada pasien usia muda (kurang dari 30 tahun).

#### 2. Mamografi

Sekitar 75% kanker terdeteksi paling tidak satu tahun sebelum ada gejala atau tanda. Lesi dengan ukuran 2 mm sudah dapat dideteksi dengan mamografi. Akurasi mamografi untuk prediksi malignasi adalah 70%-80%

#### 3. MRI (Magnetic Resonance Imaging)

MRI sangat baik untuk deteksi local recurrence pasca BCT atau augmentasi payudara dengan implant, deteksi multi focal cancer dan sebagai tambahan terhadap mamografi pada kasus tertentu. MRI sangat berguna dalam skrining klien usia muda dengan intensitas payudara yang padat yang memiliki resiko ca. mammae yang tinggi. Sensitivitas MRI mencapai 98%.

#### 4. Biopsi

Biopsi pada payudara memberikan informasi sitologi atau histopatologi. FNAB (Fine needle Aspiration Biopsy) merupakan salah satu prosedur

diagnosis awal, untuk evaluasi lesi kistik. Masa persisten atau rekurren setelah aspirasi berulang adalah indikasi untuk biopsi terbuka (insisi atau eksisi).

### **5. Bone scan, foto toraks, USG abdomen**

Pemeriksaan bone scan, foto toraks, USG abdomen, bertujuan untuk evaluasi metastase. Tumor yang simptomatis stadium III, insiden positif bone scan mencapai 25% oleh karenanya pemeriksaan bone scan secara rutin sangat bermanfaat

### **6. Pemeriksaan laboratorium dan marker**

Pemeriksaan darah rutin, alkaline phosphatase, SGOT, SGPT dan tumor marker merupakan pemeriksaan laboratorium yang dianjurkan. Tumor marker untuk kanker payudara yang dianjurkan adalah carcinoembryonic antigen (CEA), cancer antigen (CA)15-3, dan CA 27-29 (Suyatno, 2011)

## **E. Penatalaksanaan**

---

Pengobatan ca. mammae bertujuan untuk mendapatkan kesembuhan yang tinggi dengan kualitas hidup yang baik. Terapi yang diberikan dapat bersifat kuratif atau paliatif. Terapi kuratif ditandai oleh adanya periode bebas penyakit (disease free interval) dan peningkatan harapan hidup (overall survival), dilakukan pada ca. mammae stadium I, II, dan III. Terapi paliatif bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup tanpa adanya periode bebas penyakit, umumnya dilakukan pada stadium IV. Kesembuhan yang tinggi dengan kualitas hidup yang baik akan tercapai bila carcinoma diterapi pada stadium dini. Modalitas terapi ca. mammae secara umum meliputi:

### **1. Kemoterapi**

Kemoterapi adalah penggunaan obat anti kanker (sitotastika) untuk menghancurkan sel kanker. Obat ini umumnya bekerja dengan menghambat atau mengganggu sintesa DNA dalam siklus sel. Pengobatan kemoterapi bersifat sistemik. Obat sitostatika dibawa melalui aliran darah atau diberikan langsung ke dalam tumor. Terdapat 3 jenis setting kemoterapi yakni adjuvant, neoadjuvant dan primer (paliatif).

### **2. Radioterapi**

Mekanisme utama kematian sel karena radiasi adalah kerusakan DNA dengan gangguan pada proses replikasi. Radioterapi menurunkan jaringan panjang klien ca. mammae. Beberapa studi membuktikan bahwa radioterapi setelah kemoterapi menghasilkan longterm survival yang lebih baik dibanding sebaliknya

### **3. Hormonal Terapi**

Hormonal terapi mulai dikembangkan sejak satu abad yang lalu, masih paling efektif dan paling jelas targetnya dari terapi sistemik untuk ca. mammae. Adjuvant hormonal terapi diindikasikan hanya pada payudara yang menunjukkan ekspresi positif estrogen reseptor dan atau progesterone reseptor tanpa memandang usia, status menopause, status kelenjar getah bening aksila maupun ukuran tumor.

### **4. Operasi (mastektomi)**

Operasi merupakan modalitas utama untuk penatalaksanaan ca. mammae. Hal ini memberikan control lokoregional yang dapat dibuktikan dengan pemeriksaan histopatologi dan dari spesimen operasi dapat ditentukan tipe dan grading tumor, status kelenjar getah bening aksila, faktor prediktif dan faktor prognosis tumor (semua faktor diatas tidak bisa diperoleh dari modalitas lain). Beberapa jenis operasi pada ca. mammae adalah Classic Radical Mastectomy (CRM), Modified Radical Mastectomy (MRM), Skin Sparing Mastectomy (SSM), Nipple Sparing Mastectomy (NSP), dan Breast Conserving Treatment (BCT). Masing-masing memiliki indikasi dan keuntungan serta kerugian yang berbeda. MRM (Modified Radical Mastectomy) adalah operasi pengangkatan seluruh jaringan payudara beserta tumor, nipple aerola kompleks, kulit diatas tumor dan fascia pektoral serta diseksi aksila level I-II. Operasi ini dilakukan pada kanker payudara stadium dini dan lokal lanjut. MRM merupakan jenis operasi yang banyak dilakukan.

Operasi mastektomi dilakukan pada ca. mammae stadium 0 (insitu), keganasan jaringan lunak pada payudara, dan tumor jinak payudara yang mengenai seluruh jaringan payudara (misal: phylloides tumor).

Operasi mastektomi menjadi kontra indikasi pada tumor yang melekat dinding dada, edema lengan, nodul satelit yang luas, dan mastitis inflamatoar. Komplikasi operasi mastektomi dibedakan menjadi fase dini dan fase lambat. Fase 12 dini meliputi pendarahan, lesi nodul thoracalis longus wing scapula, dan lesi nodul thoracalis dorsalis. Fase lambat meliputi infeksi, nekrosis flap, seroma, edema lengan, kekakuan sendi, dan bahu kontraktur

## F. Pathway Ca Mammae

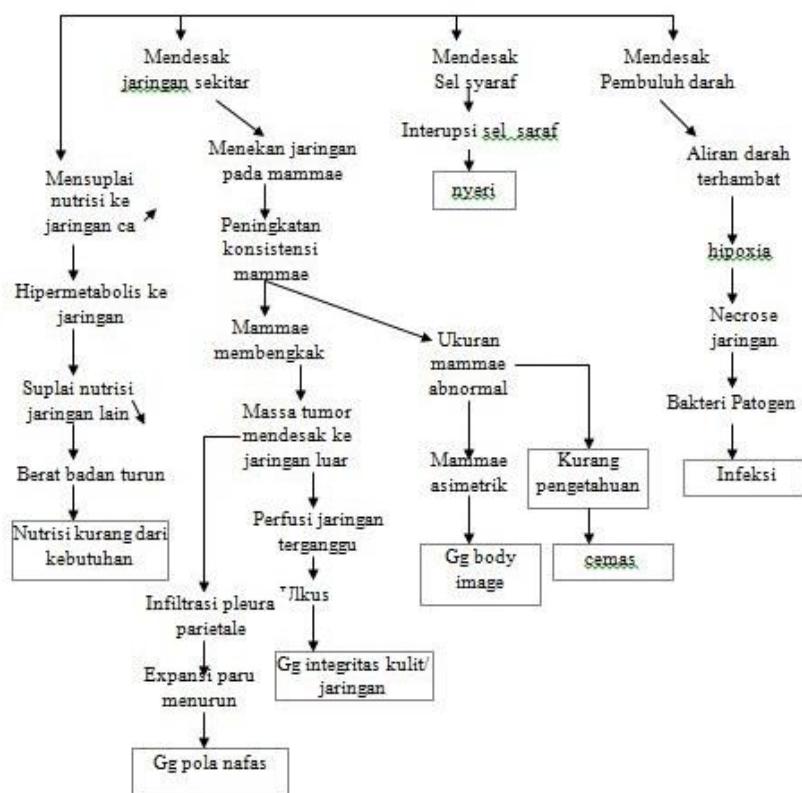
### 1. Asuhan keperawatan Ca Mammae

#### a. Pengkajian keperawatan

Operasi mastektomi menjadi kontra indikasi pada tumor yang melekat dinding dada, edema lengan, nodul satelit yang luas, dan mastitis inflamatoar. Komplikasi operasi mastektomi dibedakan menjadi fase dini dan fase lambat. Fase 12 dini meliputi pendarahan, lesi nodul thoracalis longus wing scapula, dan lesi nodul thoracalis dorsalis. Fase lambat meliputi infeksi, nekrosis flap, seroma, edema lengan, kekakuan sendi, dan bahu kontraktur

#### b. Identitas klien dna identitas penanggung jawab

Nama, usia, jenis kelamin, alamat, no, telepon, status pernikahan, agama, suku, pendidikan, pekerjaan, lama bekerja. Tanggal masuk RS dan tanggal pengkajian.



Gambar 4.1: Pathway Cammae

#### 1) Status kesehatan saat ini

Keluhan utama, lama keluhan, kualitas keluhan, faktor pencetus, faktor pemberat, upaya yang telah dilakukan, diagnosa medis dan riwayat kesehatan saat ini.

- 2) Riwayat lesehatan terdahulu  
Penyakit yang pernah dialami, alergi, imunisasi, kebiasaan (merokok, kopi, alkohol), obat-obatan yang digunakan
  - 3) Riwayat keluarga  
Adanya genogram
  - 4) Riwayat lingkungan  
Kebersihan bahaya kecelakaan, polusi, ventilasi, pencahayaan
  - 5) Pola aktivitas dan latihan  
Makanan/minum, mandi, erpakaian/berdandan, toileting, mobilitas di tempat tidur, berpindah, berjalan, naik tangga
  - 6) Pola eliminasi  
BAB (frekuensi /pola, konsistensi, warna & bau kesulitan, upaya mengatas)
  - 7) Pola tidur-istirahat  
Tidur siang (lamanya jam), tidur malam (lamanya jam), kenyamanan setelah tidur, kebiasaan sebelum tidur, kesulitan, upaya yang dilakukan.
  - 8) Pola kebersihan diri  
Mandi, gosok gigi, kesulitan, upaya yang dilakukan
  - 9) Pola toleransi coping stress  
Pengambilan keputusan, masalah utama terkait dengan peratan di RS atau penyakit, yang biasa dilakuakn apabila stress/mengalami masalah, harapan setelah menjelani perawatan perubahan yang dirasa setelah sakit.
  - 10) Pola peran-hubungan  
Peran dalam keluarga, sistem pendukung, kesulitan dalam keluarga, masalah tentang peran/hubungan dengan keluarga selama perawatan di RS, upaya yang dilakukan untuk mengatasi
  - 11) Pola komunikasi  
Bicara (normal, tidak jelas, bahasa daerah), tempat tinggal, kehidupan keluarga (pandangan adat dan agama yang dianut)
  - 12) Pola nilai dan kepercayaan  
Kegiatan agama/kepercayaan yang tidak dapat dilakukan di rumah, kegiatan agama/kepercayaan yang tidak dapat dilakukan di RS, harapan klien terhadap perawatan untuk melaksanakan ibadahnya.
- c. Pemeriksaan fisik  
Keadaan umum kepala, dan leher, dada (jantung dan paru), payudara dan ketiak, abdomen, genitalia, ekstremitas, kulit dan kuku, punggung.

- d. Hasil pemeriksaan penunjang
- e. Pengobatan

## **2. Diagnosa keperawatan**

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis (penekanan sel syaraf) (**D.0077**)
- b. Pola nafas tidak efektif b.d deformitas dinding dada (**D.0005**)
- c. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan (**D.0019**)
- d. Gangguan integritas kulit/jaringan b.d faktor mekanis (**D.0129**)
- e. Gangguan citra tubuh b.d perubahan struktur/bentuk tubuh (**D.0083**)

## **3. Intervensi dan luaran**

Berdasarkan SIKI dan SLKI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2020)

**Tabel 4.1 Intervensi dan Luaran**

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis (penekanan sel syaraf) ( <b>D.0077</b> )	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan tingkat nyeri menurun,, dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>7. Keluhan nyeri menurun</li> <li>8. Meringis menurun</li> <li>9. Sikap protektif menurun</li> <li>10. Gelisah menurun</li> <li>11. Kesulitan tidur menurun</li> <li>12. Frekuensi nadi membaik</li> </ul>	Manajemen Nyeri ( <b>I.08238</b> ) Obsernasi <ul style="list-style-type: none"> <li>10. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li> <li>11. Identifikasi skala nyeri</li> <li>12. Idenfitikasi respon nyeri non verbal</li> <li>13. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>14. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li> <li>15. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li> <li>16. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li> <li>17. Monitor</li> </ul>

			<p>keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>18. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)</li> <li>6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>7. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>8. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ul> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>7. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>8. Anjurkan</li> </ul>
--	--	--	--

			<p>memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>9. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</p> <p>10. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2. Kolaborasi pemberian analgesik, bila perlu</p>
2	Pola nafas tidak efektif b.d deformitas dinding dada ( <b>D.0005</b> )	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan tingkat pola nafas membaik,, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea menurun</li> <li>2. Penggunaan otot bantu napas menurun</li> <li>3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun</li> <li>4. Frekuensi napas membaik</li> <li>5. Kedalaman napas membaik</li> </ol>	<p>Manajemen jalan nafas (<b>I.01011</b>)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</li> <li>2. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</li> <li>3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan kepatenannya jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal)</li> <li>2. Posisikan semi-fowler atau fowler</li> <li>3. Berikan minum hangat</li> <li>4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu</li> <li>5. Lakukan penghisapan</li> </ol>

			<p>lendir kurang dari 15 detik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal</li> <li>7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill</li> <li>8. Berikan oksigen, jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi</li> <li>2. Ajarkan Teknik batuk efektif</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, jika perlu</li> </ol>
3	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan ( <b>D.0019</b> )	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan tingkat status nutrisi membaik,, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</li> <li>2. Berat badan membaik</li> <li>3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik</li> </ol>	<p>Manjemen nutrisi (<b>I.03119</b>)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</li> <li>5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric</li> <li>6. Monitor asupan makanan</li> <li>7. Monitor berat</li> </ol>

			<p>badan</p> <p>8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> <li>2. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)</li> <li>3. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>4. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</li> <li>6. Berikan suplemen makanan, jika perlu</li> <li>7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>2. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</li> </ol>
--	--	--	--

			<p>2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</p>
4	Gangguan integritas kulit/jaringan b.d faktor mekanis <b>(D.0129)</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan integritas kulit/jaringan meningkat,, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan menurun</li> <li>2. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> </ol>	<p>perawatan luka (<b>I.14564</b>) observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor karakteristik luka (mis: drainase, warna, ukuran , bau)</li> <li>2. Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>2. Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu</li> <li>3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan</li> <li>4. Bersihkan jaringan nekrotik</li> <li>5. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu</li> <li>6. Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>7. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>8. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase</li> <li>9. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi</li> </ol>

			<p>pasien</p> <p>10. Berikan diet dengan kalori 30 – 35 kkal/kgBB/hari dan protein 1,25 – 1,5 g/kgBB/hari</p> <p>11. Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis: vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi</p> <p>12. Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>2. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>3. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi prosedur debridement (mis: enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu</li> </ol>
5	Gangguan citra tubuh b.d perubahan struktur/bentuk tubuh ( <b>D.0083</b> )	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan citra tubuh meningkat,, dengan kriteria hasil :  1. Melihat bagian tubuh membaik	<p>Promosi coping (<b>I.09312</b>)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan</li> </ol>

		<p>2. Menyentuh bagian tubuh membaik</p> <p>3. Verbalisasi kecacatan bagian tubuh membaik</p> <p>4. Verbalisasi kehilangan bagian tubuh membaik</p>	<p>2. Identifikasi kemampuan yang dimiliki</p> <p>3. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan</p> <p>4. Identifikasi pemahaman proses penyakit</p> <p>5. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan</p> <p>6. Identifikasi metode penyelesaian masalah</p> <p>7. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Diskusikan perubahan peran yang dialami</p> <p>2. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan</p> <p>3. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri</p> <p>4. Diskusikan untuk mengklarifikasi kesalahpahaman dan mengevaluasi perilaku sendiri</p> <p>5. Diskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan rasa malu</p> <p>6. Diskusikan risiko yang menimbulkan</p>
--	--	---	--

		<p>bahaya pada diri sendiri</p> <p>7. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan</p> <p>8. Berikan pilihan realistik mengenai aspek-aspek tertentu dalam perawatan</p> <p>9. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistik</p> <p>10. Tinjau Kembali kemampuan dalam pengambilan keputusan</p> <p>11. Hindari mengambil keputusan saat pasien berada dibawah tekanan</p> <p>12. Motivasi terlibat dalam kegiatan sosial</p> <p>13. Motivasi mengidentifikasi sistem pendukung yang tersedia</p> <p>14. Damping saat berduka (mis: penyakit kronis, kecacatan)</p> <p>15. Perkenalkan dengan orang atau kelompok yang berhasil mengalami pengalaman sama</p> <p>16. Dukung penggunaan mekanisme pertahanan yang tepat</p>
--	--	--

			<p>17. Kurangi rangsangan lingkungan yang mengancam</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama</li> <li>2. Anjurkan penggunaan sumber spiritual, jika perlu</li> <li>3. Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</li> <li>4. Anjurkan keluarga terlibat</li> <li>5. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik</li> <li>6. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif</li> <li>7. Latih penggunaan Teknik relaksasi</li> <li>8. Latih keterampilan sosial, sesuai kebutuhan</li> <li>9. Latih mengembangkan penilaian obyektif</li> </ol>
--	--	--	---

## **Referensi**

---

- Putra, S. R. (2015). *Buku lengkap kanker payudara*. Laksana.
- Anggorowati, L. (2013). Faktor risiko kanker payudara wanita. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(2).
- Lestari, P., & Wulansari, W. (2019). Pentingnya pemeriksaan payudara sendiri (sadari) sebagai upaya deteksi dini kanker payudara. *Indonesian Journal of Community Empowerment (IJCE)*, 1(2).
- Desanti, O. I., & IM Sunarsih, S. (2010). Persepsi wanita berisiko kanker payudara tentang pemeriksaan payudara sendiri di kota Semarang, Jawa Tengah. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 26(3), 152.
- Pulungan, R. M., & Hardy, F. R. (2020). Edukasi “Esadari”(Periksa Payudara Sendiri) Untuk Deteksi Dini Kanker Payudara Di Kelurahan Cipayung Kota Depok. *Diseminasi: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(1), 47-52.

## Glosarium

---

### D

DNA : Molekul yang mengandung informasi genetik yang berperan penting dalam perkembangan makhluk hidup dan pewarisan sifat-sifatbiologis

---

### H

Histopatologi : ilmu yang mempelajari kondisi dan fungsi jaringan yang berkaitan dengan penyakit

---

### M

Metastase : penyebaran sel kanker dari tempat asalnya ke bagian tubuh lain

Mastektomi : prosedur operasi pengangkatan payudara yang dilakukan untuk mengobati kanker payudara atau tumor yang berpotensi menjadi kanker

---

### R

Radioterapi : prosedur medis yang menggunakan radiasi untuk mengobati kanker

---

### T

Tumor : benjolan yang muncul akibat pertumbuhan sel-sel tubuh yang tidak terkendali

Terapi Kuratif : perawatan atau terapi yang diberikan untuk menyembuhkan penyakit atau kondisi, atau menunda perkembangan penyakit

# BAB 5

## ASUHAN KEPERAWATAN HIPEREMESIS GRAVIDARUM

### A. Pendahuluan

Hyperemesis gravidarum terjadi pada 0,3% hingga 2% wanita hamil, meskipun populasi dengan tingkat yang jauh lebih tinggi telah dilaporkan. Dalam praktik klinis, hiperemesis gravidarum diidentifikasi oleh muntah dan dehidrasi yang tidak dapat dijelaskan. Artikel ini membahas penyebab, presentasi, diagnosis, dan penatalaksanaan hiperemesis gravidarum.

### B. Definisi

Kehamilan dapat menjadi patofisiologis jika ditemukan kelainan yang dapat menyebabkan kehamilan pada ibu hamil. Kelainan tersebut dapat disebabkan oleh penyakit bawaan ibu atau kurangnya asupan nutrisi selama hamil dan sebelum kehamilan. Salah satu keadaan yang dapat menyebabkan kurangnya asupan nutrisi pada ibu hamil adalah gangguan hiperemesis gravidarum. Gejala yang ditimbulkan mual dan muntah dapat mengakibatkan ibu hamil mengalami kekurangan nutrisi sebagai akibat tidak adanya nutrisi yang masuk saat kehamilan (Damayanti et al., 2020).

Dikatakan hiperemesis gravidarum yaitu suatu gejala pada ibu hamil ditandai dengan mual dan muntah terjadi lebih dari 10 kali dalam sehari. Sehingga, dapat mengganggu aktifitas sehari-hari dan membuat keadaan umum ibu hamil menjadi buruk. Hal ini dapat mengancam untuk ibu hamil. Jika tidak tertangani segera, akan menyebabkan kematian pada ibu hamil (Nurbaity dkk., 2019).

Hiperemesis gravidarum merupakan suatu kehamilan yang mengalami komplikasi dengan ditandai dengan mual dan muntah secara terus menerus. Sehingga, menyebabkan berat badan pada ibu hamil mengalami penurunan 5% dari berat badan sebelum hamil. Hiperemesis gravidarum juga dapat menyebabkan beberapa kondisi yang membuat ibu hamil mengalami asidosis metabolismik akibat kelaparan karena tidak ada asupan makanan sama sekali yang

disebabkan mual dan muntah, dehidrasi, hipokalemia serta alkalosis akibat kehilangan asam klorida (Ibrahim dkk., 2021).

Mual dan muntah umumnya hilang setelah trimester pertama. Hiperemesis gravidarum pada umumnya dialami pada saat kehamilan minggu ke 4 hingga 6. Pada minggu ke 8 hingga 12, tingkat keparahan hiperemesis gravidarum mulai meningkat dan pada minggu ke 20 mulai berkurang atau gejalanya mual dan muntah hilang (Nurbaity dkk., 2019).

Penyebab hiperemesis gravidarum diperkirakan dikarenakan peningkatan Hormon Chorionic Gonadotrophin (HCG). Secara umum, wanita hamil akan mengalami penyesuaian selama kehamilan dengan terjadinya beberapa gejala yang dirasakan. Salah satunya mual dan muntah yang bertahan paling lama 4 bulan. Hal ini membuat kondisi ibu hamil menjadi buruk dan menganggu aktivitas sehari-hari (Muntia et al., 2021).

Hiperemesis gravidarum terjadi disebabkan oleh beberapa faktor. Dalam teori metabolismik menyebutkan kekurangan vitamin B6 dapat memicu gejala mual dan muntah pada ibu hamil. Faktor lainnya seperti faktor endokrin, hormon progesteron yang diproduksi saat hamil berfungsi untuk menjaga lapisan paling dalam rahim. Sehingga, janin yang berkembang dapat menempel. Hormon ini diduga menjadi faktor terjadinya mual dan muntah pada ibu hamil dengan cara menghambat gelombang perengangan otot polos lambung dan pergerakan lambung. Faktor psikologis menjadi faktor lainnya yang dapat menyebabkan hiperemesis gravidarum pada ibu hamil. Disebutkan dalam beberapa kasus yang terjadi, pada penderita hiperemesis gravidarum mengalami kelainan psikiatri seperti depresi berat, somatisasi dan sindrom munchausen. Keadaan ini dapat terjadi karena dipengaruhi keadaan ambivalensi pada ibu hamil (Bayu, 2018).

Secara patofisiologi terjadinya mual dan muntah akibat dari hiperemesis gravidarum. Dimulai dengan dimedula otot polos mengalami stimulasi. Stimulasi otot polos mengontrol otot skletal perut, otot polos lambung dan zona kemoreseptor pada SDO (sawar darah otak). Kemudian, hasil stimulasi zona kemoreseptor menyalurkan ke pusat muntah. Sehingga, otot pernapasan dan otot saluran pencernaan mengalami kontraksi memicu timbulnya muntah (Efrizal, 2021)

Penatalaksanaan bagi pasien hiperemesis gravidarum yang dapat dilakukan diantaranya ketika merasa mual dapat mengkonsumsi jahe yang dicampurkan dengan makanan lainnya dan mengkonsumsi buah jeruk, makan makanan yang mudah dicerna dan tidak berlemak, memperbanyak mengkonsumsi air putih untuk menjaga hidrasi, konsumsi makanan secara sedikit dan sering, istirahat

dengan cukup, menghindari hal yang dapat memicu muntah seperti kondisi ruangan yang tidak nyaman dan bau dari makanan (Mutoharoh, 2022).

## **C. Adaptasi Fisik dan Psikologis Terhadap Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum**

---

Sejak awal terjadinya pembuahan sel sperma dan sel telur menjadi sebuah embrio. Pada tubuh wanita mengalami banyak perubahan baik perubahan secara fisiologis dan psikologis. Pada bagian reproduksi, akan mengalami perubahan yang sangat signifikan sebagai penyesuaian pertumbuhan sebuah janin. Perubahan terjadi pada seluruh bagian termasuk kardiovaskuler, gastrointestinal, respirasi, endokrin, dan perubahan sistem perkemihan dan ginjal. (Aprilia, 2020).

### **1. Adaptasi Fisik Terhadap Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum**

Sebagai adaptasi perubahan fisik yang terjadi pada ibu hamil, mual dan muntah adalah gejala yang secara umum dapat di rasakan oleh ibu hamil. Hal ini dapat terjadi disebabkan hormon HCG (Human Chorionic Gonadotropin), merupakan hormon yang memiliki kegunaan untuk melindungi kehamilan dan tumbuh kembang janin. Hormon ini dihasilkan oleh tubuh selama masa kehamilan. Hormon HCG mengalami peningkatan dan mendorong produksi hormon esterogen pada ovarium. Sehingga, merangsang peningkatan refluks gastroesofagus dan berakibat memicu rasa mual dan muntah pada ibu hamil (Efrizal, 2021).

Ratnaningtyas (2021) menyebutkan bahwa tidak ada pernyataan yang jelas mengenai hiperemesis gravidarum dengan mual yang bersifat fisiologis. Tetapi, jika ibu hamil berdampak dan terpengaruh keadaannya secara umum. Hal tersebut dianggap sebagai hiperemesis gravidarum.

Mual dan muntah pada ibu hamil dapat dikategorikan ringan, sedang, dan berat berdasarkan frekuensi mual dan muntah. Mual dapat terjadi kurang dari 5 kali dalam sehari atau yang disebut emesis gravidarum dan lebih dari 5 kali atau yang disebut dengan hiperemesis gravidarum. Pada kebanyakan kasus disertai dengan muntah. Jika kondisi mual dan muntah terus berlangsung akan menyebabkan gangguan metabolismik dan elektrolit dalam jangka panjang. Berdampak pada kondisi pengentalan darah (hemokonsentrasi) serta penurunan berat badan yang drastis. Kondisi lain yang akan terjadi dapat mengakibatkan keadaan ibu hamil menjadi pucat, lemah, frekuensi buang air besar dan kecil mengalami penurunan. (Rofi'ah, Widatiningsih and Sukini, 2019).

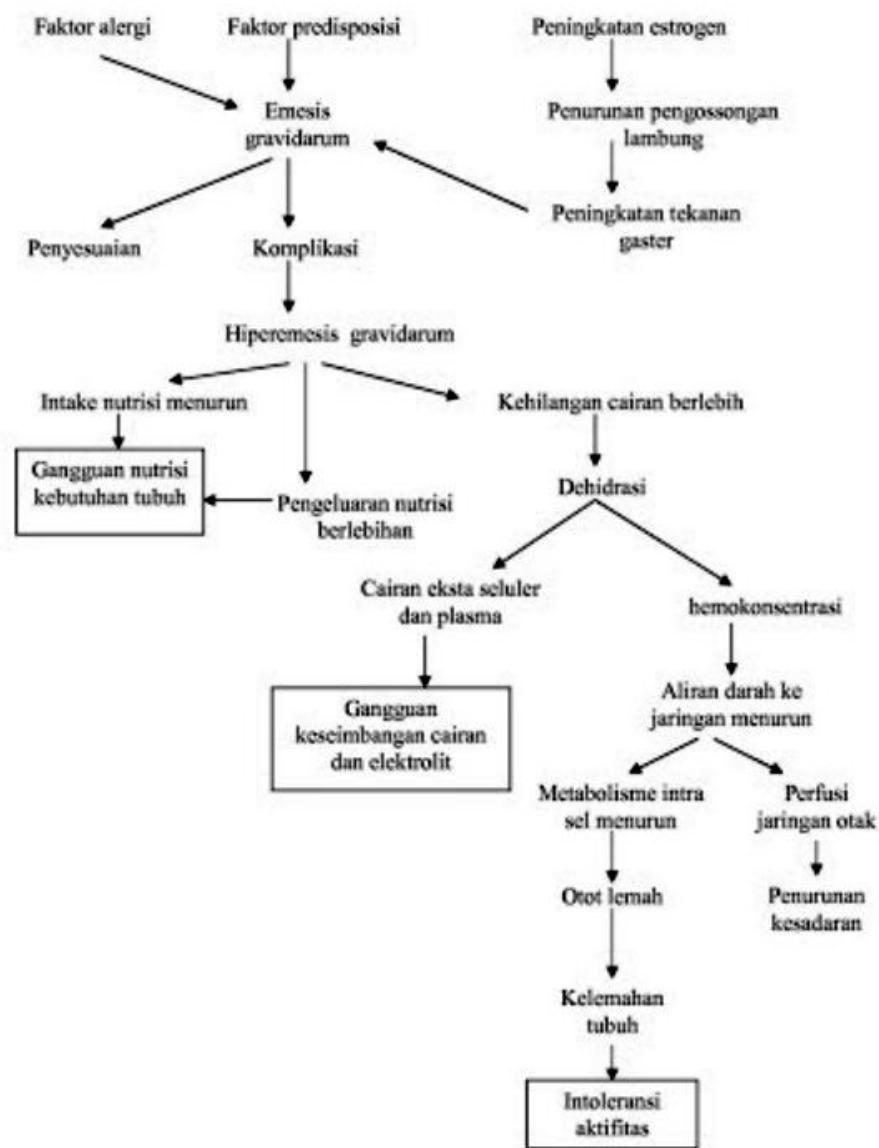
## **2. Adaptasi Psikologis Terhadap Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum**

Menurut Syamsuddin (2018) menyatakan salah satu faktor penyebab mual dan muntah adalah stress. Gangguan psikologis yang sering dan pada umumnya terjadi pada ibu hamil, salah satunya yaitu adalah stress. Ibu hamil harus beradaptasi dengan perubahan dalam tubuhnya dan mengalami mendapatkan peran baru dalam dirinya yang menyebabkan rawan mengalami gangguan psikologis seperti stress.

Beberapa kondisi seperti perasaan takut, kekhawatiran, kemarahan dan belum dapat menerima atau tidak ada kesiapan dengan kehamilan juga akan mempengaruhi kondisi psikologis ibu hamil. Kondisi ini dapat terjadi dengan memicu hipotalamus dan mendorong impuls bagian otak tengah. Sehingga, menimbulkan ketegangan pada otot dada dan perut bersamaan dengan turunnya dinding otot diafragma. Kemudian, menimbulkan aksentuasi tinggi pada abdomen, membuat ibu hamil mengambil napas panjang menyebabkan springter esofagus membuka bagian atasnya dan berrelaksasi pada bagian bawahnya. Hal demikian memicu adanya rasa mual dan muntah pada ibu hamil. (Mardiyanti dan Zuwariyah, 2019).

Dampak psikologis pada ibu hamil yang menderita hiperemesis gravidarum yaitu berupa perasaan bersalah, marah dan cemas terlebih ketika gejala mual dan muntah semakin memperberat kondisi ibu hamil. Dampak psikologis ini dapat menimbulkan dampak terjadinya konflik yang disebabkan rasa ketergantungan terhadap suami dan ketidakadaan kontrol bila ibu hamil harus berhenti berkerja dikarenakan kehamilan. Selain itu, perubahan dalam hubungan terhadap orang lain juga akan turut mengalami perubahan dikarenakan ibu hamil mengalami perubahan yang sangat rumit terhadap kehamilan yang dialaminya. Hal ini dapat menyebabkan timbulnya perasaan merasa tidak diperhatikan dan menutup diri dari lingkungan sekitar. (Ratnaningtyas, 2021) . Dalam Runiari, Steele (2010) menyatakan dalam penelitian yang ia lakukan dapat dibuktikan bahwa satu dari tiga ibu hamil dengan mual dan muntah mengalami kondisi stress dan menimbulkan perpecahan dalam hubungan keluarga, gangguan hubungan sosial serta gangguan mengekspresikan emosi. Penelitian ini terjadi pada ibu hamil yang berkerja 25% menyatakan sangat membutuhkan waktu untuk beristirahat dalam berkerja dan 50% mengalami depresiasi efisiensi didalam perkerjaannya.

## D. Pathway



**Gambar 5.1 Pathway**

## **E. Tanda dan Gejala pada Hiperemesis Gravidarum**

---

Hiperemesis gravidarum menyebabkan gejala yang khas yaitu mual dan muntah yang berlebihan yang disebabkan hormon HCG mengalami peningkatan pada masa kehamilan. Kemudian, menstimulasi otot lambung. Sehingga, memicu terjadinya mual dan muntah. Hormon HCG yang terus mengalami peningkatan akan menyebabkan gejala semakin memburuk. (Rofi'ah et al., 2019).

Menurut Hyperemesis Education and Research Foundation, menyatakan hiperemesis gravidarum merupakan penyakit yang jarang terjadi pada ibu hamil. Kondisi ini dapat mengancam nyawa dan melemahkan ibu dan janin. Ditandai dengan mual dan muntah berlebihan, dehidrasi akibat kehilangan cairan berlebihan, malnutrisi akibat nafsu makan menurun. Sehingga, menyebabkan penurunan berat badan pada ibu hamil secara signifikan. (Rorrong et al., 2021).

Manifestasi klinis dari hiperemesis gravidarum dibagi dalam tiga tingkatan. Pada tingkat I ditandai dengan mual dan muntah terus menerus, ibu tampak lemas dan lemah, nyeri pada epigastrium, menimbulkan nafsu makan mengalami penurunan sehingga berat badan turun secara drastis, dan menunjukkan tanda terjadinya dehidrasi yaitu mata yang cekung, mukosa bibir tampak kering, lidah kering, dan penurunan turgor kulit. Tingkat II ditandai dengan kesadaran apatis, takikardia, tampak lemah, konstipasi, oliguria, hemokonsentrasi (pengentalan darah) dan tekanan darah menurun. Pada tingkat III, ditandai dengan menurunnya kesadaran, suhu meningkat, nadi melemah, tekanan darah semakin menurun, mual dan muntah berhenti. (Wigati, 2018).

## **F. Pemeriksaan Penunjang Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum**

---

Dalam mendiagnosa hiperemesis gravidarum diperlukan pemeriksaan secara umum seperti pengkajian atau anamnesa, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang meliputi seperti pemeriksaan laboratorium darah rutin dan pemeriksaan radiologi seperti usg. Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan bertujuan untuk memeriksa kondisi ibu hamil dan sebagai acuan untuk menetapkan diagnosa hiperemesis gravidarum pada ibu hamil. Pemeriksaan USG pada ibu dengan hiperemesis gravidarum dilakukan untuk mendeteksi kondisi kehamilan dan kelainan pada janin. (K. C. Putri, 2018).

Pemeriksaan laboratorium berupa pemeriksaan urin (ketonuria), pemeriksaan darah rutin (hematologi) dan pemeriksaan infeksi bakteri. Pemeriksaan darah rutin sebagai indikasi untuk mendiagnosa hiperemesis gravidarum pada ibu hamil. Pemeriksaan ini untuk mengukur tingkat inflamasi yang terjadi dari suatu penyakit. Kadar leukosit, trombosit, limfosit, NLR

(Neutrofit terhadap limfosit) merupakan tanda sederhana untuk membuktikan terjadinya inflamasi dari suatu penyakit termasuk hiperemesis gravidarum. (Arrosyada, 2020).

Pada pemeriksaan urin penderita hiperemesis gravidarum ketonuria ditemukan sebagai akibat metabolisme karbohidrat yang terganggu. Dalam suatu penelitian terdapat bakteri yang hidup dalam mukosa lambung yang dapat menjadi faktor penyebab timbulnya gangguan sistem pencernaan hingga hiperemesis gravidarum pada ibu hamil yaitu bakteri H.pylori. Sehingga, diperlukan juga pemeriksaan infeksi pada ibu hamil dengan yang menderita hiperemesis gravidarum dengan indikasi adanya dugaan disebabkan gangguan pada gastrointestinal. Pada kondisi tertentu, pada ibu hamil yang menderita hiperemesis gravidarum yang diduga mengalami hipertiroid. Diharuskan melakukan pemeriksaan fungsi tiroid dengan kriteria TSH dan T4. (K. C. Putri, 2018) pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat dilakukan yaitu pemeriksaan radiologi. Pemeriksaan radiologi dilakukan untuk melihat ada atau tidaknya kehamilan lebih dari satu atau multiple pregnant, kehamilan diluar rahim atau ektopik dan penyakit yang diderita ibu hamil seperti trofoblastik. (Jennings dan Krywko, 2021).

## **G. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum**

---

Asuhan keperawatan maternitas merupakan suatu asuhan yang dilakukan oleh perawat sebagai pelayanan kesehatan memenuhi kebutuhan beradaptasi pada perubahan psikologis, fisiologis, dan psikososial selama masa kehamilan (prenatal), saat melahirkan (natal) dan pasca melahirkan (postnatal). Asuhan keperawatan yang dilaksanakan pada ibu hamil dengan hiperemesis gravidarum dilaksanakan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pada ibu hamil dan janin. Sehingga, tidak terjadi komplikasi pada ibu hamil maupun janin. (Ayu., dkk, 2022).

Asuhan Keperawatan meliputi pengkajian (anamnesa, pemeriksaan fisik), diagnosa keperawatan, rencana tindakan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian**

- a) Identitas pasien dan penanggung jawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan terakhir, perkerjaan, suku/bangsa, alamat, diagnosa medis, tanggal dan jam masuk dan hubungan dengan pasien.

- b) Status kesehatan saat ini meliputi keluhan mual dan muntah berapa kali dalam sehari, keluhan berlangsung hilang-timbul atau secara terus menerus, sejak kapan timbul keluhan mual dan muntah dan berapa lama berlangsung keluhan
- c) Riwayat kesehatan lalu meliputi riwayat penyakit yang diderita seperti maag yang dapat memicu mual dan muntah, riwayat kecelakaan, riwayat pernah dirawat dan operasi, riwayat alergi terhadap obat dan makanan, riwayat imunisasi
- d) Riwayat obstetri masa lalu
- e) Riwayat penggunaan KB meliputi pemakaian kontrasepsi, penggunaan kb saat ini
- f) Riwayat kesehatan keluarga meliputi genogram, riwayat keshatan keluarga dulu dan saat ini
- g) Riwayat kesehatan lingkungan (kebersihan dan keamanan)
- h) Pengkajian kesehatan fungsional meliputi:
  - 1) Pola nutrisi dan metabolismik (pola makan dan minum, perubahan pola makan dan minum setelah sakit, makanan pantangan, yang disukai, alergi dan dibatasi, kebiasaan mengkonsumsi vitamin atau obat penambah nafsu makan, keluhan makan dan minum, penurunan berat badan dalam 6 bulan terakhir, keluhan mual dan muntah dalam sehari, keluhan deman dan cairan yang masuk dalam sehari bila pasien terpasang infus)
  - 2) Pola eliminasi (pola BAB dan BAK meliputi jumlah, waktu, frekuensi, warna, keluar darah atau tidak, terpasang ileostomy/kolostomy dan adakah perubahan BAB dan BAK setelah sakit)
  - 3) Pola aktifitas dan latihan (kegiatan dalam perkerjaan, olahraga yang dilakukan (frekuensi dan jenis), keluhan dan kesulitan dalam aktifitas (pergerakan tubuh, perawatan diri, berhajat (BAB/BAK), keluhan sesak napas saat beraktivitas dan keluhan mudah kelelahan, kebiasaan tidur (waktu, lama tidur dalam sehari) dan kesulitan tidur (mudah terbangun, insomnia, sulit memulai tidur)
  - 4) Pola kognitif dan perceptual sensori (keluhan dengan kemampuan sensasi pada penglihatan dan pendengaran), kemampuan kognitif (kemampuan mengingat, berbicara, mengambil keputusan dan memahami pesan yang diterima), keluhan sering pusing dan menurunnya sensitifitas terhadap nyeri dan panas/dingin), persepsi terhadap nyeri menggunakan pendekatan Paliatif, Quality, Regional, Skala, Time.

- 5) Pola seksual dan reproduksi (riwayat gangguan hubungan seksual, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan, riwayat pemeriksaan fisik reproduksi seperti pap smear, usg ekternal dan internal)
  - i) Pemeriksaan fisik (head to toe)
    - 1) Kesadaran (pada pasien hiperemesis gravidarum tingkat I kesadaran komposmentis, tingkat II dengan kesadaran apatis, dan pada tingkat III dengan kesadaran somnolen hingga koma)
    - 2) Penampilan (pasien tampak lemah dan lesu)
    - 3) Vital sign meliputi tekanan darah, suhu, nadi, respirasi, dan saturasi oksigen Terjadi penurunan BB 6 bulan terakhir.
    - 4) Kepala (bentuk kepala, rambut, kulit kepala)
    - 5) Mata (kemampuan penglihatan, sklera ikterik/tidak ikterik, konjungtiva anemis/tidak anemis, ukuran pupil, reaksi terhadap cahaya, penggunaan bantuan penglihatan)
    - 6) Hidung (inspeksi bentuk, sekret, terdapat epitaksis/ tidak, cuping hidung, terdapat polip atau tidak, menggunakan alat bantu pernapasan dan palpasi nyeri tekan dan edema)
    - 7) Telinga (bentuk, kemampuan pendengaran, serumen, terdapat infeksi atau tidak, terdapat lesi, pendarahan atau tidak, palpasi nyeri tekan dan edema)
    - 8) Mulut dan tenggorokan (kesulitan bicara dan gangguan bicara, mukosa bibir, lesi, keadaan dalam mulut, palpasi terdapat nyeri tekan dan edema, terdapat caries gigi atau tidak, keadaan gigi, penggunaan gigi palsu, bau, keadaan lidah, stomatitis, kesulitan menguyah, nyeri telan, posisi trakhea, terdapat edema dan pembesaran tonsil atau tidak)
    - 9) Dada Jantung (inpeksi, palpasi, perkusi, auskultasi jantung), paru-paru (inpeksi, palpasi, perkusi bunyi paru, auskultasi bunyi dan suara tambahan seperti wheezing atau ronchi)
    - 10) Abdomen (inspeksi kulit, warna kulit, bentuk, kesimetrisan pergerakan saat bernapas, linea alba, palpasi tinggi fundus uterus dan keadaan abdomen tegang saat mual dan muntah, perkusi, auskultasi bunyi peristaltik usus)
    - 11) Genitalia (keadaan genitalia, terdapat luka dan infeksi atau tidak, hemoroid dan terpasang kateter atau tidak)
    - 12) Ektremitas atas dan bawah (inspeksi kuku dan kulit, capillary refill normalnya kurang dari 2-3 detik, palpasi edema, kemampuan berfungsi (mobilitas dan keamanan), kekuatan otot ektremitas bawah

menurun, koordinasi gerak dan keseimbangan kurang, perlu dibantu orang lain ketika berjalan dan berdiri, kaji infus)

- 13) Kulit (warna, terdapat hiperpigmentasi atau tidak, keadaan kulit, turgor kulit, terdapat lesi, edema dan nyeri tekan atau tidak)
- j) Data penunjang (hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi (USG), Diet yang diperoleh, dan terapi farmakologis dan non farmakologis

## 2. Diagnosa Keperawatan

- a) Nausea b.d kehamilan (**D.0076**)
- b) Nyeri Akut b.d agen pencedera fisiologis (D.0077)
- c) Gangguan Mobilitas Fisik b.d perubahan metabolisme (0054)
- d) Defisit Nutrisi b.d ketidak mampuan mencerna makanan(D. 0019)
- e) Hipertermia b.d proses penyakit (D. 0130)

## 3. Intervensi dan Luaran

NO	DIAGNOSA	LUARAN	INTERVENSI
1	Nausea b.d kehamilan ( <b>D.0076</b> )	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan tingkat neusea menurun, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Nafsu makan, menurun</li> <li>2. Keluhan mual, menurun</li> <li>3. Perasaan ingin muntah, menurun</li> <li>4. Perasaan asam di mulut, menurun</li> <li>5. Sensasi panas, menurun</li> <li>6. Sensasi dingin, menurun</li> <li>7. Frekuensi menelan, menurun</li> <li>8. Diaforesis, menurun</li> <li>9. Jumlah saliva, menurun</li> <li>10. Pucat, menurun</li> <li>11. Takikardia, menurun</li> </ul>	<p>Manajemen mual (<b>I.03117</b>)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pengalaman mual</li> <li>2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan (mis: bayi, anak-anak, dan mereka yang tidak dapat berkomunikasi secara efektif)</li> <li>3. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan, aktivitas, kinerja, tanggung jawab peran, dan tidur)</li> <li>4. Identifikasi faktor penyebab mual (mis: pengobatan dan prosedur)</li> <li>5. Identifikasi antiemetik untuk mencegah mual (kecuali mual pada kehamilan)</li> <li>6. Monitor mual (mis: frekuensi, durasi, dan</li> </ul>

		<p>12. Dilatasi pupi, menurun</p>	<p>tingkat keparahan)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual (mis: bau tidak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)</li> <li>2. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis: kecemasan, ketakutan, kelelahan)</li> <li>3. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</li> <li>4. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau, dan tidak berwarna, jika perlu</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>2. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</li> <li>3. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat, dan rendah lemak</li> <li>4. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis: biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresur)</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>Kolaborasi pemberian obat antiemetik, jika perlu</p>
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan tingkat nyeri menurun,, dengan kriteria hasil :</p>	<p>Manajemen Nyeri (<b>I.08238</b>)</p> <p><b>Obsernasi</b></p> <p>19. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas,</p>

	(penekanan sel syaraf) <b>(D.0077)</b>	<p>13. Keluhan nyeri menurun      14. Meringis menurun      15. Sikap protektif menurun      16. Gelisah menurun      17. Kesulitan tidur menurun      18. Frekuensi nadi membaik</p>	<p>intensitas nyeri      20. Identifikasi skala nyeri      21. Idenfitikasi respon nyeri non verbal      22. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri      23. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri      24. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri      25. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup      26. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan      27. Monitor efek samping penggunaan analgetik</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>9. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)      10. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)      11. Fasilitasi istirahat dan tidur      12. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri</p>
--	--	---	---

			<p>dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>11. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>12. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>13. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>14. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>15. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3. Kolaborasi pemberian analgesik, bila perlu</li> </ul>
3	Gangguan Mobilitas Fisik b.d perubahan metabolisme ( <b>D.0054</b> )	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan mobilitas fisik meningkat,, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Rentang gerak (ROM) meningkat</li> </ul>	<p>Dukungan mobilisasi (<b>I.05173</b>)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan</li> </ul>

			<p>pergerakan Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>
4	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencerna makanan <b>(D.0019)</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan tingkat status nutrisi membaik,, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Porsi makan yang dihabiskan meningkat</li> <li>5. Berat badan membaik</li> <li>6. Indeks massa tubuh (IMT) membaik</li> </ol>	<p>Manjemen nutrisi <b>(I.03119)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Identifikasi status nutrisi</li> <li>10. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>11. Identifikasi makanan yang disukai</li> <li>12. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</li> <li>13. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik</li> <li>14. Monitor asupan makanan</li> <li>15. Monitor berat badan</li> <li>16. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> <li>9. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)</li> <li>10. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai</li> <li>11. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi</li> <li>12. Berikan makanan</li> </ol>

			<p>tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>13. Berikan suplemen makanan, jika perlu</p> <p>14. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastric jika asupan oral dapat ditoleransi</p> <p><b>Edukasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3. Ajarkan posisi duduk, jika mampu</li> <li>4. Ajarkan diet yang diprogramkan</li> </ul> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu</li> <li>4. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu</li> </ul>
5	Hipertermia b.d proses penyakit (D.0130)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan tingkat status nutrisi membaik,, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menggil menurun</li> <li>2. Suhu tubuh membaik</li> <li>3. Suhu kulit membaik</li> </ol>	<p>Manajemen hipertermia (I.15506)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab hipertermia (mis: dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator)</li> <li>2. Monitor suhu tubuh</li> <li>3. Monitor kadar elektrolit</li> <li>4. Monitor haluan urin</li> <li>5. Monitor komplikasi akibat hipertermia</li> </ul> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sediakan lingkungan yang dingin</li> <li>2. Longgarkan atau lepaskan pakaian</li> <li>3. Basahi dan kipasi</li> </ul>

			<p>permukaan tubuh</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Berikan cairan oral</li> <li>5. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)</li> <li>6. Lakukan pendinginan eksternal (mis: selimut hipotermia atau kompres dingin pada dahi, leher, dada, abdomen, aksila)</li> <li>7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin</li> <li>8. Berikan oksigen, jika perlu</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan tirah baring</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu</li> </ol>
--	--	--	---

## Referensi

- Aisah, S. (2021). Aplikasi Relaksasi Otot Progresif Terhadap Intensitas Nyeri Gastritis Pada Pasien Gastritis Di Wiayah Kerja Puskesmas Surade.
- Andini, O., Navianti, D., & Garini, A. (2022). Di Rs Bhayangkara Kota Palembang Platelet Count In Pregnant Women RSUD Depati Hamzah Pangkalpinang Poltekkes Kemenkes Palembang. 17(2), 147–152.
- Aprilia, W. (2020). Perkembangan pada masa pranatal dan kelahiran. Yaa Bunayya : Jurnal Pendidikan Anak Usia Dini, 4(1), 40–55. <https://jurnal.umj.ac.id/index.php/YaaBunayya/article/download/6684/4246>
- Arisdiani, T., & Hastuti, Y. D. (2020). Tingkat Hiperemesis Gravidarum pada Ibu Hamil Trimester I di Kabupaten Kendal. Jurnal Kebidanan Malakbi, 1(2), 50. From : <https://doi.org/10.33490/b.v1i2.300> diakses tanggal 29 Maret 2023 Pukul 21.21 WIB
- Arrosyada, A. (2020). Pemeriksaan Laboratorium Klinis Untuk Diagnosa Hiperemesis Gravidarum (Vol. 2019).
- Astuti., H P., Pangesti., C B., A. G. S. (2022). Efektivitas Prenatal Massage dan Prenatal Yoga Terhadap Kulaitas Tidur Pada Ibu Hamil Trisemester III. 13(2), 53–60.
- Atiqoh, N. R. (2020). Kupas Tuntas Hiperemesis Gravidarum : Mual dan Muntah Berlebihan dalam Kehamilan (Y. I. Utami, Ed.; Cetakan Pe). One Peach Media.
- Ayu, Ike P., Masruroh., Kuntoadi, Bagus G., Sari, Novita I., Panjaitan, N. (2022). Keperawatan Maternitas (M. R. Sari, Mila., Sahara, Ed.; Cetakan Pe). PT Global Eksekutif Teknologi Anggota IKAPI No.033/SBA/2022.
- Baringbing, J. O. (2020). Diagnosa Keperawatan sebagai Bagian Penting Dalam Asuhan Keperawatan. OSF Preprints, 1–9.
- Bayu, S. (2018). Konsep Teori Hiperemesis Gravidarum. Convention Center Di Kota Tegal, 4(80), 5.
- Brier, J., & lia dwi jayanti. (2020). Studi Literatur Efektivitas Senam Hamil Dalam Meningkatkan Kualitas Tidur Ibu Hamil. 21(1), 1–9. <http://journal.umsurabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>
- Cholifah, S., & Nuriyanah, T. E. (2018). Aromaterapi lemon menurunkan mual muntah pada ibu hamil Trimester I. Universitas Muhammadiyah Sidoarjo. Jurnal.
- Damayanti, R., Adelia, D., Mutika, W. T., & Ambariani, A. (2020). Karakteristik Ibu Hamil dengan Hiperemesis Gravidarum di RSUD Pasar Rebo Jakarta Timur. Jurnal Kesmas Untika Luwuk: Public Health Journal, 11(1), 13–18. From :

<https://doi.org/10.51888/phj.v11i1.22> diakses pada tanggal 17 Maret 2023 Pukul 09.00 WIB.

## **Glosarium**

---

### **G**

Gastroesofagus : sebuah penyakit pencernaan dimana adalam lambung dan empedu mengiritasi lapisan dalam saluran makanan

---

### **K**

Kemoreseptor : sensor yang dapat mendeteksi perubahan komposisi kimia atau gas darah arteri

---

### **O**

Ovarium : organ reproduksi wanita yang berfungsi untuk memproduksi sel telur dan hormon, serta berperan penting dalam menstruasi dan kehamilan

---

### **P**

Patofisiologi : ilmu yang mempelajari gangguan fungsi fisiologis pada organisme hidup yang disebabkan oleh penyakit



# BAB 6

## ASUHAN KEPERAWATAN PREEKLAMSIA

### A. Pendahuluan

Preeklamsia adalah gejala yang timbul pada ibu hamil, bersalin dan nifas yang hipertensi dengan tekanan darah  $\geq 140/90$  mmHg, edema dan proteinuria yang terjadi pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan (Sukarni & Margaretha, 2013). Berdasarkan data WHO (2013) angka kejadian preeklamsia diseluruh dunia berkisar 0,51%-38,4%. Di Negara maju, angka kejadian preeklamsia berkisar 6%-7%. Perempuan meninggal akibat komplikasi selama kehamilan dan setelah persalinan, Komplikasi lain mungkin ada sebelum kehamilan yang dapat memburuk selama kehamilan. Komplikasi secara langsung yang sering terjadi sekitar 80% dari semua kematian ibu adalah Pendarahan hebat (sebagian besar perdarahan setelah melahirkan), Infeksi (biasanya setelah melahirkan), tekanan darah tinggi selama kehamilan (preeklamsia dan eklampsia), dan aborsi yang tidak aman.

### B. Definisi

Preeklamsia atau biasa disebut Kehamilan Induced Hypertension (PIH) kehamilan atau toksemia kehamilan, ditandai dengan Tekanan darah meningkat, oedema, bahkan adanya proteinuria. Biasanya preeklamsia terjadi pada ibu yang usia kehamilannya 20 minggu keatas atau tiap triwulan dari kehamilan, pada kehamilan 37 minggu tersebut umumnya preeklamsia biasa terjadi hingga minggu pertama setelah persalinan (Lalenoh, 2018).

Preeklamsia adalah sekumpulan gejala yang timbul pada wanita hamil, bersalin dan nifas yang terdiri dari hipertensi, edema dan proteinuria yang muncul pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan (Muzalfah et al, 2018).

### C. Faktor resiko

Preeklamsia adalah penyakit spesifik selama kehamilan tanpa etiologi yang jelas Wang. et al (2020), Menurut Norma & Mustika (2013) terdapat beberapa faktor resiko terjadinya preeklamsia :

## **1. Primigravida atau kehamilan pertama**

Ibu yang pertama kali hamil sering mengalami stress dalam menghadapi persalinan. Stress emosi yang terjadi pada primigravida menyebabkan peningkatan pelepasan corticotropin-releasing hormone (CRH) oleh hipotalamus, yang kemudian menyebabkan peningkatan kortisol (Nur & Arifuddin, 2017).

Berdasarkan teori immunologik, preeklamsia pada primigravida terjadi karena di primigravida pembentukan blocking antibody terjadi mengenai antigen yang belum sempurna, primigravida juga mengalami pembentukan Human Leucocyte Antigen (HLA-G) memainkan peran dalam memodulasi respons imun sehingga hasil konsepsi ditolak pada klien atau intoleransi ibu terhadap plasenta yang dapat menyebabkan preeklamsia

## **2. Morbid obesitas atau biasa disebut kegemukan**

Penyakit ini menyertai kehamilan seperti diabetes mellitus, Obesitas dapat mengakibatkan kolesterol meningkat, bahkan mengakibatkan jantung lebih cepat dan bekerja berat. Klien dengan obesitas dalam tubuhnya semakin banyak jumlah darah yang terkandung yang berarti semakin parah jantung dalam memompa darah sehingga dapat menyebabkan preeklamsia. Preeklamsia lebih menjurus terjadi pada klien yang memiliki Riwayat Diabetes mellitus dikarenakan saat klien kebutuhan janin yaitu plasenta lebih berperan aktif dalam memenuhi semua kebutuhannya.

## **3. Usia kehamilan**

Preeklamsia muncul setelah klien dengan usia kehamilan 20 minggu dengan Gejala kenaikan tekanan darah. Jika terjadi preeklamsia di bawah 20 minggu, masih dikategorikan hipertensi kronik. Sebagian besar preeklamsia terjadi pada minggu >37 minggu dan semakin tua kehamilan maka semakin berisiko untuk terjadinya preeklamsia.

## **4. Riwayat Hipertensi**

Orang dengan hipertensi sebelum kehamilan (hipertensi kronis) memiliki risiko 4-5 kali terjadi preeklamsia pada kehamilannya. Angka kejadian hipertensi kronis pada kehamilan yang disertai preeklamsia sebesar 25%. Sedangkan bila tanpa hipertensi kronis angka kejadian preeklamsia hanya 5% (Malha et al., 2018).

## **5. Usia**

Klien pada usia >35 tahun rentan mengalami masalah kesehatan salah satunya adalah preeklamsia. Karena adanya perubahan jaringan rahim dan saluran lahir yang tidak fleksibel seperti halnya pembuluh darah, disebabkan oleh peningkatan tekanan darah. Seiring bertambahnya umur semakin

mudah terjadinya vasokonstriksi pada pembuluh darah ibu, proteinuria dan edema. Sebenarnya pada umur 35 tahun belum dianggap rentan, tetapi kapasitas reproduksi semakin menurun sehingga dianggap sebagai fase untuk berhenti hamil.

#### D. Klasifikasi Preeklamsia

---

Menurut (Lalenoh, 2018) klasifikasi preeklamsia atau hipertensi dalam kehamilan terbagi 3, yaitu :

##### 1. **Preeklamsia Ringan**

- a. Kenaikan TD 140/90mmHg
- b. Adanya pembengkakan kaki, muka, jari tangan serta berat badan naik 1kg lebih tiap minggunya
- c. Adanya Proteinuria
- d. Tidak ada nyeri kepala

##### 2. **Preeklamsia sedang**

Tekanan darah Sistolik 150-159 mmHg, tekanan diastolic 100-109 mmHg

##### 3. **Preeklamsia berat**

- a. Tekanan darah senilai >160/100 mmHg
- b. Adanya proteinuria >5 gram/L
- c. Jumlah urine kurang (Oliguria) dari 500 cc/24Jam
- d. Serebral terganggu, visus terganggu dan timbul nyeri pada epigastrium
- e. Terjadi pembengkakan/edema paru atau sianosis
- f. Ada kejang (Eklampsia)
- g. Timbul keluhan subjektif, seperti : nyeri, gangguan penglihatan, sakit kepala, gangguan kesadaran ataupun odema paru

#### E. Manifestasi klinis

---

Menurut Bothamley & Boyle (2013) ada beberapa manifestasi preeklamsia, yaitu :

1. Bertambahnya Berat Badan, terjadi kenaikan berat badan yaitu  $\pm 1$  kg beberapa kali seminggu 9
2. Timbul pembengkakan akibat BB meningkat, pembekakan pada kaki, muka dan pergelangan pada tangan
3. Hipertensi / tekanan darah tinggi (yang di ukur selama 30 menit setelah pasien beristirahat) dengan tekanan darah  $>140/90$  mmHg

4. Proteinuria a) adanya protein dalam urine sebesar 0,3 gram/L/hari atau pemeriksaan kualitatif senilai +1/+2 b) kadar proteinuria 1 g/l yang dikeluarkan melalui kateter yang di ambil sebanyak 2 kali setiap 6 jam.
5. Tanda dan gejala lainnya yaitu : gangguan penglihatan, nyeri epigastric, sakit kepala, mual dan muntah, penurunan Gerakan janin dan ukuran janin lebih kecil tidak sesuai dengan usia kehamilan ibu.

## F. Patofisiologi

---

Kehamilan yang normal, arteri spiral uterus invasiv ke dalam trofoblas, menyebabkan peningkatan aliran darah dengan lancar untuk kebutuhan oksigen dan nutrisi janin. Pada preeklamsia, terjadi gangguan sehingga aliran darah tidak lancar dan terjadi gangguan pada plasenta. Peningkatan sFlt1 menyebabkan plasenta memproduksi free vascular endothelial growth factor (VEGF) dan penurunan placental growth factor (PIGF). Selanjutnya menyebabkan disfungsi endotel pada pembuluh ibu mengakibatkan penyakit multi-organ: hypertension, glomerular dysfunction, proteinuria, brain edema, liver edema, coagulation abnormalities

Menurut Lalenoh (2018) patofisiologi terjadinya hipertensi dalam kehamilan atau preeklamsia terdapat beberapa teori teori yang berkaitan dengan Preeklamsia dan edema diantaranya adalah sebagai berikut:

### 1. Teori kelainan vaskularisasi plasenta

Cabang-cabang Arteri uterus dan arteri ovarium memberikan aliran darah menuju rahim dan plasenta. kemudian keduanya akan masuk meometrium dalam bentuk arteri aquaria sehingga dapat memberikan cabang arteri radial. arteri radial tersebut akan masuk ke endometrium sehingga menjadi anggota dari arteri basal dari cabang arteri spiral. Dengan kehamilan yang normal, biasa terdapat trofoblas yang masuk kedalam lapisan otot arteri spiral. Trofoblas juga masuk kedalam bagian arteri spiral, sehingga jaringan matriks menjadi longgar serta lumen spiral menjadi lebih lebar. Lumen arteri spiral terjadi vasodilatasi dan distensi sehingga berdampak terjadinya hipotensi, resistensi pembuluh darah juga menurun, bahkan dapat membuat aliran darah ke daerah plasenta utero itu meningkat.

Tekanan darah yang tinggi pada masa kehamilan membuat tidak terdapat invasi yang cukup lengkap di dalam sel trofoblas yang di lapisi otot arteri spiral untuk tetap kaku dan keras maka tidak mungkin terjadi distensi dan vasodilatasi akibat lumen arteri spiral itu sendiri. Maka mengakibatkan arteri spiral mengalami pengecilan lumen pembuluh darah sehingga aliran darah uteroplacenta itu menjadi berkurang, berakibat tidak adanya oksigen

yang cukup dalam jaringan untuk mempertahankan fungsi tubuh, dan iskemia pada plasenta.

## **2. Teori iskemia plasenta, radikal bebas dan disfungsi endotel**

Iskemia yang dialami plasenta serta tidak adanya oksigen yang cukup dalam jaringan untuk mempertahankan fungsi tubuh itu akan menimbulkan radikal bebas atau senyawa oksidan. Radikal bebas merupakan senyawa yang mendapatkan elektron atom atau molekul yang memiliki elektron tetapi tidak memiliki pasangan. Iskemik pada plasenta dapat menghasilkan sebuah oksidan penting yaitu radikal hidroksi yang toksik, terutama membran endotel didalam pembuluh darah untuk perlindungan dalam tubuh yang normal yaitu produksi oksidan.

Hadirnya radikal hidroksil ini didalam pembuluh darah dianggap sebagai racun mengalir dalam aliran darah, sehingga hipertensi dalam kehamilan tersebut biasa disebut dengan "Toksema". Radikal hidroksil tersebut dapat menghancurkan membrane yang menyimpan asam lemak tidak jenuh membuat lemak perioksida. Lemak peroksida dapat menghancurkan protein sel endotel dan juga nucleus.

Preeklamsia teruji kadar oksidan yang lebih khusus meningkatnya lemak peroksida, sedangkan antioksidan mis. fat-soluble sebagai vitamin dalam preeklamsia mengalami penurunan, yang mengakibatkan dominasi kadar lemak oksidatif peroksida yang tinggi. Lemak perioksida seperti oksidan sangat toksik bersirkulasi aliran darah ke seluruh tubuh tetapi menghancurkan membrane sel endotel itu sendiri. Selaput sel endotel sangat rentan terhadap kerusakan akibat peroksida lemak yang relatif gemuk. Secara langsung berkaitan dengan peraliran darah dan yang menampung begitu banyak asam lemak takjenuh.

Lemak peroksida yang terkena sel endotel, sel endeotel mengalami kerusakan, membrane sel endotel itu sendiri yang mulai mengalami kerusakan. Kerusakan tersebut mengakibatkan gangguan fungsi endotel, dan bahkan kerusakan pada struktur sel endotel secara menyeluruh.

## **3. Teori pemberianan immunologi ibu dan janin**

Ibu dengan kehamilan yang normal, respon imunnya tidak lagi tolak keberadaan konsepsi. Terdapat Human Leukocyte Antigen Protein G (HLA-G), yang sangat memiliki berperan penting terkait modulasi respon imun seseorang, sehingga untuk menolak hasil konsepsi (plasenta) ibu tidak bisa. Dengan adanya kehadiran HLA-G maka penyerbuan sel trofoblas menuju kedalam jaringan desidua ibu bisa terjadi. Ibu yang mengalami preeklamsia maka plasenta mengalami penurunan pada HLA-G.

Penurunan tersebut pada daerah desidua plasenta, maka terlambat invasi trofoblas menuju desidua. Jadi, pentingnya invasi trofoblas ini sehingga menjadikan jaringan desidua yang lunak, juga rapuh mudah dilatasi arteri spiral. Produksi sitikon yang dirangsang oleh HLA-G untuk mempermudah terjadinya reaksi inflamasi.

#### **4. Teori penyesuaian kardiovaskular**

Klien normal, pembuluh darahnya refrakter. Refrakter adalah suatu pembuluh darah yang tidak peka dengan adanya impuls bahan vasopresor, untuk menimbulkan respon vasokontriksi maka dibutuhkan kadar vasopresor yang tinggi. Klien normal, sintesis prostaglandin dalam sel endotel melindungi pembuluh darah refrakter pada vasopressor.

Tetapi pada preeklamsia, kekuatan refrakter menghilang terhadap bahan vasokonstriktor, pada kenyataannya sensitivitas meningkat terhadap vasopresor. kekuatan refraktori pembuluh darah menghilangnya bahan vasopressor sehingga membuat pembuluh darah jadi sensitif akan bahan vasopresor.

#### **5. Teori stimulasi inflamasi**

Teori yang didasarkan pada fakta adanya proses inflamasi ketika pelepasan puing-puing trofoblas dalam peredaraan darah merupakan stimulus utama. Klien yang normal, memiliki jumlah puing trofoblas yang masih batas wajar, sehingga reaksi inflasi dalam batas normal dan plasenta lepaskan puing-puing trofoblas sebagai nekrotik trofoblas dan sisa proses apoptosis karena reaksi stres oksidatif. Bahan asing tersebut yang memicu munculnya proses inflamasi. Berbeda dengan adanya proses apoptosis atau kematian sel pada ibu hamil yang terkena preeklamsia membuat produksi debris apoptosis dan trofoblas nekrotik mengalami peningkatan maka terjadi peningkatan stress oksidatif.

### **G. Pemeriksaan Penunjang**

---

Menurut Saifuddin (2016), Pemeriksaan Laboratorium Preeklamsia adalah sebagai berikut:

1. Pemeriksaan darah lengkap, hemoglobin menurun kadar normal Hb pada ibu yang sedang hamil adalah 12-14 gram%, peningkatan hemakrosit (dengan nilai 37-43 vol%), dan trombosit mengalami penurunan (dengan nilai 150.000-450.000/mm<sup>3</sup> )
2. Tes urin yang ditemukan proteinuria
3. Tes fungsi hati, Bilirubin mengalami peningkatan (yang Normalnya <1

4. mg / dl), serum Glutamat Pirufat trasaminase (SGPT) mengalami peningkatan dari nilai normal (N = 15-45 u / ml), Aspartat
5. radiologi
  - a. Ultrasonografi, adanya perlambatan pertumbuhan janin intrauterin, respirasi intrauterin melambat, aktivitas pada janin melambat, dan cairan ketuban dengan volume sedikit.
  - b. Kardiografi, ditemukan denyut jantung janin (DJJ) dapat diketahui bahwa mengalami kelemahan.

## **H. Penatalaksanaan preeklamsia**

---

Menurut Adriani & Wirjatmadi (2016), Penatalaksanaan Preeklamsia memiliki beberapa prinsip dan beberapa penatalaksanaan sesuai dengan tingkat klasifikasinya, yaitu :

### **1. Prinsip penatalaksanaan Preeklamsia**

- a. Melindungi klien dari penyebab tekanan darah meningkat
- b. Mencegah progresivitas penyakit menjadi eklampsia
- c. Menurunkan atau mengatasi risiko janin (pertumbuhan janin yang terlambat, solusio plasenta, hipoksia sampai terjadi kematian pada janin)
- d. Melahirkan dengan cara yang aman dan cepat sesegera mungkin setelah matur, atau imatur jika diketahui adanya resiko pada janin dan klien juga lebih berat jika persalinan ditunda lebih lama.

### **2. Penatalaksanaan preeklamsia ringan**

- a. Dapat dikatakan tidak mempunyai resiko bagi ibu maupun janin
- b. Lakukan istirahat yang cukup
- c. Bila klien tidak bisa tidur berikan luminal 1-2 x 30 mg/hari
- d. Pemberian asam asetilsalisilat (aspirin) 80 mg/hari
- e. Jika tekanan darah tidak menurun, anjurkan beri obat antihipertensi
- f. Diet rendah garam dan diuretik
- g. Jika maturitas janin masih lama, lanjutkan kehamilan, periksa tiap satu kali dalam seminggu
- h. Indikasi rawat: jika terjadi perburukan, tekanan darah tidak menurun setelah dua minggu rawat jalan, peningkatan berat badan melebihi 1kg/minggunya dua kali secara berurutan, atau jika klien menunjukkan tanda-tanda preeklamsia berat. Silahkan berikan obat antihipertensi.
- i. Jika selama perawatan tidak ada perubahan, tata laksana sebagai preeklamsia berat. Jika ada perubahan maka lanjutkan rawat jalan.
- j. Pengakhiran kehamilan: ditunggu sampai usia kehamilan 40 minggu, kecuali ditemukan pertumbuhan janin terhambat, gawat janin, solusio

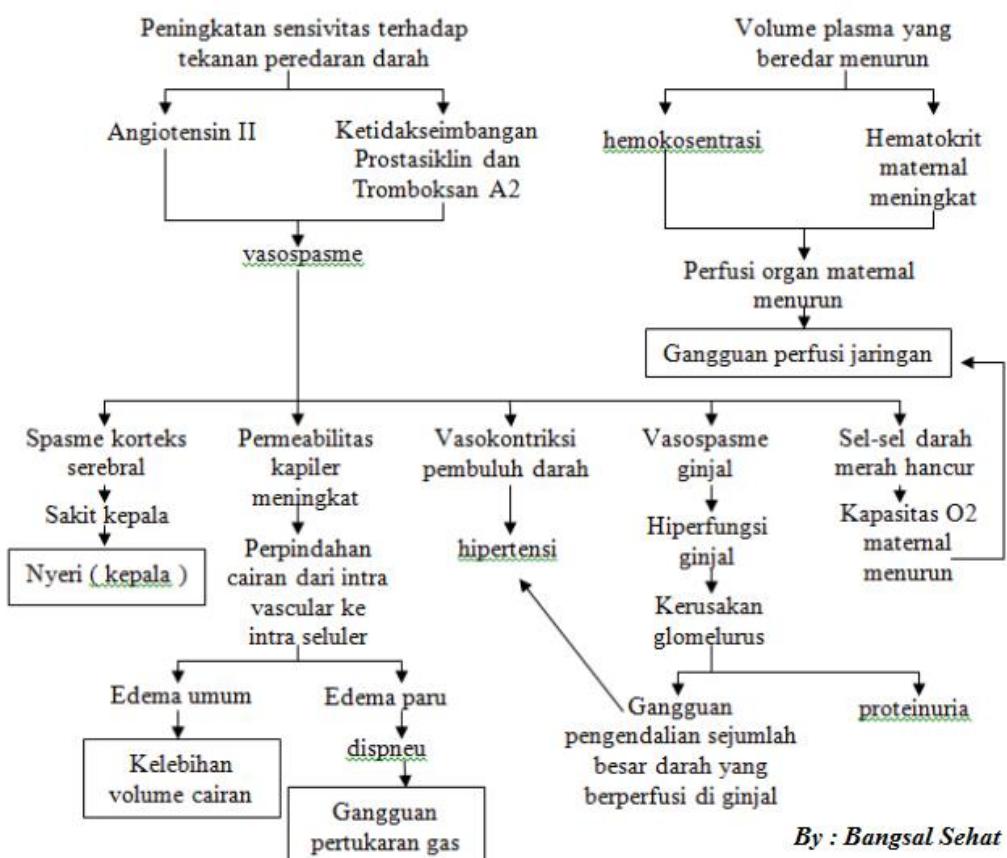
plasenta, eclampsia, atau indikasi terminasi lainnya. Minimal usia 38 minggu, janin sudah dinyatakan matur.

- k. Persalinan pada preeklamsia ringan dapat dilakukan spontan atau dengan bantuan ekstraksi untuk mempercepat kala II.

**3. Penatalaksanaan preeklamsia berat, Dapat ditangani secara aktif atau konservatif.**

- a. Aktif berarti kehamilan diakhiri/diterminasi bersama dengan pengobatan medisinal
  - b. Konsepatif berarti kehamilan dipertahankan Bersama dengan pengobatan medisinal
  - c. Prinsip tetap pemantauan janin dengan klinis, USG, kardiografi.

## I. Pathway



## Gambar 6.1 Pathway

## J. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis (penekanan sel syaraf) (**D.0077**)
2. Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah (**D.0009**)
3. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi perifer (**D.0003**)

### Intervensi dan Luaran

**Tabel 6.1 Intervensi dan Luaran**

No	Diagnosa	Luaran	Intervensi
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera biologis (penekanan sel syaraf) ( <b>D.0077</b> )	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan tingkat nyeri menurun,, dengan kriteria hasil :  1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Kesulitan tidur menurun 6. Frekuensi nadi membaik	<p>Manajemen Nyeri (<b>I.08238</b>)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</li><li>2. Identifikasi skala nyeri</li><li>3. Identifikasi respon nyeri non verbal</li><li>4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li><li>5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri</li><li>6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri</li><li>7. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup</li><li>8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</li><li>9. Monitor efek samping penggunaan analgetik</li></ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin,</li></ol>

			<p>terapi bermain)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> <li>4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri</li> <li>2. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</li> <li>4. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat</li> <li>5. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Kolaborasi pemberian analgesik, bila perlu</li> </ol>
2	Perfusi perifer tidak efektif b.d peningkatan tekanan darah ( <b>D.0009</b> )	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan perfusi perifer meningkat,, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan nadi perifer meningkat</li> <li>2. Warna kulit pucat menurun</li> <li>3. Pengisian kapiler membaik</li> <li>4. Akral membaik</li> <li>5. Turgor kulit membaik</li> </ol>	<p>Perawatan sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (mis: nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index)</li> <li>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis: diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolesterol tinggi)</li> <li>3. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hindari pemasangan infus, atau pengambilan darah di area</li> </ol>

		<p>keterbatasan perfusi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi</li> <li>3. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cidera</li> <li>4. Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>5. Lakukan perawatan kaki dan kuku</li> <li>6. Lakukan hidrasi</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan berhenti merokok</li> <li>2. Anjurkan berolahraga rutin</li> <li>3. Anjurkan mengecek air mandi untuk menghindari kulit terbakar</li> <li>4. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurun kolesterol, jika perlu</li> <li>5. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</li> <li>6. Anjurkan menghindari penggunaan obat penyekat beta</li> <li>7. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (mis: melembabkan kulit kering pada kaki)</li> <li>8. Anjurkan program rehabilitasi vaskular</li> <li>9. Ajarkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis: rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</li> <li>10. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis: rasa sakit yang tidak hilang saat</li> </ol>
--	--	--

			istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa).
3	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi perifer ( <b>D.0003</b> )	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan perfusi perifer meningkat,, dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dispnea menurun</li> <li>2. Bunyi napas tambahan menurun</li> <li>3. Takikardia menurun</li> <li>4. PCO<sub>2</sub> membaik</li> <li>5. PO<sub>2</sub> membaik</li> <li>6. pH arteri membaik</li> </ol>	<p>Terapi oksigen (I.01026)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan aliran oksigen</li> <li>2. Monitor posisi alat terapi oksigen</li> <li>3. Monitor aliran oksigen secara periodik dan pastikan fraksi yang diberikan cukup</li> <li>4. Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, Analisa gas darah), jika perlu</li> <li>5. Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan</li> <li>6. Monitor tanda-tanda hipoventilasi</li> <li>7. Monitor monitor tanda dan gejala toksikasi oksigen dan atelektasis</li> <li>8. Monitor tingkat kecemasan akibat terapi oksigen</li> <li>9. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bersihkan sekret pada mulut, hidung, dan trachea, jika perlu</li> <li>2. Pertahankan kepatenhan jalan napas</li> <li>3. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen</li> <li>4. Berikan oksigen tambahan, jika perlu</li> <li>5. Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi</li> <li>6. Gunakan perangkat oksigen yang sesuai dengan tingkat mobilitas</li> </ol>

			<p style="text-align: center;">pasien</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajurkan pasien dan keluarganya cara menggunakan oksigen dirumah</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi penentuan dosis oksigen</li> <li>2. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur</li> </ol>
--	--	--	---

## Referensi

- Adriani, M., & Wirjatmadi, B. (2016). Peranan Gizi dalam Siklus Kehidupan (1st ed.). Jakarta: Prenadamedia Group.
- Al-Qur'an Kemenag RI. (2019).
- Anasitu, M. A. (2015). Pengaturan Gizi pada Penanganan Preeklamsia. *Health and Nutritions Journal*, 1.
- Andarmoyo, S. (2012). konsep dan proses keperawatan nyeri. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Anwar, M, Bazrad, A, & Prabowo, R. P. (2011). Ilmu Kandungan. Jakarta: Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Bothamley, J., & Boyle, M. (2013). Buku Ajar Keperawatan Maternitas : Patofisiologi dan Kebidanan (Edisi 4). Jakarta: EGC.
- Departemen Kesehatan RI. (2015). Departemen Kesehatan RI. Profil Kesehatan 2015.
- Dinas Kesehatan Provinsi Sul-Sel. (2017). Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan Tahun 2017.
- Feryanto, A. (2011). Asuhan Kebidanan Patologis. Jakarta: Salemba Medika.
- Isro'aini, A. (2019). Pengaruh Massage Aromatherapy Lavender Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Ibu Hamil dengan Preeklamsia Di PBM. Liris Suryawati Desa Sambong Dukuh Kecamatan Jombang Kabupaten Jombang.
- Kementerian Kesehatan, R. (2013). Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Jakarta: UNICEF.
- Konsoemardiyyah. (2013). Menurunkan Tingkat Kecemasan Dengan Aromaterapi. Jakarta.
- Kuncoro. (2015). Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Pasien CKD (Chronic Kidney Disease) Dengan Pemberian Terapi Murottal Al-Qur'an Terhadap Tingkat Kecemasan Di Ruang RSUD A.W.Sjahranie Samarinda. Karya Ilmiah Akhir Ners, Samarinda, Stikes Muhammadiyah Samarinda, In.
- Lalenoh, D. C. (2018). Preeklamsia Berat dan Eklampsia : Tatalaksana Anastesia Perioperatif (1st ed.). Yogyakarta: Deepublish.
- Lyall, F., & Belfort, M. (2007). Pre-eclampsia Etiology and Clinical Practic. New York: University Press.
- Malha et al. (2018). Hypertension in Pregnancy in Hypertension: A Companion to Braunwald's Heart Disease (Vol. 3). Elsevier.
- Mansur, H. (2009). Psikologi Ibu dan Anak Untuk Kebidanan (Salemba Me). Jakarta.
- Manuaba, C. dkk. (2013). Gawat Darurat Obstetri Ginekologi & Obstetri Ginekologi Sosial Untuk Profesi Bidan. Jakarta: EGC.

Marmi. (2015). Asuhan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah. Yogyakarta: Pustaka Belajar.

Marmi, dkk. (2011). Asuhan Kebidanan Patologi. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Mufdillah, A, dkk. (2012). Konsep kebidanan edisi revisi. Yogyakarta: Nuha medika.

## Glosarium

### A

Antigen : enanda yang memberitahu sistem imun apakah sesuatu dalam tubuh anda bebahaya atau tidak

### I

Imunologi : ilmu yang mempelajari sistem kekebalan tubuh, termasuk fungsi fisiologinya, kesehatan dan penyakit, serta malfungsi siste kekebalan

### P

Primigravida : istilah untuk seseorang wanita yang hamil untuk pertama kalinya

Proteinuria : kadar protein tinggi dalam urin

# BAB 7

## UPAYA PENCEGAHAN STUNTING MELALUI PEMBERIAN STANDART EMAS MAKANAN BAYI

### A. Pendahuluan

Stunting atau anak kerdil merupakan masalah global yang tidak hanya terjadi di Indonesia namun juga terjadi di beberapa negara di dunia, terutama di negara berkembang. Indonesia masuk dalam lima besar negara dengan angka kejadian stunting tertinggi di dunia. Menurut WHO mengestimasikan jumlah keseluruhan kasus *Stunting* (balita kerdil) di seluruh dunia sebanyak 22 persen atau sejumlah 149,2 juta jiwa pada tahun 2020. Sedangkan prevalensi di Indonesia stunting pada tahun 2018 sebanyak 30,8% dan turun menjadi 21,5% pada tahun 2023. Artinya bahwa dalam lima tahun, seluruh pihak berupaya melalui percepatan penanganan stunting telah berhasil menurunkan prevalensi stunting sebesar 9,3%, atau rata-rata 1,85% per tahunnya. Meskipun capaian tersebut cukup signifikan, namun angka tersebut masih termasuk tinggi. Target nasional pada tahun 2024, prevalensi stunting turun hingga 14%. Oleh karena itu butuh upaya lebih yang harus terus dilakukan dalam mencapai target tersebut.

Salah satu upaya yang dilakukan pemerintah Indonesia dalam mencapai target tersebut diantaranya dengan mencanangkan program percepatan penurunan stunting yang melibatkan seluruh pemangku kepentingan, baik pemerintah pusat maupun daerah termasuk didalamnya adalah pemerintahan desa, serta sector pemerintah dan swasta yang wajib berkolaborasi dengan cantik dalam pelaksanaan program penurunan stunting pada balita. Beberapa upaya penurunan kejadian stunting yang termaktub dalam program percepatan penurunan stunting melalui intervensi gizi spesifik dan sensitif. Intervensi spesifik adalah intervensi yang ditujukan kepada anak dalam 1.000 hari pertama kehidupan (HPK) dan kepada ibu sebelum dan di masa kehamilan, yang umumnya dilakukan di sektor kesehatan. Sedangkan intervensi sensitif dilakukan melalui berbagai kegiatan pembangunan di luar sektor kesehatan dan merupakan kerja sama lintas sektor.

Adapun upaya pelaksanaan intervensi gizi spesifik antara lain melalui pemberian standar emas makanan bayi yang meliputi pelaksanaan IMD pada bayi baru lahir, pemberian ASI (Air Susu Ibu) secara eksklusif, pemberian makanan pedamping ASI makanan sehat keluarga dengan gizi seimbang yang adekuat sesuai dengan kebutuhan tumbuh kembangnya, serta dilanjutkan dengan pemberian ASI minimal sampai usia anak 24 bulan. Hal ini sesuai rekomendasi WHO dan UNICEF tentang kebijakan pemberian makanan pada bayi dan anak (PMBA) dalam Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Begitu banyak manfaat yang didapatkan dengan memberikan makanan bayi berstandar emas, namun belum semua ibu mampu memberikan standar emas makanan bayi. Beberapa faktor penyebab ibu tidak memberikan standar emas makanan bayi diantaranya adalah masalah kesehatan BBL, kurangnya produksi ASI, tingkat pendidikan ibu dan keluarga yang rendah, status social ekonomi rendah, kurangnya pengetahuan, motivasi, pekerjaan ibu, pengalaman menyusui yang tidak memuaskan sebelumnya, yang menyebabkan ibu mengalami kesulitan memberikan standar emas makanan bayi terutama ASI eksklusif pada bayinya. Oleh karena itu pentingnya mempersiapkan dan melatih ibu agar mampu memberikan standar emas makanan bayi guna pemenuhan gizi sepanjang daur kehidupan, utamanya pemberian makanan berstandar emas pada bayi dan anak sebagai upaya pencegahan stunting.

## B. Stunting

---

Stunting (anak kerdil) merupakan kondisi dimana anak mengalami gangguan pertumbuhan dan perkembangan yang ditandai dengan tinggi badan lebih pendek disbanding dengan anak seusianya. Stunting merupakan bentuk kegagalan pertumbuhan (growth faltering) akibat akumulasi ketidakcukupan nutrisi yang berlangsung lama sejak kehamilan sampai usia 24 bulan (Bloem et al, 2013). Adanya stunting menunjukkan status gizi yang kurang (malnutrisi) dalam jangka waktu yang lama (kronis). Konsumsi zat nutrisi yang tidak adekuat dianggap sebagai masalah ekologi yang tidak hanya karena kekurangan ketersediaan pangan dan zat gizi tertentu, tetapi juga dipengaruhi oleh kemiskinan, dan sanitasi lingkungan yang buruk serta ketidaktahuan tentang gizi. Menurut WHO, stunting adalah keadaan pendek menurut umur yang ditandai dengan nilai indeks tinggi badan atau panjang badan menurut umur (TB/U atau PB/U) kurang dari -2 standar deviasi.

Tanda gejala yang bisa ditemukan pada anak stunting diantaranya adalah wajah tampak lebih muda dari anak seusianya, pertumbuhan tubuh dan gigi yang terlambat, memiliki kemampuan fokus dan memori belajar yang buruk, pubertas

yang lambat, saat menginjak usia 8-10 tahun, anak cenderung lebih pendiam dan tidak banyak melakukan kontak mata dengan orang sekitarnya serta berat badan lebih ringan untuk anak seusianya.

Adapun penyebab stunting adalah kekurangan gizi kronis dan infeksi berulang selama masa 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK) (WHA, 2012; WHO, 2014). Secara global, stunting dan kemiskinan menunjukkan hubungan sangat erat. Negara-negara miskin dan menengah miskin adalah penyumbang masalah stunting terbesar di dunia (WHO, 2017). Keluarga dengan tingkat sosial ekonomi rendah/miskin memiliki keterbatasan daya beli dan pemilihan makanan yang berkualitas dan ketidakmampuan keluarga untuk menyediakan makanan bergizi seimbang sehingga anak-anak mempunyai risiko malnutrisi lebih tinggi. Selain keluarga miskin juga tidak mempunyai banyak pilihan untuk tinggal di lingkungan pemukiman yang sehat dan kondusif, membatasi orang dalam memilih pendidikan formal yang memadai, padahal pendidikan sangat berkaitan dengan pekerjaan dan pendapatan yang layak. itu kemiskinan dan kurangnya pengetahuan serta taraf pendidikan keluarga yang relatif rendah merupakan faktor risiko stunting.

Selain itu TNP2K (2017) menyebutkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi terjadinya stunting: 1) Faktor kondisi gizi buruk yang dialami ibu hamil dan balita; 2) Praktek pengasuhan yang dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan orang tua tentang kesehatan gizi sebelum dan pada masa kehamilan serta sesudah melahirkan; 3) Pelayanan ANC – Antenatal Care dan Postnatal Care yang kurang berkualitas; 4) Akses ke makanan bergizi yang masih kurang, karena harga makanan bergizi yang relatif mahal; 5) dan kurangnya akses ke air bersih dan sanitasi yang dapat mempengaruhi terjadinya infeksi berulang yang berdampak pada perkembangan anak.

Hasil penelitian Suarnianti (2020) menyebutkan bahwa banyak faktor yang menyebabkan tingginya kejadian stunting pada balita diantaranya yaitu pemberian ASI non-eksklusif selama 6 bulan pertama, rendah status sosial ekonomi rumah tangga, kelahiran prematur, panjang kelahiran pendek, dan kurangnya tinggi badan ibu dan pendidikan termasuk faktor penentu anak stunting. Tebi dkk (2021) menemukan bahwa faktor risiko terjadinya stunting meliputi riwayat berat badan lahir rendah, usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan ibu, status ekonomi dan pelayanan kesehatan balita. Hal senada dikemukakan oleh Sukiman dkk (2022) yang menyebutkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara berat badan lahir rendah, pemberian ASI Eksklusif, riwayat penyakit infeksi, pendidikan ibu, sosial ekonomi dan pengetahuan ibu tentang gizi. Selain itu faktor lingkungan seperti penyediaan air bersih, kepemilikan

sanitasi, memcuci tangan dengan sabun, sampah rumah tangga, diare dan ISPA merupakan faktor risiko kejadian kasus stunting (Hasanah, Handayani dan Wilti, 2021).

Masalah anak pendek (stunting) merupakan salah satu permasalahan gizi yang dihadapi di dunia, khususnya di negara-negara miskin dan berkembang (Unicef, 2013). Stunting menjadi permasalahan karena berhubungan dengan meningkatnya risiko terjadinya kesakitan dan kematian, perkembangan otak sub optimal sehingga perkembangan motorik terlambat dan terhambatnya pertumbuhan mental (Unicef, 2013). Beberapa studi menunjukkan risiko yang diakibatkan stunting yaitu penurunan prestasi akademik, meningkatkan risiko obesitas dan lebih rentan terhadap penyakit tidak menular serta peningkatan risiko penyakit degeneratif (Picauly& Toy, 2013, WHO, 2013, Crookston et al 2013). Berkaitan dengan pembangunan kualitas sumber daya manusia, permasalahan stunting yang merupakan salah satu bagian dari *double burden malnutrition* (DBM) yang mengakibatkan dampak yang sangat merugikan baik dari sisi kesehatan maupun dari sisi produktivitas ekonomi dan dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Dalam jangka pendek, stunting terkait dengan perkembangan sel otak yang akhirnya akan menyebabkan tingkat kecerdasan menjadi tidak optimal. Hal ini berarti bahwa kemampuan kognitif anak dalam jangka panjang akan lebih rendah dan akhirnya menurunkan produktifitas dan menghambat pertumbuhan ekonomi.

Hal ini didukung oleh beberapa hasil penelitian, yang menunjukkan bahwa dampak stunting terhadap pertumbuhan dan perkembangan anak yakni motorik halus, motorik kasar, bahasa dan komunikasi, serta sosial emosional, gangguan pertumbuhan fisik anak dan penurunan fungsi kognitif, penurunan daya tahan tubuh, risiko tinggi terhadap penyakit kronis di masa dewasa, menurunnya kualitas sumber daya manusia, membawa beban kesehatan dan ekonomi jangka panjang. Selain itu stunting meningkatkan angka kesakitan, kematian, menurunkan kemampuan kognitif dan motorik (Hasriani, 2023; Laily dan Indarjo, 2023; Dewi dkk, 2024).

Stunting merupakan predictor buruknya kualitas sumber daya manusia yang selanjutnya akan berpengaruh pada pengembangan potensi bangsa (Unicef, 2013; Unicef Indonesia, 2013). Keadaan ini diperparah dengan tidak terimbanginya kejar tumbuh (catch up growth) yang memadai (Kusharisupeni, 2002; Hoffman et al, 2000). Oleh karena itu pentingnya pencegahan dan intervensi anak kerdil (Stunting) memerlukan konvergensi program/intervensi dan upaya sinergis dari kementerian/lembaga, pemerintah daerah serta dunia usaha/masyarakat. Untuk memastikan konvergensi program/intervensi dan

sinergitas upaya intervensi stunting. Beberapa upaya yang dilakukan pemerintah dalam penanganan stunting.

Berbagai upaya telah dilakukan pemerintah Indonesia dalam pencegahan dan penanganan stunting, di antaranya melalui program pemberdayaan masyarakat, komunikasi informasi, dan edukasi, intervensi gizi spesifik dan intervensi sensitive dalam program Gerakan 1000 HPK. Intervensi gizi spesifik ditujukan pada sasaran ibu hamil meliputi pemberian makanan tambahan pada ibu hamil untuk mengatasi kekurangan energi dan protein kronis, mengatasi kekurangan zat besi dan asam folat serta iodium, menanggulangi kecacingan pada ibu hamil serta melindungi ibu hamil dari Malaria. Sedangkan upaya yang dilakukan untuk sasaran ibu menyusui dan balita diantaranya adalah mendorong inisiasi menyusui dini (pemberian ASI jolong/colostrum), pemberian ASI Eksklusif, penerusan pemberian ASI hingga usia 23 bulan didampingi oleh pemberian MP-ASI, menyediakan obat cacing, menyediakan suplementasi zink, melakukan fortifikasi zat besi ke dalam makanan, memberikan perlindungan terhadap malaria dan memberikan imunisasi lengkap serta melakukan pencegahan dan pengobatan diare.

Kemkes (2017) menyebutkan bahwa terdapat 10 langkah dalam pencegahan dan penanganan stunting meliputi pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan, pemberian makanan tambahan pada ibu hamil, pemenuhan gizi seimbang, pertolongan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan oleh tenaga ahli, pelaksanaan inisiasi menyusu dini, pemberian ASI eksklusif, pemberian MP-ASI makanan keluarga setelah bayi usia 6 bulan, dilanjutkan dengan pemberian ASI minimal sampai dengan usia 24 bulan, imunisasi dasar lengkap, pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita, serta perilaku hidup bersih dan sehat.

World Health Organization (WHO) dan United Nations Children's Fund (UNICEF) merekomendasikan kebijakan global tentang Infant and Young Child Feeding atau disebut dengan Standar Emas Pemberian Makan pada Bayi dan Anak untuk pencegahan stunting dalam 1000 HPK meliputi: Inisiasi Menyusu Dini (IMD), ASI Eksklusif selama 6 bulan, MPASI setelah usia 6 bulan dan pemberian ASI dilanjutkan hingga anak berusia 2 tahun atau lebih (WHO, 2018). Standar tersebut adalah langkah dasar untuk meningkatkan kualitas kesehatan pada bayi dan anak, melalui pemberian standar emas makanan bayi dan anak (Melati, 2016). Kemenkes bersama beberapa pihak terkait menyusun buku pedoman Strategi Peningkatan Makanan Bayi dan Anak dengan berpedoman pada standar emas nutrisi bayi sesua WHO tersebut. Harapannya dengan menyikapi pedoman

tersebut angka kesakitan dan kematian bayi baru lahir dan angka gizi buruk serta stunting bisa diturunkan, bahkan dihilangkan (Kemkes, 2022).

### C. Inisiasi Menyusu Dini

---

Inisiasi Menyusu Dini atau disingkat sebagai IMD merupakan program yang gencar dianjurkan pemerintah. Menyusu dan bukan menyusui merupakan gambaran bahwa IMD bukan program ibu menyusui bayi tetapi bayi yang harus aktif menemukan sendiri putting susu ibu. Program ini dilakukan dengan cara langsung meletakkan bayi yang baru lahir di dada ibunya dan membiarkan bayi ini merayap untuk menemukan puting susu ibu untuk menyusu atau yang dikenal dengan "The Breast Crawl". IMD harus dilakukan langsung saat lahir, tanpa boleh ditunda dengan kegiatan menimbang atau mengukur bayi. Bayi juga tidak boleh dibersihkan, hanya dikeringkan kecuali tangannya. Proses ini harus berlangsung *skin to skin* antara bayi dan ibu.

IMD (*early initiation*) atau permulaan menyusu dini adalah bayi mulai menyusu sendiri segera setelah lahir, dimana bayi dibiarkan mencari puting susu ibunya sendiri (tidak disodorkan ke puting susu). Karena pada dasarnya bayi manusia seperti juga bayi mamalia lain mempunyai kemampuan untuk menyusu sendiri. Bayi dibiarkan kontak kulit ke kulit dengan ibu minimal selama satu jam pertama atau sampai proses menyusu selesai. Kebanyakan ibu tidak tahu bahwa membiarkan bayi menyusu sendiri segera setelah kelahiran atau yang biasa disebut proses IMD sangat bermanfaat. Proses yang hanya memakan waktu satu jam tersebut berpengaruh pada sang bayi seumur hidup. Berdasarkan hasil penelitian, sebanyak 50% bayi lahir normal yang dipisahkan dari ibunya saat dilahirkan tidak dapat menyusu, sedangkan bayi yang lahir dengan bantuan tindakan atau obat-obatan dan dipisahkan dari ibunya nyaris semua tidak dapat menyusu. Kedekatan ibu dan bayi setelah dilahirkan sangat penting untuk proses selanjutnya.

Tahapan dalam pelaksanaan IMD setelah bayi diletakkan diatas dada Ibu, bayi akan menyesuaikan diri dengan lingkungan barunya, maka kemungkinan saat pertama kali diletakkan di dada ibu, bayi belum bereaksi. Kemudian setelah 30 menit bayi baru mulai siaga dan berdasarkan bau air ketuban yang dicium dari tangannya, membantu bayi menemukan puting susu ibu. Bayi akan merangkak naik dengan menekankan kakinya pada perut ibu. Bayi akan menjilati kulit ibunya yang mengandung bakteri baik sehingga kekebalan tubuh bayi dapat bertambah. Dalam IMD, tidak boleh memberikan bantuan apapun pada bayi dan biarkan bayi menyusu sendiri. Biasanya, bayi dapat menemukan puting susu ibu dalam jangka waktu 1 jam pertama (Roesli, 2014).

Pelaksanaan IMD akan sangat membantu dalam keberlangsungan pemberian ASI eksklusif dan lama menyusui. Dengan demikian, bayi akan terpenuhi kebutuhannya hingga usia 2 tahun, dan mencegah anak kurang gizi dan stunting. Pemerintah Indonesia mendukung kebijakan WHO dan Unicef yang merekomendasikan inisiasi menyusu dini sebagai tindakan ‘penyelamatan kehidupan’, karena inisiasi menyusu dini dapat menyelamatkan 22 persen dari bayi yang meninggal sebelum usia satu bulan. Menyusui dini dalam satu jam pertama kehidupan yang diawali dengan kontak kulit antara ibu dan bayi selama minimal satu jam atau sampai dengan proses menyusu selesai dinyatakan sebagai indikator global.

Melakukan IMD dipercaya akan membantu meningkatkan daya tahan tubuh si bayi terhadap penyakit-penyakit yang berisiko kematian tinggi. Misalnya kanker syaraf, leukimia, dan beberapa penyakit lainnya. Tidak hanya itu, IMD juga dinyatakan menekan angka kematian bayi hingga mencapai 22%. Mengacu pada hasil penelitian Edmond K, maka diperkirakan program IMD dapat menyelamatkan sekurang-kurangnya 30.000 bayi Indonesia yang meninggal dalam bulan pertama kelahiran. Dan bila praktik menyusui pada satu jam pertama diterapkan di dunia, diperkirakan dapat menyelamatkan nyawa satu juta bayi (Roesli, 2012).

Alasan mengapa Inisiasi menyusu dini dapat menyelamatkan nyawa:

1. Susu manusia yang pertama kali kaya akan komponen imunitas dan non imun yang sangat penting untuk pertumbuhan pertama dan resisten terhadap infeksi.
2. Kurangnya menyusui pada jam pertama kehidupan bayi dapat mengganggu fungsi metabolic dan meningkatkan asam dan menurunkan kadar glukosa darah.
3. Pemberian makanan pertama dengan menggunakan susu formula mengganggu fungsi norma saluran cerna.
4. Kehangatan dan perlindungan ketika menyusui menurunkan risiko kematian karena hipotermia.
5. Ibu meakukan inisiasi menyusu dini memiliki kesempatan yang lebih besar untuk menciptakan dan mempertahankan menyusui selama masa bayi.

#### **Manfaat IMD melalui Kontak Kulit Bayi ke Kulit ibu antara lain:**

1. Dada ibu menghangatkan bayi dengan tepat. Kulit ibu akan menyesuaikan suhunya dengan kebutuhan bayi. Kehangatan saat menyusu menurunkan risiko kematian karena *hypothermia* (kedinginan).

2. Ibu dan bayi merasa lebih tenang, sehingga membantu pernafasan dan detak jantung bayi lebih stabil. Dengan demikian, bayi akan lebih jarang rewel sehingga mengurangi pemakaian energi.
3. Bayi memperoleh bakteri tak berbahaya (bakteri baik) yang ada antinya di ASI ibu. Bakteri baik ini akan membuat koloni di usus dan kulit bayi untuk menyaingi bakteri yang lebih ganas dari lingkungan.
4. Bayi mendapatkan kolostrum (ASI pertama), cairan berharga yang kaya akan antibodi (zat kekebalan tubuh) dan zat penting lainnya yang penting untuk pertumbuhan usus. Usus bayi ketika dilahirkan masih sangat muda, tidak siap untuk mengolah asupan makanan. Antibodi dalam ASI penting demi ketahanan terhadap infeksi, sehingga menjamin kelangsungan hidup sang bayi.
5. Bayi memperoleh ASI (makanan awal) yang tidak mengganggu pertumbuhan, fungsi usus, dan alergi. Makanan lain selain ASI mengandung protein yang bukan protein manusia (misalnya susu hewan), yang tidak dapat dicerna dengan baik oleh usus bayi.
6. Bayi yang diberikan mulai menyusu dini akan lebih berhasil menyusu ASI eksklusif dan mempertahankan menyusu setelah 6 bulan.
7. Sentuhan, kuluman/emutan, dan jilatan bayi pada puting ibu akan merangsang keluarnya oksitosin yang penting karena:
  - a. Menyebabkan rahim berkontraksi membantu mengeluarkan *plasenta* dan mengurangi perdarahan ibu.
  - b. Merangsang hormon lain yang membuat ibu menjadi tenang, rileks, dan mencintai bayi, lebih kuat menahan sakit/nyeri (karena hormon meningkatkan ambang nyeri), dan timbul rasa sukacita/bahagia.
  - c. Merangsang pengaliran ASI dari payudara, sehingga ASI matang (yang berwarna putih) dapat lebih cepat keluar.

Begitu banyak manfaat IMD untuk Ibu dan bayi namun belum semua ibu mampu melaksanakan IMD pada setiap bayi yang dilahirkannya. Hasil penelitian Widiastuti (2024) tentang pelaksanaan IMD didapatkan bahwa keseluruhan responden tidak melaksanakan IMD sesuai dengan SPO. Sebagian besar responden sudah melaksanakan IMD namun pelaksanaan IMD kurang dari 1 jam atau dalam hal ini bayi belum selesai menyusu. Hal ini sesuai dengan hasil Riskesdas tahun 2018 dimana proporsi IMD pada anak umur 0-23 bulan adalah 58,2%. Dari proporsi ini, yang melakukan IMD  $\geq 1$  jam hanya 15,9% (Kemenkes, 2019).

Keberhasilan pelaksanaan IMD di rumah sakit ataupun tempat pelayanan kesehatan tergantung sikap, pengetahuan dan motivasi tenaga kesehatan penolong persalinan yang memberikan pertolongan persalinan dan yang memfasilitasi ibu dalam melakukan IMD, pengetahuan ibu bersalin, ibu yang bekerja, ibu tidak

menjalani konseling laktasi, bayi premature, budaya, dukungan suami, keluarga, dan masyarakat, kebijakan serta pengalaman dan promosi tentang IMD. Selain itu komitemen untuk melaksanaan peraturan pemerintah Kepmenkes Nomor 450/2004 masih belum maksimal khususnya di fasilitas kesehatan seperti rumah sakit dan klinik persalinan juga merupakan faktor penyebab rendahnya angka cakupan pelaksanaan IMD dan ASI eksklusif. Informasi dan dukungan sangat diperlukan bagi ibu dan keluarga dimulai sejak kehamilan (UNICEF, 2013; Raharjo, 2015; Olina, 2017; Sinaga, 2020; Indrayani, 2021).

ASI yang keluar pada 24-48 jam pertama mengandung kolostrum yang kaya akan sel aktif imunitas, antibodi, dan protein protektif lain untuk kekebalan tubuh. Karena itu, WHO merekomendasikan, semua bayi perlu mendapat kolostrum dan diberi ASI eksklusif selama enam bulan untuk menjamin kecukupan zat gizi sehingga mampu mencegah terjadinya stunting. Hasil penelitian Harahap (2021), Nida & Hadi (2022) menemukan bahwa ada hubungan yang signifikan antara Inisiasi Menyusu Dini Dengan pemberian ASI eksklusif dengan nilai Odds ratio sebesar 4,359, yang artinya bahwa ibu yang melakukan Inisiasi Menyusu Dini memiliki peluang memberikan ASI Ekslusif 4,359 kali lebih besar dibandingkan ibu yang tidak melakukan Inisiasi Menyusu Dini.

#### **D. Asi Eksklusif**

---

ASI Eksklusif adalah pemberian ASI dari seorang ibu kepada bayi sampai dengan usia 0-6 bulan tanpa tambahan makanan apapun seperti susu formula, madu, air putih, sari buah, biskuit dan bubur bayi (Aditya, 2014). ASI Eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berusia nol sampai enam bulan, bahkan air putih tidak diberikan dalam tahap ASI Eksklusif ini (Irianto, 2014). ASI Eksklusif adalah pemberian hanya ASI saja tanpa tambahan makanan dan minuman yang lain. ASI Eksklusif dianjurkan sampai 6 bulan pertama kehidupan (Depkes RI, 2012).

ASI Eksklusif merupakan salah satu upaya penurunan kejadian stunting. ASI adalah sumber asupan nutrisi terbaik untuk bayi dengan kandungan nutrisi seimbang yang cocok untuk bayi baru lahir guna mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan bayi. Pemberian ASI eksklusif terhadap bayi dapat meningkatkan daya tubuh, meningkatkan kecerdasan mental dan emosional yang stabil serta spiritual yang matang diikuti perkembangan sosial yang baik. Hal ini disebabkan oleh struktur ASI yang mudah dicerna dan diserap, komposisi lemak, karbohidrat, kalori, protein dan vitamin yang pas dengan usia dan tahapan pertumbuhan perkembangan bayi, perlindungan penyakit infeksi, perlindungan

alergi karena didalam ASI mengandung antibodi, memberikan rangsang intelegensi dan saraf, meningkatkan kesehatan dan kecerdasan secara optimal. ASI mengandung *arachidonic acid* (AA) dan *Decosahexoid* (DHA) yang dapat membentuk sel-sel didalam otak dan kandungan AA dan DHA sangat mencukupi untuk menjamin pertumbuhan dan kecerdasan bayi (Utami, 2013).

ASI mempunyai banyak manfaat untuk bayi, ibu, dan keluarga serta Negara. Adapun manfaat ASI eksklusif untuk bayi antara lain:

- 1) Sebagai nutrisi serta gizi yang dibutuhkan bayi untuk pertumbuhan dan perkembangan bagi, yang di komposisikan secara akurat dan tepat
- 2) Meningkatkan daya tahan tubuh, bayi yang baru lahir secara alamiah mendapatkan zat imunoglobulin (zat kekebalan tubuh) dari ibunya melalui ari-ari namun kadar zat imun akan menurun, bayi tersebut bisa menghasilkan imun saat berusia 9 bulan. Makanan yang hanya bisa membuat zat kekebalan hanyalah ASI karena ASI mengandung zat yang bisa membuat imun sang bayi bisa kuat lagi.
- 3) Meningkatkan kecerdasan bayi karena dalam ASI mengandung *arachidonic acid* (AA), *Decosahexoid* (DHA) yang dapat membentuk sel-sel di dalam otak dan kandungan AA serta DHA sangat mencukupi untuk menjamin pertumbuhan dan kecerdasan bayi
- 4) Mencegah dan mengurangi infeksi saluran pencernaan (diare) serta infeksi yang sering terjadi pada bayi. Hasil penelitian Khasanah & Rahayu (2016) menunjukkan bahwa terdapat hubungan antara pemberian ASI Eksklusif dengan frekuensi sakit pada bayi, frekuensi sakit pada bayi sebagian besar dalam kategori sering, jenis sakit yang sering dialami bayi adalah diare.
- 5) Menangkal alergi susu sebab bayi rentan sekali terkena alergi susu.

Beberapa manfaat menyusui bagi seorang ibu diantaranya yaitu :

- 1) Mengurangi perdarahan setelah melahirkan dan mempercepat involusi uterus (pengecilan rahim seperti semula). Hal ini disebabkan karena pada saat bayi lahir dan segera disusukan ke ibunya, maka rangsangan isapan bayi pada payudara akan diteruskan ke hipofisis pars posterior yang akan mengeluarkan hormon oksitosin dan prolaktin.
- 2) Mengurangi resiko kanker payudara dan ovarium. Cukup banyak penelitian yang membuktikan bahwa ada korelasi antara tidak menyusui dan peningkatan terkena resiko kanker, baik itu kanker payudara ataupun kanker ovarium. Hasil penelitian Prabandari & Fajarsari (2016) menunjukkan bahwa ada pengaruh antara menyusui secara Eksklusif terhadap Involusi Uteri. Sedangkan hasil penelitian Nurani, Ningrum, & Iswati (2018) menunjukkan bahwa terdapat hubungan faktor lama menyusui dengan kejadian kanker payudara.

- 3) Membentuk ikatan batin antara ibu dengan bayi, pada saat ibu memberikan ASI seorang ibu lebih mampu mengekspresikan perasaan terdalamnya pada bayi. Menyusui merupakan momen paling menyenangkan untuk ibu dan si kecilnya, menatap matanya dengan penuh kasih sayang, serta memeluknya dengan lembut. Disana seolah tergambar ucapan terimakasih yang sangat besar untuk ibunya. Terkadang jemari kecilnya juga mencoba menggapai pipi kita, ah, *so priceless*.
- 4) Membantu mengembalikan tubuh seperti keadaan sebelum hamil. Dengan menyusui, timbunan lemak pada tubuh ibu akan dipergunakan untuk pembentukan ASI sehingga berat badan ibu akan lebih cepat kembali ke berat badan sebelum hamil.

Menurut Septikasari (2018) ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi kegagalan pemberian ASI Eksklusif, yaitu dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal. Faktor internal diantaranya berupa faktor pendidikan, pengetahuan, sikap atau perilaku, psikologis. Sedangkan faktor eksternal diantaranya faktor dukungan suami, perubahan sosial budaya, kuranya petugas kesehatan, meningkatnya promosi susu formula sebagai pengganti ASI. Faizah dkk (2022) menambahkan bahwa faktor pendidikan yang rendah (31,5%), pengetahuan yang baik (95,3%), tidak bekerja atau ibu rumah tangga (76,4%), sosial ekonomi yang rendah (74,8%), dukungan keluarga yang baik (96,1%), dan keterpaparan susu formula (70,1%) mempengaruhi ibu dalam pemberian ASI eksklusif di wilayah kerja Puskesmas Cakru, Kencong,-Jember. Hal senada disampaikan oleh Simangungsung, Myrnawati dan Sirati (2022) menyebutkan bahwa pengetahuan, keberhasilan IMD, produksi ASI dan budaya mempengaruhi keberhasilan pemberian ASI Eksklusif.

Telah banyak upaya yang dilakukan oleh pemerintah untuk meningkatkan cakupan ASI Eksklusif, salah satu diantaranya mengeluarkan Permen PPPA 3 tahun 2010 tentang Penerapan Sepuluh Langkah Menuju Keberhasilan Menyusui. Salah satu poin yang dibahas dalam peraturan ini adalah menjelaskan kepada semua ibu hamil tentang manfaat menyusui dan penatalaksanaannya dimulai sejak masa kehamilan, masa bayi lahir sampai umur 2 (dua) tahun termasuk cara mengatasi kesulitan menyusui. Materi yang dijelaskan antara lain tentang Inisiasi Menyusu Dini, bahaya susu formula dan dot/kempeng, rawat gabung, penatalaksanaan menyusui yang benar termasuk mengatasi kesulitan menyusui, managemen menyusui saat bayi sakit. Adanya kegiatan ini diharapkan mampu meningkatkan keinginan dan kesadaran ibu hamil untuk menyusui bayinya nanti (Kementerian Negara Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia, 2010).

## **E. Mp-Asi Makanan Keluarga**

---

Rangkaian selanjutnya dalam pemberian makanan bayi dan anak (PMBA) sesuai rekomendasi WHO dan UNICEF serta Kemkes RI (2022) setelah IMD dan ASI eksklusif adalah pemberian makanan pendamping ASI atau yang kita kenal dengan sebutan MP-ASI. Pemberian makanan pendamping ASI (MPASI) menjadi salah satu fase penting dalam 1000 hari pertama kehidupan. Pada fase ini sangat penting memperhatikan dan memberikan nutrisi yang terbaik bayi anak. MP-ASI yang merupakan makanan tambahan pendamping ASI yang diberikan pada bayi setelah menginjak usia 6 bulan atau setelah usai menyusu eksklusif. Makanan pendamping ASI bukan pengganti namun sebagai pendamping, saat ASI sudah tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan nutrisi bayi dan anak untuk tumbuh kembang optimal (Matahari, Putri, Sulistiyawan dan Marthasari, 2023).

MP-ASI diberikan pada bayi setelah usia mencapai 6 bulan, dimana pada usia ini kebutuhannya bayi akan energi dan nutrisi mulai melebihi apa yang terkandung didalam ASI sehingga membutuhkan makanan tambahan pendamping ASI. Selain itu pada usia tersebut saluran pencernaan bayi telah siap untuk menerima makanan selain ASI. Pemberian MP-ASI juga merupakan faktor yang berperan dalam prevalensi stunting yang berhubungan dengan gizi kurang. Apabila terlambat dalam pemberian MP-ASI maka dapat menyebabkan terjadinya defisiensi zat besi pada bayi. Akibat kekurangan zat besi pada masa balita yang berkepanjangan dalam waktu yang relatif lama akan mengakibatkan terhambatnya pertumbuhan dan perkembangan anak serta menjadi predictor terjadinya stunting. Oleh karena itu pemberian makanan tambahan pendamping ASI sangat penting diberikan tepat waktu (Louis et al., 2022).

IDAI menyebutkan empat strategi dalam pemberian MP-ASI yaitu tepat waktu, adekuat, aman dan higienis dan diberikan secara aktif/responsive. Pemberian MP-ASI tepat waktu yaitu setelah usia bayi 6 bulan. Pada saat ini pemenuhan kebutuhan nutrisi bayi tidak cukup hanya dengan diberikan ASI saja sehingga memerlukan makanan tambahan selain ASI. Adapun indikator kapan bayi bisa mulai diberikan MP-ASI diantaranya adalah saat bayi dapat duduk dengan leher tegak dan mengangkat kepala sendiri tanpa membutuhkan bantuan, bayi menunjukkan ketertarikan terhadap makanan seperti mencoba meraih makan yang dihadapannya, bayi menjadi lapar dan menunjukkan tanda lapar misalnya tetap gelisah meskipun ibu sudah memberikan ASI. Selain hal tersebut MP-ASI yang diberikan wajib adekuat, maksudnya makanan tambahan yang diberikan memenuhi kebutuhan energy, protein dan vitamin dan mineral atau mikronutrien anak. Selanjutnya adalah proses persiapan dan pembuatan

MP-ASI wajib menggaunakan cara, bahan dan alat yang aman dan higienis sehingga anak terhindar dari gangguan/masalah pencernaan. MP-ASI juga diberikan secara aktif/ responsive dan harus konsisten sesuai dengan sinyal lapar dan kenyang anak. Disini Ibu wajib bersikap perhatian dan responsif terhadap tanda-tanda yang disampaikan anak bahwa ia siap untuk makan; berikan dorongan secara aktif kepada anak untuk makan, tapi tidak boleh memaksa anak (Kemkes, 2022).

Beberapa hal yang perlu diperhatikan saat memberikan MP\_ASI antara lain tahap perkembangan anak, frekwensi pemberian, jumlah makanan yang diberikan dan tekstur makanan serta bersifat aktif/responsive sesuai sinyal lapar dan kenyang si bayi. Meskipun bayi sudah mendapatkan MP-ASI, ASI tetap terus diberikan sesuai permintaan bayi, karena ASI mengandung immunoglobulin yang dapat meningkatkan daya tahan tibuh agar tetap sehat dan memenuhi lebih dari separuh kebutuhan nutrisi pada bayi 6-12 bulan dan sepertiga kebutuhan nutrisi bayi 13-24 bulan. Selain hal tersebut perlu diperhatikan bahwa protein hewani dan nabati mulai diberikan sejak usia enam bulan, pemberian telur, ikan, dan daging dalam keadaan benar-benar matang, tunda pemberian jus buah dan madu setelah bayi berusia 1 tahun, hindari pemberian makanan dengan kadar lemak tinggi, pemanis dan penyedap rasa, perhatikan kebersihan tangan anak sebelum makan, pisahkan talenan yang digunakan untuk memotong bahan mentah dan matang, perhatikan kebersihan tangan dan peralatan saat mempersiapkan MP\_ASIserta berikan minyak, kelapa atau mentega untuk penambah kalori.

Makanan pendamping merupakan hak setiap bayi untuk mendapatkan asupan nutrisi yang cukup sesuai dengan usianya. Dengan pemberian MP-ASI yang tepat bersama dengan pencegahan penyakit dan perawatan serta pengasuhan yang baik maka bayi mampu bertahan hidup dan mengoptimalkan pertumbuhan dan perkembangan fisik dan fungsi kognitif bayi. Namun apabila pemberian MP-ASI yang tidak sesuai dengan kaidah-kaiah tersebut dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan pada bayi seperti penyakit infeksi, masalah kekurangan gizi dan stunting. Pemberian MP-ASI dini dapat meningkatkan kejadian penyakit infeksi saluran pencernaan dan pernafasan. Hasil penelitian Merben dan Abbas (2023) yang menyatakan Ada hubungan yang signifikan antara pemberian makanan pendamping ASI dini dengan kejadian diare pada bayi usia 0-6 bulan di Posyandu Wilayah Kerja Puskesmas Cigudeg Tahun 2023. Hal senada dikemukakan oleh Listianingsih dan Widyaningsih (2023) yang menyebutkan bahwa ada hubungan antara pemberian MPASI dini dengan diare. Sedangkan Sari dkk (2024) yang menemukan bahwa pemberian makanan

tambahan (MP-ASI) merupakan faktor yang berperan dalam kejadian stunting. Terdapat hubungan yang signifikan antara ketepatan, keadekuatan, keamanan, serta responsive feeding dengan stunting. Adapun faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan stunting adalah pemberian MP-ASI yang adekuat. Pemberian MP-ASI yang tepat setelah bayi mencapai usia 6, nutrisi yang diberikan secara adekuat sesuai kebutuhan bayi, dipersiapkan dan diolah secara higienis, serta cara pemberian MP-ASI yang aktif dan responsive terhadap tanda lapar dan kenyang bayi mampu memenuhi kebutuhan nutrisi bagi guna pertumbuhan dan perkembangan yang optimal.

## **F. Pemberian Asi Minimal Sampai Usia 24 Bulan**

---

WHO dan Unicef serta Kemkes merekomendasikan pemberian ASI minimal sampai dengan usia anak 24 bulan. Pemberian ASI tetap diteruskan sampai anak minimal berusia 24 bulan karena komposisi yang luar biasa, dimana ASI masih mampu memenuhi sepertiga kebutuhan gizi anak, selain itu ASI mengandung Vit C yang tinggi dan zat yang tidak dimiliki susu formula seperti immunoglobulin. Durasi pemberian ASI berhubungan dengan berbagai dampak jangka pendek maupun jangka panjang. Menyusui telah dilaporkan berhubungan dengan intelegensi anak, ketahanan mental dan emosional serta kerugian ekonomi secara global. Selain itu, durasi pemberian ASI memiliki hubungan negatif dengan kejadian overweight maupun obesitas pada anak, berkaitan dengan berkurangnya risiko penyakit kardiometabolik. Anak yang disusui selama 12–24 bulan memiliki tekanan darah sistolik yang lebih rendah dibandingkan anak yang hanya disusui selama 6–12 bulan [8]. Selain itu durasi pemberian ASI yang lebih lama dilaporkan berhubungan dengan berkurangnya kejadian Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), berkurangnya kejadian diare, konstipasi, dan demam pada anak, emotional eating dan alexithymia (Purwanti dkk. 2023)

## **G. Penutup**

---

Pemberian Makanan pada Bayi dan Anak (PMBA) dengan standar emas sesuai rekomendasi WHO dan Unicef serta Kemkes RI yang meliputi pelaksanaan IMD, pemberian ASI eksklusif, Pemberian MP-ASI yang tepat waktu, adekuat, aman dan aktif/responsive, dilanjutkan dengan pemberian ASI minimal sampai dengan usia anak 24 bulan terbukti mampu meningkatkan derajat kesehatan dan pertumbuhan perkembangan bayi secara optimal serta mencegah masalah gizi seperti kekurangan energi kalori dan protein, obesitas, wasting dan stunting. Pemberian standar emas makanan bayi merupakan hak semua bayi dan sudah selayaknya semua bayi dan anak mendapatkannya. Namun pada kenyataannya tidak semua bayi dan anak mendapatkannya. Oleh karena itu beberapa upaya dilakukan pemerintah untuk mewujudkannya, seperti kebijakan pemerintah terkait percepatan penurunan stunting dengan sasaran remaja, calon pengantin, ibu hamil dan menyusui serta bayi dan anak. Stunting disebabkan karena kurang gizi kronis dan penyakit infeksi menahun. Oleh karena itu pentingnya pemenuhan gizi dalam 1000 HPK anak melalui pemberian standar emas makanan bayi dan anak untuk direalisasikan sebagai upaya untuk mencegah stunting.

## Referensi

- Dewi dkk. 2024. Analisis Dampak, Solusi serta Pencegahan Stunting: Literature Review. *Jurnal Riset Gizi*. Volume 12. Nomor 1. <https://ejournal.poltekkes-smg.ac.id/ojs/index.php/jrg/article/view/10943/3692>
- Faizzah, et al. 2022. Gambaran Faktor yang Mempengaruhi Ibu Tidak Memberikan ASI Eksklusif di Wilayah Kerja Puskesmas Cakru, Kencong. <https://jurnal.unej.ac.id/index.php/JPK/article/download/10527/11377>
- Harahap. 2021. Hubungan Inisiasi Menyusu Dini (Imd) Dengan Pemberian Asi Eksklusif Pada Bayi Di Puskesmas Gunung Tua Kabupaten Padang Lawas Utara. [https://repository.unar.ac.id/jspui/bitstream/123456789/3020/1/SOF%20C\\_OPI%20SARTIKA.pdf](https://repository.unar.ac.id/jspui/bitstream/123456789/3020/1/SOF%20C_OPI%20SARTIKA.pdf)
- Hasanah, S., Handayani, S., & Wilti, I. R. (2021). Hubungan Sanitasi Lingkungan Dengan Kejadian Stunting Pada Balita di Indonesia (Studi Literatur). *Jurnal Keselamatan Kesehatan Kerja Dan Lingkungan*, 2(2), 83–94. <https://doi.org/10.25077/jk3l.2.2.83- 94.2021>
- Hasriani. 2023. Analisis Dampak, Solusi serta Pencegahan Stunting: Literature Review. *Jurnal Keluaga Berencana*. Volume 8. Nomor 2. <https://ejurnal.bkkbn.go.id/kkb/article/view/184/73>
- Kemenkes RI. (2021). Buku Saku Hasil Studi Status Gizi Indonesia (SSGI) Tingkat Nasional, Provinsi, Dan Kabupaten/Kota Tahun 2021. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 2013–2015.
- Kemenkes. (2012). Peraturan Pemerintan No 33 Tahun 2012 Tentang Pemberian Asi Eksklusif.
- Kemkes. 2022. Modul Pelatihan Pelatih Konseling Pemberian Makan Bayi Dan Anak (PMBA). Jakarta.
- Khasanan dan Rahayu. 2015. Hubungan Pemberian Asi Eksklusif Dengan Frekuensi Sakit Pada Bayi Umur 6 - 12 Bulan. *Jurnal Ilmu Kebidanan*, Jilid 3, Nomor 1, hlm 41-48. <https://jurnal.akbiduk.ac.id/assets/doc/170116015339-7%20HUB%20PEMBERIAN%20ASI%20EKSKLUSIF.pdf>
- Listianingsih dan Widyaningsih. 2023. Dampak Pemberian MP-ASI Dini dengan Kejadian Diare pada Bayi Di Rumah Sakit Paru dr. Ario Wirawan Salatiga. *Jurnal Persada Husada Indonesia*. Volume 10 Nomor 37. <https://jurnal.stikesphi.ac.id/index.php/kesehatan/article/view/370/263>
- Laily dan Indarjo. 2023. Literature Review: Dampak Stunting terhadap Pertumbuhan dan Perkembangan Anak. *Journal Of Public Health Research and Development*. Volume 7. Nomor 3. <https://journal.unnes.ac.id/sju/higeia/article/view/63544>

- Louis, S. L., Mirania, A. N., & Yuniarti, E. (2022). The Relationship Between Exclusive Breastfeeding with Stunting on Toddlers Children. *Maternal and Neonatal Health Journal*, Nomor 3 Volume 1.
- Maryunani, A. (2018). Inisiasi Menyusui Dini, Asi Eksklusif Dan Manajemen Laktasi. Trans Media Info.
- Merben dan Abbas. 2023. Hubungan Pemberian Makanan Pendamping Asi (Mp-Asi) Dengan Kerjadian Diare Pada Bayi Usia 0-6 Bulan Di Wilayah Kerja Puskesmas Cigudeg Tahun 2023. *Jurnal Ilmiah Kesehatan BPI*. Vol. 7 No. 2.
- Nasrullah, M. J. (2021). Pentingnya Inisiasi Menyusu Dini Dan Faktor Yang Mempengaruhinya. *Jurnal Medika Hutama*, 2(02 Januari), 626-630. <https://Jurnalmedikahutama.Com/Index.Php/Jmh/Article/View/144>
- Olina, Y. B. (2017). Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Perawat Terhadap Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini Pada Persalinan Sectio Caesarea Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang. Semarang: Universitas Muhammadiyah Semarang.
- Purwanti, Nurfiti dan Irawan. 2022. Determinan Durasi Pemberian ASI: Analisis Data Sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017. *Indonesian of Journal Human Nutrition*, Vol. 9, No.2. hlm. 156-172. <https://eprints.uad.ac.id/44160/1/6%20Determinant%20Durasi%20Pemberian%20ASI.pdf>
- Raharjo, Bambang Budi. (2015). Momentum Emas Pembentukan Sdm Berkualitas: Kajian Sosial.
- Republik Indonesia. 2013. Pedoman Perencanaan Program Gerakan Nasional Percepatan Perbaikan Gizi dalam rangka Seribu hari Pertama Kehidupan (Gerakan 1000 HPK) Jakarta.
- Roesli. (2012). *Inisiasi Menyusui Dini Plus ASI Eksklusif*. Pustaka Bunda.
- Roesli. (2013). *Mengenal ASI Eksklusif*. Jakarta: PT Pustaka Pembangunan Swadaya Nusantara.
- TNP2K. 2017. 100 Kabupaten/Kota Prioritas Utuk Penanganan Anak Kerdil ( Stunting ) 2.
- Septikasari, M. (2018). *Status Gizi Anak dan Faktor yang Mempengaruhi*. Yogyakarta: UNY Press.
- Simangungsong, Myrnawati, Sirati. 2022. Keberhasilan ASI Ekslusif dan Faktor Determinan yang Berpengaruh. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia*. Vol. 7 No.1. <https://ejurnal.politeknikpratama.ac.id/index.php/JRIK/article/view/2664/2527>
- Sinaga, Ht., Siregar, M. (2020). Literatur Review: Faktor Penyebab Rendahnya Cakupan

- Inisiasi Menyusu Dini Dan Pemberian Asi Eksklusif. Aceh Nutrition Journal, November 2020 (5)2: 164-171.  
<https://ejournal.poltekkesaceh.ac.id/index.php/an/article/view/316>
- Suarnanti. 2020. Faktor risiko stunting: literatur review. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis.* Volume 15 Nomor 2.  
<https://jurnal.stikesnh.ac.id/index.php/jikd/article/download/210/293/1111>
- Sukiman dkk. 2022. Faktor-Faktor Risiko Terjadinya Stunting pada Balita di Puskesmas Kassi-Kassi Kota Makassar Periode Januari 2022. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Diagnosis.* Volume 2 Nomor 9.  
<https://fmj.fk.umi.ac.id/index.php/fmj/article/view/121/109>
- Tebi dkk. 2021. Literature review faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya stunting pada anak dan balita. *Fakumi Medikal Journal: Jurnal Mahasiswa Kedokteran.* Volume 1. Nomor 3.  
<https://fmj.fk.umi.ac.id/index.php/fmj/article/view/70/66>
- WHO. (2021). Infant and young child feeding. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- WHO & UNICEF. (2021). Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices. Geneva: World Health Organization.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599757\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599757_eng.pdf)
- Widiastuti Y.P., Khabib M., Arisdiani T., 2024. Pelaksanaan Inisiasi Menyusu Dini. Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional (SIKesNas) 2024. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Duta Bangsa.  
<https://ojs.udb.ac.id/index.php/sikenas/article/view/3932/2759>
- Wong PD, Anderson LN, Dai DDW, Parkin PC, Maguire JL, Birken CS, et al. 2017. The Association of Breastfeeding Duration and Early Childhood. J Paediatr. 192:80–5.

## **Glosarium**

### **A**

ASI : adalah Air Susu Ibu

ASI eksklusif : pemberian ASI selama 6 bulan pertama kehidupan tanpa makanan dan minuman tambahan lainnya.

---

### **I**

IMD : adalah Inisiasi Menyusui Dini

---

### **M**

MP-ASI : Makanan tambahan selain ASI yang diberikan setelah bayi mencapai usia 6 bulan berupa makanan dengan gizi seimbang.

---

### **U**

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

---

### **W**

WHO : adalah World Health Organization



# BAB 8

## PENGETAHUAN IBU TENTANG ALAT KONTRASEPSI

### A. Pendahuluan

---

Program KB di Indonesia dinilai sudah berhasil dengan capaian total fertility rate atau tingkat kelahiran rata-rata pada mencapai 2,3 sampai 2,4 persen, dan diharapkan menuju angka fertility rate ke 2,1 persen, namun keadaan ini belum merata antar wilayah provinsi kesenjangannya masih tinggi, atas dasar alasan itu maka kontrasepsi itu masih penting sekali. Jenis alat kontrasepsi tersedia dalam berbagai jenis metode yaitu metode kontrasepsi sederhana, metodekontrasepsi efektif dan metode kontrasepsi mantap.

Setiap pasangan dapat memilih jenis alat kontrasepsi yang paling cocok dan aman digunakan sesuai dengan kebutuhannya. Kebutuhan seorang wanita akan bervariasi sepanjang hidupnya yaitu fase menunda kehamilan, menjarangkan kehamilan dan mengakhiri kesuburan. Untuk setiap fase tersebut memiliki prioritas alat kontrasepsi berdasarkan kelebihan dan kekurangannya masing-masing.

Angka kelahiran total (Total Fertility Rate, TFR) dapat menunjukkan keberhasilan suatu negara dalam melaksanakan pembangunan di bidang sosial ekonomi dan menunjukkan tingkat keberhasilan program KB (Keluarga Berencana) yang telah dilaksanakan. Beragam pilihan alat kontrasepsi tersedia, namun banyak masyarakat memilih kontrasepsi berdasarkan kebiasaan yang paling banyak digunakan oleh masyarakat tanpa mempertimbangkan paritas, usia dan juga kondisi kesehatan masing-masing disebabkan karena rendahnya pengetahuan ibu tentang alat kontrasepsi .

### B. Pengetahuan

---

Pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui setelah orang melakukan pengindraan (sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga) terhadap suatu objek tertentu.

Tingkat Pengetahuan di Dalam Domain terdiri dari 6 tingkatan yaitu:

#### 1. Tahu(Know)

Tahu diartikan mengingat (recall) sesuatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan dan sebagainya. Contohnya: Ibu dapat menyebutkan jenis alat kontrasepsi hormonal.

## 2. Memahami(Comprehension)

Memahami adalah suatu kemampuan untuk menjelaskan/menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui. Orang yang telah faham terhadap objek atau materi dan dapat menjelaskan, menyebutkan. Misalnya dapat menjelaskan mengapa harus memilih alat kontrasepsi jangka panjang.

## 3. Aplikasi (Application)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil (sebenarnya). Aplikasi disini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip dalam konteks situasi lain. Misalnya; dapat menetapkan pilihan alat kontrasepsi yang tepat berdasarkan usia dan jumlah anak.

## 4. Analisis (Analysis)

Analisis yaitu suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan dan mengelompokkan dan sebagainya.

## 5. Sintesis(Synthesis)

Sintesis menunjukkan pada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain sintesis itu suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang lain. Misalnya dapat menyusun, merencanakan, meringkas dan menyesuaikan dan sebagainya, terhadap suatu teori atau rumusan- rumusan yang telah ada.

## 6. Evaluasi(Evaluation)

Evaluasi merupakan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian- penilaian ini berdasarkan suatu cerita yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya: dapat membandingkan kesehatan antara ibu-ibu yang menggunakan alat kontrasepsi dengan yang tidak

menggunakan. Dapat menafsirkan sebab ibu-ibu tidak mau ikut Keluarga Berencana dan sebagainya (Notoadmojo, 2007).

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tingkat Pengetahuan. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu:

a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang pada orang lain terhadap sesuatu hal agar mereka dapat memahami dengan menjalani pendidikan formal. Semakin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menganalisis informasi dan makin banyak pengetahuan.

b. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun secara tidak langsung.

c. Pengalaman

Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya.

d. Usia

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologi (mental). Pada aspek psikologis atau mental taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa.

e. Minat

Sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

f. Kebudayaan Lingkungan

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita.

g. Informasi

Kemudahan dalam memperoleh informasi dapat membantu seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru (Mubarak, 2007).

## C. Metode Keluarga Berencana

---

Program keluarga Berencana yang dicanangkan sejak tahun 1970 telah mempengaruhi pertumbuhan penduduk secara nasional. Pertumbuhan penduduk masih relatif cepat walaupun kecenderungan mengalami penurunan.

Menurut World Health Organization (2016), Keluarga Berencana (Family Planning) memungkinkan pasangan usia subur (PUS) dalam mengatur kelahiran, menentukan jumlah anak yang diinginkan, dan mengatur jarak kelahiran. Upaya ini dapat dicapai dengan penggunaan metode kontrasepsi dan tindakan infertilitas. Jadi, Keluarga Berencana (Family Planning) adalah suatu usaha untuk menjarangkan atau merencanakan jumlah dan jarak kehamilan dengan menggunakan alat kontrasepsi yang bertujuan untuk mewujudkan keluarga kecil, bahagia sejahtera.

### **Tujuan program keluarga berencana**

Program KB bertujuan untuk membentuk keluarga kecil sesuai dengan sosial ekonomi keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak untuk mewujudkan keluarga bahagia, sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya (Sulistiyawati, 2013). Tujuan program KB lainnya yaitu menjarangkan, menunda dan menghentikan kehamilan untuk menurunkan angka kelahiran, menyelamatkan ibu dan bayi akibat melahirkan pada usia muda, jarak kelahiran yang terlalu dekat dan melahirkan pada usia tua (Hartanto, 2015).

Kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi, kontra berarti melawan sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dan sel sperma yang disebut zygot yang menghasilkan kehamilan. Kontrasepsi adalah upaya untuk menghindari atau untuk mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat dari pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma. Alat Kontrasepsi adalah upaya untuk menhalangi pertemuan sperma dan ovum dengan menggunakan metode, alat atau obat.

Secara umum tujuan pemakaian alat kontrasepsi ini adalah diupayakan untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda dan dalam rangka merencanakan pembentukan keluarga kecil, bahagia sejahtera, hal ini terbagi atas tiga masa produksi: pertama, untuk masa menunda kehamilan bagi pasangan usia subur (PUS) dengan istri usia dibawah 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilan. Kedua, masa menjarangkan kehamilan periode istri usia 20 sampai 35 tahun merupakan usia paling baik untuk melahirkan dengan jumlah anak 2 orang dengan jarak kelahiran 3 sampai 4 tahun. Ketiga, masa untuk mengakhiri setelah memiliki 2 orang anak atau lebih. (Sarsanto, 2007).

Setiap alat kontrasepsi mempunyai keunggulan dan kelemahan, masing-masing mempunyai kesesuaian dan kecocokan individual bagi setiap klien. Namun secara umum persyaratan metode kontrasepsi ideal adalah sebagai berikut (Prawirohardjo, 2005):

1. Aman, artinya tidak akan menimbulkan komplikasi berat jika digunakan.

2. Berdaya guna, dalam arti jika digunakan sesuai dengan aturan akan dapat mencegah kehamilan.
3. Dapat diterima, bukan hanya oleh klien melainkan juga oleh lingkungan budaya di masyarakat.
4. Terjangkau harganya oleh masyarakat.
5. Bila metode tersebut dihentikan penggunaannya, klien akan segera kembali kesuburannya, kecuali untuk kontrasepsi mantap (Prawirohardjo, 2005).

Macam-macam metode kontrasepsi

1. Metode Non Hormonal

a. Kondom

1) Definisi

Merupakan selubung atau sarung karet yang dapat dibuat dari berbagai bahan diantaranya karet (lateks), plastik, atau bahan alami (produksi hewan) yang dipasang pada penis saat berhubungan seksual. Kondom tidak hanya mencegah kehamilan tetapi juga melindungi diri dari penularan penyakit melalui hubungan seks, termasuk HIV/AIDS.

2) Cara Kerja

- a) Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tercurah ke dalam saluran reproduksi perempuan.
- b) Mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain (khusus kondom yang terbuat dari lateks dan vinil).

3) Keuntungan

a) Kontrasepsi

- Efektif mencegah kehamilan bila digunakan dengan benar
- Tidak mengganggu produksi ASI
- Tidak mengganggu kesehatan klien
- Tidak mempunyai pengaruh sistemik
- Murah dan dapat dibeli secara umum
- Tidak perlu resep dokter atau pemeriksaan kesehatan khusus
- Metode kontrasepsi sementara bila metode kontrasepsi lainnya harus ditunda.

b) Non Kontrasepsi

- Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks)

- Mencegah penularan IMS, HIV
  - Memberi dorongan kepada suami untuk ikut ber-KB
  - Mencegah ejakulasi dini
  - Saling berinteraksi sesama pasangan
  - Mencegah imuno infertilitas
- 4) Keterbatasan
- a) Efektivitas tidak terlalu tinggi
  - b) Cara penggunaan sangat memengaruhi keberhasilan kontrasepsi
  - c) Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung)
  - d) Bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi
  - e) Harus selalu tersedia setiap kali berhubungan seksual
  - f) Malu membeli kondom di tempat umum
  - g) Pembuangan kondom bekas mungkin menimbulkan masalah dalam hal limbah
- 5) Efek Samping

Tidak ada (Kemenkes RI, 2014) (Speroff, 2003).

## 2. Metode hormonal

### a. Kontrasepsi oral atau pil

#### 1) Definisi

Kontrasepsi pil berisi kombinasi hormon sintetis progesterone dan esterogen bisa disebut pil kombinasi, atau hanya berisi hormon sintetis, progesterone saja yang sering disebut dengan minipil.

#### 2) Cara Kerja

- a) Mencegah ovulasi
- b) Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma
- c) Menjadikan selaput lendir Rahim tipis dan atrofi
- d) Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

#### 3) Keuntungan

- a) Efektif jika diminum setiap hari di waktu yang sama (0,05 – 5 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama)
- b) Tidak diperlukan pemeriksaan panggul
- c) Tidak memengaruhi ASI
- d) Tidak memengaruhi hubungan seksual
- e) Kembalinya fertilitas segera jika pemakaian dihentikan
- f) Mudah digunakan dan nyaman
- g) Efek samping kecil

- 4) Keterbatasan
    - a) Harus digunakan setiap hari dan pada waktu yang sama
    - b) Bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar
    - c) Risiko kehamilan ektopik cukup tinggi, tetapi risiko ini lebih rendah jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak menggunakan minipil
    - d) Efektivitas menjadi rendah bila digunakan bersamaan dengan obat tuberculosis atau obat epilepsy
    - e) Tidak mencegah IMS
  - 5) Efek Samping
    - a) Hampir 30-60% mengalami gangguan haid (perdarahan sela, spotting, amenorrhea)
    - b) Peningkatan/penurunan berat badan
- b. Kontrasepsi Suntik atau injeksi
- 1) Definisi

Kontrasepsi suntik adalah salah satu cara untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan melalui suntikan hormonal.
  - 2) Keuntungan
    - a) Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
    - b) Tidak mengandung estrogen sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah.
    - c) Tidak memengaruhi ASI.
    - d) Sedikit efek samping.
    - e) Dapat digunakan oleh perempuan > 35 tahun sampai perimenopause.
    - f) Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik.
    - g) Menurunkan kejadian penyakit jinak payudara.
    - h) Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul.
    - i) Menurunkan krisis anemia bulan sabit (sickle cell).
  - 3) Keterbatasan
    - a) Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan Kesehatan (harus Kembali sesuai jadwal suntikan).
    - b) Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikut.
    - c) Tidak mencegah IMS.
    - d) Terlambatnya kembalinya kesuburan setelah penghentian pemakaian.
  - 4) Efek Samping

- a) Gangguan haid seperti siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan bercak/spotting, tidak haid sama sekali.
- b) Peningkatan berat badan.
- c) Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka Panjang.
- d) Sedikit menurunkan kepadatan (densitas) tulang pada penggunaan jangka Panjang.
- e) Pada penggunaan jangka Panjang dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, menurunkan libido, gangguan emosi (jarang), sakit kepala, nervositas, jerawat.

- 5) Yang Tidak Boleh Menggunakan
    - a) Hamil atau dicurigai hamil risiko cacat pada janin 7 per100.000 kelahiran.
    - b) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya.
    - c) Tidak dapat menerima terjadinya gangguan haid terutama amenorrhea.
    - d) Menderita kanker payudara atau Riwayat kanker payudara.
    - e) Diabetes melitus disertai komplikasi.
  - 6) Waktu mulai menggunakan
    - a) Pada ibu menyusui dapat menggunakan setelah 6 minggu pasca persalinan.
    - b) Pada ibu tidak menyusui dapat menggunakan segera setelah persalinan (Speroff, 2003) (Kemenkes RI, 2014).
- c. Implant
- 1) Definisi  
Implant adalah alat kontrasepsi bawah kulit yang mengandung progestin yang dibungkus dalam kapsul silastik silicon polidimetri.
  - 2) Jenis
    - a) Norplan, terdiri dari 6 batang silastik lembut berongga dengan Panjang 3.4 cm, diameter 2.4 mm yang diisi dengan 36 mg levonorgestrel dan lama kerjanya 5 tahun.
    - b) Implanon, terdiri dari satu batang putih lentur dengan Panjang kira-kira 40 mm, diameter 2 mm yang diisi dengan 68 mg 3 keto desogestrel dan lama kerjanya 3 tahun.
    - c) Jadelle dan Indoplan, terdiri dari 2 batang berisi 75 mg levonorgestrel dengan lama kerjanya 3 tahun.
  - 3) Keuntungan, dibagi menjadi 2 yaitu:
    - a) Keuntungan kontrasepsi:
      - Sangat efektif ( kegagalan 0,2 – 1,0 kehamilan per 100 perempuan)
      - Daya guna tinggi
      - Perlindungan jangka Panjang (sampai 5 tahun)
      - Pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan.
      - Tidak memerlukan pemeriksaan dalam
      - Bebas dari pengaruh estrogen
      - Tidak mengganggu hubungan seksual

- Tidak mengganggu ASI
- b) Non kontrasepsi
  - Mengurangi nyeri haid
  - Mengurangi jumlah darah haid
  - Mengurangi/memperbaiki anemia
  - Melindungi terjadinya kanker endometrium
  - Menurunkan angka kejadian tumor jinak payudara
  - Melindungi diri dari beberapa penyebab penyakit radang panggul
  - Menurunkan angka kejadian endometriosis
- 4) Keterbatasan
  - a) Membutuhkan Tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan
  - b) Tidak mencegah IMS
  - c) Klien tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi, akan tetapi harus pergi ke klinik untuk pencabutan
  - d) Efektivitas menurun bila menggunakan obat tuberculosis atau obat epilepsy
  - e) Terjadinya kehamilan ektopik sedikit lebih tinggi
- 5) Efek samping
  - a) Sakit kepala
  - b) Nyeri payudara
  - c) Amenorrhea
  - d) Perasaan mual
  - e) Perdarahan bercak ringan
  - f) Ekspulsi
  - g) Infeksi pada daerah insisi
  - h) Penambahan berat badan
  - i) Perubahan perasaan atau kegelisahan
- 6) Yang tidak boleh menggunakan implant
  - a) Perdarahan pervaginam yang belum jelas penyebabnya
  - b) Benjolan/ kanker payudara atau Riwayat kanker payudara
- d. Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR)
  - 1) Definisi

Alat kontrasepsi yang dipasang dalam rahim dengan menjepit kedua saluran yang menghasilkan indung telur sehingga tidak terjadi pembuahan, terdiri dari bahan plastik polietilena, ada yang dililit oleh tembaga dan ada yang tidak.

2) Cara Kerja

Mencegah terjadinya fertilisasi, tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril, toksik buat sperma sehingga tidak mampu untuk fertilisasi

3) Waktu Pemasangan AKDR

a) Pascaplasenta

- Dipasang dalam 10 menit setelah plasenta lahir (pada persalinan normal)
- Pada persalinan caesar, dipasang pada waktu operasi caesar

b) Pascapersalinan

- Dipasang antara 10 menit – 48 jam pasca persalinan
- Dipasang antara 4 minggu – 6 minggu (42 hari) setelah melahirkan (Perpanjang Interval pasca persalinan)

4) Efektivitas Inversi dini pascaplasenta:

- a) Telah dibuktikan tidak menambahkan risiko infeksi, perforasi dan perdarahan
- b) Kemampuan penolong meletakkan di fundus amat memperkecil risiko ekspulsi.
- c) Kontraindikasi pemasangan AKDR pascaplasenta ialah ketuban pecah sebelum waktunya, infeksi intra partum dan perdarahan post partus. Keuntungan:
  - d) Efektivitas tinggi, 99,2 – 99,4 % (0,6 – 08 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama).
  - e) Dapat efektif segera setelah pemasangan
  - f) Metode jangka Panjang
  - g) Sangat efektif karena tidak perlu lagi mengingat-ingat
  - h) Tidak memengaruhi hubungan seksual
  - i) Meningkatkan kenyamanan seksual karena tidak perlu takut untuk hamil
  - j) Tidak ada efek samping hormonal
  - k) Tidak memengaruhi kualitas dan volume ASI
  - l) Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus/apabila tidak terjadi infeksi)
  - m) Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir
  - n) Tidak ada interaksi dengan obat-obat
  - o) Membantu mencegah kehamilan ektopik

5) Keterbatasan

- a) Tidak mencegah Infeksi Menular Seksual
  - b) Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan
  - c) Diperlukan prosedur medis termasuk pemeriksaan pelvis
  - d) Klien tidak dapat melepas AKDR sendiri
  - e) Mungkin AKDR keluar dari uterus tanpa diketahui (sering terjadi apabila AKDR dipasang segera sesudah melahirkan)
  - f) Klien harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu. Untuk melakukan ini perempuan harus memasukkan jarinya ke dalam vagina, Sebagian perempuan tidak mau melakukan ini
- 6) Efek Samping
- a) Perubahan siklus haid (umumnya pada 3 bulan pertama dan akan berkurang setelah 3 bulan)
  - b) Haid lebih lama dan banyak
  - c) Perdarahan (spotting) antar menstruasi
  - d) Saat haid lebih sakit
  - e) Merasakan sakit dan kejang selama 3 sampai 5 hari setelah pemasangan
  - f) Perdarahan berat pada waktu haid atau diantaranya yang memungkinkan penyebab anemia
  - g) Perforasi dinding uterus (sangat jarang apabila pemasangannya benar) (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018) (Kemenkes RI, 2014)
3. Kontrasepsi Mantap
- a. Tubektomi (Metode Operasi Wanita/ MOW)
    - 1) Definisi

Adalah metode kontrasepsi mantap yang bersifat sukarela bagi seorang wanita bila tidak ingin hamil lagi dengan cara mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.
    - 2) Jenis
      - a) Minilaparotomi
      - b) Laparaskopi (tidak tepat untuk klien pasca persalinan)
    - 3) Waktu Menggunakan
      - a) Idealnya dilakukan dalam 48 jam pasca persalinan
      - b) Dapat dilakukan segera setelah persalinan atau setelah operasi sesar

- c) Jika tidak dapat dikerjakan dalam 1 minggu setelah persalinan,ditunda 4-6 minggu
- 4) Keuntungan
- Kontrasepsi
- a) Evektifitas tinggi 99,5 %(0,5 kehamilan per 100 perempuan selama tahun pertama penggunaan)
  - b) Tidak memengaruhi proses menyusu
  - c) Tidak bergantung pada faktor senggama
  - d) Baik bagi klien apabila kehamilan akan menjadi risiko Kesehatan yang serius
  - e) Tidak ada efek samping dalam jangka Panjang.
  - f) Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual
- Non Kontrasepsi
- a) Berkurangnya risiko kanker ovarium
- 5) Keterbatasan
- a) Harus dipertimbangkan sifat permanen kontrasepsi ini (tidak dapat dipulihkan kembali, kecuali dengan operasi rekanalisis)
  - b) Rasa sakit/ ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah Tindakan
  - c) Dilakukan oleh dokter yang terlatih
  - d) Tidak melindungi diri dari IMS, hepatitis dan HIV/AIDS
- 6) Efek Samping
- a) Rasa sakit/ketidaknyamanan dalam jangka pendek setelah tindakan
  - b) Risiko komplikasi kecil (meningkat apabila digunakan anestesi umum)
- b. Vasektomi (Metode Operasi Pria/ MOP)
- 1) Definisi
- Adalah prosedur klinik untuk menghentikan kapasitas reproduksi pria dengan cara mengoklusi vasa deferensia sehingga alur transportasi sperma terhambat dan proses fertilisasi (penyatuan dengan ovum) tidak terjadi.
- 2) Jenis
- a) Insisi
  - b) Vasektomi Tanpa Pisau (VTP)
- 3) Waktu
- Bisa dilakukan kapan saja
- 4) Keuntungan

- a) Efektivitas tinggi 99,6 – 99,8 %
  - b) Sangat aman, tidak ditemukan efek samping jangka Panjang
  - c) Morbiditas dan mortalitas jarang
  - d) Hanya sekali aplikasi dan efektif dalam jangka Panjang
  - e) Tinggi tingkat rasio efisiensi biaya dan lamanya penggunaan kontrasepsi
- 5) Keterbatasan
- a) Tidak efektif segera, WHO menyarankan kontrasepsi tambahan selama 3 bulan setelah prosedur (kurang lebih 20 kali ejakulasi)
  - b) Komplikasi minor 5-10% seperti infeksi, perdarahan, nyeri pasca operasi
  - c) Teknik tanpa pisau merupakan pilihan mengurangi perdarahan dan nyeri dibandingkan teknik insisi
- 6) Komplikasi
- a) 5 – 10 % mengalami infeksi, perdarahan, nyeri pasca operasi
  - b) Teknik tanpa pisau merupakan pilihan mengurangi perdarahan dan nyeri dibandingkan teknik insisi (Bidan dan Dosen Kebidanan Indonesia, 2018) (Speroff, 2003).
4. Metode Amenorea Laktasi (MAL)

Menyusui eksklusif merupakan suatu metode kontrasepsi sementara yang cukup efektif, selama klien belum mendapat haid dan waktunya kurang dari enam pasca persalinan. Efektifitasnya dapat mencapai 98%. MAL efektif bila menyusui lebih dari delapan kali sehari dan bayi mendapat cukup asupan perlaktasi (Proverawati, 2010).

5. Metode suhu tubuh
- Saat ovulasi terjadi peningkatan suhu basal tubuh sekitar 0,20 C- 0,50 C yang disebabkan oleh peningkatan kadar hormon progesteron, peningkatan suhu tubuh 1-2 hari setelah ovulasi. Selama tiga hari berikutnya diperlukan pentang berhubungan intim. Metode suhu mengidentifikasi akhir masa subur bukan awalnya.
6. Senggama terputus atau koitus interruptus

Senggama terputus adalah metode keluarga berencana tradisional, dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi. Efektifitas bergantung pada ketersediaan pasangan untuk melakukan senggama terputus setiap pelaksanaannya (saifuddin, 2006).

7. Metode darurat
- Metode darurat adalah cara menghindari kehamilan setelah terlanjur melakukan hubungan seksual tanpa pelindung. Metode ini mengusahakan

agar sel telur yang telah dibuahi tidak sampai menempel kedinding rahim dan berkembang menjadi janin. Metode darurat dapat menggunakan pil hormon atau metode AKDR.

## **D. Pemilihan alat kontrasepsi Berdasarkan Tahapan masa reproduksi**

---

Untuk menentukan alat kontrasepsi yang tepat digunakan seorang wanita subur perlu mempertimbangkan faktor usia, jumlah anak. Kontrasepsi adalah usaha - usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, usaha itu dapat bersifat sementara dapat bersifat permanen

### **1. Fase Menunda Kehamilan**

Masa menunda kehamilan pertama sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun. Karena usia di bawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya menunda untuk mempunyai anak dengan berbagai alasan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin 100%. Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum mempunyai anak, serta efektifitas yang tinggi. Prioritas kontrasepsi yang dapat digunakan antara lain pil, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR) dan cara sederhana seperti kondom atau spermisida.

### **2. Fase Mengatur/Menjarangkan Kehamilan**

Periode usia istri antara 20 - 30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2–4 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektifitas tinggi, reversibilitas tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi. Kontrasepsi dapat dipakai 3-4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan. Prioritas kontrasepsi yang dapat digunakan antara lain pil, suntikan, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK), kondom dan kontrasepsi mantap (Rahayu dan Prijatni, 2016)

### **3. Fase Mengakhiri Kesuburan**

Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Di samping itu pasangan akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak lagi. Prioritas kontrasepsi yang sesuai antara lain kontrasepsi mantap, alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), alat kontrasepsi bawah kulit / AKBK (Rahayu dan Prijatni, 2016)

Adapun syarat - syarat kontrasepsi, yaitu:

- a) Aman pemakaiannya dan dapat dipercaya.
- b) Efek samping yang merugikan tidak ada.
- c) Terjanya dapat diatur menurut keinginan.
- d) Tidak mengganggu hubungan persetubuhan.
- e) Tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol ketat selama pemakaian.
- f) Cara penggunaannya sederhana
- g) Harganya murah supaya dapat dijangkau oleh masyarakat luas.
- h) Dapat diterima oleh pasangan suami istri.

Umur merupakan salah satu faktor seseorang untuk menjadi akseptor kontrasepsi. Umur berhubungan dengan struktur organ, fungsi faalih, komposisi biokimiawi termasuk sistem hormonal pada reproduksi seorang wanita. Menurut Rahayu dan Prijatni (2016) Periode usia istri antara 20 - 30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2 - 4 tahun. Calon akseptor yang berumur lebih dari 30 tahun, kemungkinan sudah memiliki jumlah anak yang cukup dan tidak menginginkan anak lagi. Jenis kontrasepsi yang dipakai sebaiknya disesuaikan dengan tahapan masa reproduksi.

**Tabel 4.1 Fase Mengakhiri Kesuburan**

Urutan Prioritas	Fase Menunda Kehamilan	Fase menjarangkan Kehamilan (anak <2 orang)	Fase menjarangkan Kehamilan (anak <2 orang)
1	Pil	AKDR	Steril
2	AKDR	Suntikan	AKDR
3	Kondom	Minipil	Implan
4	Implan	Pil	Suntikan
5	Suntikan	Implan	Kondom
6		Kondom	Pil

## **E. Penutup**

---

Pengetahuan wanita usia sububr tentang alat kontrasepsi masih rendah. Keikutsertaan menjadi akseptor KB bukan karena mengetahui tentang jenis-jenis alat kontrasepsi, keuntungan dan kerugiannya tetapi mereka menjadi akseptor adalah karena mengikuti kebiasaan yang ada di masyarakat sekitarnya.

## Referensi

- Arikunto, S. 2006. Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek. Edisi VIII. Jakarta: PT. Rineka Cipta. Hal: 128
- Arfand,B .2014. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi., Jakarta, Jakarta, PT Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo,
- BKKBN. 2014. Kebijakan dan Strategi Akselerasi Program Kependudukan, KB dan Pembangunan Keluarga TA. 2014. Jakarta: BKKBN.
- BKKBN.2015. Profil Kependudukan dan Pembangunan di Indonesia. Jakarta: BKKBN.
- Everett, S. 2007. Kontrasepsi dan Kesehatan Sexual Reprouktif. Edisi 2. Jakarta: EGC. Hal: 56-8
- Hardianti, P. 2016. Efektifitas Audiovisual dengan Ceramah dan Leaflet terhadap Pengetahuan Kontrasepsi MOW. [Naskah Publikasi] Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Hasibuan,S, Pane.AB, Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Ibu dengan pemilihan Kontrasepsi di Puskesmas Sipiongot, Ibnusina FK UISU, 2022
- Hartanto, H. 2004. Keluarga Berencana dan Kontrasepsi. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Kholid, A. 2012.Promosi Kesehatan Dengan Pendektan Teori Perilaku, Media, Dan Aplikasinya. Jakarta: Rajawali Pers.
- Maryam, S. 2014. Promosi Kesehatan dalam Pelayanan Kebidanan. Jakarta: EGC.
- Mubarak, I. 2007. Promosi Kesehatan: Sebuah Pengantar Proses Mengajar dalam Pendidikan. Yogyakarta: Graha Ilmu. Hal:10-30
- Rahayu, Eka P.B. 2010. Pengaruh Penyuluhan Pada Pasangan Usia Subur Terhadap Tingkat Pengetahuan Tentang Keluarga Berencana di Desa Sine Sragen. [Skripsi Ilmiah]. Surakarta : Fakultas Kedokteran UNS.
- Rahayu, S. and Prijatni, I. (2016) Praktikum Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan.
- Ratnawati.I.N (2016). Pengaruh Pendidikan Kesehatan Dengan Ceramah Menggunakan Media Audiovisual Terhadap Peningkatan Pengetahuan Wus (Wanita Usia Subur) Dalam Pemilihan Kontrasepsi Iud (Intra Uterine Device) Di Desa Manjung Kecamatan Sawit Kabupaten Boyolali. (Naskah Publikas). Surakarta . Prodi Kesmas Universitas Muhammadiyah.
- Saifuddin. A. B. (2016). Buku Paduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta.
- Setiyaningrum.,E, 2016, Pelayanan keluarga Berencana . Jakarta. TIM
- SPEROFF, L. (2003). Pedoman Klinis Kontrasepsi, Jakarta, EGC.

Yuhaedi T.L, dan Kurniawati T. 2013. Buku Ajar Kependudukan dan Pelayanan KB. Jakarta: EGC.

## **Glosarium**

---

### **A**

AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrom

AKBK : Alat Kontrasepsi Bawak Kulit

AKDR : Alat Kontrasepsi Dalam Rahim

ASI : Air Susu Ibu

---

### **H**

HBV : Hepatitis B Virus

HIV : Human Immunodeficiency Virus

---

### **I**

IMS : Infeksi Menular Seksual

---

### **K**

KB : Keluarga Berencana

---

### **M**

MAL : Metode Amenorea Laktasi (MAL)

MOW : Metode Operasi Wanita

MOP : Metode Operasi Pria

---

### **T**

TFR : Total Fertility Rate

---

### **V**

VTP : Vasektomi Tanpa Pisau

# BAB 9

## PREVALENSI DAN KORELASI TRAUMA SEKSUAL DI AREA PENDIDIKAN

JUM NATOSBA

### A. Pendahuluan

Setiap warga negara termasuk peserta didik, pendidik, tenaga kependidikan dan warga satuan pendidikan lainnya berhak mendapatkan pelindungan dari segala bentuk kekerasan termasuk kekerasan seksual yang terjadi di lingkungan satuan pendidikan ataupun komunitas umum. Lingkungan lembaga pendidikan, baik dari tingkat pendidikan dasar sampai ke pendidikan tinggi menempatkan guru, dosen, instruktur, tenaga kependidikan, senior, maupun semua individu yang menduduki jabatan struktural di dalam lembaga memiliki posisi yang lebih kuat daripada mahasiswa atau peserta didik<sup>1</sup>. Dalam konteks perguruan tinggi, dosen mempunyai kekuasaan terhadap mahasiswa di antaranya dalam bentuk pembimbingan, penugasan, dan evaluasi. Akibatnya, oknum dosen dapat memanfaatkan kewenangan tersebut untuk melakukan kekerasan seksual terhadap mahasiswa pada saat melaksanakan tugasnya.

Semakin meningkatnya kekerasan seksual yang terjadi pada ranah komunitas termasuk perguruan tinggi secara langsung atau tidak langsung akan berdampak pada kurang optimalnya penyelenggaraan Tridharma Perguruan Tinggi dan menurunkan kualitas pendidikan tinggi. Pelaksanaan pelindungan dari kekerasan yang terjadi di lingkungan satuan pendidikan dilakukan dengan cara pencegahan dan penanganan kekerasan yang mempertimbangkan hak peserta didik dalam memperoleh lingkungan satuan pendidikan yang ramah, aman, nyaman, dan menyenangkan bagi peserta didik, pendidik, tenaga kependidikan, dan warga satuan pendidikan lainnya;

Kekerasan seksual dapat terjadi dalam berbagai bentuk, termasuk percobaan tindakan seksual, ajakan untuk melakukan tindakan seksual, danancaman tindakan seksual. Perilaku tidak sopan dan kekerasan yang dilakukan seseorang terhadap orang lain tanpa persetujuan mereka dapat menyebabkan kerugian fisik dan psikologis, serta kerugian dalam hidup mereka. Dalam beberapa tahun terakhir, terjadi peningkatan kekerasan terhadap anak, baik di

sekolah, keluarga, maupun masyarakat. Adapun pelaku dari tindakan kekerasan seksual ini bisa dari keluarga inti, masyarakat, teman di lingkungan sekolah, bahkan juga guru

## B. Kekerasan Seksual di Area Pendidikan

---

Pelecehan seksual merupakan bagian dari kekerasan seksual. Kekerasan seksual dan pelecehan dapat terjadi kepada siapa saja dan kapan saja dalam lingkungan keluarga, sekolah, masyarakat, pekerjaan, maupun teman sebaya dan umumnya sering menimpa orang-orang yang tidak berdaya (Alpian, 2022). Maraknya isu kekerasan serta pelecehan yang terjadi terhadap perempuan menjadi suatu hal yang sangat menakutkan bagi seluruh kaum perempuan, kejadian ini disebabkan oleh sistem tata nilai yang menempatkan perempuan sebagai makhluk yang lemah dan lebih rendah jika dibandingkan dengan laki-laki.

Kekerasan seksual adalah setiap perbuatan merendahkan, menghina, melecehkan, dan/atau menyerang tubuh, dan/atau fungsi reproduksi seseorang, karena ketimpangan relasi kuasa dan/atau gender, yang berakibat atau dapat berakibat penderitaan psikis dan/atau fisik termasuk yang mengganggu kesehatan reproduksi seseorang dan hilang kesempatan melaksanakan pendidikan tinggi dengan aman dan optimal (Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, Dan Teknologi Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2021 Tentang Pencegahan Dan Penanganan Kekerasan Seksual Di Lingkungan Perguruan Tinggi, 2021; Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, Dan Teknologi Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2023 Tentang Pencegahan Dan Penanganan Kekerasan Di Lingkungan Satuan Pendidikan, 2023). Kekerasan seksual adalah setiap tindakan penyerangan yang bersifat seksual yang ditujukan kepada perempuan, baik yang bersifat fisik atau non fisik dan tanpa memperdulikan ada atau tidaknya hubungan personal antara pelaku dengan korban (Martha, 2003). Kekerasan seksual merupakan suatu tindakan baik yang berupa ucapan ataupun perbuatan yang dilakukan seseorang untuk menguasai serta membuat orang lain terlibat dalam aktifitas seksual yang tidak dikehendaki oleh orang lain tersebut yang melibatkan unsur pemaksaan atau unsur tidak adanya persetujuan dari pihak lain, dan unsur korban tidak mampu atau belum mampu memberikan persetujuan (Hanifah & Farida, 2018)

Pelecehan seksual adalah segala tindakan bernuansa seksual yang disampaikan melalui kontak fisik maupun non fisik yang menyasar pada bagian tubuh seksual atau seksualitas seseorang, termasuk dengan menggunakan siulan, main mata, komentar atau ucapan bernuansa seksual, mempertunjukkan materi-

materi pornografi dan keinginan seksual, colekan atau sentuhan di bagian tubuh, gerakan atau isyarat yang bersifat seksual sehingga mengakibatkan rasa tidak nyaman, tersinggung merasa direndahkan martabatnya, dan mungkin sampai menyebabkan masalah kesehatan dan keselamatan

Dalam lingkungan pendidikan, baik dari tingkat Sekolah Dasar hingga Pendidikan Tinggi (universitas, akademi, dan pendidikan kedinasan), dosen, instruktur, tenaga kependidikan, senior, dan semua orang yang menduduki jabatan struktural di lembaga memiliki posisi tawar yang lebih kuat daripada siswa atau peserta didik. Dalam beberapa kasus, posisi tawar yang kuat ini dapat menyebabkan mereka berusaha untuk mendorong siswa menjadi lebih baik daripada mereka sendiri tetapi digunakan untuk memaksa mahasiswa atau peserta didik mengikuti apa yang diinginkan oleh individu tersebut (Noer et al., 2022). Korban yang umumnya merupakan peserta didik berada dalam kondisi tidak berdaya (*power less*), dalam relasi kuasa berhadapan dengan guru, dosen, atau kepala sekolah yang tentu memiliki kuasa otoritas keilmuan termasuk nama besar di dalam masyarakat. Lapisan relasi kuasa, termasuk menjaga nama baik sekolah/universitas/pesantren akan menjadi penghambat bagi korban untuk mendapatkan keadilan, kebenaran dan pemulihannya.

### C. Jenis kekerasan Seksual di Area Pendidikan

---

Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan mencakup:

1. Kekerasan yang dilakukan oleh Peserta Didik, Pendidik, Tenaga Kependidikan, anggota Komite Sekolah, dan Warga Satuan Pendidikan Lainnya atau terhadap Peserta Didik, Pendidik, Tenaga Kependidikan, anggota Komite Sekolah, dan Warga Satuan Pendidikan Lainnya di dalam lokasi satuan pendidikan;
2. Kekerasan dalam kegiatan satuan pendidikan yang dilakukan oleh Peserta Didik, Pendidik, Tenaga Kependidikan, anggota Komite Sekolah, dan Warga Satuan Pendidikan Lainnya di luar lokasi satuan pendidikan atau terhadap Peserta Didik, Pendidik, Tenaga Kependidikan, anggota Komite Sekolah, dan Warga Satuan Pendidikan Lainnya di luar lokasi satuan pendidikan; dan
3. Kekerasan yang melibatkan lebih dari 1 (satu) satuan pendidikan.

Bentuk Kekerasan dapat dilakukan secara fisik, verbal, non verbal, dan/atau melalui media teknologi informasi dan komunikasi terdiri atas:

1. **Kekerasan fisik**; dengan kontak fisik oleh pelaku kepada Korban dengan atau tanpa menggunakan alat bantu dapat berupa tawuran atau perkelahian massal, penganiayaan, perkelahian, eksplorasi ekonomi melalui kerja paksa untuk memberikan keuntungan ekonomi bagi pelaku, pembunuhan dan/atau

perbuatan lain yang dinyatakan sebagai Kekerasan fisik dalam ketentuan peraturan perundang- undangan.

2. **Kekerasan psikis;** Kekerasan psikis adalah setiap perbuatan nonfisik yang dilakukan bertujuan untuk merendahkan, menghina, menakuti, atau membuat perasaan tidak nyaman, dapat berupa pengucilan, penolakan, pengabaian, penghinaan, penyebaran rumor, panggilan yang mengejek, intimidasi, teror, perbuatan memermalukan di depan umum, pemerasan dan/atau perbuatan lain yang sejenis.
3. **Perundungan;** Perundungan bila dilakukan sekali merupakan Kekerasan fisik tetapi bila dilakukan secara berulang karena ketimpangan relasi kuasa merupakan Kekerasan psikis
4. **Kekerasan seksual;** Kekerasan seksual merupakan setiap perbuatan merendahkan, menghina, melecehkan, dan/atau menyerang tubuh, dan/atau fungsi reproduksi seseorang, karena ketimpangan relasi kuasa dan/atau gender, yang berakibat atau dapat berakibat penderitaan psikis dan/atau fisik termasuk yang mengganggu kesehatan reproduksi seseorang dan hilang kesempatan melaksanakan pendidikan dan/atau pekerjaan dengan aman dan optimal. Pelaku biasanya akan melakukan kekerasan seksual dengan persetujuan atau tanpa persetujuan Korban.

Beberapa bentuk kekerasan seksual berupa:

- 1) Penyampaian ujaran yang mendiskriminasi atau melecehkan tampilan fisik, kondisi tubuh, dan/atau identitas gender Korban;
- 2) Perbuatan memperlihatkan alat kelamin dengan sengaja;
- 3) Penyampaian ucapan yang memuat rayuan, lelucon, dan/atau siulan yang bernuansa seksual pada Korban;
- 4) Perbuatan menatap Korban dengan nuansa seksual dan/atau membuat Korban merasa tidak nyaman;
- 5) Pengiriman pesan, lelucon, gambar, foto, audio, dan/atau video bernuansa seksual kepada Korban;
- 6) Perbuatan mengambil, merekam, dan/atau mengedarkan foto dan/atau rekaman audio dan/atau visual Korban yang bernuansa seksual;
- 7) Perbuatan mengunggah foto tubuh dan/atau informasi pribadi Korban yang bernuansa seksual;
- 8) Penyebaran informasi terkait tubuh dan/atau pribadi Korban yang bernuansa seksual;
- 9) Perbuatan mengintip atau dengan sengaja melihat Korban yang sedang melakukan kegiatan secara pribadi dan/atau pada ruang yang bersifat

- pribadi; j. Perbuatan membujuk, menjanjikan, atau menawarkan sesuatu Korban untuk melakukan transaksi atau kegiatan seksual;
- 10) Pemberian hukuman atau sanksi yang bernuansa seksual;
  - 11) Perbuatan menyentuh, mengusap, meraba, memegang, memeluk, mencium, dan/atau menggosokkan bagian tubuhnya pada tubuh Korban;
  - 12) Perbuatan membuka pakaian Korban;
  - 13) Pemaksaan terhadap Korban untuk melakukan transaksi atau kegiatan seksual;
  - 14) Praktik budaya komunitas Peserta Didik, Pendidik, dan Tenaga Kependidikan yang bernuansa Kekerasan Seksual;
  - 15) Percobaan perkosaan walaupun penetrasi tidak terjadi;
  - 16) Perkosaan termasuk penetrasi dengan benda atau bagian tubuh selain alat kelamin;
  - 17) Pemaksaan atau perbuatan memperdayai Korban untuk melakukan aborsi;
  - 18) Pemaksaan atau perbuatan memperdayai Korban untuk hamil;
  - 19) Pembiaran terjadinya Kekerasan seksual dengan sengaja;
  - 20) Pemaksaan sterilisasi
  - 21) Penyiksaan seksual;
  - 22) Eksploitasi seksual;
  - 23) Perbudakan seksual;
  - 24) Tindak pidana perdagangan orang yang ditujukan untuk eksploitasi seksual;
- Kekerasan Seksual mencakup tindakan yang dilakukan secara verbal, nonfisik, fisik, dan/atau melalui teknologi informasi dan komunikasi meliputi:
- 1. Menyampaikan ujaran yang mendiskriminasi atau melecehkan tampilan fisik, kondisi tubuh, dan/atau identitas gender korban;
  - 2. Memperlihatkan alat kelaminnya dengan sengaja tanpa persetujuan korban;
  - 3. Menyampaikan ucapan yang memuat rayuan, lelucon, dan/atau siulan yang bernuansa seksual pada korban;
  - 4. Menatap korban dengan nuansa seksual dan/atau tidak nyaman;
  - 5. Mengirimkan pesan, lelucon, gambar, foto, audio, dan/atau video bernuansa seksual kepada korban meskipun sudah dilarang korban;
  - 6. Mengambil, merekam, dan/atau mengedarkan foto dan/atau rekaman audio dan/atau visual korban yang bernuansa seksual tanpa persetujuan korban;
  - 7. Mengunggah foto tubuh dan/atau informasi pribadi korban yang bernuansa seksual tanpa persetujuan korban;
  - 8. Menyebarluaskan informasi terkait tubuh dan/atau pribadi korban yang bernuansa seksual tanpa persetujuan korban;

9. Mengintip atau dengan sengaja melihat korban yang sedang melakukan kegiatan secara pribadi dan/atau pada ruang yang bersifat pribadi;
10. Membujuk, menjanjikan, menawarkan sesuatu, atau mengancam korban untuk melakukan transaksi atau kegiatan seksual yang tidak disetujui oleh korban;
11. Memberi hukuman atau sanksi yang bernuansa seksual;
12. Menyentuh, mengusap, meraba, memegang, memeluk, mencium dan/atau menggosokkan bagian tubuhnya pada tubuh korban tanpa persetujuan korban;
13. Membuka pakaian korban tanpa persetujuan korban;
14. Memaksa korban untuk melakukan transaksi atau kegiatan seksual;
15. Mempraktikkan budaya komunitas mahasiswa, pendidik, dan tenaga kependidikan yang bernuansa kekerasan seksual;
16. Melakukan percobaan perkosaan, namun penetrasi tidak terjadi;
17. Melakukan perkosaan termasuk penetrasi dengan benda atau bagian tubuh selain alat kelamin;
18. Memaksa atau memperdayai korban untuk melakukan aborsi;
19. Memaksa atau memperdayai korban untuk hamil;
20. Membiarakan terjadinya kekerasan seksual dengan sengaja; dan/atau
21. Melakukan perbuatan kekerasan seksual lainnya.

Biasanya korbannya merupakan peserta didik berusia anak atau penyandang disabilitas, pendidik, tenaga kependidikan, atau orang dewasa lainnya. Kekerasan seksual tanpa persetujuan korban tidak berlaku bagi korban sebagai pendidik, tenaga kependidikan, atau orang dewasa lainnya yang dalam kondisi:

1. Mengalami situasi dimana pelaku mengancam, memaksa, dan/atau menyalahgunakan kedudukannya;
  2. Mengalami kondisi di bawah pengaruh obat-obatan, alkohol, dan/atau narkoba;
  3. Mengalami sakit, tidak sadar, tidak berdaya, atau tertidur;
  4. Memiliki kondisi fisik dan/atau psikologis yang rentan;
  5. Mengalami kelumpuhan atau hambatan motorik sementara (tonic immobility);
  6. Mengalami kondisi terguncang.
5. **Diskriminasi dan intoleransi;** Diskriminasi dan intoleransi merupakan setiap perbuatan Kekerasan dalam bentuk pembedaan, pengecualian, pembatasan, atau pemilihan berdasarkan suku/etnis, agama, kepercayaan, ras, warna kulit, usia, status sosial ekonomi, kebangsaan, jenis kelamin, dan/atau kemampuan intelektual, mental, sensorik, serta fisik. Bentuk tindakan diskriminasi dan intoleransi dapat berupa:

- a. Larangan untuk:
  - 1) Menggunakan seragam/pakaian kerja bagi peserta didik, pendidik, dan tenaga kependidikan yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan-undangan mengenai pengaturan seragam sekolah maupun seragam pendidik dan tenaga kependidikan;
  - 2) Mengikuti mata pelajaran agama/kepercayaan yang diajar oleh pendidik sesuai dengan agama/kepercayaan peserta didik yang diakui oleh pemerintah; dan/atau
  - 3) Mengamalkan ajaran agama atau kepercayaan yang sesuai keyakinan agama atau kepercayaan yang dianut oleh peserta didik, pendidik, atau tenaga kependidikan;
- b. Pemaksaan untuk:
  - 1) Menggunakan seragam/pakaian kerja bagi peserta didik, pendidik, dan tenaga kependidikan yang tidak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai pengaturan seragam sekolah;
  - 2) Mengikuti mata pelajaran agama/kepercayaan yang diajar oleh pendidik yang
  - 3) Tidak sesuai dengan agama/kepercayaan peserta didik yang diakui oleh pemerintah; dan/atau mengamalkan ajaran agama atau kepercayaan yang tidak sesuai keyakinan agama atau kepercayaan yang dianut oleh peserta didik, pendidik, atau tenaga kependidikan;
- c. Mengistimewakan calon pemimpin/pengurus organisasi berdasarkan latar belakang identitas tertentu di satuan pendidikan; larangan atau pemaksaan kepada peserta didik, pendidik, atau tenaga kependidikan untuk:
  - 1) Mengikuti atau tidak mengikuti perayaan hari besar keagamaan yang dilaksanakan di satuan pendidikan yang berbeda dengan agama dan kepercayaan kepada tuhan yang maha esa sesuai dengan yang diyakininya;
  - 2) Memberikan donasi/bantuan dengan alasan latar belakang suku/etnis, agama, kepercayaan, ras, warna kulit, usia, status sosial ekonomi, kebangsaan, jenis kelamin, dan/atau kemampuan intelektual, mental, sensorik, serta fisik;
- d. Perbuatan mengurangi, menghalangi, atau tidak memberikan hak atau kebutuhan peserta didik, untuk mengikuti proses penerimaan peserta didik, menggunakan sarana dan prasarana belajar dan/atau akomodasi yang layak, menerima bantuan pendidikan atau beasiswa yang menjadi

- hak peserta didik, memiliki kesempatan dalam mengikuti kompetisi, memiliki kesempatan untuk mengikuti pelatihan atau melanjutkan pendidikan pada jenjang berikutnya, memperoleh hasil penilaian pembelajaran, naik kelas, lulus dari satuan pendidikan, mengikuti bimbingan dan konsultasi, memperoleh dokumen pendidikan yang menjadi hak peserta didik, memperoleh bentuk layanan pendidikan lainnya yang menjadi hak peserta didik, menunjukkan/menampilkan ekspresi terhadap seni dan budaya yang diminati atau mengembangkan bakat dan minat peserta didik sesuai dengan sumber daya atau kemampuan yang dimiliki oleh satuan pendidikan;
- e. Perbuatan mengurangi, menghalangi, atau membedakan hak dan/atau kewajiban pendidik atau tenaga kependidikan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
  6. **Kebijakan yang mengandung kekerasan;** Kebijakan yang mengandung Kekerasan merupakan kebijakan yang berpotensi atau menimbulkan terjadinya Kekerasan yang dilakukan oleh Pendidik, Tenaga Kependidikan, anggota Komite Sekolah, kepala satuan pendidikan, dan/atau kepala Dinas Pendidikan yang ditetapkan berupa kebijakan tertulis maupun tidak tertulis. Kebijakan tertulis meliputi surat keputusan, surat edaran, nota dinas, pedoman, dan/atau bentuk kebijakan tertulis lainnya. Kebijakan tidak tertulis dapat berupa himbauan, instruksi, dan/atau bentuk tindakan lainnya.
  7. **Bentuk kekerasan lainnya.** Penjabaran singkat terkait karakteristik Kekerasan Seksual di area pendidikan yang melibatkan berbagai macam pelaku (Sopyandi & Sujarwo, 2023) diantaranya
    - a. Dosen
      - 1) Umumnya menggunakan relasi kuasa dosen sebagai pembimbing skripsi, tesis, penelitian dengan modus mengajak korban bimbingan
      - 2) Melakukan bimbingan skripsi/tesis di luar jam kerja (malam hari), dilakukan di ruang dosen tersebut
      - 3) Melakukan pelecehan seksual fisik dan non fisik di tengah bimbingan skripsi yang terjadi baik didalam atau diluar kampus
    - b. Pelaku sesama mahasiswa
      - 1) Biasanya terjadi dalam jenis hubungan yang toxic dalam relasi pacarana
      - 2) Namun juga terjadi dalam relasi pertemanan (kelompok belajar, kelompok KKN)
      - 3) Controlling behaviour oleh pelaku terhadap korban

- 4) Pelaku membuat video atau foto-foto korban tanpa seijin dan sepengetahuan korban
  - 5) Pelaku mengancam menyebarkan video dan foto-foto korban jika korban tidak mengikuti kemauan pelaku
- c. Karakteristik Kekerasan Seksual di Pesantren
- 1) Pemaksaan perkawinan, yaitu memanipulasi santri bahwa telah terjadi perkawinan dengan pelaku,
  - 2) Dengan alasan memindahkan ilmu yang dimiliki pelaku kepada korban,
  - 3) Mengancam dengan dalil bahwa korban akan terkena azab jika tidak mematuhi pelaku, > dalil agama yang menekankan kepatuhan guru-murid
  - 4) Ancaman tidak akan lulus dan hafalan akan hilang
  - 5) Dalih pengobatan alternatif

#### Hambatan Penanganan Kasus KS di Lingkungan Pendidikan

1. Pelaku seolah-olah memiliki impunitas karena kampus lebih memberikan perlindungan terhadap pelaku demi menjaga nama baik institusi > Dosen Senior, Pejabat kampus
2. Jika korban menempuh penyelesaian pidana, terjadi penundaan berlarut. Misalnya saja dalam kasus kekerasan seksual di pesantren Jombang yang menimbulkan kelelahan baik bagi korban maupun pendamping, dan menyebabkan korban-korban lain memilih bungkam atas kekerasan seksual yang menimpanya.
3. Kekosongan hukum karena lembaga pendidikan belum memiliki Prosedur Standar Operasional untuk Pencegahan, Penanganan dan Pemulihan Korban
4. Masyarakat bahkan lebih memercayai seseorang yang memiliki otoritas keilmuan maupun keagamaan dibandingkan korban
5. Lambatnya respons dari institusi pendidikan dalam menangani kasus-kasus kekerasan seksual demi menjaga nama baik lembaga semakin membuat korban tak berdaya
6. Pelaku kerap memanfaatkan kerentanan, ketergantungan, dan kepercayaan korban kepadanya.
7. Beberapa perguruan tinggi bahkan tak mempunyai mekanisme penanganan terhadap korban kekerasan dan pelecehan seksual

#### D. Prevalensi kekerasan Seksual di Area Pendidikan

Komisi Perlindungan Anak Indonesia (KPAI) merilis data kekerasan seksual di lingkungan Pendidikan pada tahun 2021, pelaku kekerasan seksual 55% dilakukan

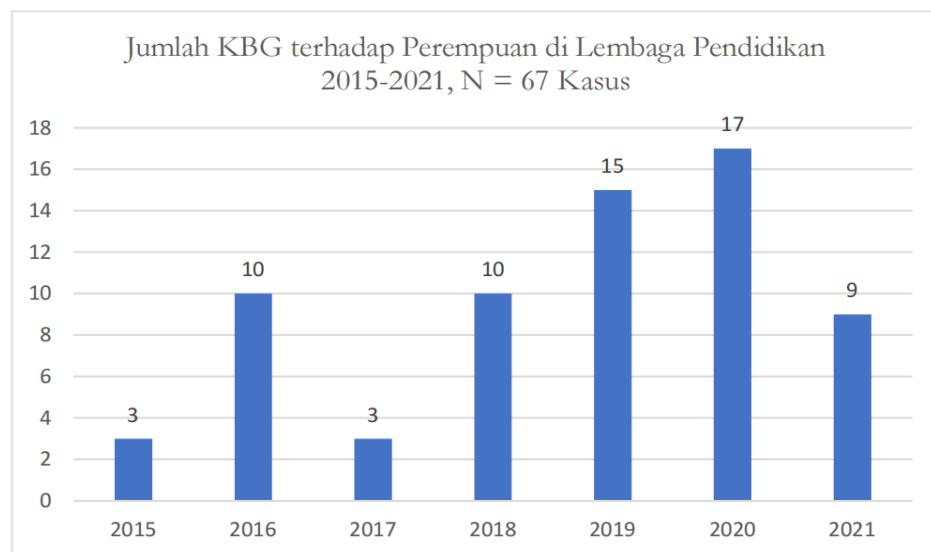
oleh guru dan korban termuda berusia 3 tahun, kasus kekerasan seksual tersebut belum termasuk yang tidak dilaporkan (Triwati & Aryaputra, 2022). Bentuk-bentuk kekerasan seksual di institusi pendidikan memiliki berbagai macam bentuk, dimulai dari pelecehan seksual, percobaan perkosaan hingga pemekosaan, serangan bernuansa seksual, eksplorasi seksual, sampai adanya pemaksaan pernikahan antara korban pemerkosaan dengan pelaku (Alpian, 2022).

Bentuk kekerasan yang tertinggi yaitu kekerasan seksual yaitu 45 kasus (88%), yang terdiri dari perkosaan, pencabulan dan pelecehan seksual, disusul kekerasan psikis dan diskriminasi dalam bentuk dikeluarkan dari sekolah sebanyak 5 kasus (10%), anak perempuan mendapatkan diskriminasi padahal mereka adalah korban kekerasan seksual (korban perkosaan) atau jika mereka terlibat aktivitas seksual dan kekerasan fisik. Kekerasan seksual di universitas, kasus yang diadukan umumnya menggunakan relasi kuasa dosen sebagai pembimbing skripsi dan pembimbing penelitian dengan modus mengajak korban untuk keluar kota, melakukan pelecehan seksual fisik dan non fisik di tengah bimbingan skripsi yang terjadi baik didalam atau diluar kampus.

Kekerasan seksual di lingkungan pesantren memiliki ciri khas dibandingkan kekerasan seksual di lembaga pendidikan yang lainnya yaitu pemaksaan perkawinan, dengan memanipulasi santri bahwa telah terjadi perkawinan dengan pelaku, memindahkan *Iimu*, akan terkena azab, tidak akan lulus dan hafalan akan hilang. Kerentanan terjadi dalam satu kasus terhadap santri yang belum membayar biaya Pendidikan, Pengabaian terhadap kasus kekerasan seksual terjadi pada kekerasan seksual (2019) yang menimpa murid TK yang pergi ke kamar mandi sendiri dan tidak diawasi. Ia ditangkap dan mulutnya ditutup oleh pelaku, korban lalu dibawa ke kamar dan di kamar tersebut ia mengalami kekerasan seksual. Kejadian tersebut terjadi berulang dan orangtua tidak mendapat informasi dari sekolah. Orangtua korban baru mendapatkan informasi Ketika korban menceritakan bahwa ketika ada darah ditubuhnya, gurunya mengelap darah tersebut, korban juga menceritakan bahwa pelaku tidak hanya satu orang yaitu penjaga sekolah dan anak penjaga TK tersebut, yang lebih memprihatinkan proses penyelidikan kasus ini berjalan lambat dan berlarut-larut di duga, menurut orang tua korban kasus ini terhambat karena Kepala Dinas Paud dekat dengan Bupati (2019). Kasus lain contoh hambatan penyelesaian kasus kekerasan seksual di ranah Pendidikan adalah justru dari sekolah sendiri. Salah seorang korban yang melaporkan pelecehan seksual yang dialaminya dengan pelaku seorang guru yang memanfaatkan kerentanan korban yang belum membayar SPP selama 2 bulan. Guru kesiswaan dan Guru Bimbingan Konseling

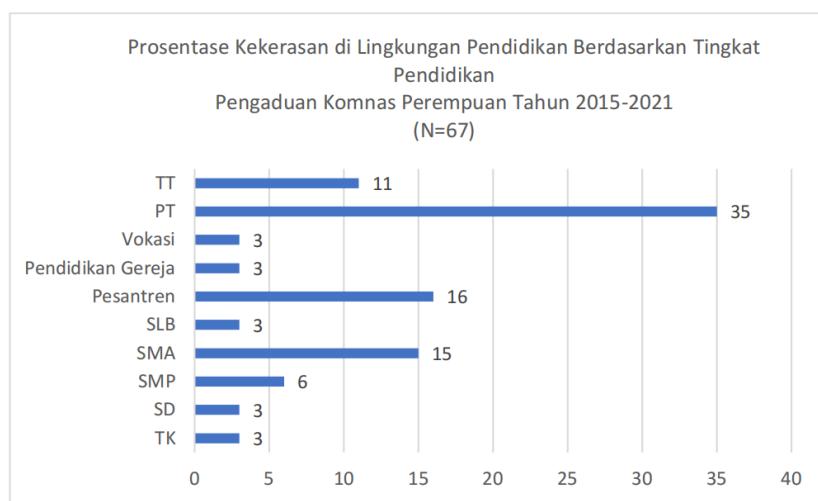
meminta korban untuk menenangkan diri dan tidak melaporkan ke orang tua / wali murid, karena akan merusak nama sekolah karena pelaku adalah orang kepercayaan kepala sekolah. Sedangkan pelaku kekerasan adalah 15% dilakukan oleh Kepala Sekolah (8 kasus), 43% dilakukan oleh Guru/Ustadz (22 kasus), 19% oleh Dosen (10 kasus), 11% oleh Peserta didik lain (6 kasus), 4% oleh pelatih (2 kasus), dan 5% oleh pihak lain (3 kasus). Pelaku kepala sekolah terkait dengan kebijakan, khususnya terhadap siswi yang menjadi korban kekerasan seksual, melakukan aktivitas seksual atau menikah dalam bentuk mengeluarkan dari sekolah, melarang ikut ujian nasional atau melarang mengikuti kegiatan belajar mengajar (KOMNAS PEREMPUAN, 2021)

Beberapa penelitian menunjukkan di Universitas Negeri Surabaya menemukan bahwa 40% dari 304 mahasiswi pernah mengalami kekerasan seksual (Ardi & Muis, 2014). Data lain juga menyebutkan 179 anggota sivitas akademika dari 79 perguruan tinggi yang tersebar di 29 kota di Indonesia pernah mengalami kekerasan seksual 54 dari 70 mahasiswi di Samarinda pernah mengalami kekerasan seksual (Noer et al., 2022). Kekerasan seksual di kampus juga masalah di negara lain, bukan hanya di Indonesia. Satu dari empat mahasiswa di Amerika Serikat pernah mengalami kekerasan seksual dalam berbagai bentuk (Wies, 2015). Seperti di Inggris, sekitar 56% siswa menyatakan pernah mengalami pelecehan seksual di sekolah. Bagaimana institusi pendidikan menanggapi kasus kekerasan seksual yang terjadi di wilayah kewenangannya? Beberapa kampus menanggapinya dengan baik dengan membuat peraturan untuk mencegah dan menangani kekerasan seksual. Meskipun demikian, ada banyak kampus yang tidak menanggapi atau bahkan meremehkan kasus kekerasan seksual atas nama kampus (Noer et al., 2022).



**Gambar 5.1 Jumlah Kekerasan Berbasis Gender terhadap Perempuan di Dunia Pendidikan Tahun 2015-2021 (KOMNAS PEREMPUAN, 2022)**

Pengaduan ke Komnas Perempuan tentang kasus KBG terhadap perempuan di dunia pendidikan telah mengalami perubahan selama tujuh tahun terakhir, seperti yang ditunjukkan pada Gambar 1. Dibandingkan dengan tahun 2020 (17 kasus), terjadi penurunan pada 2021 (9 kasus). Karena kebanyakan kasus kekerasan di lingkungan pendidikan tidak diadukan atau dilaporkan, kasus yang diadukan tentunya hanya sebagian kecil.



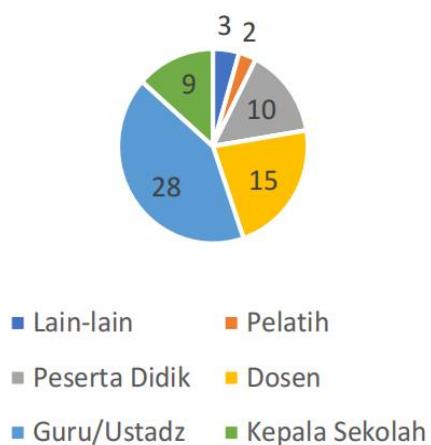
**Gambar 5.2 Prosentase Kekerasan di Lingkungan Pendidikan Berdasarkan Tingkat Pendidikan (2015-2021) (KOMNAS PEREMPUAN, 2022)**

Terdapat 67 kasus yang diadukan ke Komnas Perempuan sepanjang 2015-2021, terlihat bahwa Perguruan Tinggi (PT) menempati urutan pertama (35%), disusul pesantren atau pendidikan berbasis Agama Islam (16%), dan selanjutnya di level SMA/SMK (15%). Jumlah Tidak Teridentifikasi (TT) sebanyak 11%, pengadu hanya menyebut dalam kronologi di sekolah tanpa menyebutkan keterangan SD, SMP atau SMA. Jumlah kasus kekerasan seksual di Perguruan Tinggi (PT) didukung oleh temuan dari beberapa penelitian lain yang sudah dirangkum oleh tim Kemendikbudristek pada 2021 (gambar 3).

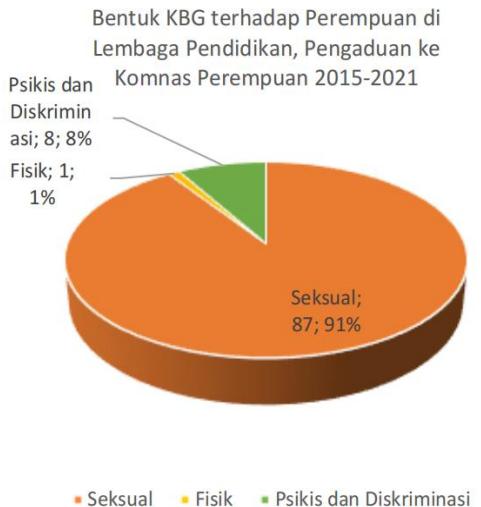


**Gambar 5.3 Jumlah kasus kekerasan seksual di Perguruan Tinggi oleh Kemendikbudristek Tahun 2021(KOMNAS PEREMPUAN, 2022)**

Pelaku KBG terhadap Perempuan di Lembaga Pendidikan, Pengaduan ke Komnas Perempuan 2015-2021  
(N=67)



**Gambar 5.1 Pelaku KBG terhadap Perempuan di Lembaga Pendidikan Pengaduan ke Komnas Perempuan 2015-2021**



**Gambar 2.5 Bentuk KBG terhadap Perempuan di Lembaga Pendidikan Pengaduan ke Komnas Perempuan 2015-2021**

Pelaku kekerasan paling banyak sepanjang tujuh tahun terakhir adalah yang seharusnya menjadi panutan dan pelindung bagi korban. Jika pelaku guru/ustadz, dosen dan kepala sekolah digabungkan maka berjumlah 52 pelaku atau setara dengan 77%. Dalam sebagian besar penelitian di berbagai negara seperti AS, Kanada, Iran, Pakistan dan India, pelaku pelecehan seksual terhadap perempuan ditemukan adalah laki-laki dan di tempat umum biasanya adalah orang asing bagi korban seperti sesama penumpang, dan kondektur bus atau pengemudi angkutan umum (Anwar et al., 2019). Sedangkan bentuk KBG terhadap perempuan di lembaga pendidikan didominasi kekerasan seksual yaitu sebesar 87.91%, yang terdiri dari pemerkosaan, pencabulan dan pelecehan seksual, disusul kekerasan psikis dan diskriminasi berupa dikeluarkan dari sekolah (5 kasus). Anak perempuan korban kekerasan seksual (pemerkosaan), mengalami diskriminasi atau jika mereka terlibat aktivitas seksual dan kekerasan fisik. Kekerasan seksual terbanyak adalah pemerkosaan, sejumlah 50 kasus atau setara dengan 85% dari semua bentuk kekerasan seksual yang dialami korban. Perlu diketahui bahwa korban mengalami bentuk kekerasan berlapis, yakni kekerasan seksual sekaligus kekerasan psikis.

Sekolah dasar, menengah, dan perguruan tinggi mengalami kekerasan di tempat pendidikan sepanjang tahun 2021. Sebanyak 213 kasus kekerasan di lembaga pendidikan dilaporkan oleh lembaga layanan, dan 12 kasus kekerasan seksual dilaporkan oleh Komnas Perempuan. Terdapat lima kasus kekerasan seksual di lingkungan pendidikan, yaitu: (1) pemerkosaan mahasiswa senior terhadap mahasiswi di Palopo University; (2) pencabulan oleh dosen pembimbing terhadap mahasiswi bimbingannya di sebuah universitas di Riau; (3) Korban

diskors KDP dan KSBG di Tulungagung; (4) Pencabulan oleh ustadz terhadap 7 anak perempuan di Bulukumba; dan (5) pencabulan santriwati di Pondok Pesantren Ploso Jombang.

Kelima kasus kekerasan seksual tersebut menunjukkan pola kekerasan yang sama: pelaku memanfaatkan jabatan, pengaruh, atau status sebagai mahasiswa senior, dosen pembimbing, dan santriwati atau guru mengaji untuk mendapat keuntungan seksual dari kerentanan dan kerentanan korban, seperti anak, santriwati, perempuan, dan guru. Meskipun demikian, para korban percaya bahwa pelaku akan memberikan perlindungan, seperti yang terlihat pada IA, seorang mahasiswi yang menjadi korban pemerkosaan oleh seniornya, atau L, seorang mahasiswi di sebuah universitas di Riau yang menjadi korban pencabulan oleh SH, dosen pembimbing skripsinya. Selain itu, para santriwati yang masih anak-anak di Bulukumba dan sebuah pesantren di Jombang menganggap ustadnya sebagai orang yang baik dan dihormati.

Tidak semua lembaga pendidikan menyediakan akses keadilan, termasuk bantuan pemulihan korban, dalam menangani kasus kekerasan seksual. Untuk penyelesaian kasus kekerasan seksual, masih ditemukan intimidasi,ancaman, dan saran pemaksaan perkawinan dengan pelaku. Bahkan AWC, korban dalam kasus KDP dan KSBG, yang merupakan siswa SMK di Tulungagung, dihukum skorsing. Penundaan berlarut-larut menyebabkan berkas perkara dibolak-balik sebanyak delapan kali antara penyidik dan JPU dalam kasus kekerasan seksual terhadap santriwati di pesantren di Ploso, Jombang. Tersangka menentang dengan berbagai cara, seperti dengan memblokade pesantren sehingga polisi tidak dapat melakukan upaya paksa, dua kali mengajukan gugatan praperadilan, dan memfitnah hingga menciptakan cerita bahwa korban dan pendukung korban tengah berusaha mencemarkan nama baik pesantren. Hampir semua korban kekerasan seksual mengalami gangguan psikologis seperti ketakutan, rasa malu, tertekan, depresi, dan trauma. Ini karena sekolah atau pesantren tidak memberikan dukungan atau perlindungan, dan korban justru diintimidasi oleh pelaku atau kampus atau sekolahnya. Bahkan dalam kasus ACW dari SMK Tulungagung, korban kehilangan hak untuk belajar karena pihak sekolah menjatuhkan skorsing, yang berarti mereka tidak dapat mengikuti PKL sebagai syarat kelulusan.

## E. Trauma Seksual di Area Pendidikan

---

Faktor yang mempengaruhi mahasiswa melakukan perilaku seksual yaitu faktor internal dan eksternal. Factor internal yang mempengaruhi mahasiswa

dalam melakukan perilaku seksual sebanyak 78%, dengan rincian 38% mahasiswa menyatakan terdorong untuk melakukan hubungan seksual dengan pasangan dan 40% mahasiswa berimajinasi melakukan hubungan seksual dengan pasangan. Faktor internal yang menjadi penyebab kekerasan seksual pada anak diantaranya perubahan hormon oleh pelaku, perkembangan teknologi, perubahan gaya hidup, sosial budaya yang mempengaruhi dan minimnya pengetahuan masyarakat mengenai kekerasan seksual (Octaviani & Nurwati, 2021). Faktor eksternal yang mempengaruhi mahasiswa dalam melakukan perilaku seksual melainkan juga faktor eksternal sebanyak 61% (Ardi & Muis, 2014). Faktor lain yang menyebabkan terjadinya kekerasan seksual pada anak diantaranya seperti faktor budaya patriarki, konflik antar budaya, faktor internal yang dimiliki pelaku, tingkat control masyarakat rendah, dan adanya patologi dalam keluarga (Octaviani & Nurwati, 2021). Faktor yang menyebabkan perilaku kekerasan dalam senioritas masih tetap ada adalah kurangnya kontrol sosial dari tiga lingkungan pendidikan yakni keluarga, sekolah, serta masyarakat. Untuk dapat menghilangkan kekerasan dalam seniroitas di perlukan kerja sama dari ketiga lingkungan pendidikan tersebut untuk melakukan kontrol sosial dalam perilaku remaja di lingkungan pendidikan.

Perempuan korban kekerasan seksual menanggung penderitaan fisik dan psikis, dan stigma dari masyarakat yang melekat seumur hidup selain itu korban mengalami adanya penderitaan atau kerugian yang dialami akibat perbuatan atau keadaan dari pihak lain (Triwati & Aryaputra, 2022). Negara berkewajiban memenuhi hak perempuan korban kekerasan seksual dari pelaku dalam menghadapi tekanan dan rasa takut tersendiri sehingga tidak mempunyai keberanian untuk melaporkan pada orang tua atau wali. Kekerasan seksual terhadap anak lebih banyak diketahui orang tua atau wali setelah terjadi beberapa kali dan anak mengeluhkan rasa sakit pada organ intimnya. Korban kekerasan seksual berhak mendapatkan bantuan medis dan bantuan rehabilitasi psikososial dan psikologis. Selain itu, korban berhak mendapatkan restitusi dari pelaku. Hak-hak korban tersebut akan sulit diperoleh apabila pihak korban enggan mengungkap kekerasan seksual yang dialaminya. Pemenuhan hak perempuan korban kekerasan seksual di lembaga pendidikan (dalam penelitian ini difokuskan pada peserta didik) sangat diperlukan berkaitan dengan masa depan korban dan penderitaan yang ditanggung baik fisik maupun psikis.

Beberapa bentuk trauma yang dialami korban pelecehan seksual, antaralain:

### **Dampak psikologis: Reaksi Kecemasan dan Ketakutan**

Karena persepsi bahaya atau ancaman, perasaan tidak terlindungi dapat memicu kecemasan dan ketakutan. Penelitian menunjukkan bahwa kecemasan,

kemarahan, dan ketakutan merupakan reaksi emosional yang paling sering muncul terhadap pelecehan (Contreras-Merino et al., 2024). Pelecehan memiliki hubungan positif dengan kecemasan dan depresi, serta hubungan negatif dengan kualitas tidur, yang konsisten dengan literatur pelecehan seksual yang telah menunjukkan dampak negatif pelecehan seksual terhadap kesehatan (DelGreco & Christensen, 2020). Kekerasan seksual menurut WHO akan berdampak pada kesehatan mental anak sebagai korban. Hal ini disebabkan karena umumnya pelaku dan korban hidup di satu lingkungan yang sama sehingga mereka cenderung akan mengalami depresi, fobia, dan mengalami kecurigaan pada orang lain dalam waktu yang lama (Octaviani & Nurwati, 2021). Rasa malu, hina, dan takut dialami oleh perempuan muda Nepal dan mahasiswi Amerika melaporkan perasaan terintimidasi, takut, tertekan, dan terancam ketika menjadi sasaran pelecehan, perasaan cemas, terhina, tertekan, bingung, atau takut diungkapkan oleh korban pelecehan seksual perempuan di Australia (Anwar et al., 2019).

### **Dampak Perilaku: Keterbatasan Mobilitas**

Pelecehan di jalan dapat menyebabkan perempuan terlibat dalam strategi perilaku untuk menghindari pelecehan yang mengubah kebiasaan sehari-hari mereka. Perubahan ini dapat mencakup menghindari tempat dan aktivitas di luar ruangan, mengubah rute, tujuan, atau jadwal, tidak keluar di malam hari, berjalan dalam kelompok, pergi ke pusat kebugaran alih-alih berlari di jalan, atau bahkan meninggalkan pekerjaan atau pindah. Hal ini juga dapat melibatkan upaya kewaspadaan tinggi untuk mengidentifikasi setiap orang asing yang mungkin dapat membahayakan perempuan (Contreras-Merino et al., 2024). Bahkan, kecemasan akan keselamatan pribadi baru-baru ini ditemukan berhubungan positif dengan pembatasan mobilitas sukarela yang terkait dengan pengalaman objektifikasi seperti objektifikasi seksual interpersonal (Calogero et al., 2021).

### **Rendah diri**

Reaksi terhadap pelecehan seperti kemarahan, kecemasan, atau ketakutan, dapat menimbulkan konsekuensi negatif jangka panjang, termasuk harga diri yang rendah. Hubungan negatif telah diamati antara frekuensi seorang wanita mengalami pelecehan, emosi negatif dan harga diri (Contreras-Merino et al., 2024). Pelecehan seksual yang sering terjadi juga terbukti mengakibatkan hilangnya rasa percaya diri, terganggunya studi, dan penyalahgunaan zat (Anwar et al., 2019).

### **Dampak fisik**

Ketika seorang anak mengalami fenomena kekerasan seksual, maka akan berpengaruh pada perubahan fisiknya. Anak akan mengalami keterlambatan

dalam pertumbuhan otak dan mengalami kerusakan di organ-organ internalnya (Octaviani & Nurwati, 2021).

### **Dampak sosial**

Selain berdampak pada fisik dan psikologisnya, anak korban kekerasan seksual juga akan berdampak pada kehidupan sosialnya. Fenomena ini merupakan hal yang tidak biasa di lingkungan masyarakat sehingga jika kekerasan seksual ini terjadi akan menimbulkan berbagai pandangan negative dari masyarakat. Pandangan-pandangan ini membuat masyarakat dapat memberikan sebuah label kepada korban bahwa mereka sengaja menggunakan pakaian-pakaian yang terbuka dan mengundang nafsu seksual pelaku. Dengan begini, korban akan sulit untuk melakukan interaksi dengan lingkungan sosialnya karena korban cenderung akan dikucilkan (Octaviani & Nurwati, 2021).

## **F. Pencegahan kekerasan seksual di area pendidikan**

---

Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan berdasarkan Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, Dan Teknologi Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2023 meliputi:

### **1. Penguatan tata kelola;**

- a. Penanganan Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan (pada sekolah tingkat dini, dasar, menengah hingga atas) ;
  - 1) Memanfaatkan pendanaan yang bersumber dari anggaran pendapatan dan belanja negara, anggaran pendapatan dan belanja daerah, dan/atau bantuan operasional sekolah untuk kegiatan Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan;
  - 2) Menyediakan pendanaan untuk kegiatan Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di lingkungan
  - 3) Satuan pendidikan yang diselenggarakan oleh Masyarakat; dan
  - 4) Melakukan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan pencegahan dan penanganan kekerasan di lingkungan satuan pendidikan.
- b. Penanganan Kekerasan di Pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan melakukan penguatan tata kelola dengan cara:
  - 1) Menyusun dan menetapkan peraturan kepala daerah yang mendukung pencegahan dan penanganan kekerasan di lingkungan satuan pendidikan;

- 2) Mengintegrasikan program pencegahan dan penanganan kekerasan di lingkungan satuan pendidikan ke dalam agenda prioritas kebijakan pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan;
  - 3) Mengalokasikan anggaran pelaksanaan pencegahan dan penanganan kekerasan di lingkungan satuan pendidikan yang diselenggarakan oleh pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan;
  - 4) Memfasilitasi dan membina satuan pendidikan dalam melaksanakan pencegahan dan penanganan kekerasan di lingkungan satuan pendidikan;
  - 5) Membentuk satuan tugas;
  - 6) Melakukan koordinasi lintas sektor dalam melaksanakan pencegahan dan penanganan kekerasan di lingkungan satuan pendidikan sesuai dengan kewenangan;
  - 7) Melakukan pemantauan dan evaluasi minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun terhadap pelaksanaan pedoman pencegahan dan penanganan kekerasan di lingkungan satuan pendidikan; dan
  - 8) Melaporkan hasil pemantauan dan evaluasi di lingkungan satuan pendidikan dalam hal diminta kementerian.
- c. Kementerian melakukan penguatan tata kelola dengan cara:
- 1) Menyusun dan menetapkan kebijakan, prosedur operasional standar, pedoman, modul, dan program yang mendukung pencegahan dan penanganan kekerasan;
  - 2) Mengalokasikan anggaran pelaksanaan pencegahan dan penanganan kekerasan di lingkungan satuan pendidikan;
  - 3) Melakukan koordinasi lintas sektor dalam melaksanakan pencegahan dan penanganan kekerasan di lingkungan satuan pendidikan; dan
  - 4) Melaksanakan pemantauan dan evaluasi secara berkala terhadap pelaksanaan kebijakan pencegahan dan penanganan kekerasan di lingkungan satuan pendidikan secara nasional.

## **2. Edukasi;**

- a. Satuan pendidikan melakukan edukasi dengan cara:
- 1) Melakukan sosialisasi tata tertib dan program dalam rangka Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan kepada seluruh Warga Satuan Pendidikan dan orang tua/wali Peserta Didik termasuk bagi penyandang disabilitas. Sosialisasi dilaksanakan pada kegiatan pengenalan lingkungan satuan pendidikan bagi Peserta Didik baru atau kegiatan lainnya di satuan

- pendidikan dan dilakukan melalui media elektronik dan/atau nonelektronik
- 2) Melaksanakan penguatan karakter melalui implementasi nilai Pancasila dan menumbuhkan budaya pendidikan tanpa Kekerasan kepada seluruh Warga Satuan Pendidikan.
- b. Pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan melakukan edukasi dengan cara:
- 1) Melakukan sosialisasi kebijakan dan program terkait Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan kepada satuan pendidikan dan pemangku kepentingan lainnya termasuk bagi penyandang disabilitas. Sosialisasi dilakukan minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dapat dilakukan melalui media elektronik dan/atau nonelektronik.
  - 2) Menyelenggarakan pelatihan yang dilaksanakan minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun bagi TPPK dan Satuan Tugas dalam melaksanakan Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan. Pelatihan dilaksanakan dengan menggunakan modul pelatihan dari Kementerian dan/atau bahan pelatihan lainnya yang diterbitkan oleh kementerian/lembaga yang menyelenggarakan fungsi perlindungan anak dan perempuan
- c. Kementerian melakukan edukasi dengan cara:
- 1) Melakukan sosialisasi kebijakan, pedoman, modul, dan program kepada pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan, satuan pendidikan, dan pemangku kepentingan lainnya mengenai kebijakan pencegahan dan penanganan kekerasan di lingkungan satuan pendidikan. Sosialisasi minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dan dapat melibatkan masyarakat.
  - 2) Memberikan pelatihan pencegahan dan penanganan kekerasan di lingkungan satuan pendidikan.

### **3. Penyediaan sarana dan prasarana.**

Satuan pendidikan dan pemerintah daerah memastikan tingkat keamanan dan kenyamanan bangunan, fasilitas pembelajaran, dan fasilitas umum lainnya, termasuk penyediaan akomodasi yang layak bagi penyandang disabilitas sesuai dengan kewenangan, dan berpedoman pada panduan di kementerian yang dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- a. Satuan pendidikan melakukan penyediaan sarana dan prasarana dengan cara memastikan tersedianya sarana dan prasarana untuk:

- 1) Pelaksanaan tugas TPPK minimal berupa kanal pelaporan, ruang pemeriksaan, dan alat tulis kantor;
  - 2) Keamanan proses pembelajaran;
  - 3) Keamanan pada ruang publik seperti toilet, kantin, laboratorium;
  - 4) Pelaksanaan kegiatan edukasi pencegahan dan penanganan kekerasan; dan
  - 5) Keamanan dan kenyamanan fasilitas lainnya di lingkungan satuan pendidikan.
- b. Pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan melakukan penyediaan sarana dan prasarana dengan cara:
- 1) Menyediakan bangunan, gedung, dan fasilitas pembelajaran yang ramah bagi peserta didik penyandang disabilitas;
  - 2) Menyediakan sarana untuk pelaksanaan tugas satuan tugas minimal berupa kanal pelaporan, ruang pemeriksaan, dan alat tulis kantor; dan
  - 3) Menyediakan sarana untuk pelaksanaan kegiatan edukasi pencegahan dan penanganan kekerasan.
- c. Kementerian melakukan penyediaan sarana dan prasarana dengan cara:
- 1) Memfasilitasi sistem informasi atas pengelolaan data penanganan kekerasan di lingkungan satuan pendidikan; dan
  - 2) Menyediakan layanan pelaporan kementerian atas kasus kekerasan di lingkungan satuan pendidikan.

Peraturan Menteri Pendidikan, Kebudayaan, Riset, Dan Teknologi Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2023 juga menjelaskan perlunya di bentuk Tim Pencegahan dan Penanganan Kekerasan (TPPK) dan Satuan Tugas Pencegahan Dan Penanganan Kekerasan (satgas PPK).

Satuan pendidikan wajib membentuk TPPK yang diangkat dan ditetapkan oleh kepala satuan pendidikan. Sedikit berbeda pada satuan pendidikan anak usia dini tidak dapat membentuk TPPK dikarenakan sumber daya manusia tidak memadai, maka tugas dan wewenang TPPK dilaksanakan oleh beberapa satuan pendidikan anak usia dini yang ditetapkan oleh Dinas Pendidikan. Dalam melaksanakan tugas dan fungsi, TPPK bertanggung jawab kepada kepala satuan pendidikan, begitu juga untuk TPPK di satuan pendidikan anak usia dini yang dibentuk oleh Dinas Pendidikan bertanggung jawab kepada kepala Dinas Pendidikan.

#### **4. Tim Pencegahan dan Penanganan Kekerasan (TPPK)**

Bagian Keanggotaan TPPK berjumlah gasal dan minimal 3 (tiga) orang yang terdiri atas perwakilan Pendidik yang tidak ditugaskan sebagai kepala satuan pendidikan dan Komite Sekolah atau perwakilan orang tua/wali dengan masa tugas selama 2 (dua) tahun dan dapat diangkat kembali. Jika diperlukan, keanggotaan TPPK dapat ditambahkan tenaga administrasi yang berasal dari perwakilan Tenaga Kependidikan. Bila tidak terdapat Komite Sekolah pada satuan pendidikan nonformal, TPPK hanya beranggotakan Pendidik. Syarat keanggotaan TPPK adalah dituangkan dalam surat pernyataan yang ditandatangani dan dibubuhinya materai yang berisi tentang tidak pernah terbukti melakukan Kekerasan, tidak pernah terbukti dijatuhi hukuman pidana dengan ancaman pidana 5 (lima) tahun atau lebih yang telah berkekuatan hukum tetap dan tidak pernah dan/atau tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai tingkat sedang atau berat. Bila calon anggota TPPK memberikan pernyataan yang tidak sesuai, dapat dilakukan tindakan hukum.

Keanggotaan TPPK berakhir bila berakhirnya masa tugas, meninggal dunia, mengundurkan diri, tidak lagi memenuhi unsur keanggotaan, terbukti melakukan Kekerasan berdasarkan hasil identifikasi kasus Kekerasan yang dilakukan oleh Satuan Tugas, menjadi tersangka tindak pidana kecuali tindak pidana ringan, berhalangan tetap yang mengakibatkan tidak dapat melaksanakan tugas atau pindah tugas atau mutasi. Kepala satuan pendidikan atau kepala Dinas Pendidikan harus melakukan evaluasi kinerja TPPK minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.

TPPK mempunyai tugas melaksanakan Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan. Dalam melaksanakan tugasnya, TPPK memiliki fungsi sebagai berikut:

- a. Menyampaikan usulan/rekomendasi program Pencegahan Kekerasan kepada kepala satuan pendidikan
- b. Memberikan masukan/saran kepada kepala satuan pendidikan mengenai fasilitas yang aman dan nyaman di satuan pendidikan
- c. Melaksanakan sosialisasi kebijakan dan program terkait Pencegahan dan Penanganan Kekerasan bersama dengan satuan pendidikan dan menerima dan menindaklanjuti laporan dugaan Kekerasan;
- d. Melakukan Penanganan terhadap temuan adanya dugaan Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan;
- e. Menyampaikan pemberitahuan kepada orang tua/wali dari Peserta Didik yang terlibat Kekerasan;

- f. Memeriksa laporan dugaan Kekerasan; h. memberikan rekomendasi sanksi kepada kepala satuan pendidikan berdasarkan hasil pemeriksaan;
- g. Mendampingi Korban dan/atau Pelapor Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan;
- h. Memfasilitasi pendampingan oleh ahli atau layanan lainnya yang dibutuhkan Korban, Pelapor, dan/atau Saksi
- i. Memberikan rujukan bagi Korban ke layanan sesuai dengan kebutuhan Korban Kekerasan;
- j. Memberikan rekomendasi pendidikan anak dalam hal Peserta Didik yang terlibat Kekerasan merupakan Anak yang Berhadapan dengan Hukum; dan
- k. Melaporkan pelaksanaan tugas kepada Kepala Dinas Pendidikan melalui kepala satuan pendidikan minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.

Selain fungsi TPPK dalam melaksanakan tugasnya memiliki wewenang untuk melakukan beberapa hal berikut:

- a. Memanggil dan meminta keterangan Pelapor, Korban, Saksi, Terlapor, orang tua/wali, pendamping, dan/atau ahli;
- b. Berkoordinasi dengan pihak terkait dalam Pencegahan dan Penanganan Kekerasan; dan
- c. Berkoordinasi dengan satuan pendidikan lain terkait laporan Kekerasan yang melibatkan Korban, Saksi, Pelapor, dan/atau Terlapor dari satuan pendidikan yang bersangkutan.

## 5. Satuan Tugas Pencegahan Dan Penanganan Kekerasan (satgas PPK)

Pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan membentuk Satuan Tugas yang ditetapkan oleh kepala daerah atas usulan kepala Dinas Pendidikan dan Satuan Tugas bertanggung jawab kepada Kepala Daerah melalui kepala Dinas Pendidikan. Satuan Tugas dalam pelaksanaan tugasnya dapat berkoordinasi dengan dinas kesehatan atau dinas terkait lainnya, psikolog, dokter, atau tenaga kesehatan lainnya, pekerja social, unit pelaksana teknis Kementerian pada daerah setempat, perwakilan organisasi Masyarakat sipil atau praktisi yang berfokus pada bidang pendidikan dan/atau bidang Penanganan Kekerasan dan/atau pihak lain yang diperlukan dalam Penanganan Kekerasan. Satuan Tugas mempunyai tugas pelaksanaan pembinaan, pemantauan, dan pengawasan Pencegahan dan Penanganan Kekerasan pada satuan pendidikan di wilayah sesuai kewenangan.

Satuan Tugas dipimpin oleh koordinator yang berasal dari unsur perwakilan Dinas Pendidikan dengan masa tugas Satuan Tugas selama 4 (empat) tahun dan dapat diangkat kembali. Keanggotaan Satuan Tugas

berjumlah gasal dan minimal 5 (lima) orang yang terdiri atas unsur perwakilan Dinas Pendidikan sesuai dengan kewenangan, perwakilan dinas yang menyelenggarakan fungsi bidang perlindungan anak, perwakilan dinas yang menyelenggarakan fungsi bidang sosial dan organisasi atau bidang profesi yang terkait dengan anak. Keanggotaan Satuan Tugas harus membuat surat pernyataan yang dibubuhinya materai yang berisi beberapa syarat yaitu tidak pernah terbukti melakukan Kekerasan, tidak pernah terbukti dijatuhi hukuman pidana dengan ancaman pidana 5 (lima) tahun atau lebih yang telah berkekuatan hukum tetap dan tidak pernah dan/atau tidak sedang menjalani hukuman disiplin pegawai tingkat sedang atau berat. Keanggotaan satuan tugas berakhir bila berakhirnya masa tugas, meninggal dunia, mengundurkan diri, tidak lagi memenuhi unsur keanggotaan, terbukti melakukan Kekerasan berdasarkan hasil identifikasi kasus Kekerasan yang dilakukan oleh Satuan Tugas, menjadi tersangka tindak pidana kecuali tindak pidana ringan, berhalangan tetap yang mengakibatkan tidak dapat melaksanakan tugas atau pindah tugas atau mutasi. Kepala Daerah melakukan evaluasi kinerja Satuan Tugas minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.

Dalam melaksanakan tugasnya, Satuan Tugas memiliki fungsi:

- a. melakukan Pencegahan dan Penanganan kasus Kekerasan pada satuan pendidikan di wilayah sesuai kewenangannya;
- b. membina, mendampingi, dan mengawasi TPPK;
- c. memfasilitasi TPPK untuk berkoordinasi dengan dinas terkait dan lembaga layanan, ahli atau pihak terkait, yang dibutuhkan dalam Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan;
- d. memastikan pemenuhan hak pendidikan atas Peserta Didik yang terlibat Kekerasan dalam wilayah kerja Satuan Tugas, berupa pemberian jaminan layanan pendidikan bagi Peserta Didik dan koordinasi dengan pihak terkait dalam penyediaan akses layanan pendidikan.
- e. memfasilitasi pemenuhan hak pendidikan atas anak yang berhadapan dengan hukum, berupa:
  - 1) pemberian rekomendasi layanan pendidikan anak terhadap anak yang berhadapan dengan hukum kepada aparat penegak hukum;
  - 2) pemetaan sumber daya untuk mendukung pendidikan anak selama menjalani proses peradilan atau selama menjalani putusan/penetapan pengadilan; dan

- 3) koordinasi dengan pihak terkait dalam penyediaan akses layanan pendidikan.
- f. melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun dan melaporkan hasil pemantauan dan evaluasi kepada Dinas Pendidikan setiap 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun atau sewaktu-waktu apabila diperlukan

Beberapa hal yang harus diperhatikan pada langkah penanganan kekerasan, adalah sebagai berikut:

- a. Penanganan Kekerasan oleh satuan pendidikan dilaksanakan oleh TPPK. Bila TPPK tidak melaksanakan Penanganan, Satuan Tugas memberi peringatan kepada TPPK pada satuan pendidikan untuk melaksanakan Penanganan dugaan Kekerasan. Bila TPPK telah diberi peringatan namun masih belum melaksanakan Penanganan dugaan Kekerasan, Penanganan Kekerasan dilaksanakan oleh Satuan Tugas.
- b. Penanganan Kekerasan oleh pemerintah daerah dilaksanakan oleh Satuan Tugas dalam hal terlapor merupakan kepala satuan pendidikan, kekerasan melibatkan lebih dari 1 (satu) satuan pendidikan, kekerasan melibatkan anggota TPPK dan/atau TPPK tidak melaksanakan tugas.
- c. Penanganan Kekerasan oleh Kementerian dilaksanakan oleh kelompok kerja yang dibentuk oleh Menteri untuk melakukan Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di bidang pendidikan. Penanganan Kekerasan oleh Kementerian bila Satuan Tugas tidak melaksanakan Penanganan kasus Kekerasan. Kementerian melaksanakan Penanganan Kekerasan dengan mendorong Dinas Pendidikan untuk memastikan Satuan Tugas agar melakukan Penanganan Kekerasan. Bila Satuan Tugas tidak melaksanakan Penanganan Kekerasan, Kementerian dapat merekomendasikan sanksi kepada Dinas Pendidikan atau kepala daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- d. Penanganan Kekerasan dilaksanakan dengan menjamin Peserta Didik baik sebagai Terlapor, Pelaku, Saksi, Peserta Didik usia anak yang berhadapan dengan hukum atau Korban memperoleh layanan pendidikan. Jaminan layanan pendidikan bagi Peserta Didik dapat berupa keberlanjutan pendidikan dan/atau rekomendasi bentuk layanan pendidikan.
- e. Saat melaksanakan Penanganan Kekerasan, satuan pendidikan, pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan, atau Kementerian dapat memberikan pendampingan. Pendampingan diberikan kepada Korban,

Saksi, Terlapor berusia anak, atau pelaku berusia anak, yang berstatus Peserta Didik dan Korban atau Saksi yang berstatus Pendidik atau Tenaga Kependidikan. Pemberian pendampingan difasilitasi oleh TPPK melalui koordinasi dengan Satuan Tugas dengan menggunakan layanan yang disediakan oleh pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan. Pendampingan dapat berupa konseling, layanan kesehatan, bantuan hukum, advokasi, bimbingan sosial dan rohani dan/atau layanan pendampingan lain. Bila Korban atau Saksi merupakan penyandang disabilitas, pendampingan dilakukan dengan memperhatikan kebutuhan ragam penyandang disabilitas. Pendampingan yang dilakukan berdasarkan persetujuan Korban, Saksi, Terlapor berusia anak, atau pelaku berusia anak, yang berstatus Peserta Didik. Bila Korban, Saksi, Terlapor, atau pelaku berusia anak, persetujuan dapat diberikan oleh orang tua/wali Korban atau pendamping.

Penanganan Kekerasan dilakukan oleh satuan pendidikan, pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan dan Kementerian. Penanganan Kekerasan oleh satuan pendidikan dan pemerintah daerah dilakukan dengan tahapan sebagai berikut **penerimaan laporan, pemeriksaan, penyusunan kesimpulan dan rekomendasi, tindak lanjut laporan hasil pemeriksaan dan pemulihian**. Penanganan Kekerasan oleh satuan pendidikan dan pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan dapat dilakukan tanpa melalui tahapan penerimaan laporan bila adanya temuan dugaan Kekerasan.

## 6. Penerimaan Laporan

Pelapor dapat melaporkan dugaan Kekerasan kepada TPPK, Satuan Tugas atau pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan dan/atau Kementerian. Laporan dugaan Kekerasan dapat disampaikan secara langsung atau tidak langsung, melalui kanal pelaporan yang disediakan dalam bentuk surat tertulis, telepon, pesan singkat elektronik, surat elektronik atau bentuk penyampaian laporan lain yang memudahkan Pelapor. Laporan tidak harus disertai dengan bukti awal.

Dalam menindaklanjuti laporan, TPPK atau Satuan Tugas melakukan tindakan awal terhadap Korban atau Saksi yang dapat berupa:

- a. memfasilitasi keamanan Korban dan Saksi
- b. memfasilitasi bantuan pendampingan psikis
- c. memfasilitasi keberlanjutan hak pendidikan atau pekerjaan Korban dan Saksi.

## **7. Pemeriksaan**

TPPK atau Satuan Tugas menyampaikan panggilan kepada Pelapor/Korban, Saksi, dan Terlapor melalui surat panggilan secara tertulis dan/atau panggilan secara lisan. Bila Pelapor, Korban, dan/atau Saksi merupakan Peserta Didik anak, panggilan disampaikan kepada orang tua/wali Peserta Didik. Bila terlapor tidak hadir sampai panggilan ketiga, pemeriksaan dilanjutkan tanpa kehadiran Terlapor.

TPPK atau Satuan Tugas melakukan pemeriksaan atas laporan dugaan Kekerasan. Dalam pemeriksaan laporan dugaan Kekerasan, TPPK atau Satuan Tugas merahasiakan identitas Korban, Saksi, dan Peserta Didik Terlapor sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan. Pemeriksaan bertujuan untuk mengumpulkan keterangan dari Pelapor/Korban, Saksi, dan/atau Terlapor dan/atau bukti lain yang diperlukan.

Bila korban, Saksi, dan/atau Pelapor merupakan Peserta Didik berusia anak, TPPK atau Satuan Tugas memastikan Peserta Didik berusia anak didampingi oleh orang tua/wali. Bila korban, Saksi, dan/atau Terlapor merupakan penyandang disabilitas, TPPK atau Satuan Tugas menghadirkan orang tua/wali dan/atau menyediakan pendamping dengan memperhatikan ragam penyandang disabilitas dalam proses pemeriksaan permintaan keterangan. Pemeriksaan terhadap Pelapor/Korban, Saksi, dan/atau Terlapor harus dituangkan dalam berita acara dengan jangka waktu pemeriksaan diselesaikan maksimal 30 (tiga puluh) hari kerja. Jangka waktu pemeriksaan terhitung sejak permintaan keterangan dari Pelapor/Korban. Bila pemeriksaan tidak selesai dalam jangka waktu 30 (tiga puluh) hari kerja, maka TPPK atau Satuan Tugas harus membuat pernyataan pemeriksaan tidak dapat dilanjutkan

Penghentian pemeriksaan ditetapkan oleh ketua TPPK atau ketua Satuan Tugas dan disampaikan kepada kepala satuan pendidikan, kepala Dinas Pendidikan, Terlapor dan Pelapor/Korban. TPPK atau Satuan Tugas dapat melanjutkan kembali pemeriksaan laporan Kekerasan yang telah dihentikan apabila ditemukan bukti baru. TPPK atau Satuan Tugas dapat menyatakan pemeriksaan dihentikan dalam hal Terlapor meninggal dunia/tidak ditemukan/sakit berat berdasarkan keterangan dokter, korban tidak ditemukan atau pembuktian belum cukup.

## **8. Penyusunan Kesimpulan Dan Rekomendasi**

TPPK atau Satuan Tugas menyusun kesimpulan dan rekomendasi sebagai bagian dari laporan hasil pemeriksaan. Kesimpulan memuat informasi tentang terbukti adanya Kekerasan atau tidak terbukti adanya

Kekerasan. Kesimpulan minimal memuat informasi identitas Terlapor, bentuk Kekerasan dan pernyataan terbukti atau tidak terbukti adanya Kekerasan. Jika dinyatakan terbukti adanya Kekerasan, rekomendasi memuat sanksi administratif kepada pelaku, pemulihan Korban/Pelapor dan/atau Saksi dalam hal belum dilakukan atau sepanjang masih dibutuhkan dan tindak lanjut keberlanjutan layanan pendidikan. Jika dinyatakan tidak terbukti adanya Kekerasan, rekomendasi memuat tindak lanjut keberlanjutan layanan pendidikan dan pemulihan nama baik Terlapor. TPPK atau Satuan Tugas menyampaikan laporan hasil pemeriksaan kepada kepala satuan pendidikan atau kepala Dinas Pendidikan sesuai dengan kewenangan.

## **9. Tindak Lanjut Laporan Hasil Pemeriksaan**

Kepala satuan pendidikan atau kepala Dinas Pendidikan menindaklanjuti laporan hasil pemeriksaan penyusunan kesimpulan dan rekomendasi maksimal 5 (lima) hari kerja dengan menerbitkan keputusan. Keputusan memuat pengenaan sanksi administratif terhadap Terlapor dalam hal keputusan menetapkan terbukti adanya Kekerasan atau pemulihan nama baik Terlapor dalam hal keputusan menetapkan tidak terbukti adanya Kekerasan. Salinan keputusan disampaikan kepada:

- a. Terlapor; Jika terlapor merupakan Peserta Didik, salinan keputusan disampaikan kepada orang tua/wali Peserta Didik
- b. Dinas Pendidikan jika keputusan ditandatangani oleh kepala satuan pendidikan
- c. Satuan pendidikan, jika keputusan ditandatangani oleh kepala dinas.

Tingkat sanksi administratif bagi Terlapor terdiri atas:

- a. Sanksi administratif ringan:
  - 1) Terlapor Pendidik dan Tenaga Kependidikan non ASN, terdiri atas teguran tertulis atau pernyataan permohonan maaf secara tertulis yang dipublikasikan di media publikasi yang dimiliki satuan pendidikan.
  - 2) Terlapor Peserta Didik berupa teguran tertulis.
- b. Sanksi administratif sedang:
  - 1) Terlapor Pendidik dan Tenaga Kependidikan non ASN, terdiri atas pengurangan hak atau pemberhentian sementara dari jabatan sebagai Pendidik/Tenaga Kependidikan.
  - 2) Terlapor Peserta Didik berupa tindakan yang bersifat edukatif yang harus dilakukan dalam kurun waktu minimal selama 5 (lima) hari sekolah dan maksimal selama 10 (sepuluh) hari sekolah.
- c. Sanksi administratif berat

- 1) Terlapor Pendidik dan Tenaga Kependidikan non ASN berupa pemutusan/pemberhentian hubungan kerja. Pengenaan sanksi administratif berat dilakukan apabila Terlapor Pendidik dan Tenaga Kependidikan:
    - a) Terbukti melakukan Kekerasan dan/atau melakukan pemberian terjadinya Kekerasan yang mengakibatkan luka fisik berat, kerusakan fisik permanen, kematian dan/atau trauma psikologis berat
    - b) Terbukti melakukan Kekerasan minimal 3 (tiga) kali dalam masa jabatannya yang mengakibatkan luka fisik ringan atau dampak psikologis ringan
  - 2) Terlapor Peserta Didik berupa pemindahan Peserta Didik ke satuan pendidikan lain. Jika terlapor merupakan peserta didik, pengenaan tingkat sanksi administratif berprinsip pada sanksi bersifat mendidik, tetap memenuhi hak pendidikan Peserta Didik, melindungi kondisi psikis Peserta Didik, membangun rasa bertanggung jawab Peserta Didik dan berpedoman pada ketentuan mengenai perlindungan anak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dinas Pendidikan memfasilitasi pemindahan Peserta Didik ke satuan pendidikan baru dalam pemberian sanksi  
Pengenaan sanksi administratif berat merupakan upaya terakhir yang hanya dilakukan apabila tindakan Kekerasan yang dilakukan oleh Peserta Didik:
    - a) Mengakibatkan Korban mengalami luka fisik berat, kerusakan fisik permanen, kematian atau trauma psikologis berat
    - b) Terdapat rekomendasi dari Satuan Tugas dan/atau Dinas Pendidikan.
- Peserta Didik yang dikenakan sanksi administratif berat harus mengikuti program konseling sebelum memulai proses pembelajaran di satuan pendidikan baru. Program konseling dilaksanakan pada lembaga atau perangkat daerah yang memiliki kewenangan dalam bidang kesehatan, sosial, dan/atau perlindungan perempuan dan anak yang ditunjuk oleh Satuan Tugas. Pembiayaan program konseling dibebankan pada pemerintah daerah sesuai dengan kewenangan. Selama mengikuti program konseling, Peserta Didik dapat mengikuti pembelajaran baik secara luring atau daring selama atau setelah selesai konseling. Lembaga atau perangkat daerah melaporkan pelaksanaan konseling secara berkala kepada Satuan

Tugas. Satuan Tugas memberikan laporan hasil program konseling kepada Dinas Pendidikan untuk menilai kesiapan Peserta Didik mengikuti proses pembelajaran di satuan pendidikan baru.

Satuan Tugas dan TPPK mendampingi proses reintegrasi Peserta Didik di lingkungan satuan pendidikan baru. Satuan Tugas melaporkan perkembangan pendampingan dan proses reintegrasi Peserta Didik kepada Dinas Pendidikan minimal 30 (tiga puluh) hari kerja setelah Peserta Didik mulai proses pembelajaran di lingkungan satuan pendidikan baru. Satuan Tugas dan Dinas Pendidikan menjamin Peserta Didik dapat mengikuti pembelajaran dengan nyaman dan aman pada satuan pendidikan baru

Pemberian rekomendasi sanksi administratif atau pengenaan sanksi administratif mempertimbangkan hal yang meringankan atau hal yang memberatkan. Hal yang meringankan yaitu:

- a) Korban mengalami dampak fisik berupa luka yang ringan dan/atau dampak psikis yang ringan;
- b) Korban bersedia memaafkan perbuatan pelaku tanpa tekanan dari siapapun;
- c) pelaku bersedia atau telah membayai pengobatan atas kondisi Korban;
- d) pelaku merupakan Peserta Didik penyandang disabilitas; dan/atau
- e) pelaku berusia anak sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Hal yang memberatkan yaitu:

- a) Korban mengalami dampak fisik dan/atau psikis yang sedang atau berat;
- b) pelaku telah melakukan tindakan Kekerasan lebih dari 1 (satu) kali;
- c) jumlah Korban lebih dari 1 (satu) orang;
- d) Korban merupakan penyandang disabilitas; dan/atau
- e) pelaku merupakan anggota TPPK, Satuan Tugas, kepala satuan pendidikan, Pendidik, atau Tenaga Kependidikan lainnya di satuan pendidikan.

## 10. Pemulihan

Pemulihan terhadap Korban, Saksi, dan/atau pelaku Peserta Didik berusia anak dapat dilakukan sejak pelaporan diterima oleh TPPK atau Satuan Tugas. TPPK atau Satuan Tugas melakukan identifikasi dampak psikis, fisik,

proses pembelajaran, dan pekerjaan yang dialami Korban, Saksi, dan pelaku Peserta Didik berusia anak sejak tindakan Kekerasan diketahui atau dilaporkan. Identifikasi dampak yang dialami Korban, Saksi, dan pelaku Peserta Didik berusia anak bertujuan untuk menentukan layanan pemulihan yang dibutuhkan Korban, Saksi, dan pelaku Peserta Didik berusia anak.

Dalam melakukan identifikasi dampak dan pemulihan, TPPK atau Satuan Tugas dapat mengikutsertakan psikolog, tenaga medis, tenaga kesehatan, pekerja sosial, rohaniawan, dan/atau profesi lainnya sesuai kebutuhan. Layanan pemulihan terhadap Korban, Saksi, dan pelaku Peserta Didik berusia anak dilaksanakan oleh TPPK dan Satuan Tugas dengan difasilitasi oleh pemerintah daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Ketentuan mengenai usia anak dikecualikan bagi Korban, Saksi, dan/atau pelaku Peserta Didik penyandang disabilitas mental dan disabilitas intelektual

Secara umum Hak bagi Korban, Pelapor, Saksi, dan Peserta Didik sebagai Terlapor yang merupakan penyandang disabilitas, diberikan dengan memperhatikan ragam disabilitas serta pelindungan atas kerahasiaan identitas dan informasi kasus termasuk tidak melakukan penyebarluasan data atau identitas pribadi. Hak korban, pelapor, saksi, dan peserta didik sebagai terlapor dalam penanganan kekerasan adalah sebagai berikut:

- a. Korban dan Pelapor berhak atas informasi terhadap seluruh proses dan hasil Penanganan Kekerasan, pelindungan dari ancaman atau Kekerasan Terlapor dan/atau pihak lain, pelindungan atas potensi berulangnya Kekerasan, pelindungan atas kerahasiaan identitas dan informasi kasus, akses layanan pendidikan atau pelindungan dari kehilangan pekerjaan dan layanan pendampingan dan/atau pemulihan sesuai kebutuhannya.
- b. Saksi berhak atas pelindungan atas kerahasiaan identitas dan informasi kasus, pelindungan dari ancaman atau Kekerasan Terlapor dan/atau pihak lain, layanan pendampingan dan/atau pemulihan sesuai kebutuhannya dan akses layanan pendidikan atau pelindungan dari kehilangan pekerjaan.
- c. Peserta Didik sebagai Terlapor berhak atas pelindungan atas kerahasiaan identitas dan informasi kasus, pelindungan dari ancaman atau Kekerasan, akses layanan pendidikan dan layanan pendampingan dan/atau pemulihan sesuai kebutuhannya.

Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual di perguruan tinggi dilaksanakan dengan prinsip kepentingan terbaik bagi Korban, keadilan dan kesetaraan gender, kesetaraan hak dan aksesibilitas bagi penyandang

disabilitas, akuntabilitas, independen, kehati-hatian, konsisten dan jaminan ketidakberulangan. Sasaran Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual meliputi Mahasiswa, Pendidik, Tenaga Kependidikan, Warga Kampus dan masyarakat umum yang berinteraksi dengan Mahasiswa, Pendidik, dan Tenaga Kependidikan dalam pelaksanaan Tridharma.



**Gambar 5.6 Sasaran Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual di Perguruan Tinggi**

**Perguruan Tinggi** wajib melakukan Pencegahan Kekerasan Seksual melalui:

- a. Pembelajaran; pencegahan melalui pembelajaran dilakukan oleh pemimpin perguruan tinggi dengan mewajibkan mahasiswa, pendidik, dan tenaga kependidikan untuk mempelajari modul pencegahan dan penanganan kekerasan seksual yang ditetapkan oleh kementerian
- b. Penguatan tata kelola; pencegahan melalui penguatan tata kelola paling sedikit terdiri atas:
  - 1) Merumuskan kebijakan yang mendukung Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual di Perguruan Tinggi
  - 2) Membentuk Satuan Tugas;
  - 3) Menyusun pedoman Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual;
  - 4) Membatasi pertemuan antara Mahasiswa dengan Pendidik dan/atau Tenaga Kependidikan di luar jam operasional kampus dan/atau luar area kampus;
  - 5) Menyediakan layanan pelaporan Kekerasan Seksual;
  - 6) Melatih Mahasiswa, Pendidik, Tenaga Kependidikan, dan Warga Kampus terkait upaya Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual;

- 7) Melakukan sosialisasi secara berkala terkait pedoman Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual kepada Mahasiswa, Pendidik, Tenaga Kependidikan, dan Warga Kampus
  - 8) Memasang tanda informasi yang berisi pencantuman layanan aduan Kekerasan Seksual dan peringatan bahwa kampus Perguruan Tinggi tidak menoleransi Kekerasan Seksual
  - 9) Menyediakan akomodasi yang layak bagi penyandang disabilitas untuk Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual; dan
  - 10) Melakukan kerja sama dengan instansi terkait untuk Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual.
- c. Penguatan budaya komunitas Mahasiswa, Pendidik, dan Tenaga Kependidikan dalam bentuk komunikasi, informasi, dan edukasi mengenai Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual paling sedikit pada kegiatan:
- 1) Pengenalan kehidupan kampus bagi mahasiswa, pendidik, dan tenaga kependidikan;
  - 2) Organisasi kemahasiswaan;
  - 3) Jaringan komunikasi informal mahasiswa, pendidik dan tenaga kependidikan.

Pencegahan Kekerasan Seksual oleh **Pendidik dan Tenaga Kependidikan serta mahasiswa** meliputi:

- a. membatasi pertemuan antara Mahasiswa dan Pendidik dan Tenaga Kependidikan secara individu:
  - 1) di luar area kampus;
  - 2) di luar jam operasional kampus;
  - 3) untuk kepentingan lain selain proses pembelajaran, tanpa persetujuan kepala/ketua program studi atau ketua jurusan;
- b. berperan aktif dalam Pencegahan Kekerasan Seksual.

Perguruan Tinggi wajib melakukan Penanganan Kekerasan Seksual melalui:

## **11. Pendampingan**

Pendampingan diberikan kepada Korban atau saksi yang berstatus sebagai Mahasiswa, Pendidik, Tenaga Kependidikan, dan Warga Kampus. Pendampingan yang diberikan berupa konseling, layanan kesehatan, bantuan hukum, advokasi atau bimbingan sosial dan rohani. Dalam hal, Korban atau saksi merupakan penyandang disabilitas, pendampingan dilakukan dengan memperhatikan kebutuhan penyandang disabilitas. Pendampingan dilakukan berdasarkan persetujuan Korban atau saksi, bila korban tidak memungkinkan

untuk memberikan persetujuan maka persetujuan dapat diberikan oleh orang tua atau wali Korban atau pendamping.

## **12. Pelindungan**

Pelindungan diberikan kepada Korban atau saksi yang berstatus sebagai Mahasiswa, Pendidik, Tenaga Kependidikan, dan Warga Kampus yang berupa:

- a. Jaminan keberlanjutan untuk menyelesaikan pendidikan bagi Mahasiswa;
- b. Jaminan keberlanjutan pekerjaan sebagai Pendidik dan/atau Tenaga Kependidikan pada Perguruan Tinggi yang bersangkutan;
- c. Jaminan pelindungan dari ancaman fisik dan nonfisik dari pelaku atau pihak lain atau keberulangan Kekerasan Seksual dalam bentuk memfasilitasi pelaporan terjadinya ancaman fisik dan nonfisik kepada aparat penegak hukum;
- d. Pelindungan atas kerahasiaan identitas;
- e. Penyediaan informasi mengenai hak dan fasilitas pelindungan;
- f. Penyediaan akses terhadap informasi penyelenggaraan pelindungan;
- g. Pelindungan dari sikap dan perilaku aparat penegak hukum yang merendahkan dan/atau menguatkan stigma terhadap Korban;
- h. Pelindungan Korban dan/atau pelapor dari tuntutan pidana;
- i. Gugatan perdata atas peristiwa Kekerasan Seksual yang dilaporkan;
- j. Penyediaan rumah aman; dan/atau
- k. Pelindungan atas keamanan dan bebas dari ancaman yang berkenaan dengan kesaksian yang diberikan.

## **13. Pengenaan Sanksi Administratif:**

Pengenaan sanksi administratif dilakukan dalam hal pelaku terbukti melakukan Kekerasan Seksual dan ditetapkan dengan Keputusan Pemimpin Perguruan Tinggi berdasarkan rekomendasi Satuan Tugas. Pengenaan sanksi administratif terdiri atas:

- a. Sanksi administratif ringan berupa teguran tertulis atau pernyataan permohonan maaf secara tertulis yang dipublikasikan di internal kampus atau media massa.
- b. Sanksi administratif sedang berupa pemberhentian sementara dari jabatan tanpa memperoleh hak jabatan atau pengurangan hak sebagai mahasiswa (penundaan mengikuti perkuliahan (skors), pencabutan beasiswa atau pengurangan hak lain)
- c. Sanksi administratif berat berupa pemberhentian tetap sebagai mahasiswa atau pemberhentian tetap dari jabatan sebagai pendidik tenaga kependidikan, atau warga kampus sesuai dengan ketentuan

- peraturan perundang-undangan, dari perguruan tinggi yang bersangkutan.
- d. Perguruan Tinggi yang tidak melakukan Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual dikenai sanksi administratif berupa penghentian bantuan keuangan atau bantuan sarana dan prasarana untuk Perguruan Tinggi atau penurunan tingkat akreditasi untuk Perguruan Tinggi.

Setelah menyelesaikan sanksi administratif ringan dan sedang, pelaku wajib mengikuti program konseling pada lembaga yang ditunjuk oleh Satuan Tugas. Pembiayaan program konseling dibebankan pada pelaku. Laporan hasil program konseling sebagai dasar Pemimpin Perguruan Tinggi untuk menerbitkan surat keterangan bahwa pelaku telah melaksanakan sanksi yang dikenakan.

#### **14. Pemulihan Korban**

Pemulihan kepada Korban berupa tindakan medis, terapi fisik, terapi psikologis atau bimbingan sosial dan rohani yang melibatkan dokter/tenaga kesehatan lain, konselor, psikolog, tokoh masyarakat, pemuka agama atau pendamping lain sesuai kebutuhan termasuk kebutuhan Korban penyandang disabilitas. Pemulihan Korban dilakukan berdasarkan persetujuan Korban. Jika saksi pelapor mengalami stres traumatis sekunder (secondary traumatic stress), pemulihan dapat diberikan berdasarkan persetujuan saksi. Masa pemulihan Korban tidak mengurangi hak Korban dalam proses pembelajaran, hak kepegawaian, atau hak lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Jika Korban atau saksi berstatus sebagai masyarakat umum, Perguruan Tinggi dapat melakukan pendampingan, pelindungan, dan/atau pemulihan Korban atau saksi dengan mengikutsertakan dinas yang membidangi Penanganan Kekerasan Seksual atau lembaga penyedia layanan Penanganan Korban Kekerasan Seksual. Jika Korban atau saksi memiliki usia belum dewasa sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, Perguruan Tinggi dapat melakukan pendampingan, pelindungan, dan/atau pemulihan Korban atau saksi dengan mengikutsertakan lembaga yang membidangi pelindungan anak.

#### **G. Fenomena kekerasan seksual di area pendidikan Pada Pandemi COVID-19**

---

Pandemi Covid-19 mengakibatkan banyak kerugian dan dampak pada berbagai bidang, tidak hanya bidang kesehatan, namun juga pada bidang lainnya yang terkena dampak tersebut, seperti kehidupan masyarakat banyak, serta

kehidupan pribadi yang berkaitan dengan situasi social dan emosional. Pemerintah dengan cepat mengambil keputusan untuk menciptakan Physical Distancing. Sehingga Membuat masyarakat serta anak-anak melakukan segalah kegiatanya di rumah yang membutukan perhatian dan melibatkan peran orang tua. Penghasilan orang tua yang tidak sesuai dengan kebutuhan yang ada, ditambah lagi situasi pandemi membuat orang tua kadang emosi dan melampiaskan kepada anak selaku korban kekerasan baik psikis maupun fisik.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa bentuk-bentuk kekerasan yang terjadi pada anak di masa pandemi covid-19 ialah 1) kekerasan fisik, 2) kekerasan seksual dan 3) kekerasan sosial. Adapun penyebab sehingga terjadinya tindak kekerasan pada anak di masa pandemi covid-19 ialah, a) pemutusan hubungan kerja yang terjadi pada orang tua, b) orang tua yang menghendaki anaknya untuk membantu perekonomian keluarga diantaranya: 1) membantu berjualan, 2) mengurangi uang jajan, 3) memenuhi fasilitas belajar seperti, pulsa data, buku paket, dan copian tugas, c) pembelajaran jarak jauh, d) penggunaan aplikasi dewasa pada anak, e) adanya disharmoni dalam keluarga (Astuti et al., 2022).

#### **H. Peran Perawat dalam mencegah kekerasan seksual di area pendidikan**

---

Kekerasan terhadap perempuan merupakan masalah kesehatan dan sosial yang signifikan. Berapa pun usianya, perempuan secara konsisten lebih mungkin menjadi sasaran kekerasan fisik daripada laki-laki. Statistik mengungkapkan bahwa perempuan menjadi penerima kekerasan fisik dan seksual 10 kali lebih sering daripada laki-laki. Perawat maternitas telah memperluas peran mereka untuk mengidentifikasi dan menangani perempuan yang telah mengalami kekerasan fisik dan seksual. Akan tetapi, terlalu sedikit perhatian yang diberikan pada kontribusi penting yang dapat diberikan perawat dalam pencegahan kekerasan terhadap perempuan. Perawat yang peduli terhadap kesehatan wanita harus memasukkan cara untuk mencegah kejahatan ini ke dalam praktik mereka.

Pencegahan yang efektif memerlukan pemahaman tentang prevalensi dan keseriusan masalah, kesadaran akan kekuatan-kekuatan masyarakat yang mendorong dan mempertahankannya, dan penerapan prinsip-prinsip feminis untuk melawan kekuatan-kekuatan tersebut. Insiden pemerkosaan dan pemukulan dalam masyarakat kontemporer disorot, dan kekuatan-kekuatan masyarakat yang merendahkan derajat perempuan, ketidakadilan kekuasaan, dan perlakuan terhadap perempuan sebagai properti yang mempertahankan perilaku destruktif ini diuraikan.

Aksi Keperawatan untuk Mencegah Kekerasan terhadap Perempuan

Perawat harus menyadari luas dan seriusnya kekerasan terhadap perempuan, karena mereka memiliki posisi yang tepat untuk memainkan peran kunci dalam pencegahannya. Perawat adalah penyedia layanan kesehatan yang dihormati dan memiliki kewenangan berdasarkan keahlian mereka. Di antara tindakan yang diperlukan untuk melawan kekuatan masyarakat yang mendukung kekerasan terhadap perempuan adalah

### **1. Pemeriksaan sikap pribadi terhadap subjek**

Salah satu prinsip penting adalah penegasan kesetaraan gender, yang menganjurkan model kemitraan daripada model dominasi untuk interaksi manusia. Lebih jauh, kaum feminis menegaskan bahwa nilai seseorang bagi masyarakat harus ditentukan bukan oleh gender, tetapi oleh kemampuan untuk berkontribusi, yang secara langsung menentang pandangan patriarki bahwa kontribusi utama perempuan adalah melalui fungsi seksual dan reproduksi mereka. Prinsip ketiga feminism mengakui bahwa perempuan harus diberi kedaulatan yang sama atas tubuh mereka seperti halnya laki-laki. Pemahaman terhadap filsafat feminis akan memungkinkan praktisi untuk menilai bagaimana keyakinan ini diterapkan, atau tidak, dalam kehidupan dan praktik profesionalnya sendiri

Penelitian terkini yang membantah sikap patriarki tentang kekerasan terhadap perempuan juga bermanfaat. Dalam mempertimbangkan ajakan untuk memerkosa yang konon diberikan oleh perempuan, kepercayaan seseorang menjadi tegang oleh anggapan bahwa begitu banyak perempuan yang secara sukarela mencari rasa sakit dan degradasi seperti itu dan kemudian mengekspos diri mereka sendiri terhadap pengawasan publik dengan melaporkan kejadian tersebut. Yang juga membantah mitos ajakan tersebut adalah fakta bahwa pemerkosaan tidak jarang terjadi di antara orang tua dan penyandang cacat fisik. Mengetahui temuan empiris tentang pelecehan terhadap perempuan dan memahami filsafat feminis akan meningkatkan kepekaan praktisi terhadap ketidakadilan sosial yang memengaruhi klien. Tingkat kepekaan yang lebih tinggi ini merupakan prasyarat untuk mempertanyakan keyakinan yang sudah mapan.

### **2. Pemberdayaan perempuan melalui praktik keperawatan**

Perawat dapat secara sadar berpraktik dengan cara yang memberdayakan perempuan. Pemberdayaan merupakan elemen integral dari perawatan ketika pengalaman hidup perempuan dinilai sebagai landasan riwayat kesehatan dan ketika ia dipandang sebagai mitra aktif dalam perawatannya. Bahasa yang mencerminkan nilai-nilai ini sudah mapan bagi banyak perawat: "Anda adalah ahli tentang tubuh Anda sendiri" dan "Apa

saja yang telah Anda coba, dan bagaimana tubuh Anda merespons?" Perawatan keperawatan tersebut, yang didasarkan pada pengakuan yang konsisten atas kontribusi penting yang diberikan perempuan terhadap hasil kesehatan yang positif, juga berfungsi untuk menegaskan kompetensi dan kontribusi mereka terhadap masyarakat yang lebih luas.

Perawat dapat memberdayakan perempuan lebih jauh dengan meningkatkan kesadaran klien mereka. Salah satu strategi untuk mencapai hal ini adalah dengan menarik perhatian terbuka terhadap sikap seksis yang tertanam dalam masyarakat dengan memasang gambar iklan yang menyinggung di ruang tunggu. Gambar atau teks yang mengecilkan atau mengobjektifikasi perempuan dapat membantu merangsang kesadaran yang lebih besar ketika misrepresentasi disorot. Misalnya, kampanye Virginia Slims, "You've come a long way, Baby," menggunakan gambar pembebasan dan kesehatan, tetapi secara diam-diam berbicara tentang perempuan dan meremehkan hak-hak perempuan. Memasang iklan ini dengan komentar tambahan seperti "Jangan panggil aku 'Baby' kecuali kamu menjawab 'Sonny!' atau "Aku akan bermain tenis tanpa rokok, terima kasih!" adalah cara yang efektif untuk meningkatkan kesadaran. Di klinik berbasis sekolah, kontes dapat diadakan bagi siswa untuk menominasikan iklan yang seksis atau yang mempromosikan kekerasan.

Pemberdayaan juga terjadi ketika perawat mengakui kepemilikan wanita atas tubuhnya selama berbagai pemeriksaan fisik. Misalnya, apakah membantu atau melakukan pemeriksaan panggul, perawat dapat memperkenalkan aspek perawatan yang meningkatkan kendali wanita terhadap situasi tersebut. Lokasi meja pemeriksaan sehingga kepala wanita, bukan alat kelaminnya, yang terlihat saat ruangan dimasuki mengirimkan pesan penting tentang fokus sebenarnya dari lembaga tersebut. Kekuatan yang lebih besar dipertahankan ketika wanita memiliki kesempatan untuk berinteraksi terlebih dahulu dengan pemeriksanya saat tegak dan duduk. Dia kemudian dapat dibantu ke posisi litotomi. Selain itu, pemeriksaan tradisional Posisi litotomi dapat diubah dengan meninggikan kepala hingga 45 derajat tanpa mengganggu ketelitian pemeriksaan. Meninggikan kepala memungkinkan wanita melakukan kontak mata dan berkomunikasi selama pemeriksaan ginekologi dan memberinya kesempatan untuk menjadi peserta aktif. Menyediakan cermin tangan atau cermin dinding untuk digunakannya memberi tahu bahwa bagian tubuhnya tidak memalukan, tetapi layak mendapat perhatian dan pemahaman.

Bila seorang perempuan jelas tentang kepemilikan tubuhnya, maka ia berhak memutuskan bagaimana tubuhnya harus digunakan. Artinya, ia harus merasa bebas memilih untuk terlibat atau tidak terlibat dalam perilaku seksual. Kepemilikan tersebut juga menyiratkan hak untuk melindungi tubuhnya dari penyakit menular seksual atau kehamilan yang tidak diinginkan. Dalam kerangka ini, pemerkosaan saat kencan sama menjijikkannya dengan penyerangan oleh orang asing. Kedaulatan pribadi yang terkandung dalam kepemilikan tubuh seseorang memiliki implikasi terhadap kekerasan fisik. Perempuan yang percaya bahwa kepemilikan diri adalah hak mereka menyampaikan pesan yang kuat tentang keengganan mereka untuk menoleransi kekerasan. Pria dan wanita yang memahami prinsip ini mencari cara alternatif untuk menyelesaikan konflik.

### **3. pengembangan intervensi khusus lingkungan.**

sikap masyarakat yang berlaku yang mendukung kekerasan terhadap perempuan. Peluang ini akan bervariasi tergantung pada lokasi klinis dan klien. Misalnya, dokter yang bekerja dengan klien anak dapat mendorong orang tua untuk mempertanyakan praktik pengasuhan anak yang spesifik gender. Kelas pendidikan pengasuhan anak dapat memasukkan konten yang memungkinkan orang tua untuk memperluas pandangan mereka tentang perilaku yang dianggap dapat diterima atau "alami" bagi kedua jenis kelamin. Misalnya, menyediakan boneka untuk anak laki-laki memungkinkan mereka untuk mencontoh perilaku ayah yang mengasuh; membiarkan anak perempuan bermain dengan set bangunan memperluas tujuan pekerjaan perempuan.

Kedua jenis kelamin dapat dihadapkan pada proses tanpa kekerasan untuk menyelesaikan konflik, termasuk strategi yang memfasilitasi pengambilan sudut pandang orang lain. Upaya pencegahan sehubungan dengan kekerasan terhadap anak juga dapat menghasilkan keuntungan jangka panjang. Ketika anak-anak dibantu untuk menghormati dan merawat tubuh mereka sendiri, harapan pun terbentuk. Anak-anak belajar bahwa menghormati tubuh seseorang adalah hak dasar sepanjang hidup untuk diri sendiri dan juga hak yang harus diberikan kepada individu lain.

Perawat sekolah yang praktik di kalangan remaja berada dalam posisi yang sangat baik untuk memengaruhi faktor-faktor yang digunakan remaja untuk mendefinisikan citra diri yang positif. Penekanan yang diberikan masyarakat pada penampilan fisik sebagai standar pencapaian bagi anak perempuan dapat dipertanyakan. Daripada menerima standar kesempurnaan yang tidak realistik yang ditetapkan oleh media periklanan, semangat dan

daya tarik yang menyertai energi tinggi dari kesehatan yang baik dapat ditegaskan. Dalam hal yang sama, mentalitas pencapaian yang didasarkan pada produktivitas pribadi dan kekuatan karakter dapat didorong.

Anak laki-laki dan perempuan remaja harus diajak untuk mengkaji mitos-mitos yang berlaku umum mengenai maskulinitas. Misalnya, gagasan bahwa penggunaan kondom adalah pengorbanan yang tidak seharusnya dilakukan oleh laki-laki dapat diubah menjadi simbol kedewasaan dan kepedulian. Pesannya menjadi "Pria sejati tidak menularkan penyakit menular seksual atau kehamilan yang tidak diinginkan kepada wanita yang mereka cintai."

## I. Penutup

---

Masyarakat dapat berpartisipasi dalam Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan. Partisipasi Masyarakat dalam Pencegahan dan Penanganan Kekerasan diwujudkan dengan:

1. Menyebarluaskan materi atau informasi mengenai Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan
2. Turut serta dalam program atau kegiatan Pencegahan Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan
3. Melaporkan Kekerasan yang diketahui ke satuan pendidikan, TPPK, Satuan Tugas, atau pihak terkait lainnya;
4. Memantau penyelenggaraan Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan;
5. Mendukung pelaksanaan pemenuhan hak dan pelindungan bagi Korban, Saksi, dan Pelapor;
6. Mendukung pelaksanaan pelindungan bagi Terlapor berusia anak; dan
7. Bentuk partisipasi lain yang mendukung penyelenggaraan Pencegahan dan Penanganan Kekerasan di lingkungan satuan pendidikan

## Referensi

- Alpian, R. (2022). Perlindungan hukum bagi korban tindak pidana Kekerasan Seksual Di Perguruan Tinggi. *Lex Renaissance*, 7(1), 69–83.  
file:///C:/Users/Acer/Downloads/22029-Article Text-59154-64111-10-20220308-1.pdf
- Anwar, F., Österman, K., & Björkqvist, K. (2019). Three types of sexual harassment of females in public places in Pakistan. *Journal of Contemporary Medicine*, 9(1), 65–73. <https://doi.org/10.16899/gopctd.468324>
- Ardi, N. M. S., & Muis, T. (2014). Perilaku Seksual Remaja Mahasiswa Fakultas Bahasa Dan Seni Universitas Negeri Surabaya. *Jurnal Bk*, 4(03), 650–657.  
<https://ejournal.unesa.ac.id/index.php/jurnal-bk-unesa/article/view/8768>
- Astuti, N. D., Jumail, & Pelupessy, M. K. R. (2022). *Kekerasan Pada Anak di Masa Pandemi Covid-19 (Studi Kasus di Yayasan Lingkar Pemberdayaan Perempuan dan Anak (LAPPAN) Kota Ambon)*. INSTITUT AGAMA ISLAM NEGERI.
- Calogero, R. M., Tylka, T. L., Siegel, J. A., Pina, A., & Roberts, T.-A. (2021). Smile pretty and watch your back: Personal safety anxiety and vigilance in objectification theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 121(6), 1195–1222. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/pspi0000344>
- Contreras-Merino, A. M., Farhane-Medina, N. Z., & Castillo-Mayén, R. (2024). Unmasking Street Harassment in Spain: Prevalence, Psychological Impact, and the Role of Sexism in Women's Experiences. *Sex Roles*, 90(9), 1136–1153. <https://doi.org/10.1007/s11199-024-01500-2>
- DelGreco, M., & Christensen, J. (2020). Effects of Street Harassment on Anxiety, Depression, and Sleep Quality of College Women. *Sex Roles*, 82(7–8), 473–481. <https://doi.org/10.1007/s11199-019-01064-6>
- Hanifah, S. A., & Farida, A. R. (2018). Wacana Kekerasan Seksual di Dunia Akademik pada Media Online. In *Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta*. <http://www.fao.org/3/I8739EN/i8739en.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2017.01.003%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.10.007%0Ahttps://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2016.1224023%0Ahttp://pjj.sagepub.com/lookup/doi/10>
- PERATURAN MENTERI PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET, DAN TEKNOLOGI REPUBLIK INDONESIA NOMOR 30 TAHUN 2021 TENTANG PENCEGAHAN DAN PENANGANAN KEKERASAN SEKSUAL DI LINGKUNGAN PERGURUAN TINGGI, (2021).
- PERATURAN MENTERI PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET, DAN TEKNOLOGI REPUBLIK INDONESIA NOMOR 46 TAHUN 2023 TENTANG PENCEGAHAN

DAN PENANGANAN KEKERASAN DI LINGKUNGAN SATUAN PENDIDIKAN, kementerian Pendidikan Kebudayaan Riset dan Teknologi RI (2023).

KOMNAS PEREMPUAN. (2021). *CATATAN TAHUNAN TENTANG KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN 2020: Perempuan Dalam Himpitan Pandemi: Lonjakan Kekerasan Seksual, Kekerasan Siber, Perkawinan Anak dan Keterbatasan Penanganan di Tengah COVID-19* (D. A. K. Sari, R. M. Hutabarat, & S. A. Tardi (eds.); 1st ed.).

KOMNAS PEREMPUAN. (2022). BAYANG-BAYANG STAGNANSI: DAYA PENCEGAHAN DAN PENANGANAN BERBANDING PENINGKATAN JUMLAH, RAGAM DAN KOMPLEKSITAS KEKERASAN BERBASIS GENDER TERHADAP PEREMPUAN CATAHU 2022 : CATATAN TAHUNAN KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN TAHUN 2021. In *KOMISI NASIONAL ANTI KEKERASAN TERHADAP PEREMPUAN*.

Martha, A. E. (2003). *Perempuan Kekerasan dan Hukum*. UII Press.

Noer, K. U., Hendrastiti, T. K., Nurtjahyo, L. I., & Damaiyanti, V. P. (2022). *Membongkar Kekerasan Seksual di Pendidikan Tinggi: Pemikiran Awal*. Yayasan Pustaka Obor Indonesia.

<https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=EDqdEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=pemahaman+mahasiswa+tentang+kekerasan+seksual&ots=dKUu9fOV0j&sig=HP4sd2xOEmLqonKTB1k5e30CwLI>

Octaviani, F., & Nurwati, N. (2021). Analisis Faktor Dan Dampak Kekerasan Seksual Pada Anak. *Jurnal Ilmu Kesejahteraan Sosial HUMANITAS*, 3(II), 56–60.  
<https://doi.org/10.23969/humanitas.v3ii.4118>

Sopyandi, S., & Sujarwo, S. (2023). Kekerasan Seksual di Lingkungan Pendidikan dan Pencegahannya. *Journal Pendidikan Ilmu Pengetahuan Sosial*, 15(1), 19–25.  
<https://doi.org/10.37304/jpips.v15i1.9448>

Triwati, A., & Aryaputra, M. I. (2022). Kebijakan Hak Perempuan Korban Kekerasan Seksual Di Lembaga Pendidikan. *Humani (Hukum Dan Masyarakat Madani)*, 12(2), 380–389.

Wies, J. R. (2015). The Anthropology of Sexual Violence. *Human Organization*, 74(3), 276–286. <https://cdn.atixa.org/website-media/atixa.org/wp-content/uploads/2015/08/12193649/T9.HumanOrgainzation.Journal.pdf>

## **Glosarium**

### **J**

JPU = jaksa penuntut umum

---

### **K**

KDP = kekerasan dalam pendidikan

KSBG = kekerasan seksual berbasis gender

---

### **P**

PKL = praktik kerja lapangan

---

### **S**

SMK = sekolah menengah kejuruan

---

### **T**

TPPK = Tim Pencegahan dan Penanganan Kekerasan



## PROFIL PENULIS



**Hetti Marlina Pakpahan, SKM., S.Kep., Ns., M.kep.**, Riwayat Pendidikan : Menyelesaikan Pendidikan D-III Keperawatan di Fakultas Non Gelar Kesehatan Universitas Darma Agung Lulus tahun 1988 Melanjutkan Kuliah S1 Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Sumatera Utara lulus Tahun. Mengikuti Pendidikan Bidan Program B di Akademi Keperawatan Wijaya Kusuma Lulus tahun 1996. Melanjutkan Pendidikan S1 Keperawatan di Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Darma Agung lulus Tahun 2009. Melanjutkan Pendidikan Profesi Ners di STIKES Sumatera Utara Lulus Tahun 2012. Melanjutkan Pendidikan S2 Keperawatan Universitas Sumatera Utara Lulus Tahun 2014. Sejak tahun 1996 penulis bekerja sebagai Perawat di RSU Herna Medan sampai tahun 2001. Dan Tahun 2001 sd sekarang menjadi Dosen Profesional di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Darma Agung. Penulis memiliki Kepakaran dalam di Bidang Maternitas dan Manajemen keperawatan. Aktif dalam melakukan Penelitian yang dipublikasikan secara nasional. Penulis juga aktif dalam menulis buku. Penulis dapat dihubungi melalui E- mail: hettiskepns@yahoo.co.id Pesan untuk membaca :" Gunakan waktu untuk Berkarya"



**Winda Nurmayani M.,S.Kep.,Ners.,MPH.**, Lahir di Praya 1 Juli 1981. Lulus D3 Keperawatan tahun 2003 di Poltekkes Kemenkes Mataram, Melanjutkan pendidikan S1 keperawatan di Stikes Muhammadyah Gombong dan lulus tahun 2007, menyelesaikan pendidikan Profesi Ners tahun 2008, dan Program Pasca Sarjana tahun 2014 di Universitas Gadjah Mada. Diangkat sebagai Dosen Di Stikes Yarsi Mataram pada tahun 2004 dan sampai sekarang masih aktif sebagai dosen di Inkes Yarsi Mataram yang sudah terjadi perubahan status. Mata Kuliah yg diampunya antara lain : Keperawatan Maternitas 1&2, Sistem Reproduksi, Ilmu keperawatan Dasar, Konsep dasar Keperawatan dan Promosi kesehatan. Aktif dalam organisasi Profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Email Penulis : nurmayani.winda81@gmail.com

## **PROFIL PENULIS**



**Fathiya Luthfil Yumni, S. Kep., Ns., M. Kep.**, lahir di Bojonegoro, 15 Oktober 1986. Lulus Sarjana Ilmu Keperawatan 2009 dan Profesi Ners Universitas Airlangga Surabaya tahun 2010. Selanjutnya pada tahun 2012 melanjutkan Program Magister Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2014. Pada tahun 2015 sampai sekarang menjadi tenaga pendidik di Universitas Muhammadiyah Surabaya, tahun 2016-2021 menjabat Gugus kendali Mutu Prodi Studi S1 Keperawatan dan profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya., tahun 2021 sampai saat ini menjabat sebagai Kepala Departemen Keperawatan Maternitas dan Keperawatan Anak Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya.

Buku yang pernah diterbitkan oleh penulis berjudul Buku Ajar Farmakologi (2023), Buku Panduan/Petunjuk : Cara Pembuatan Tepung Pisang Sebagai Terapi Diet Anak Autis (2023), Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana (2022), Buku Ajar Keperawatan Maternitas (2022), Buku Ajar Farmakologi (2022), Buku Ajar Farmakologi (2023), Buku Ajar Anatomi Fisiologi (2022), Buku Ajar Keperawatan Maternitas (2023). Selain itu juga penulis telah menulis buku kolaborasi dan menulis artikel di jurnal nasional maupun internasional.

E-mail: [fathiya@i2dot.net](mailto:fathiya@i2dot.net)



**Ns. Yuni Puji Widiastuti, S.Kep., M.Kep.** Lahir di Kendal, 28 Juni 1978. Telah selesai menempuh pendidikan Diploma tiga Keperawatan di Akper Depkes Semarang pada tahun 1998, Program Studi Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Madha tahun 2003 dan program Magister Keperawatan Maternitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 2012. Pendidikan non formal yang telah diikuti Penulis seperti pelatihan TOT Keperawatan Holistik, Pelatihan Hypnotherapy, pelatihan Akupresur, Pelatihan Bekam serta pelatihan terapi refleksi, Pelatihan APN, Pelatihan Penulisan Artikel Ilmiah dan Book Chapter. Sejak tahun 2004 sampai sekarang aktif mengajar di STIKES Kendal dengan mata ajar utama Keperawatan Maternitas. Penulis aktif dalam aktif beberapa kegiatan ilmiah baik sekala nasional maupun internasional sebagai narasumber maupun peserta. Selain itu Penulis juga aktif dalam organisasi profesi yaitu sebagai wakil ketua bidang penelitian, informasi dan komunikasi, dan ketua bidang pelayanan IPEMI Jateng. Adapun alamat e-mail: [ypw.whiterose@gmail.com](mailto:ypw.whiterose@gmail.com).

**Motto:** "Berupaya untuk selalu melakukan yang terbaik."

## PROFIL PENULIS



**Selli Dosriani Sitopu, S.Kep. ,Ns. ,SKM., M.Kes.**, lahir di Merek Raya pada tanggal 6 Desember 1968, bertempat tinggal di Jalan Nusa Indah Raya No 10 Helvetia Medan. Sudah menikah dan mempunyai seorang Puteri. Pada tahun 1990 tamat dari Program Diploma III Keperawatan Fakultas Non Gelar Kesehatan Universitas Darma Agung Medan, pada tahun 1995 tamat dari Program Pendidikan Bidan (B) di Akademi Keperawatan (Program Keguruan) Wijayakusuma Jakarta, pada tahun 1997 tamat Program Pendidikan Akta Mengajar IV di IKIP Padang, pada tahun 2004 tamat dari Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara Medan, tahun 2008 melanjutkan pendidikan di Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Studi Administrasi Kesehatan Komunitas/Epidemiologi. Tahun 2015 menyelesaikan program Pendidikan Ners di Universitas Darma Agung. Penulis bekerja di Rumah Sakit Umum Herna Medan tahun 1990 sampai dengan tahun 1994. Tahun 1996 sampai dengan sekarang sebagai staf pengajar di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Darma Agung Medan dan tahun 2012 Lulus Sertifikasi Dosen. Penulis aktif dalam kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi. Bidang Pendidikan mengasuh mata Kuliah Keperawatan Maternitas, Keperawatan Komunitas. Bidang Penelitian menulis Jurnal Universitas Darma Agung, Jurnal Nasional dan Jurnal Internasional. Penulis tetap bersemangat untuk menghasilkan karya yang dapat bermanfaat bagi dunia keperawatan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: [sitopuseselli@gmail.com](mailto:sitopuseselli@gmail.com)  
Motto: "Living your life well" (**opsional jika ingin ditambahkan**)



**Ns. Jum Natosba, M.Kep., Sp.Kep.Mat.**, Penulis lahir di Pemulutan, 20 Juli 1984. Salah satu dosen keperawatan maternitas di Universitas Sriwijaya sejak tahun 2009 hingga sekarang. Menyelesaikan S1 dan ners di Universitas Sriwijaya dan progam Megister Serta Spesialis Keperawatan Maternitas di Universitas Indonesia. Beragam penelitian dan pengabdian di bidang keperawatan maternitas khususnya tentang kanker gynecology dan kesehatan reproduksi yang telah dilakukan. Selain itu sudah menghasilkan lebih dari lima HKI yang berkaitan dengan bidang fokus penelitian. Penulis merupakan pengurus DPW PPNI sumatera selatan dan IPEMI sumatera selatan. Prestasi yang pernah diraih oleh penulis adalah perawat berprestasi bidang Pendidikan sumatera selatan. Buku yang pernah diselesaikan oleh penulis adalah Asuhan Keperawatan Maternitas Diagnosis NANDA-1, Hasil NOC, Tindakan NIC: Komplikasi Persalinan: BAB 7. Rencana Asuhan Kehamilan Multiple Email Penulis: [natosba@fk.unsri.ac.id](mailto:natosba@fk.unsri.ac.id) "Hatimu diciptakan untuk beribadah, khusnudzon dan Bahagia. Jangan izinkan orang yang membecimu untuk datang memenuhi fikiran dan hatimu yang malah memperlambat kemajuan dirimu"

## SInopsis

Buku **Keperawatan Maternitas : Seksual Wanita dan Kesehatan Bayi : Masalah, dampak dan penggunaan Alat Kontrasepsi** merupakan buku yang ditulis berdasarkan hasil penelitian. Buku ini penting karena berisi tentang masalah-masalah yang timbul pada seksual khusus wanita, dampak yang dialami ketika wanita mengalami kekerasan seksual, disamping itu juga ditemukan tentang masalah kesehatan bayi yang mengalami stunting, dan bagaimana Air Susu Ibu (ASI) Ekslusif memberikan dampak bagi kesehatan bayi khususnya pertumbuhan dan peningkatan berat badan bayi.

Buku ini menjadi sangat penting bagi mahasiswa dan pembaca, khususnya kaum wanita, dimana buku ini merupakan hasil penelitian dari tim dosen yang kompeten dalam bidang Keperawatan maternitas, dan dapat menjadi rujukan atau referensi bagi mahasiswa dan dosen yang bersangkutan. Selain itu dapat memberikan pemahaman yang baik tentang seksualitas wanita, masalah, dampak dan penggunaan kontrasepsi. Pengetahuan tentang ASI Ekslusif dan manfaatnya bagi tumbuh kembang bayi, menjadi hal yang penting ibu untuk tetap menyusui bayinya secara Ekslusif.

Semoga buku ini dapat bermanfaat dan memperkaya khasanah pengetahuan bagi mahasiswa, dosen khususnya pembaca wanita.

Buku Keperawatan Maternitas : Seksual Wanita dan Kesehatan Bayi : Masalah, dampak dan penggunaan Alat Kontrasepsi merupakan buku yang ditulis berdasarkan hasil penelitian. Buku ini penting karena berisi tentang masalah-masalah yang timbul pada seksual khusus wanita, dampak yang dialami ketika wanita mengalami kekerasan seksual, disamping itu juga ditemukan tentang masalah kesehatan bayi yang mengalami stunting, dan bagaimana Air Susu Ibu (ASI) Ekslusif memberikan dampak bagi kesehatan bayi khususnya pertumbuhan dan peningkatan berat badan bayi.

Buku ini menjadi sangat penting bagi mahasiswa dan pembaca, khususnya kaum wanita, dimana buku ini merupakan hasil penelitian dari tim dosen yang kompeten dalam bidang Keperawatan maternitas, dan dapat menjadi rujukan atau referensi bagi mahasiswa dan dosen yang bersangkutan. Selain itu dapat memberikan pemahaman yang baik tentang seksualitas wanita, masalah, dampak dan penggunaan kontrasepsi. Pengetahuan tentang ASI Ekslusif dan manfaatnya bagi tumbuh kembang bayi, menjadi hal yang penting ibu untuk tetap menyusui bayinya secara Ekslusif.

Semoga buku ini dapat bermanfaat dan memperkaya khasanah pengetahuan bagi mahasiswa, dosen khususnya pembaca wanita.

ISBN 978-634-7097-02-6



9 786347 097026

Penerbit :  
**PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal)**  
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F  
Jalan S. Parman Kav. 22-24  
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah  
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480  
Telp: (021) 29866919