

Bunga Rampai

EVIDENCE-BASED PRACTICE ON REPRODUCTIVE HEALTH: UPAYA OPTIMALISASI KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN

Alyxia Gita Stellata • Ade Zayu Cempaka Sari • Subriah • Jum Natosba
Farida Utaminingtyas • Yuyun Setyorini

Editor: Eviyati Aini Muriana



BUNGA RAMPAI

EVIDENCE-BASED PRACTICE ON REPRODUCTIVE HEALTH:

UPAYA OPTIMALISASI KESEHATAN REPRODUKSI

PEREMPUAN

Penulis:

Alyxia Gita Stellata, S.Tr.Keb., M.Keb.
Ade Zayu Cempaka Sari, SST., M.Keb.
Subriah, S.ST., M.Kes.
Ns. Jum Natosba, M.Kep., Sp.Kep.Mat.
Farida Utaminingsyias, S.ST., M.Keb.
Yuyun Setyorini, S.Kp., Ners., M.Kep.

Editor:

Eviyati Aini Muriana, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb.



BUNGA RAMPAI
EVIDENCE-BASED PRACTICE ON REPRODUCTIVE HEALTH:
UPAYA OPTIMALISASI KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN

Penulis:

Alyxia Gita Stellata, S.Tr.Keb., M.Keb.
Ade Zayu Cempaka Sari, SST., M.Keb.
Subriah, S.ST., M.Kes.
Ns. Jum Natosba, M.Kep., Sp.Kep.Mat.
Farida Utaminingtyas, S.ST., M.Keb.
Yuyun Setyorini, S.Kp., Ners., M.Kep.

Editor: Eviyati Aini Muriana, S.Tr.Keb., M.Tr.Keb.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Achmad Faisal

ISBN: 978-623-8549-65-8

Cetakan Pertama: September, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT 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

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji Syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT karena berkat Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga dapat diselesaikan buku "Bunga Rampai: *Evidence-Based Practice on Reproductive Health*: Upaya Optimalisasi Kesehatan Reproduksi Perempuan" ini dengan hasil yang memuaskan dan tepat waktu. Buku ini sejatinya menjadi salah satu ikhtiar kami selaku penulis dalam pengamalan ilmu yang kami miliki. Meskipun dengan tugas dan kewajiban lain penulis mampu menyelesaikan buku ini dan mengupayakan buku ini dapat diterbitkan untuk memberikan keberkahan kepada kita semua. Penulis benar-benar merasa tertantang untuk mewujudkan naskah buku ini sebagai bagian dalam upaya peningkatan keilmuan dalam bentuk literasi digital. Buku ini ditulis berdasarkan kompetensi keilmuan tiap penulis dengan harapan dapat menjadi motivasi yang mampu diterapkan dalam pelayanan kesehatan oleh para profesional.

Penerapan *evidence-based practice* sangat penting untuk meningkatkan perawatan kesehatan yang berkualitas, pengembangan profesionalisme, dan layanan kesehatan yang terjangkau. Implementasi *evidence-based practice* (IEBP) didefinisikan sebagai penggunaan bukti terbaik yang tersedia, terkini, valid, dan relevan seperti penelitian, pengalaman kerja, dan pedoman standar yang diperbarui dalam praktik pengambilan keputusan klinis. Salah satu aspek penting dalam kesehatan esensial adalah kesehatan reproduksi perempuan. Sehingga melalui penulisan buku ini, dapat menggambarkan peranan tenaga kesehatan dalam upaya optimalisasi kualitas hidup perempuan melalui penerapan *evidence-based practice on reproductive health*.

Berdasarkan hal tersebut, penulis berusaha menulis buku ini dengan memuat konsep dan urairan proses terkait dengan promosi kesehatan dan konseling. Terselesaikannya buku ini juga tidak terlepas dari bantuan beberapa pihak. Karena itu, penulis menyampaikan rasa terima kasih kepada pihak Optimal yang telah berupaya memfasilitasi penulis. Meskipun telah berusaha untuk meminimalisir kesalahan, penulis menyadari bahwa buku ini masih mempunyai kelemahan sebagai kekurangannya terutamadengan perkembangan ilmu pengetahuan yang pesat. Karena itu, penulis berharap agar pembaca berkenan menyampaikan kritikan. Dengan segala pengharapan dan keterbukaan, penulis menyampaikan rasa terima kasih. Secara khusus, penulis berharap semoga buku ini dapat menginspirasi generasi bangsa ini agar menjadi generasi yang cerdas dan berkarya. Jadilah generasi yang bermartabat, inovatif, namun tetap berbudaya.

Jakarta, 13 Agustus 2024
Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv

BAB I: MASALAH UMUM KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN DI INDONESIA 1

Alyxia Gita Stellata, S.Tr.Keb., M.Keb.

A. Pendahuluan/Prolog	1
B. Konsep Kesehatan Reproduksi.....	2
1. Pengertian Kesehatan Reproduksi.....	2
2. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi	2
3. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kesehatan Reproduksi.....	3
4. Hak-Hak Kesehatan Reproduksi.....	3
C. Masalah Kesehatan Reproduksi.....	5
1. Infertilitas	7
2. Penyakit Menular Seksual	10
3. HIV/AIDS	12
4. Gonorheaa (GO)	14
5. Sifilis (Raja Singa).....	15
6. Herpes Genitalis.....	15
7. Trichomoniasis Vaginitis	16
8. Chandroid	16
9. Klamidia	17
10. Kondiloma Akuminata.....	17
11. Gangguan Haid	17
D. Simpulan	19
E. Referensi.....	20

BAB II: KEBIJAKAN PEMERINTAH SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN KUALITAS HIDUP PEREMPUAN DALAM ASPEK KESEHATAN REPRODUKSI 21

Ade Zayu Cempaka Sari, SST., M.Keb.

A. Pendahuluan/Prolog	21
-----------------------------	----

B. Kebijakan Pemerintah sebagai Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Perempuan dalam Aspek Kesehatan Reproduksi.....	23
1. Peraturan Perundang-Undangan.....	23
2. Instrumen Internasional.....	30
3. Kebijakan Nasional	30
C. Simpulan	34
D. Referensi.....	35

BAB III: EVIDENCE-BASED PRACTICE DALAM PENYELESAIAN

MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA AKHIR 37

Subriah, S.ST., M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog	37
B. Masalah-Masalah Kesehatan pada Reproduksi Remaja Akhir	39
1. Kehamilan Remaja.....	39
2. Penyakit Menular Seksual	41
C. Empat Pilar Penting dalam Upaya Pengendalian IMS	42
1. Perubahan Perilaku Berisiko Menjadi Tidak Berisiko	42
2. Promosi Penggunaan Kondom Secara Terus-Menerus	42
3. Keterlibatan Sektor Terkait untuk Menciptakan Lingkungan yang Kondusif	43
4. Layanan IMS (dan HIV/AIDS) yang Memadai	43
5. Kesehatan Mental.....	43
6. Fase Perkembangan Psikososial.....	44
D. Simpulan	46
E. Referensi.....	47

BAB IV: EVIDENCE-BASED PRACTICE DALAM PENYELESAIAN

MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI WANITA USIA SUBUR..... 49

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

A. Pendahuluan/Prolog	49
B. WUS dengan Kehamilan Usia Remaja.....	50
C. Program Kontrasepsi.....	62
D. Hambatan dalam Mengakses Pelayanan Kesehatan.....	65
E. Simpulan	72
F. Referensi.....	72

**BAB V: EVIDENCE-BASED PRACTICE DALAM PENYELESAIAN
MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI PERIMENOPAUSE..... 77**

Farida Utaminingsyah, S.ST., M.Keb.

A. Pendahuluan/Prolog	77
B. Permasalahan Perimenopause	78
1. <i>Hot flushes</i> (gejolak rasa panas) <i>and Night Sweat</i> (berkeringat di malam hari)	78
2. Siklus Haid yang Tidak Teratur	83
3. <i>Dryness Vaginal</i> (Kekeringan pada vagina)	84
4. <i>Insomnia</i> (Susah Tidur).....	86
5. Depresi (Rasa Cemas)	88
C. Simpulan	89
D. Referensi.....	90

**BAB VI: UPAYA PROMOTIF TENAGA KESEHATAN DAN TENAGA
MEDIS DALAM PENCEGAHAN MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI
PEREMPUAN..... 93**

Yuyun Setyorini, S.Kp., Ners., M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog	93
B. Kesehatan Reproduksi	94
C. Masalah Kesehatan Reproduksi.....	95
D. Dampak Masalah Kesehatan Reproduksi Terhadap Kualitas Hidup	97
E. Teori dan Model Promosi Kesehatan	98
1. Model <i>Trans Theoretical (Stages of Change)</i>	99
2. <i>Health Belief Model</i> (Model Keyakinan Kesehatan)	100
3. Model PRECEDE-PROCEED.....	102
F. Peran Tenaga Kesehatan dalam Promosi Kesehatan Reproduksi Perempuan	104
1. Edukasi dan Penyuluhan Kesehatan	104
2. Pencegahan dan Deteksi Dini	105
3. Pemberdayaan dan Dukungan	105
4. <i>Advocacy and Policy Development</i>	105
5. Strategi Promosi Kesehatan Reproduksi Perempuan.....	106
6. Edukasi dan Penyuluhan.....	106
7. Peningkatan Akses Layanan Kesehatan	106

8.	Pendekatan Berbasis Komunitas	106
9.	Penggunaan Teknologi.....	107
10.	Advokasi dan Pengembangan Kebijakan	107
G.	Informasi Terkini dan <i>Best Practices</i> dalam Promosi Kesehatan Reproduksi Perempuan.....	107
1.	Teknologi dalam Kesehatan Reproduksi	108
2.	Pendekatan Baru dalam Edukasi dan Pencegahan.....	108
3.	Best Practices di Indonesia	109
H.	Simpulan	110
I.	Referensi.....	111
PROFIL PENULIS.....		113

BAB I

MASALAH UMUM KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN DI INDONESIA

Alyxia Gita Stellata, S.Tr.Keb., M.Keb.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan reproduksi perempuan menjadi perhatian penting bagi perempuan Indonesia dan memerlukan perhatian yang cermat. Kesehatan reproduksi bukan hanya persoalan seksual saja, namun juga kesehatan perempuan, aksesibilitas terhadap layanan medis, dan akses terhadap layanan medis yang berkualitas. Permasalahan kesehatan reproduksi tidak bisa dihindari, dan permasalahan reproduksi tidak dapat dipisahkan dari kehidupan seksual dan tubuh manusia sehingga menimbulkan permasalahan kesehatan biologis bagi perempuan. Kesehatan reproduksi juga berkaitan dengan permasalahan non-biologis seperti terpenuhinya hak-hak reproduksi perempuan, rendahnya kapasitas perempuan dalam mengambil keputusan reproduksi, serta sikap dan perilaku dalam lingkungan yang cenderung berpihak pada laki-laki. Permasalahan gender erat kaitannya dengan kesehatan reproduksi perempuan. Perempuan yang menderita penyakit reproduksi seringkali menjadi korban kekerasan fisik dan seksual, serta diskriminasi. Perspektif gender relevan dengan kesehatan reproduksi perempuan. Perempuan berada pada posisi yang sangat dirugikan karena sulitnya mengakses dukungan dan rendahnya tingkat keterlibatan dalam kesehatan reproduksi perempuan. Oleh karena itu, penting untuk mengetahui tentang konsep kesehatan reproduksi dan berbagai permasalahan kesehatan reproduksi yang terjadi khususnya pada wanita.

B. Konsep Kesehatan Reproduksi

1. Pengertian Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat jasmani, rohani, dan sosial, tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, pekerjaan, dan proses reproduksi (Peraturan Pemerintah RI Nomor 61 Tahun 2014, 2014). Kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat jasmani, rohani, dan sosial secara utuh. Tidak lepas dari terbebasnya penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya. Kesehatan reproduksi menurut WHO adalah keadaan utuh jasmani, rohani, dan sosial, tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya (Priyanti & Syalfina, 2017). Kesehatan reproduksi adalah keadaan seseorang yang sehat secara fisik, mental, dan sosial. berhubungan secara mental dan sosial dengan sistem, aktivitas dan proses reproduksi. Reproduksi merupakan mekanisme dasar pertahanan diri yang digunakan semua makhluk hidup untuk nenek moyangnya guna menghasilkan generasi berikutnya. Secara alternatif, reproduksi dapat diartikan sebagai proses penciptaan manusia untuk menghasilkan manusia baru (Astuti et al., 2023). Upaya kesehatan reproduksi bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan sistem, fungsi dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan meliputi masa prakelahiran, kehamilan, persalinan dan nifas; manajemen kehamilan, layanan kontrasepsi, dan kesehatan seksual; dan kesehatan sistem reproduksi (UU Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023, 2023). Menjamin kesehatan ibu pada hari melahirkan sehingga dapat melahirkan anak yang sehat dan unggul serta menurunkan angka kematian ibu. kami menjamin terwujudnya hak kesehatan reproduksi setiap orang melalui pelayanan kesehatan yang bermutu, aman dan bertanggung jawab (Peraturan Pemerintah RI Nomor 61 Tahun 2014, 2014).

2. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

- a. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir.
- b. Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi termasuk PMS-HIV/AIDS.
- c. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi.
- d. Kesehatan reproduksi remaja.
- e. Pencegahan dan penanganan infertile.

- f. Kanker pada usia lanjut.
- g. Berbagai aspek kesehatan reproduksi lain, misalnya kanker servik, mutilasi genital, fistula, dll.

3. Faktor-Faktor yang Memengaruhi Kesehatan Reproduksi

Secara garis besar dapat dikelompokkan empat golongan faktor yang dapat berdampak buruk bagi kesehatan reproduksi.

- a. Faktor sosial ekonomi dan kemanusiaan (terutama kemiskinan, rendahnya tingkat pendidikan, dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, serta pemukiman terpencil).
- b. Faktor budaya dan lingkungan (misalnya praktik budaya yang berdampak negatif terhadap kesehatan reproduksi, keyakinan bahwa lebih banyak anak akan lebih bermanfaat, pengetahuan tentang pekerjaan reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena dikritik, dll).
- c. Faktor psikologis (dampak konflik orang tua terhadap remaja, stres akibat ketidakseimbangan hormonal, pemahaman perempuan tentang kesombongan hingga laki-laki yang membeli kebebasannya secara materi, dll).
- d. Penyebab biologis (cacat sejak lahir, kelemahan sistem reproduksi pasca penyakit menular seksual, dll) (Priyanti & Syalfina, 2017)

4. Hak-Hak Kesehatan Reproduksi

Hak Kesehatan Reproduksi ICPD CAIRO 1994

- a. Faktor sosial ekonomi dan kemanusiaan (terutama kemiskinan, rendahnya tingkat pendidikan, dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, serta pemukiman terpencil).
- b. Faktor budaya dan lingkungan (misalnya praktik budaya yang berdampak negatif terhadap kesehatan reproduksi, keyakinan bahwa lebih banyak anak akan lebih bermanfaat, pengetahuan tentang pekerjaan reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena dikritik, dll).
- c. Faktor psikologis (dampak konflik orang tua terhadap remaja, stres akibat ketidakseimbangan hormonal, pemahaman perempuan tentang kesombongan hingga laki-laki yang membeli kebebasannya secara materi, dll).

- d. Penyebab biologis (cacat sejak lahir, kelemahan sistem reproduksi pasca penyakit menular seksual, dll) (Priyanti & Syalfina, 2017)

Diatas telah dijelaskan hak-hak reproduksi menurut ICPD tahun 1994, sedangkan hak-hak Kesehatan Reproduksi Menurut Departemen Kesehatan RI 2002, hak kesehatan reproduksi dapat didefinisikan secara spesifik, antara lain:

- 1) Setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu. Artinya penyedia layanan harus memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dengan memperhatikan kebutuhan klien, sehingga menjamin keselamatan dan keamanan klien.
- 2) Setiap orang, baik perempuan maupun laki-laki (berpasangan atau perseorangan) berhak memperoleh informasi yang lengkap mengenai jenis kelamin, sifat dan manfaat serta efek samping obat, alat kesehatan dan tata cara yang digunakan untuk pelayanan dan/atau mengatasi kesulitan kesehatan reproduksi.
- 3) Setiap orang berhak memperoleh akses terhadap pemberian pelayanan keluarga yang efektif, benar, dapat diterima, dan diinginkan, tanpa adanya pelecehan yang tidak melanggar hukum.
- 4) Setiap perempuan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukannya, yang menjadikan dirinya sehat, sehat selama mengandung, melahirkan, dan melahirkan.
- 5) Setiap anggota pasangan berhak menjalin hubungan berdasarkan rasa hormat.
- 6) Bagi masing-masing pasangan dan anda melakukannya dalam kondisi dan kondisi yang anda inginkan satu sama lain tanpa adanya unsur paksaan, ancaman dan kekerasan.
- 7) Setiap remaja, baik laki-laki maupun perempuan, berhak memperoleh informasi yang akurat dan benar tentang alam, agar dapat berperilaku sehat dan benar dalam kehidupan seksual.
- 8) Setiap laki-laki dan perempuan berhak mengakses informasi yang sederhana, lengkap dan akurat mengenai penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS.
- 9) Pemerintah, organisasi relawan dan masyarakat harus mengambil langkah-langkah yang tepat untuk memastikan bahwa semua pasangan dan individu yang mencari layanan kesehatan reproduksi dan seksual

terpenuhi.

- 10) Undang-undang dan kebijakan harus dibuat dan diterapkan untuk mencegah diskriminasi, pemaksaan dan kekerasan terkait dengan masalah kualitas dan reproduksi.
- 11) Perempuan dan laki-laki harus bekerja sama untuk mewujudkan hak-hak mereka, mendorong pemerintah untuk melindungi hak-hak tersebut dan membangun dukungan terhadap hak-hak tersebut melalui pendidikan dan advokasi (Prijatni & Rahayu, 2016).

C. Masalah Kesehatan Reproduksi

Ibu yang sehat berperan penting dalam membangun landasan kesehatan generasi mendatang. Selain menjadi kunci untuk mencapai tujuan kesehatan ibu secara individu, ibu yang sehat berkontribusi terhadap kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Ibu yang menerima layanan kesehatan yang memadai selama masa reproduksinya mempunyai peluang lebih besar untuk melahirkan bayi yang sehat, mengurangi risiko kematian bayi, dan meningkatkan kelangsungan hidup dan perkembangan anak. Dalam Rencana Pembangunan Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024, kesehatan ibu merupakan strategi kebijakan utama untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak. Pentingnya kesehatan ibu juga berkaitan dengan pengembangan karir. Ibu yang sehat mempunyai kemampuan untuk berkontribusi lebih banyak kepada keluarga dan masyarakat. Kesehatan ibu yang baik menciptakan lingkungan yang mendukung tumbuh kembang anak dan meningkatkan potensi generasi penerus. Oleh karena itu, kebijakan dan program yang mendukung pelayanan kesehatan ibu, program Pencegahan Penyakit dan kesehatan reproduksi sangat penting untuk membangun masyarakat yang sehat dan sumber daya manusia yang tinggi (Direktorat Statistik Kesejahteraan Rakyat, 2023).

Permasalahan reproduksi tidak dapat dipisahkan dari gender dan tubuh manusia yang meliputi permasalahan kesehatan biologis pada perempuan. Menurut Kementerian Kesehatan Nasional Indonesia, pada tahun 2020, jumlah kasus HIV di Indonesia hingga tahun 2009-2019 mungkin sebanyak 50.282 kasus. Selain itu, dalam Laporan Tahunan Dewan Nasional Kekerasan Terhadap Perempuan tahun 2020, dilaporkan bahwa jumlah perempuan dengan HIV meningkat sebanyak 203 kasus dibandingkan tahun lalu (Farchiyah et al., 2021). Selain itu, Penyakit reproduksi wanita menyebabkan kematian ibu (MMR) yang

berhubungan dengan kesehatan reproduksi seperti berat badan lahir rendah, kehamilan dekat, aborsi, dan komplikasi pasca melahirkan. Perkawinan anak seringkali disusul dengan kehamilan remaja yang dapat berdampak buruk bagi kesehatan perempuan karena belum siap secara fisik dan mental. Situasi ini juga meningkatkan risiko infeksi menular seksual, fistula obstetri, kelahiran prematur, kehamilan dan depresi, kekerasan fisik, kurangnya kontak sosial, dan isolasi sosial (Indriani et al., 2023).

Kesehatan perempuan, morbiditas (masalah kesehatan) dan kematian terkait kehamilan. Diantaranya adalah masalah gizi dan darah pada wanita, penyebab dan permasalahan kehamilan, masalah infertilitas dan masalah yang tidak terduga; Pengaruh atau pengendalian sosial budaya terhadap masalah kesuburan. Artinya bagaimana masyarakat memandang kesuburan dan infertilitas, pentingnya anak dan keluarga, status sosial ibu hamil. Intervensi negara bagian dan federal dalam masalah pemuliaan. Misalnya program keluarga berencana, undang-undang terkait masalah genetik, dan sebagainya. Akses terhadap layanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, serta akses ekonomi terhadap perempuan dan anak. Kesehatan anak dan anak, khususnya anak balita. Dampak pembangunan ekonomi, produktivitas dan perubahan lingkungan terhadap kesehatan reproduksi (Prijatni & Rahayu, 2016).

Kesehatan sistem reproduksi (kehamilan dan persalinan) penting bagi kesehatan reproduksi. Penelitian kesehatan reproduksi misalnya berfokus pada upaya membersihkan manusia dari segala penyakit yang mungkin timbul akibat proses reproduksi. gangguan kesehatan, gangguan akibat penggunaan alat kontrasepsi (pengobatan kehamilan). Kesehatan akibat kehamilan dan gangguan kesehatan akibat aborsi tidak aman. Secara umum, seseorang dikatakan tidak mengalami masalah kesuburan jika:

1. Aman dari kemungkinan kehamilan yang tidak diinginkan
2. Perlindungan dari kerusakan fungsi reproduksi
3. Anda mempunyai kebebasan untuk memilih alat kontrasepsi yang tepat untuk Anda
4. Akses informasi mengenai kontrasepsi dan reproduksi
5. Akses terhadap layanan perawatan prenatal dan persalinan yang aman
6. Akses terhadap kecerobohan (Aprillia & Prayogo, 2022).

Masalah kesehatan reproduksi antara lain infertilitas, penyakit menular seksual, gangguan menstruasi, menopause, penyakit reproduksi, ISK,

keguguran, HIV/AIDS, deteksi dini masalah reproduksi. Masalah kesehatan reproduksi juga terjadi pada masa pubertas. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017 menunjukkan bahwa pada kelompok usia 15-24 tahun, 8% laki-laki dan 2% perempuan melaporkan pernah melakukan hubungan seks, dengan alasan antara lain: 47% berkencan, 30% ingin tahu./menariknya, 16% terjadi begitu saja, masing-masing 3% karena dipaksa dan dibujuk oleh teman. Survei Kesehatan Sekolah Global (GSHS) tahun 2015 mengungkapkan bahwa 3,8% remaja perempuan dan 6,9% remaja laki-laki pernah mengalami pelecehan seksual (Direktorat Jenderal Kesmas, 2021).

Permasalahan kesehatan reproduksi perempuan tidak dapat dibedakan menjadi dua kategori, yaitu permasalahan kesehatan reproduksi dan permasalahan seksual dan gender seperti kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), kekerasan terhadap perempuan dan penyakit menular seksual. Penyakit menular seksual dapat ditularkan melalui hubungan seks, salah satunya adalah HIV/AIDS. Selain itu, penyakit reproduksi yang dialami perempuan juga menyebabkan kematian ibu (MMR) yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi seperti kehamilan remaja, kehamilan dekat, aborsi, dan komplikasi pasca melahirkan (Farchiyah et al., 2021). SDKI (2017) mencatat antara lain wanita usia 15-24 tahun mengalami keputihan tidak normal sebanyak 17,7%, nyeri fisik 2,8%, penyakit menular seksual/keputihan/nyeri atau maag 18,8%. Laki-laki umur 15-24 tahun mempunyai keputihan tidak normal sebesar 2,3%, nyeri fisik 3,4%, penyakit menular seksual/keputihan fisik/nyeri atau koreng 4,1% (Direktorat Jenderal Kesmas, 2021). Berikut uraian berbagai permasalahan kesehatan reproduksi:

1. Infertilitas

a. Infertil

Bagian yang dihasilkan dari interaksi biologis antara laki-laki dan perempuan yang tidak dapat bereproduksi atau hamil sampai kelahiran seorang anak. Berbagai jenis negatif adalah:

- 1) Infertilitas primer Jika seorang wanita/istri belum berhasil hamil meskipun telah melakukan hubungan intim secara teratur selama 12 bulan setelahnya.
- 2) Infertilitas Sekunder Apabila seorang wanita/istri hamil tetapi tidak dapat hamil meskipun telah berhubungan seks selama dua belas bulan berturut-turut.
- 3) Infertilitas Idiopatik Infertilitas yang sudah teruji baik pada kedua

pasangan dan dikatakan normal, dengan tes yang dilakukan setiap 2 tahun sekali, namun tidak berhasil pada kehamilan.

Etiologi Infertilitas Persyaratan Kehamilan

- 1) Hubungan seksual normal
- 2) Analisis sprem normal
- 3) Ovulasi normal
- 4) Uterus dan endometrium normal
- 5) Tuba fallopi normal Etiologi dari pihak istri dalam infertilitas pasangan suami-istri, telah diketahui bahwa sekitar 61% dari istri dan 36% dari suami.

Penyebab adalah

- 1) Tuba fallopi (15%)
- 2) Ovulasi (21%)
- 3) Endometriosis (8%)
- 4) Vagina, serviks dan endometrium (8%)
- 5) Psikogenik (8%)
- 6) Tak terjelaskan (15-20%)

Sekitar 10% pasangan usia subur yang sudah menikah menderita infertilitas primer, dan 10% lainnya itu sudah mempunya anak akan tetapi belum bias hamil lagi. Infertilitas dapat disebabkan oleh:

- 1) Gangguan pada hubungan seksual
- 2) Jumlah spermanya yang abnormal
- 3) Gangguan ovulasi dan hormonal, termasuk gangguan pada hormone reproduksi
- 4) Kelainan tempat penempelan di endometrium dan uterus
- 5) Kelainan jalur pada tuba fallopi
- 6) Gangguan pada peritonium
- 7) Gangguan pada imunologi

b. Kegagalan Ovulasi

Setiap bulan, sel telur yang sehat dilepaskan dari ovarium. Salah satu pemeriksaan yang pertama kali akan dilakukan dokter adalah pemeriksaan darah tujuh hari sebelum menstruasi, untuk mengukur

kadar progesteron yang diproduksi oleh korpus luteum yang dibuat di ovarium setelah ovulasi, infertilitas dan mudah diobati dengan aborsi. dan sering ditemukan pada bilitis Durasi anak bervariasi lebih dari 5 hari dan dari satu bulan ke bulan lainnya.

c. Ovarium Polikistik

Banyak wanita yang gagal berovulasi menderita ovarium polikistik (OPK) dan hal ini dapat didiagnosis dengan USG panggul. Meskipun beberapa wanita dengan ovarium polikistik memiliki siklus teratur dan berovulasi, sebagian besar memiliki siklus tidak teratur, atau tidak menstruasi sama sekali. Gejala lainnya termasuk bertambahnya rambut di tubuh dan wajah, serta rambut rontok dan penambahan berat badan. Tes hormon menunjukkan peningkatan kadar Luteinizing Hormone (LH) dan testosteron. Jadi stres atau terlalu kurus juga mengganggu siklus dan menyebabkan anovulasi. Penyebab infertilitas hormonal seiring bertambahnya usia seorang wanita, jumlah dan kualitas sel telur meningkat mengurangi. Hal ini terlihat pada kadar FSH dan hormon dalam darah, maka kami mengukur FSH pada beberapa hari pertama setelah dimulainya siklus, karena kadar FSH pada awal siklus menunjukkan "Body Clock" wanita tersebut, meskipun sedang terjadi ovulasi. terjadi.

Kadar FSH menunjukkan adanya penurunan jumlah dan kadar sel telur sehingga kehamilan akan menurun. Menopause dini adalah saat menstruasi seorang wanita berhenti total sebelum usia 40 tahun, menandakan persediaan sel telur di ovarium sudah habis. Wanita tidak subur hanya bisa hamil dengan menggunakan sel telur yang disumbangkan wanita lain dalam proses fertilisasi in vitro. Penyebab lain menstruasi dan ovulasi tidak teratur adalah pelepasan hormon prolaktin yang berlebihan oleh tumor jinak kelenjar pituitari. Terkadang hormon prolaktin yang berlebihan menghambat produksi FSH, yaitu hormon yang menyebabkan ovarium memproduksi sel telur setiap bulannya. Hiper atau hipotiroidisme juga dapat menyebabkan gangguan siklus dan menyebabkan kemandulan. Kedua kondisi ini mudah diobati dan kadar hormon tiroid dan prolaktin diperiksa setiap kali bayi wanita mengalami ketidakteraturan.

d. Gangguan Hubungan Seksual

- 1) Kesalahan dalam teknik berhubungan seksual
- 2) Gangguan psikososial (Impotensi ejakulasi prkoks, vaginismus)
- 3) Ejakulasi yang tidak normal (Kegagalan ejakulasi karena obat)
- 4) Kelainan anatomi

e. Gangguan Produksi dan Transportasi Sperma

Parameter analisis semen normal

- 1) Volum 2,5cc
- 2) Jumlah sperma > 20 juta/ml
- 3) Motilitas 6-8 jam > 40%
- 4) Bentuk sperma yang abnormal < 20%
- 5) Kandung kadar fruktosa 120-450mikrg/ml

2. Penyakit Menular Seksual

Penyakit menular seksual PMS salah satu infeksi saluran pada reproduksi yang di tularkan melalui hubungan seksual (kelamin). Kuman penyebab infeksi tersebut dapat berupa jamur, virus dan parasi. Pada dasarnya perempuan mudah terkena ISR dibandingkan laki-laki. Karena saluran reproduksi pada perempuan sangat dekat dengan anus dan saluran kemih. Pada perempuan dapat menyebabkan kehamilan di luar kandungan, kemandulan dan kanker leher Rahim, kelainan janin/bayi misalnya dengan BBLR, infeksi bawaan sejak bayi, infeksi saluran reproduksi dapat terjadi sebagai akibat berikut dibawah ini:

- a. Sisa kotoran yang tertinggal karena pembasuhan buang air besar yang kurang bersih
- b. Kesehatan umum rendah
- c. Kurangnya kebersihan alat kelamin, terutama saat haid
- d. Perkawinan dengan usia terlau muda dan suka berganti-ganti pasagan
- e. Hubungan seksual dengan penderita penyakit infeksi
- f. Perlukaan pada saat keguguran pada sterilisasi alat dan pemerkosaan
- g. Kegagalan dalam pelayanan kesehatan dalam sterilisasi alat dan bahan dalam melakukan pemeriksaan

Diantara ISR penyakit menular seksual merupakan penyakit infeksi yang sering terjadi dan ditemukan atau di tularkan melalui hubungan kelamin. Termasuk di dalam PMS adalah sebagi berikut: Gonorhe, Sifilis,

Ulkus, Mole, Kondiloma akuminata, Herpes genital, HIV/AIDS, dari semua jenis PMS, HIV/AIDS merupakan jenis PMS yang paling berbahaya, karena belum ditemukan pengobatan dan berakhir dengan kematian bagi penderitnya, beberapa hal yang perlu diketahui tentang PMS:

- a. PMS dapat terjadi pada laki-laki maupun perempuan
- b. Penularan PMS dapat terjadi, walaupun hanya melakukan dalam waktu satu kali hubungan seksual tanpa memakai kondom dengan penderita PMS
- c. Tidak ada seorang pun yang kebal terhadap PMS
- d. Perempuan lebih mudah sekali tertular PMS dari pasangannya dibandingkan dengan sebaliknya.
- e. Infeksi atau borok pada alat reproduksi perempuan sering tersembunyi dan tidak mudah terlihat oleh petugas yang kurang terlatih
- f. ISR meningkatkan resiko penularan PMS HIV/AIDS pada perempuan sepuluh kali lebih besar tertular.
- g. Beberapa PMS mungkin tidak menimbulkan gejala yang berarti pada perempuan
- h. Tanda-tanda gejala PMS pada laki-laki biasanya tampak jelas sebagai luka.
- i. PMS paling sering tidak diobati dengan benar sehingga mengakibatkan penularan dan penderitanya yang semakin perkepanjangan
- j. Komplikasi PMS seperti kemandulan dapat dihindari bila PMS segera ditanganin dengan pengobatan
- k. Belum ada vaksin atau imunisasi untuk PMS
- l. PMS meningkatkan kemungkinan tertular HIV/AIDS sebanyak 4 kali.

Cara penularan PMS termasuk HIV/AIDS dapat melalui:

- a. Hubungan seksual yang tidak terlindungi
- b. Penularan dari ibu ke janin selama kehamilan
- c. Melalui transfusi darah suntikan atau kontak langsung

Cara pencegahan PMS:

- a. Melakukan hubungan hanya dengan pasangan yang setia
- b. Menggunakan kondom ketika melakukan hubungan seksual
- c. Bila terinfeksi PMS mencari pengobatan bersama pasangan

d. Menghindari melakukan hubungan seksual bila ada tanda gejala PMS

Perilaku yang berisiko tinggi terhadap penularan PMS termasuk HIV/AIDS

- a. Sering berganti-ganti pasangan seksual
- b. Pasangan seksual mempunyai pasangan ganda
- c. Terus melakukan hubungan seksual
- d. Tidak memakai kondom saat melakukan hubungan seksual
- e. Pemakaian jarum suntik secara bersamaan atau bergantian

Macam-Macam IMS:

IMS adalah infeksi yang menular terutama lewat hubungan seksual dengan pasangan yang sudah tertular. IMS banyak dikenal sebagai penyakit kelamin, namun itu hanya menunjuk pada penyakit yang ada di kelamin. Istilah infeksi menular seksual lebih luas maknanya, karena menunjuk pada cara penularannya. Gejala IMS juga dapat terjadi pada alat penglihatan, mulut, saluran pencernaan, hati, otak dan bagian tubuh lainnya. Orang yang berhubungan seksual dengan seseorang yang telah terinfeksi dapat terkena IMS, walaupun hubungan seksual hanya dilakukan satu kali saja.

Beberapa jenis IMS dan penyebabnya antara lain:

- a. Jamur: Kandidiasis
- b. Bakteri: Gonore (Kencing Nanah), Sifilis (Raja Singa)
- c. Protozoa: Trikomonas
- d. Virus: Herpes Genitalis, HIV, Hepatitis B - C, Kondiloma (Kutil Kelamin)
- e. Parasit: Kutu kelamin (Direktorat Jenderal Kesmas, 2021)

3. HIV/AIDS

HIV atau Human Immunodeficiency Virus adalah virus yang menyerang sel darah putih (limfosit) di dalam tubuh yang mengakibatkan turunnya kekebalan tubuh manusia. Orang yang dalam darahnya terdapat virus HIV dapat tampak sehat dan belum membutuhkan pengobatan. Namun orang tersebut dapat menularkan virusnya kepada orang lain bila melakukan hubungan seks berisiko dan berbagi alat suntik dengan orang lain. Virus HIV yang masuk ke dalam tubuh akan berkembang biak, virus HIV akan masuk kedalam sel darah putih dan akan merusaknya (Direktorat Jenderal Kesmas, 2021).

AIDS atau Acquired Immune Deficiency Syndrome adalah sekumpulan gejala penyakit yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh. Akibat menurunnya kekebalan tubuh pada seseorang maka orang tersebut sangat mudah terkena penyakit seperti TBC, kandidiasis, berbagai radang pada kulit, paru, saluran pencernaan, otak dan kanker. Stadium AIDS membutuhkan pengobatan Antiretroviral (ARV) untuk menekan jumlah virus HIV di dalam tubuh sehingga bisa pulih kembali. Awalnya penderita HIV positif sering menampakan gejala sampai bertahun dengan waktu 5-10 tahun (Prijatni & Rahayu, 2016). Selain permasalahan kesehatannya, Orang dengan HIV sering mendapatkan stigma terkait HIV dan AIDS akan diikuti dengan diskriminasi terhadap orang yang mengidapnya, misalnya perlakuan negatif dan pembatasan-pembatasan kesempatan yang bisa mempengaruhi seluruh aspek kehidupan Orang dengan HIV. Mitos seputar HIV dapat menimbulkan stigma dan diskriminasi misalnya dalam pergaulan sosial, kesempatan memperoleh pendidikan dan pekerjaan, pelayanan kesehatan, bepergian, dan lain-lain. Hal ini justru menghambat upaya pengendalian HIV dan AIDS, membuat AIDS tetap menjadi "the silent killer" (pembunuhan yang diam) (Direktorat Jenderal Kesmas, 2021).

Hal yang perlu di ketahui tentang HIV/AIDS:

- a. Sekali virus HIV masuk kedalam tubuh.
- b. Virus HIV hidup dalam darah, air mani, caoran dalam jalan lahir, air lur, air mata, dan cairan tubuh lainnya.
- c. Sebagai besar infeksi HIV di tularkan melalui hubungan seksual selain dengan penularan jarum suntik dan transfuse darah.
- d. HIV tidak hanya menular pada kaum homoseksual.
- e. Perempuan 5 kali lebih mudah tertular HIV/AIDS dari pada laki-laki karena bentuk alat kelamin perempuan lebih lebar sehingga mudah terpapar oleh cairan mani.
- f. Permukaan pada saluran kelamin memudahkan masuknya virus HIV/AIDS
- g. Hubungan seksual dengan melalui anus lebih berisiko dalam penularan dari pada cara hubungan seksual lainnya.
- h. Kekerasan seksual atau hubungan seksual dengan gadis remaja akan lebih mudah terpapar virus dan penularannya.

Cara Penularan HIV

HIV hanya dapat hidup dan berjumlah cukup banyak untuk dapat ditularkan pada:

- a. Darah
- b. Cairan sperma
- c. Cairan vagina
- d. Air Susu Ibu (ASI)

Berdasarkan hal ini, maka cara penularan HIV adalah:

- a. Melalui hubungan seks tanpa menggunakan kondom sehingga memungkinkan cairan sperma atau cairan vagina yang mengandung virus HIV masuk ke dalam tubuh pasangannya.
- b. Dari seorang ibu hamil yang HIV positif kepada bayinya selama masa kehamilan, waktu persalinan dan/atau waktu menyusui.
- c. Melalui transfusi darah/produk darah yang sudah terinfeksi HIV. Transfusi darah di fasilitas kesehatan tidak berisiko, karena biasanya Palang Merah Indonesia dan fasilitas kesehatan selalu melakukan pengecekan atau skrining HIV pada darah donor sebelum melakukan transfusi kepada orang lain. Darah tercemar HIV tidak digunakan.
- d. Melalui pemakaian alat suntik yang sudah terinfeksi HIV, yang dipakai bergantian, terutama terjadi pada pemakaian bersama alat suntik di kalangan pengguna narkoba suntik (penasun).

Pencegahan penularan HIV/AIDS:

- a. Melakukan hubungan seksual dengan satu pasangan
- b. Mempunyai perilaku seksual yang bertanggung jawab dan setia pada pasangan
- c. Setiap darah transfusi di cek terhadap HIV dan donor darah
- d. Menghindari injeksi, periksa dalam, proses pembedaan yang tidak steril dari pada petugas
- e. Menggunakan kondom dengan hati-hati, benar, dan konsisten

4. Gonoreaa (GO)

Penyebabnya adalah bakteri *Nisseria Gonnoreae* dengan masa inkubasi antara 2-10 hari setelah masuk ke dalam tubuh. Gejala dan tanda tanda pada wanita:

- a. Keputihan kental berwarna kekuningan.
- b. Rasa nyeri di rongga panggul.
- c. Dapat juga tanpa gejala.

Gejala pada laki-laki:

- a. Rasa nyeri pada saat kencing.
- b. Keluarnya nanah kental kuning kehijauan.
- c. Ujung penis agak merah dan agak bengkak.

Komplikasi yang dapat timbul:

- a. Radang panggul.
- b. Kemandulan.
- c. Infeksi mata pada bayi yang baru dilahirkan dan dapat mengakibatkan kebutaan.
- d. Rentan terhadap penyakit HIV.

5. Sifilis (Raja Singa)

Penyebanya adalah kuman Treponema Pallidum dengan masa tanpa gejala antara 3-4 minggu bahkan terkadang sampai 3 bulan sesudah kuman itu masuk kedalam tubuh.

Gejala:

- a. Primer: luka pada kemaluan tanpa nyeri
- b. Sekunder: bintil, bercak merah pada tubuh
- c. Kelianan saraf, jantung, pembuluh darah/kulit

Komplikasi:

- a. Jika tidak diobati dapat menimbulkan kerusakan berat pada otak
- b. Bayi dalam kandungan dapat tertular, keguguran dan lahir cacat
- c. Memudahkan penularan HIV

6. Herpes Genitalis

Penyebab adalah berupa virus herpes simplex dengan masa inkubasi antara 4-7 hari setelah virus berada dalam tubuh, pada perempuan sering akhirnya terjadi kanker.

Gejala dan tanda infeksi tahap awal:

- a. Bintil-bintil berair pada daerah kemaluan

- b. Luka akibat pecah bintil-bintil
- c. Dapat muncul lagi seperti gejala awal karena stress, haid, makanan/minuman beralkohol, hubungan sek berlebihan

Komplikasi:

- a. Rasa nyeri berasa dari syaraf
- b. Dapat menular pada bayi dan terlihat saat lahor berupa bintil-bintil berair
- c. Infeksi berat abortus dan kematian janin
- d. Memudahkan penularan HI

7. Trichomoniasis Vaginitis

Penyebab dari penyakit ini semacam Protozoa disebut *Trichomonas vaginalis* yang ditularkan melalui hubungan seksual.

Gejala dan tanda:

- a. Keputihan encer, berwarna kekuningan, berbusa dan berbau busuk
- b. Vulva agak membengkak, kemerahan, gatal dan sangat menggagu

Komplikasi:

- a. Lecet pada kulit sekitar vulva
- b. Kelahiran premature
- c. Dapat menularkan HIV

8. Chandroid

Ini disebabkan oleh bakteri *haemophillus ducreyi* yang menularkan karena hubungan seksual.

Gejala dan tanda:

- a. Luka dan nyari tanoa radang jelas
- b. Benjolan mudah pecah dilipatan paha disertai sakit

Komplikasi:

- a. Luka dan infeksi hingga mematikan jaringan di sekitarnya
- b. Memudahkan penularan HIV

9. Klamidia

Penyebab dari penyakit ini adalah Clamidia Trachomatis

Gejala:

- a. Keputihan encer berwarna putih kekuningan
- b. Nyeri dirongga panggul
- c. Perdarahan setelah hubungan seksual

Komplikasi:

- a. Penyakit radang panggul
- b. Kemandulan
- c. Kehamilan di luar kandungan
- d. Infeksi mata berat
- e. Radang paru pada bayi baru lahir
- f. Memudahkan penularan seksual

10. Kondiloma Akuminata

Penyebab adalah virus han Papilloma dengan gejala yang spesifik timbulnya kutil disekitar kemaluan yang dapat membesar dan dapat menyebabkan kanker mulut Rahim.

11. Gangguan Haid

Menstruasi berat atau tidak teratur dapat sangat meresahkan hidup sesorang wanita, mempengaruhi keluarga dan kehidupan kerja, namun, terdapat banyak terapi yang dapat memperbaiki kondisi tersebut. Gangguan menstruasi adalah menstruasi berat atau tidak teratur dapat menyebabkan anemia dan menimbulkan depresi atau permasalahan wanita tersebut dengan pasangan.

Siklus Normal

Sebagian besar wanita mempunyai siklus mentruasi 28 hari dengan masa pedarahan 3-6 hari setiap siklusnya.

- a. Sel telur matang di dalam folikel di indung telur kluar dari dalam folikel dan berjalan sepanjang tuba fallopi ke Rahim setiap 4 minggu
- b. Kelenjar endokrin sementar berkembang di dalam dolikel yang pecah dan mensekresikan hormone estrogen
- c. Rangkaian kejadian ini akan menebalkan endometrium dengan darah

- sebagai persiapan terhadap kehamilan
- d. Bila ovum tidak dibuhai korpus luteum akan mengkerut dan turunnya kadar progesterone akan diertai oleh perdarahan menstruasi. Bila ovulasi/pembuahan tidak terjadi pada siklus tertentu, kenaikan dan penurunan normal kadar hormone tidak terjadi dan mengakibatkan perdarahan menstruasi yang tidak teratur dan berat.

Seiring dengan adanya bertambah usia, kondisi lain meningkat frekuensinya seperti fibroid, adenomyosis dan polip endometrium.

- a. Bercak darah nyeri lebih umum terjadi pada usia remaja, dan bercak darah dinatara siklus menstruasi atau setelah bersenggama dapat terjadi sebagai akibat dari polip pada serviks.
- b. Pemeriksaan fisik Sangat penting bagi seseorang wanita untuk memeriksakan fisik dirinya sendiri bila ia mencurigai dirinya hamil. Nyeri perut bagian bawah atau secret vagina khususnya bila sangat berbau dapat merupakan tanda adanya infeksi Saat pemeriksaan abdomen dokter dapat meraba adanya pembesaran uterus adanya
- c. fibroid pemeriksaan dengan menggunakan speculum sangatlah penting untuk memeriksa bahwa servik tampak normal dan bila dicurigai adanya infeksi dapat diambil apusan.

Sindroma Pramenstruasi

Pada saat tertentu selama masa subur, sebagai besar wanita mengalami beberapa gejala fisik dan psikologis sebelum menstruasi, hal ini disebut sebagai sindrom premenstruasi PMS Sindroma Pramenstruasi SPM Sindrom premenstruasi (SPM) adalah kumpulan gejala fisik dan emosional dengan derajat yang berbeda-beda yang dialami 80% wanita dengan usia subur. Untuk sebagianbesar perempuan gejala SPM yang terjadi pad paruh kedua siklus menstruasi adalah kecil dan dapat di toleransi. SM terjadi pada perempuan yang mengalami masa ovulasi dan menstruasi. Proses ini melibatkan pelepas telur dari indung telur setiap bulan yang diikuti dua minggu kemudian oleh periode menstruasi. Sehingga PSM tidak akan terjadi sebelum masa puber, pasca menopause, atau selama kehamilan. SPM tampaknya paling umum terjadi pada wanita pada akhir usia 30 tahunan, walaupun terjadi kapanpun mulai dr remaja sampai usia pertengahan SPM lebih sering dialami oleh wanita yang mempunyai:

- a. Riwayat keluarga SPM
- b. Baru saja memiliki anak
- c. Baru saja mengalami abostus
- d. Baru saja mulai mengkonsumsi pil kontrasepsi
- e. Baru saja berhenti mengkonsumsi pil kontrasepsi
- f. Mengalami depresi post-natal.

Penyebab dan gejala SPM Penyebab hormonal yang mungkin adalah sebagai berikut:

- a. Ketidakseimbangan hormone reproduksi estrogen dan progesterone
- b. Kelebihan hormone prolactin
- c. Defisiensi serotonin yang menyebabkan sensitivitas abnormal

Gejala PMS terdiri atas gejala fisik dan emosional SPM. Gejala Fisik yang paling sering terjadi adalah:

- a. Nyeri payudara
- b. Sakit kepala
- c. Kembung dan begah
- d. Konstipasi atau diare
- e. Perubahan selera makan
- f. Masalah kulit, seperti jerawat

Gejala emosional SPM adalah:

- a. Menangis dan depresi
- b. Iritabilitas suasana hati yang tidak menetap
- c. Rasa percaya diri
- d. Merasa Lelah
- e. Kurang konsentrasi (Harnani et al., 2020)

D. Simpulan

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat jasmani, rohani, dan sosial, tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, pekerjaan, dan proses reproduksi. Permasalahan kesehatan reproduksi tidak bisa dihindari, dan permasalahan reproduksi tidak dapat dipisahkan dari kehidupan seksual dan tubuh manusia sehingga menimbulkan permasalahan kesehatan biologis bagi perempuan. Masalah kesehatan reproduksi antara lain

infertilitas, penyakit menular seksual, gangguan menstruasi, menopause, penyakit reproduksi, ISK, keguguran, HIV/AIDS, deteksi dini masalah reproduksi. Masalah kesehatan reproduksi juga terjadi pada masa pubertas dan masa lansia (menopause).

E. Referensi

- Aprillia, U. B., & Prayogo, M. S. (2022). Kesehatan Reproduksi Manusia : Ruang Lingkup Dan Kompleksitas Masalah. *Jurnal Ilmiah Madrasah*, 1–5.
- Astuti, H., Cessaria, D. E., Kumalasari, Nasruddin, N. I., Marlina, T., Amalia, L., Herdiani, R. T., Justin, W. O. S., Anggraini, F. T., Sitanggang, T. W., & Anggraini, D. (2023). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia*. Eureka Media Aksara.
- Direktorat Jenderal Kesmas. (2021). *Modul Kesehatan Reproduksi Remaja Luar Sekolah*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Direktorat Statistik Kesejahteraan Rakyat. (2023). *Profil Statistik Kesehatan 2023*. Badan Pusat Statistik.
- Farchiyah, F., Sukmawan, R. F., Purba, T. S. K., Bela, A., & Imtinan. (2021). Kesehatan Reproduksi Perempuan di Indonesia dalam Perspektif Gender. *Seminar Nasional Kesmas UPNVJ 2021*, 73–83.
- Harnani, B. D., Wahyuni, S., Herawati, Z., Wulandari, E., Reflisiandi, D., Yuni, R. R., Ramadhaniati, Pijaryani, I., Sugiarto, Alindawati, Nisa, A., Isnawati, N., Kurniasih, Novianti, R., Sari, L., Rozifa, A. W., Febrianti, T., Yumni, F. L., & Astuti, Y. (2020). *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*.
- UU Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023, Pub. L. No. 17 Tahun 2023 (2023).
- Indriani, F., Pratama, N. H., Ninta, R., & Sitepu, B. (2023). *Dampak Tradisi Pernikahan Dini Terhadap Kesehatan Reproduksi Pada Wanita : Literature Review*. 4307(1), 1–8.
- Prijatni, I., & Rahayu, S. (2016). *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Kementerian Republik Indonesia.
- Priyanti, S., & Syalfina, A. D. (2017). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Bebuku Publisher.
- Peraturan Pemerintah RI Nomor 61 Tahun 2014, Pub. L. No. 61 Tahun 2014, 1 (2014).

BAB II

KEBIJAKAN PEMERINTAH SEBAGAI UPAYA PENINGKATAN KUALITAS HIDUP PEREMPUAN DALAM ASPEK KESEHATAN REPRODUKSI

Ade Zayu Cempaka Sari, SST., M.Keb.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan reproduksi perempuan telah menjadi salah satu masalah kesehatan yang menimpa perempuan di Indonesia (Purwanti, 2013). Kesehatan reproduksi menggambarkan keadaan sehat fisik, mental, sosial serta ekonomi secara utuh yang berkaitan dengan sistem reproduksi manusia dari lahir sampai mati (Waluyo et al., 2022). Isu kesehatan reproduksi di Indonesia sangat kompleks, tidak hanya menyangkut aspek kesehatan, tetapi juga berkaitan erat dengan persoalan lainnya, termasuk budaya, politik, dan agama (Fatoni et al., 2015).

Internasional Conference on Population and Development/ICPD di Kairo tahun 1994 telah mendeklarasikan 4 poin hak reproduksi perempuan. Meskipun telah dikukuhkan secara internasional, namun pada praktiknya perempuan sering terabaikan ketika dihadapkan dengan persoalan mengenai kesehatan reproduksinya (Permatasari et al., 2022). Masyarakat masih menormalisasi perempuan sebagai objek utama kebutuhan reproduksi dan hal tersebut dianggap lumrah. Dalam kawasan bencana, kesehatan reproduksi merupakan satu hal yang perlu mendapat perhatian khusus karena rawan terjadi permasalahan. Kondisi perempuan yang lebih rentan dibanding laki – laki dapat mengakibatkan masalah seperti pelecehan akibat situasi di mana semua pengungsi berada dalam satu tempat, kekerasan seksual karena tekanan kondisi, rusaknya sarana dan prasarana pelayanan kesehatan, hingga terbatasnya akses kontrasepsi yang akhirnya menimbulkan krisis kesehatan pada wilayah bencana tersebut.

Masalah kesehatan reproduksi dapat terjadi disepanjang siklus kehidupan, misalnya masalah pergaulan bebas pada remaja, kehamilan remaja, aborsi yang tidak aman. Hal ini juga berdampak pada kehamilan yang tidak diinginkan pada usia dini, risiko pendarahan, kesehatan dan kesejahteraan janin sampai kesehatan psikologis ibu (Waluyo et al., 2022).

Konsep Kesehatan Reproduksi menggunakan pendekatan siklus kehidupan perempuan (*life-cycle-approach*) atau pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan sejak dari janin sampai liang kubur (*from womb to tomb*) atau biasa juga disebut dengan "*Continuum of care women cycle*"(Permatasari et al., 2022). Batasan kesehatan reproduksi adalah kemampuan untuk bereproduksi, mengatur reproduksi dan untuk menikmati hasil reproduksinya (Larasaty et al., 2019).

Kebijakan kesehatan reproduksi merupakan salah satu determinan penting pencapaian tujuan pembangunan kependudukan dan kesehatan di Indonesia (Fatoni et al., 2015)

B. Kebijakan Pemerintah sebagai Upaya Peningkatan Kualitas Hidup Perempuan dalam Aspek Kesehatan Reproduksi

Kebijakan terkait dengan pengaturan kesehatan reproduksi di Indonesia, baik dalam bentuk peraturan perundang-undangan, instrumen internasional dan kebijakan nasional dapat dilihat di bawah ini:

1. Peraturan Perundang-Undangan

a. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (Pemerintah Indonesia, 1945).

Pasal 28 H (1), Pasal 34 ayat (2), Pasal 34 ayat (3).

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menjadi landasan semua perundang-undangan yang ada, menjamin setiap orang berhak hidup sejahtera lahir, batin, dan sehat.

b. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Pemerintah Indonesia, 2023).

Pada Bagian Keenam tentang Kesehatan Reproduksi, yang terdiri dari Pasal 54, Pasal 55, Pasal 56, Pasal 57, Pasal 58, Pasal 59, Pasal 60, Pasal 61 Dan Pasal 62.

Pasal 54 terdapat 2 ayat, ayat 1 menyebutkan bahwa :

"Upaya Kesehatan reproduksi ditujukan untuk menjaga dan meningkatkan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan."

Sedangkan Pasal 54 ayat 2 menyebutkan bahwa :

"Upaya Kesehatan reproduksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi:

- a. masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan;*
- b. pengaturan kehamilan, pelayanan kontrasepsi, dan Kesehatan seksual; dan*
- c. Kesehatan sistem reproduksi."*

Pasal 55 menyebutkan bahwa:

"Setiap Orang berhak:

- a. menjalani kehidupan reproduksi dan seksual yang sehat, aman, serta bebas dari diskriminasi, paksaan dan/atau kekerasan dengan*

*menghormati nilai luhur yang tidak merendahkan martabat manusia
sesuai dengan norma agama;*

- b. memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai Kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan ; dan
 - c. menerima pelayanan dan pemulihan Kesehatan akibat tindak pidana kekerasan seksual.”

Pasal 56 menyebutkan bahwa:

"Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab atas penyelenggaraan Upaya Kesehatan reproduksi yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau."

Pasal 57, ayat 1 menyebutkan bahwa:

“Setiap Pelayanan Kesehatan reproduksi, termasuk reproduksi dengan bantuan dilakukan secara aman dan bermutu dengan memperhatikan aspek yang khas, khususnya reproduksi perempuan.”

Pasal 57, ayat 2 menyebutkan bahwa:

“Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan reproduksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan tidak bertentangan dengan nilai agama dan ketentuan peraturan perundang-undangan.”

Pasal 58 menyebutkan bahwa:

"Reproduksi dengan bantuan hanya dapat dilakukan oleh pasangan suami-istri yang sah dengan ketentuan:

- a. hasil pembuahan sperma dan ovum dari suami-istri yang bersangkutan ditanamkan dalam rahim istri dari mana ovum berasal;
 - b. dilakukan oleh Tenaga Medis yang mempunyai keahlian dan kewenangan; dan
 - c. dilakukan pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan tertentu.”

Pasal 59 menyebutkan bahwa:

"Ketentuan lebih lanjut mengenai Upaya Kesehatan reproduksi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 54 sampai dengan Pasal 58 diatur dengan Peraturan Pemerintah."

Pasal 60, ayat 1 menyebutkan bahwa:

"Setiap Orang dilarang melakukan aborsi, kecuali dengan kriteria yang diperbolehkan sesuai dengan ketentuan dalam kitab undang-undang hukum pidana."

Pasal 60, ayat 2 menyebutkan bahwa:

"Pelaksanaan aborsi dengan kriteria yang diperbolehkan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan:

- a. oleh Tenaga Medis dan dibantu Tenaga Kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan;*
- b. pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang memenuhi syarat yang ditetapkan oleh Menteri; dan*
- c. dengan persetujuan perempuan hamil yang bersangkutan dan dengan persetujuan suami, kecuali korban perkosaan."*

Pasal 61 menyebutkan bahwa:

"Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab melindungi dan mencegah perempuan dari tindakan aborsi yang tidak aman serta bertentangan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan."

Pasal 62 menyebutkan bahwa:

"Ketentuan lebih lanjut mengenai aborsi dimaksud dalam Pasal 60 dan Pasal 61 Peraturan Pemerintah."

Bagian Ketujuh tentang Kesehatan Keluarga Berencana, terdapat Pasal 63 yang menyebutkan bahwa:

"(1) Upaya Kesehatan keluarga berencana ditujukan untuk mengatur kehamilan, membentuk generasi yang sehat, cerdas, dan berkualitas, serta menurunkan angka kematian ibu dan bayi.

(2) Upaya Kesehatan keluarga berencana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan pada usia subur.

(3) Setiap Orang berhak memperoleh akses ke pelayanan keluarga berencana.

- (4) Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat bertanggung jawab atas penyelenggaraan keluarga berencana yang sesuai dengan standar, aman, bermutu, dan terjangkau.
- (5) Pelayanan keluarga berencana dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan."

c. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga (Pemerintah Indonesia, 2009)

Paragraf 2 tentang Keluarga Berencana, Pasal 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29.

Pasal 21 menyebutkan:

"(1) Kebijakan keluarga berencana sebagaimana dimaksud dalam Pasal 20 dilaksanakan untuk membantu calon atau pasangan suami istri dalam mengambil keputusan dan mewujudkan hak reproduksi secara bertanggung jawab tentang: a. usia ideal perkawinan; b. usia ideal untuk melahirkan; c. jumlah ideal anak; d. jarak ideal kelahiran anak; dan e. penyuluhan kesehatan reproduksi.

(2) Kebijakan keluarga berencana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk: a. mengatur kehamilan yang diinginkan; b. menjaga kesehatan dan menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak; c. meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi; d. meningkatkan partisipasi dan kesertaan pria dalam praktik keluarga berencana; dan e. mempromosikan penyusuan bayi sebagai upaya untuk menjarangkan jarak kehamilan.

(3) Kebijakan keluarga berencana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) mengandung pengertian bahwa dengan alasan apapun promosi aborsi sebagai pengaturan kehamilan dilarang."

Pasal 22 Poin c menyebutkan:

"Pengaturan kehamilan dengan memperhatikan agama, kondisi perkembangan sosial ekonomi dan budaya, serta tata nilai yang hidup dalam masyarakat"

Pasal 23, ayat 1 menyebutkan:

"Pemerintah dan pemerintah daerah wajib meningkatkan akses dan kualitas informasi, pendidikan, konseling, dan pelayanan kontrasepsi dengan cara:

a. menyediakan metode kontrasepsi sesuai dengan pilihan pasangan suami istri dengan mempertimbangkan usia, paritas, jumlah anak, kondisi kesehatan, dan norma agama;

b. menyeimbangkan kebutuhan laki-laki dan perempuan;

c. menyediakan informasi yang lengkap, akurat, dan mudah diperoleh tentang efek samping, komplikasi, dan kegagalan kontrasepsi, termasuk manfaatnya dalam pencegahan penyebaran virus penyebab penyakit penurunan daya tahan tubuh dan infeksi menular karena hubungan seksual;

d. meningkatkan keamanan, keterjangkauan, jaminan kerahasiaan, serta ketersediaa alat, obat dan cara kontrasepsi yang bermutu tinggi;

e. meningkatkan kualitas sumber daya manusia petugas keluarga berencana;

f. menyediakan pelayanan ulang dan penanganan efek samping dan komplikasi pemakaian alat kontrasepsi;

g. menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi esensial di tingkat primer dan komprehensif pada tingkat rujukan;

h. melakukan promosi pentingnya air susu ibu serta menyusui secara ekslusif untuk mencegah kehamilan 6 (enam) bulan pasca kelahiran,

meningkatkan derajat kesehatan ibu, bayi dan anak; dan

i. melalui pemberian informasi tentang pencegahan terjadinya ketidakmampuan

pasangan untuk mempunyai anak setelah 12 (dua belas) bulan tanpa menggunakan alat pengaturan kehamilan bagi pasangan suami-isteri."

Pasal 24

"(1) Pelayanan kontrasepsi diselenggarakan dengan tata cara yang berdaya guna dan berhasil guna serta diterima dan dilaksanakan secara bertanggung jawab oleh pasangan suami isteri sesuai dengan pilihan dan mempertimbangkan kondisi kesehatan suami atau isteri. (2)

Pelayanan kontrasepsi secara paksa kepada siapa pun dan dalam bentuk apa pun bertentangan dengan hak asasi manusia dan pelakunya akan dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (3) Penyelenggaraan pelayanan kontrasepsi dilakukan dengan cara yang dapat dipertanggungjawabkan dari segi agama, norma budaya, etika, serta segi kesehatan."

Pasal 25

"(1) Suami dan/atau isteri mempunyai kedudukan, hak, dan kewajiban yang sama dalam melaksanakan keluarga berencana. (2) Dalam menentukan cara keluarga berencana sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Pemerintah wajib menyediakan bantuan pelayanan kontrasepsi bagi suami dan isteri."

Pasal 26

"(1) Penggunaan alat, obat, dan cara kontrasepsi yang menimbulkan risiko terhadap kesehatan dilakukan atas persetujuan suami dan istri setelah mendapatkan informasi dari tenaga kesehatan yang memiliki keahlian dan kewenangan untuk itu. (2) Tata cara penggunaan alat, obat, dan cara kontrasepsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan menurut standar profesi kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. (3) Ketentuan lebih lanjut mengenai tata cara penggunaan alat, obat, dan cara kontrasepsi sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dan ayat (2) diatur dengan peraturan menteri yang bertanggungjawab di bidang kesehatan."

Pasal 27

"Setiap orang dilarang memalsukan dan menyalahgunakan alat, obat, dan cara kontrasepsi di luar tujuan dan prosedur yang ditetapkan."

Pasal 28

"Penyampaian informasi dan/atau peragaan alat, obat, dan cara kontrasepsi hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan dan tenaga lain yang terlatih serta dilaksanakan di tempat dan dengan cara yang layak."

Pasal 29

"(1) Pemerintah dan pemerintah daerah mengatur pengadaan dan penyebaran alat dan obat kontrasepsi berdasarkan keseimbangan antara kebutuhan, penyediaan, dan pemerataan pelayanan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan. (2) Pemerintah dan pemerintah daerah wajib menyediakan alat dan obat kontrasepsi bagi penduduk miskin. (3) Penelitian dan pengembangan teknologi alat, obat, dan cara kontrasepsi dilakukan oleh Pemerintah dan pemerintah daerah dan/atau masyarakat berdasarkan ketentuan peraturan perundang- undangan."

d. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga (Pemerintah Indonesia, 2014a).

Dalam PP 87 Tahun 2014 di jelaskan mengenai hak reproduksi yaitu:

"Yang dimaksud dengan "hak reproduksi" adalah segala hak yang terkait dengan kesehatan reproduksi yang komplit, antara lain meliputi:

- 1. hak memperoleh standar pelayanan kesehatan reproduksi yang terbaik;*
- 2. hak memperoleh informasi selengkap-lengkapnya tentang seksualitas, reproduksi, dan manfaat serta efek samping obat-obatan, alat, dan tindakan medis yang digunakan untuk pelayanan dan/atau mengatasi masalah kesehatan reproduksi;*
- 3. hak untuk memperoleh pelayanan Keluarga Berencana yang aman, efektif, terjangkau, dapat diterima sesuai dengan pilihan tanpa paksaan dan tidak melawan hukum;*
- 4. hak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang dibutulkannya, yang memungkinkannya sehat dan selamat dalam menjalani kehamilan dan persalinan serta memperoleh bayi yang sehat;*
- 5. hak memiliki hubungan yang didasari penghargaan terhadap pasangan masing-masing dan dilakukan dalam situasi dan kondisi yang diinginkan bersama tanpa pemaksaan, ancaman, dan kekerasan;*
- 6. hak memperoleh informasi yang tepat dan benar tentang reproduksi sehingga dapat berperilaku sehat dalam menjalani kehidupan seksual yang bertanggung jawab; dan*

7. hak mendapat informasi yang mudah, lengkap, dan akurat mengenai Penyakit Seksual Menular termasuk Human Immunodeficiency Virus (HIV) atau Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS). ”

- e. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia Pasal 45, Pasal 49 Ayat (2), Pasal 49 Ayat (3).**
- f. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan Pasal 82, Pasal 93.**

2. Instrumen Internasional

- a. Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (*International Conference on Population and Development*), Kairo tahun 1994. Hal penting dari ICPD Kairo tahun 1994 adalah disepakatinya perubahan paradigma dalam pengelolaan masalah kependudukan menjadi pendekatan terfokus pada kesehatan reproduksi serta upaya pemenuhan hak-hak reproduksi laki-laki dan perempuan yang berbasis pada kesetaraan dan keadilan gender.
- b. Deklarasi dan Landasan Aksi Beijing (2) Declaration and The Beijing Platform for Action) atau BPFA. Hasil Konferensi Dunia IV tentang Perempuan, Beijing, tahun 1995. Bidang Kritis C, Perempuan dan Kesehatan Sasaran Strategis Butir 95 dan Butir 96.
- c. Tujuan Pembangunan Millenium (3) Millennium Development Goals - MDG's) Tahun 2000 Tujuan 5 yaitu Meningkatkan Kesehatan Ibu Target Pencapaian Tahun 2015.

3. Kebijakan Nasional

- a. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi (Pemerintah Indonesia, 2014b).**
Pasal 8 menyebutkan:

“Setiap perempuan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan ibu untuk mencapai hidup sehat dan mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu.”

Selanjutnya pada bagian ketiga tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Hamil, Persalinan, dan Sesudah Melahirkan. Pasal 13 menyebutkan:

"(1) Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil bertujuan untuk mempersiapkan perempuan dalam menjalani kehamilan dan persalinan yang sehat dan selamat, serta memperoleh bayi yang sehat.

(2) Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit: a. pemeriksaan fisik; b. imunisasi; dan c. konsultasi kesehatan.

(3) Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil berupa pemeriksaan fisik dan imunisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a dan huruf b harus dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangan.

(4) Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil berupa konsultasi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai kompetensi dan kewenangannya dan/atau tenaga nonkesehatan terlatih."

Pasal 14

"(1) Pelayanan Kesehatan Masa Hamil diberikan dalam bentuk pelayanan antenatal.

(2) Pelayanan antenatal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertujuan untuk menjaga kesehatan ibu hamil dan janin serta mencegah komplikasi pada masa kehamilan, persalinan, dan sesudah melahirkan.

(3) Pelayanan antenatal sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan sesuai standar secara berkala paling sedikit 4 (empat) kali selama masa kehamilan.

(4) Pelayanan antenatal sebagaimana dimaksud pada ayat (1), ayat (2), dan ayat (3) dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan."

Pasal 15

"(1) Pelayanan antenatal diberikan secara terpadu dengan pelayanan kesehatan lainnya untuk mendeteksi faktor risiko dan penyulit yang dapat membahayakan kesehatan dan keselamatan ibu serta janin.

(2) Setiap ibu hamil dengan faktor risiko dan penyulit wajib dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan yang mempunyai kemampuan untuk mengatasi risiko dan penyulit.

(3) Rujukan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.”

Pasal 16

“(1) Setiap ibu berhak atas Persalinan yang aman dan bermutu.

(2) Persalinan yang aman dan bermutu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi: a. pencegahan infeksi; b. pemantauan dan deteksi dini adanya faktor risiko dan penyulit; c. pertolongan persalinan yang sesuai standar; d. melaksanakan inisiasi menyusu dini sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan e. merujuk kasus yang tidak dapat ditangani ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu dan tepat waktu.

(3) Persalinan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan di fasilitas pelayanan kesehatan.

(4) Dalam hal fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak dapat dijangkau, Persalinan dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan di luar fasilitas pelayanan kesehatan.”

Pasal 17

“(1) Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan meliputi: a. pelayanan nifas; b. pelayanan yang mendukung pemberian Air Susu Ibu Ekslusif; dan c. pelayanan pola asuh anak dibawah 2 (dua) tahun. (2) Pelayanan nifas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a diberikan berupa promosi kesehatan, deteksi dini gangguan kesehatan fisik dan mental, serta pencegahan dan penanganannya oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya. (3) Pelayanan yang mendukung pemberian Air Susu Ibu Ekslusif dan pola asuh anak dibawah 2 (dua) tahun sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dan huruf c berupa pemberian informasi dan edukasi melalui penyuluhan, konseling, dan pendampingan. (4) Pelayanan yang mendukung pemberian Air Susu Ibu Ekslusif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.”

Pasal 18

"Ketentuan lebih lanjut mengenai Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Pelayanan Kesehatan Masa Hamil, Persalinan, dan Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13, Pasal 14, Pasal 16, dan Pasal 17 ayat (1) huruf a dan huruf c diatur dengan Peraturan Menteri."

Bagian Kelima tentang Pelayanan Kesehatan Sistem Reproduksi, Pasal 30 menyebutkan:

"(1) Setiap perempuan berhak atas Pelayanan Kesehatan Sistem Reproduksi.

(2) Pelayanan Kesehatan Sistem Reproduksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk melindungi organ dan fungsi reproduksi agar terbebas dari gangguan, penyakit atau kecacatan pada perempuan.

(3) Pelayanan Kesehatan Sistem Reproduksi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan dengan memperhatikan tahapan siklus reproduksi perempuan sesuai standar."

b. Peraturan Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2023 Tentang Pemenuhan Kebutuhan Alat Dan Obat Kontrasepsi Bagi Pasangan Usia Subur Dalam Pelayanan Keluarga Berencana (BKKBN, 2023).

"Program Pembangunan Keluarga, Kependudukan, dan Keluarga Berencana yang selanjutnya disebut Program Bangga Kencana adalah upaya terencana dalam mewujudkan penduduk tumbuh seimbang dan keluarga berkualitas melalui pengaturan kelahiran anak, jarak, dan usia ideal melahirkan, serta mengatur kehamilan."

c. Peraturan Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 88/PER/F2/2012 tentang Pedoman Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Remaja / Mahasiswa

Pasal 1 Menyebutkan:

"Rumah Perlindungan Pekerja Perempuan yang selanjutnya disebut RP3 adalah tempat, ruang, sarana, dan/atau fasilitas yang disediakan untuk memberikan perlindungan dan pemenuhan hak terhadap pekerja perempuan di tempat kerja."

d. Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2023 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak Nomor 1 Tahun 2020 Tentang Penyediaan Rumah Perlindungan Pekerja Perempuan di Tempat Kerja

Seperti yang tertuang pada Peraturan Pemerintah RI nomor 61 tahun 2014, dikatakan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu, aman dan dapat dipertanggungjawabkan. Tidak hanya itu, dalam peraturan ini disampaikan juga bahwa kesehatan perempuan dalam usia reproduksi sampai melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas, hal tersebut juga dijamin. Sehingga diharapkan nantinya hal tersebut dapat mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI).

Tahun 2015 Kementerian kesehatan Indonesia telah menerbitkan buku panduan kesehatan reproduksi dan seksual calon pengantin. Di Indonesia, pendidikan kesehatan reproduksi remaja terintegrasi dalam kurikulum yang ada di sekolah; intra-kurikulum, extrakurikulum, dan bimbingan konseling. Beberapa materi terkait kesehatan reproduksi dan remaja ada dalam mata pelajaran biologi, kesehatan jasmani dan agama (Sainah et al., 2022).

C. Simpulan

Kebijakan kesehatan reproduksi merupakan salah satu determinan penting pencapaian tujuan pembangunan kependudukan dan kesehatan di Indonesia. Penting diingat bahwa konseling, edukasi dan pelayanan tentang kesehatan reproduksi secara terpadu merupakan bagian penting. Untuk itu kebijakan tentang kesehatan reproduksi perlu di dukung oleh semua lapisan masyarakat.

D. Referensi

- BKKBN. (2023). Peraturan Badan Kependudukan Dan Keluarga Berencana Nasional Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2023 Tentang Pemenuhan Kebutuhan Alat dan Obat Kontrasepsi Bagi Pasangan Usia Subur Dalam Pelayanan Keluarga Berencana. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2023*, 151(2), 10–17.
- Fatoni, Z., Astuti, Y., Situmorang, A., NFN, W., & Purwaningsih, S. S. (2015). Implementasi Kebijakan Kesehatan Reproduksi Di Indonesia: Sebelum Dan Sesudah Reformasi. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 10(1), 65. <https://doi.org/10.14203/jki.v10i1.56>
- Larasaty, N. D., Demartoto, A., Salawati, T., & Selaeman, E. S. (2019). *Literasi Kesehatan Remaja Putri Pantura*. Unimus Press.
- Pemerintah Indonesia. (1945). *Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945*. 105(3), 129–133. <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BDsuQOHoCi4J:https://media.neliti.com/media/publications/9138-ID-perlindungan-hukum-terhadap-anak-dari-konten-berbahaya-dalam-media-cetak-dan-ele.pdf+&cd=3&hl=id&ct=clnk&gl=id>
- Pemerintah Indonesia. (2009). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga*. 1, 12–42.
- Pemerintah Indonesia. (2014a). *Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga*. 41. <https://peraturan.bpk.go.id/>
- Pemerintah Indonesia. (2014b). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No.61 Tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Pemerintah Indonesia. (2023). *Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*.
- Permatasari, D., Hutomo, C. setyo, Purba, S. banun titi istiqomah juliani, Akhlaq, M. N. El, Argaheni, S. H. S. N. B., Zubaeda, & Gultom, L. (2022). Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. In *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Yayasan Kita Menulis.
- Purwanti, A. (2013). Pengaturan Kesehatan Reproduksi Perempuan dan Implementasinya Di Indonesia. *Jurnal Palastren*, 6(1), 107–128.
- Sainah, S., Hamdayani, H., & Zalzabila, N. (2022). Kesiapan Remaja Putri Dalam Menghadapi Menarche. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 18(2), 171. <https://doi.org/10.26753/jikk.v18i2.985>

Waluyo, D., Fitriani, Ramadhanti, I. P., Rosanty, A., Hafizah, I., Herman, S., Atoy, L., Rahim, E., Lubis, K., Yanthi, D., & Astuti, D. A. (2022). *Pengantar Kesehatan Reproduksi Wanita* (Issue July). Cv. Eureka Media Aksara.

BAB III

EVIDENCE-BASED PRACTICE DALAM PENYELESAIAN MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA AKHIR

Subriah, S.ST., M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog

Masa remaja akhir ialah fase berarti dalam pertumbuhan individu, di mana perubahan fisik, psikologis, serta sosial berlangsung dengan cepat. Menurut Depkes RI (2009), masa remaja merupakan suatu proses tumbuh kembang yang berkesinambungan, yang merupakan masa peralihan dari kanak-kanak ke dewasa muda. Dari segi umur remaja dapat dibagi menjadi remaja awal/early adolescence (12-16 tahun) dan remaja akhir/late adolescence (17-25 tahun).

Remaja usia 10-24 tahun merupakan kelompok penduduk yang sangat besar jumlahnya, yaitu sekitar 64 juta jiwa atau 28,6 persen dari 222 juta jiwa penduduk Indonesia (Proyeksi Penduduk Indonesia tahun 2000-2025, BPS, Bappenas, UNFPA, 2005). Jumlah yang besar tersebut adalah potensi sekaligus tantangan. Jika dihubungkan dengan Bonus Demografi yang puncaknya akan terjadi di antara tahun 2028 – 2031, remaja saat ini adalah penduduk usia produktif saat Bonus Demografi tersebut terjadi. Artinya remaja saat ini adalah calon aktor/pelaku pembangunan saat mereka memasuki Bonus Demografi. Selanjutnya mereka juga akan memasuki fase memulai kehidupan berkeluarga, akan menjadi pasangan suami-istri, dan akan menjadi orangtua bagi generasi-generasi yang dilahirkannya. Agar keluarga mereka melahirkan generasi berkualitas, remaja saat ini harus disiapkan supaya siap menjadi suami-istri dan menjadi orangtua.

Pada fase ini, masalah kesehatan reproduksi kerap kali jadi atensi utama sebab mempunyai dampak jangka panjang terhadap kesejahteraan serta kualitas hidup orang. Sebagian isu yang kerap timbul antara lain kehamilan remaja, penyakit menular seksual, dan kesehatan mental yang terkait dengan

kegiatan seksual. Buat menanggulangi masalah-masalah ini secara efisien, pendekatan yang berbasis bukti (Evidence Based Practice) menjadi sangat penting.

Evidence Based Practice (EBP) yakni pendekatan yang mengintegrasikan bukti penelitian terbaik, keahlian klinis, dan nilai serta preferensi individu dalam pengambilan keputusan pelayanan kesehatan. Penerapan EBP dalam penyelesaian masalah kesehatan reproduksi remaja akhir memiliki sebagian utilitas, antara lain meningkatkan efektivitas intervensi, meminimalkan risiko, dan memberikan hasil yang lebih baik serta sesuai dengan kebutuhan remaja.

Dalam konteks kesehatan reproduksi remaja, EBP melibatkan beberapa langkah penting. Pertama, identifikasi permasalahan kesehatan yang spesifik pada remaja akhir. Kedua, pencarian serta penilaian bukti ilmiah yang relevan serta mutakhir. Ketiga, penerapan bukti tersebut dalam konteks praktik klinis dengan mempertimbangkan kemampuan profesional serta preferensi remaja. Terakhir, evaluasi serta penyesuaian intervensi berdasarkan hasil yang dicapai.

B. Masalah-Masalah Kesehatan pada Reproduksi Remaja Akhir

1. Kehamilan Remaja

Masa remaja adalah waktu di mana seseorang mulai menjelajahi seksualitas dan mencari tahu bagaimana hal itu mempengaruhi identitas mereka. Remaja sering kali penasaran dengan daya tarik seksual mereka, bagaimana cara bersikap dalam hal seks, dan apa yang akan terjadi dalam kehidupan seks mereka di masa depan. Ini adalah saat penting di mana mereka sedang mengembangkan identitas seksual mereka, sering merasa bingung atau rentan karena tubuh mereka sedang berubah dari anak-anak menjadi dewasa. Keputusan mengenai seksualitas sering kali melibatkan proses panjang di mana mereka belajar mengelola perasaan seperti gairah dan ketertarikan, serta mempelajari cara untuk bertindak secara bertanggung jawab untuk menghindari masalah di masa depan.

Kehamilan pada remaja akhir, atau remaja, merupakan fenomena yang sering terjadi di Indonesia. Berdasarkan data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2017, sebanyak 9% remaja perempuan usia 15-19 tahun sudah pernah hamil atau memiliki anak (BKKBN, 2018). Kehamilan pada usia ini dapat memberikan dampak yang signifikan, baik bagi si remaja maupun bayi yang dikandung. Dari sisi kesehatan, kehamilan pada usia remaja akhir berisiko terhadap komplikasi medis seperti anemia, preeklampsia, persalinan prematur, dan berat bayi lahir rendah. Hal ini disebabkan oleh kondisi fisik dan kematangan reproduksi remaja yang belum optimal. Selain itu, remaja juga cenderung memiliki perilaku berisiko seperti kurangnya pemeriksaan kehamilan, gaya hidup tidak sehat, dan kurangnya dukungan sosial. Secara psikologis, kehamilan di usia remaja akhir juga dapat menimbulkan stres, depresi, dan kecemasan bagi si remaja. Mereka harus beradaptasi dengan peran dan tanggung jawab baru sebagai orang tua, sementara secara emosional dan psikologis belum siap. Kondisi ini dapat mempengaruhi perkembangan janin dan kemampuan pengasuhan anak.

Pemerintah berupaya membuat berbagai program yang mendukung bagi remaja, agar para remaja menjadi lebih terarah dan terlindungi kesehatan secara reproduksinya, sehingga remaja yang sehat di saat ini menjadi orang tua yang handal dimasa depan, salah satu program yang mendukung remaja terkait kesehatan reproduksinya adalah Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Suatu layanan yang diselenggarakan oleh

pemerintah yang tempat pelayanannya ada di Puskesmas sehingga mampu menjangkau remaja yang ada di lingkungan terkecil, yang mana pelayanan yang diberikan memiliki tujuan melindung hak-hak kesehatan reproduksi pada remaja sehingga remaja mampu tumbuh dan berkembang dengan optimal sehingga setiap remaja memiliki potensi yang maksimal. Pelayanan PKPR ditujukan bagi semua remaja dengan tidak melihat apakah remaja tersebut sudah menikah atau belum.

Paket layanan dari PKPR bagi remaja adalah:

1. Pelayanan kesehatan reproduksi bagi remaja baik terkait penyakit menular seksual maupun terkait permasalahan yang berkaitan dengan pubertas
2. Penanganan dan pencegahan kehamilan yang terjadi pada remaja
3. Pelayanan penanganan atau pencegahan permasalahan gizi pada remaja seperti anemia, gizi kurang atau gizi lebih yg terjadi pada remaja.
4. Pelayanan terkait Pertumbuhan dan Perkembangan pada remaja
5. Deteksi dini pelayanan imunisasi pada remaja
6. Pelayanan gangguan kesehatan jiwa pada remaja seperti masalah kejiwaan yang dialami oleh remaja
7. Pencegahan dan penanganan ketergantungan terhadap konsumsi NAPZA
8. Skrining dan deteksi pencegahan dan penanganan kekerasan baik fisik maupun seksual pada remaja
9. Deteksi penyakit menular TBC pada remaja
10. Deteksi penyakit gangguan akibat cacingan

Pelayanan yang dilakukan oleh setiap puskesmas akan bervariasi sesuai dengan kondisi wilayahnya masing-masing. Oleh karena itu, diperlukan upaya komprehensif untuk mencegah dan menangani kehamilan pada remaja akhir. Edukasi kesehatan reproduksi, akses kontrasepsi, serta dukungan sosial dan psikologis bagi remaja hamil merupakan beberapa intervensi yang dapat dilakukan (BKKBN, 2018). Dengan demikian, diharapkan remaja dapat menjalani masa kehamilan dan transisi menjadi orang tua dengan lebih sehat dan siap.

2. Penyakit Menular Seksual

IMS adalah infeksi yang salah satu penularannya melalui hubungan seksual, hubungan seksual tidak terbatas pada genito genital tetapi juga ano genital. Adapun mikroorganisme penyebab IMS bermacam-macam bisa dari jamur (kandida albikan), parasit (Trichomonas vaginalis), bakteri (Neisseria gonorrhoea, Chlamydia trachomatis, Treponema pallidum (Sifilis) bacterial vaginosis, Hemophylus ducreii (Ulkus molee), Virus (Herpes Simplex (herpes genitalis), Human papilloma virus virus (kondilomata akuminata, HIV (HIV dan AIDS). IMS, HIV dan AIDS merupakan masalah kesehatan masyarakat yang cukup besar secara global maupun local. Cara penularannya adalah melalui hubungan seksual yang tidak aman, penggunaan narkoba suntik, transfusi darah, dan penularan pada bayi dari ibu yang terinfeksi

Infeksi Menular Seksual (IMS) dan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) merupakan satu diantara penyebab penyakit utama di dunia dan telah memberikan dampak luas pada masalah kesehatan berupa kesakitan dan kematian, masalah sosial dan ekonomi di banyak negara termasuk Indonesia. Secara global setiap hari terjadi sekitar satu juta kasus IMS/ISR yang dapat diobati, namun masih lebih banyak lagi yang tak dapat diobati. Separuh dari kasus tersebut terjadi di Asia bahkan wilayah regional Asia Selatan Tenggara termasuk Indonesia tercatat sebagai wilayah terberat kedua yang menderita akibat beban penyakit tersebut.

PMS yang disebabkan oleh bakteri jamur dan protozoa terus berlanjut sebagai masalah kesehatan masyarakat baik di negara maju maupun negara berkembang, penurunan terjadi di banyak negara maju dengan rendahnya kasus tetapi masih terus berlanjut sebaliknya penurunan yang terjadi di banyak negara berkembang disertai dengan tingginya endemi penyakit lainnya endemi yang tinggi berkembang disertai dengan tingginya tinggi banyak terjadi di negara berkembang dan PMS termasuk dalam 5 penyakit utama di mana orang dewasa membutuhkan layanan kesehatan dalam beberapa DKD menurut estimasi WHO terdapat 4340 juta kasus baru Sifilis gonore klamidia dan trikomoniasis setiap tahun pada laki-laki dan perempuan berusia 15 sampai 49 tahun.

Salah satu kebijakan pemerintah dalam penanggulangan IMS dan ISR dilakukan bersama oleh pemerintah, masyarakat, sektor swasta dan LSM dengan organisasi internasional termasuk LSM merupakan pelaku utama

dalam pelaksanaan penanggulangan pemerintah wajib memberdayakan masyarakat, serta memberikan arahan, bimbingan dan menciptakan suasana yang kondusif. Kebijakan pelaksanaan IMS diarahkan untuk mendorong peran, membangun komitmen dan menjadi bagian integral pembangunan kesehatan dalam mewujudkan manusia Indonesia yang sehat dan produktif terutama bagi populasi berisiko tinggi.

Pengendalian IMS diselenggarakan melalui penatalaksanaan kasus secara cepat dan tepat, penyedia layanan yang mudah diakses dan berkualitas peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat serta pengendalian faktor risiko baik pada populasi berisiko tinggi maupun rendah pengendalian IMS diarahkan untuk mengembangkan dan memperkuat jejaring surveilans epidemiologi dengan fokus pemantauan wilayah yang banyak populasi berisiko. Tingginya pengendalian IMS diarahkan untuk memantapkan jejaring lintas program lintas sektor serta kemitraan dengan masyarakat termasuk swasta untuk percepatan program melalui pertukaran informasi pelatihan pemanfaatan teknologi tepat guna dan pemanfaatan sumber daya lainnya dan memberikan perhatian dengan intensitas tinggi untuk penyediaan layanan IMS komprehensif di wilayah dengan prevalensi IMS dan HIV tinggi pada populasi penjajah seks dan Waria.

C. Empat Pilar Penting dalam Upaya Pengendalian IMS

1. Perubahan Perilaku Berisiko Menjadi Tidak Berisiko

Strategi ini dilaksanakan melalui pendekatan intervensi perubahan perilaku (IPP) yang memusatkan perubahan perilaku di tingkat individu kelompok dan masyarakat untuk meningkatkan keberhasilan perubahan perilaku yang diharapkan intervensi yang dilakukan di tingkat individu antara lain melalui penjangkauan (outreach), hot line dan penilaian risiko individu. Di tingkat kelompok dilakukan melalui penjangkauan (outreach), penilaian risiko kelompok, kelompok dampingan sebaya. Di tingkat masyarakat dilakukan melalui intervensi mobilisasi komunitas dan pemasaran sosial kondom.

2. Promosi Penggunaan Kondom Secara Terus-Menerus

Pemasaran sosial bertujuan untuk menjawab permasalahan sosial tidak hanya untuk membentuk keuntungan komersial pemasaran sosial

kondom, pada intinya adalah agar setiap orang dengan perilaku berisiko menggunakan kondom secara konsisten.

3. Keterlibatan Sektor Terkait untuk Menciptakan Lingkungan yang Kondusif

Keterlibatan sektor terkait di wilayah terkait wilayah sangat penting dalam terciptanya lingkungan kondusif untuk perubahan perilaku hal ini menjadi salah satu syarat agar perubahan perilaku tidak hanya fokus pada individu namun juga mengusahakan transformasi lingkungan sosial dimana perubahan perilaku akan dilakukan keterlibatan pemangku kepentingan diharapkan Dalam setiap tahapan dimulai dari menyadari adanya masalah kesehatan di wilayahnya sampai pada keterlibatan dan bertanggung jawab mengelola program di lokasi secara berkelanjutan.

4. Layanan IMS (dan HIV/AIDS) yang Memadai

Pada kelompok berperilaku risiko tinggi maupun non risiko tinggi layanan IMS harus dapat diterima mudah diakses terjangkau dan berkualitas layanan yang dapat diterima artinya pelayanan yang tidak menstigma dan sikap yang tidak menghakimi dan merendahkan moral privasi dan kerahasiaan terjamin. Waktu pelayanan tidak terlalu lama peralatan dan bahan yang memadai pengadaan obat dan kondom yang terjamin kemampuan kompetensi dan profesionalisme tenaga pengobatan yang efektif dan efisien mudah di akses artinya lokasi yang mudah dijangkau dan waktu layanan yang sesuai dengan aktivitas pasien terjangkau menunjukkan biaya yang dapat dijangkau oleh pasien berkualitas menunjukkan layanan yang diberikan harus menjamin antara lain efektivitas keamanan kenyamanan keselamatan dan kepuasan pasien

5. Kesehatan Mental

Kesehatan mental remaja dapat mempengaruhi masa depan mereka sebagai individu. Hal ini juga berdampak pada keluarga dan masyarakat secara keseluruhan. Oleh karena itu, masalah ini menjadi perhatian penting bagi institusi kesehatan dan peneliti akademis. Untuk memahami kesehatan mental anak-anak dan remaja, kita perlu mengetahui faktor-faktor apa saja yang dapat membahayakan (faktor risiko) dan faktor-faktor apa saja yang dapat melindungi (faktor pelindung) kesehatan mental mereka. Dengan

memahami faktor-faktor tersebut, kita dapat mengembangkan strategi yang efektif untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan mental anak-anak dan remaja. Hal ini penting agar mereka dapat tumbuh dan berkembang dengan baik, serta mampu menghadapi tantangan di masa depan.

6. Fase Perkembangan Psikososial

Erik H Erikson membagi fase perkembangan psikososial menjadi delapan tahapan (Erik, 2010 & Curtis, 2015):

- Tahap 1: Kepercayaan Vs Ketidakpercayaan (Tahap baru lahir – 1 tahun)
- Tahap 2: Otonomi Vs Malu/ Keraguan (Tahap toddler 12 bulan –3 tahun)
- Tahap 3: Inisiatif Vs Rasa Bersalah (Tahap pra sekolah 3–6 tahun)
- Tahap 4: Industri Vs. Inferioritas (Tahap Sekolah Dasar 6–12 tahun)
- Tahap 5: Identitas Vs Kebingungan Peran (Tahap remaja 12–18 tahun)
- Tahap 6: Keintiman Vs. Isolasi (Tahap dewasa awal 21–40 tahun)
- Tahap 7: Generativitas Vs. Stagnasi (Tahap ketika mencapai 40–65 tahun)
- Tahap 8: Integritas Vs. Keputusasaan (Tahap usia pertengahan enam puluh hingga akhir hayat)

Menurut teori perkembangan Erikson, tugas utama remaja adalah mengembangkan rasa identitas diri. Pada masa ini, remaja cenderung mengalami kebingungan peran dan mencari tahu siapa dirinya serta apa yang akan dilakukannya di masa depan. Remaja mengeksplorasi berbagai peran dan ide, menetapkan tujuan, serta berusaha menemukan jati dirinya. Remaja yang berhasil melalui tahap ini akan memiliki identitas yang kuat dan meyakini prinsip-prinsip, keyakinan, serta nilai-nilai yang didapatkan dari perspektif orang lain. Sebaliknya, remaja yang memiliki harga diri rendah dan mengalami kebingungan peran cenderung apatis atau tertekan, sehingga tidak dapat mengekspresikan ide-ide dan mengembangkan identitasnya dengan baik. Kondisi ini dapat berdampak negatif pada perkembangan selanjutnya. Oleh karena itu, dukungan dari lingkungan, terutama keluarga dan teman sebaya, sangat penting bagi remaja untuk dapat melewati tahap ini dengan baik dan menemukan identitas diri yang kuat. Dengan demikian, remaja akan siap menghadapi tantangan dan mencapai tugas perkembangan selanjutnya.

Interaksi dengan teman sebaya mulai berkurang pada masa dewasa awal. Pada tahap ini, seseorang sering terlibat konflik dengan orang lain dalam hal hubungan intim dan kasih sayang. Jika berhasil melewati tahapan ini,

seseorang akan mampu mengembangkan hubungan yang bahagia, penuh komitmen, rasa aman, dan perhatian. Sebaliknya, jika tahapan lain belum berhasil diselesaikan, maka dewasa awal akan mengalami kesulitan dalam mengembangkan dan mempertahankan hubungan yang sukses dengan orang lain. Pada kondisi ini, orang cenderung mengasingkan diri (*isolation*) dan membatasi interaksi sosial. Lawan jenis memiliki peran penting dalam tahap ini.

Intinya dari berbagai teori yang dikemukakan para ahli, diterangkan dan digambarkan tahap perkembangan identik dengan kematangan mental, emosional dan sosial. Sedangkan arti pertumbuhan itu sendiri lebih mengarah kepada penambahan jumlah, ukuran dan struktur. Tetapi tidak selalu tahapan perkembangan berkorelasi positif dengan kemajuan, terkadang dengan pengaruh faktor internal dan ekternal dapat menunjukkan tanda gejala kemunduran (Masganti, 2015).

Kesehatan mental yang baik tidak hanya diartikan sebagai tidak adanya masalah kesehatan mental yang terdiagnosis, melainkan juga berhubungan dengan kesejahteraan (*well-being*) seseorang. Konsep *well-being* sebenarnya lebih luas daripada sekedar kesehatan mental, namun keduanya saling terkait. Gangguan pada kesehatan mental anak dapat berdampak pada keseluruhan *well-being* anak, begitu pula *well-being* yang buruk dapat menjadi risiko terhadap kesehatan mental. Masa anak-anak dan remaja merupakan masa perkembangan, sehingga sulit untuk melakukan diagnosis dan memberikan penanganan yang tepat (Remschmidt, et al., 2007). Hal ini karena tidak ada garis yang jelas untuk membedakan perkembangan yang normal dan abnormal.

Kesehatan mental melibatkan lebih dari sekedar masalah medis, banyak faktor lain yang mempengaruhi, seperti faktor sosial ekonomi. Masalah kesehatan mental dapat muncul di berbagai area, mulai dari penyalahgunaan zat, kejahatan, kekerasan, kehilangan produktivitas, hingga bunuh diri. Kesehatan mental pada anak dan remaja juga berkaitan dengan kapasitas mereka untuk berkembang secara biologis, kognitif, dan sosio-emosional (Remschmidt, et al., 2007). Oleh karena itu, penting bagi kita untuk memahami tahapan perkembangan anak dan remaja agar dapat mendeteksi adanya permasalahan pada perkembangan mereka. Anak dengan kesehatan mental yang baik akan menunjukkan ciri-ciri tertentu dalam proses perkembangannya.

D. Simpulan

Masa remaja akhir merupakan fase penting dalam perkembangan individu yang ditandai dengan perubahan fisik, psikologis, dan sosial yang cepat. Menurut Depkes RI (2009), remaja adalah masa peralihan dari kanak-kanak ke dewasa muda yang berkesinambungan. Remaja dibagi menjadi dua kelompok umur: remaja awal (12-16 tahun) dan remaja akhir (17-25 tahun). Kehamilan pada usia remaja akhir berisiko terhadap komplikasi medis seperti anemia, preeklampsia, persalinan prematur, dan berat bayi lahir rendah. Hal ini disebabkan oleh kondisi fisik dan kematangan reproduksi remaja yang belum optimal (usia <20 tahun). Selain itu, remaja juga cenderung memiliki perilaku berisiko seperti kurangnya pemeriksaan kehamilan, gaya hidup tidak sehat, dan kurangnya dukungan sosial.

Kesehatan mental melibatkan lebih dari sekedar masalah medis, banyak faktor lain yang mempengaruhi, seperti faktor sosial ekonomi. Masalah kesehatan mental dapat muncul di berbagai area, mulai dari penyalahgunaan zat, kejahatan, kekerasan, kehilangan produktivitas, hingga bunuh diri. Kesehatan mental pada anak dan remaja juga berkaitan dengan kapasitas mereka untuk berkembang secara biologis, kognitif, dan sosio-emosional. Pemerintah berupaya membuat berbagai program yang mendukung bagi remaja, agar para remaja menjadi lebih terarah dan terlindungi kesehatan secara reproduksinya, sehingga remaja yang sehat di saat ini menjadi orang tua yang handal dimasa depan, salah satu program yang mendukung remaja terkait kesehatan reproduksinya adalah Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR).

E. Referensi

- BKKBN. (2018). Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017. Jakarta: BKKBN.
- Diana Vidya Fakhriyani, Kesehatan Mental, 2019, Duta Media Publishing,
- Direktorat Bina Ketahanan Remaja, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, 2019, Membantu Remaja Merencanakan Masa Depannya, Modul Pegangan bagi Fasilitator Kelompok Kegiatan Bina Keluarga Remaja (BKR)
- Direktorat Bina Ketahanan Remaja, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, 2019, Modul Pegangan bagi fasilitator Kelompok Kegiatan Bina Keluarga Remaja (BKR)
- Eka Sri Handayani, Kesehatan Mental, Mental Hygiene, 2022, Universitas Islam Kalimantan Muhammas Arsyad Al-Banjari Banjarmasin
- John W. Santrock, Adolescence Perkembangan Remaja, Edisi keenam, 2003, Erlangga
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan, Modul Penatalaksanaan Infeksi Menular Seksual (Untuk Dokter, Perawat, Bidan)
- Nurul Eko Widiyastuti, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, 2022, CV Media Sains Indonesia
- Nuranna, L., Aziz, M. F., Halim, A., & Sutrisna, B. (2020). Obstetri dan Ginekologi Sosial. Jakarta: Badan Penerbit FKUI.

BAB IV

EVIDENCE-BASED PRACTICE DALAM PENYELESAIAN MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI WANITA USIA SUBUR

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

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan reproduksi pada wanita usia subur (WUS) dalam rentang usia 15-49 tahun sangat penting untuk diperhatikan karena memiliki berbagai permasalahan (Wati et al., 2023). Beragam permasalahan kesehatan yang dialami oleh perempuan meliputi pengaturan kesuburan (kontrasepsi), penyakit menular seksual, kekerasan berbasis seks dan gender, kehamilan dan persalinan, serta ketersediaan dan pemanfaatan fasilitas kesehatan (Ardianti, 2019; Gagnon et al., 2002). Berbagai permasalahan kesehatan reproduksi perempuan tersebut akan memberikan dampak yang cukup serius terhadap status demografi negara, karena kesehatan reproduksi yang baik akan mempengaruhi kualitas demografi manusia (Meo & Nahak, 2020).

Berdasarkan penelitian bahwa 80.2% responden pertama kali mempunyai anak pada usia remaja akhir, 53.1% tidak menggunakan KB, 56.4% mempunyai anak lebih dari dua orang, 55% responden memiliki riwayat tidak aktif mengikuti Antenatal Care (ANC) dan 59% memiliki riwayat tidak memberikan ASI eksklusif (Meo & Nahak, 2020). Temuan utama dalam penelitian ini adalah primimuda dan rendahnya penggunaan kontrasepsi, sehingga kedua masalah ini berdampak pada tingginya angka fertilisasi dan mortalitas perempuan. Hasil penelitian lainnya membuktikan bahwa perempuan imigran secara paksa dapat meningkatkan fertilisasi, karena adanya dorongan dari pengungsi untuk ‘repopulasi’, atau mengisi kembali dan mengantikan jumlahnya yang hilang atau berkurang. Peningkatan jumlah penduduk pengungsi semakin diperburuk dengan ketetidaktersediaan kontrasepsi dan kurangnya pengetahuan terkait pemanfaatan kontrasepsi (Gagnon et al., 2002; Palareti et al., 2016) Temuan lainnya adalah rendahnya

pemanfaatan pelayanan ANC. Masalah kesehatan selama masa kehamilan, persalinan, dan pascapersalinan juga menjadi permasalahan yang dialami perempuan pengungsi, hal tersebut dikaitkan dengan kemiskinan yang berdampak pada status nutrisi dan hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan yang adekuat akibat perbedaan bahasa dan budaya antara perempuan pengungsi dan petugas kesehatan (Barnes & Harrison, 2004; Gagnon et al., 2002).

Masalah-masalah yang dialami oleh WUS ini mungkin dikarenakan kurangnya informasi dari petugas kesehatan, masih minimnya upaya pemerintah dalam memberikan informasi dan sosialisasi serta kurangnya upaya-upaya promotif dan preventif dalam mencegah masalah kesehatan reproduksi wanita. Selain itu kurangnya kesadaran dari WUS dan keluarga untuk berupaya mendapatkan informasi tentang kesehatan reproduksi wanita, khususnya pada WUS. Faktor sosial ekonomi, budaya dan lingkungan, psikologis, dan biologis yang mempengaruhi kesehatan reproduksi wanita (Ardianti, 2019). Faktor sosial ekonomi terutama kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi disebut paling berpengaruh terhadap terjadinya masalah reproduksi pada wanita. Adapun faktor budaya dan lingkungan seperti praktek tradisional yang berdampak buruk terhadap kesehatan reproduksi, kepercayaan banyak anak banyak rezeki, informasi dari masyarakat dan keluarga yang diyakini dari generasi ke generasi yang berlawanan dengan informasi medis akan membingungkan. Anggapan bahwasanya masalah kesehatan reproduksi adalah urusan perempuan, dan tidak berhubungan dengan suami ataupun anggota keluarga yang lain.

B. WUS dengan Kehamilan Usia Remaja

Masa remaja (10 hingga 19 tahun) adalah masa unik yang tidak hanya ditandai oleh meningkatnya kapasitas fisik untuk aktif secara seksual dan mengandung anak, tetapi juga oleh kapasitas kognitif dan psikososial yang belum sepenuhnya berkembang untuk menilai konsekuensi yang tidak diinginkan dari aktivitas seksual dan menegosiasikan seks yang aman dan konsensual (Gray et al., 2013). Pengaruh perkembangan pada pengambilan keputusan seksual, bagi banyak remaja sangatlah rumit, karena dipengaruhi oleh tantangan seperti kemiskinan, ketidaksetaraan gender, pernikahan dini, pencapaian pendidikan yang rendah, terbatasnya kesempatan kerja, dan

hambatan sosial budaya dan peraturan untuk mengakses informasi dan layanan kesehatan reproduksi. Kombinasi faktor-faktor ini meningkatkan kehamilan remaja sekaligus menciptakan hambatan terhadap perilaku mencari perawatan. Kehamilan remaja meningkat di kalangan remaja perempuan dengan penyebab utama yaitu kehamilan diluar nikah dan keputusan untuk menikah di usia muda (Meo & Nahak, 2020).

Walaupun seks pranikah dan kehamilan di luar nikah tidak disetujui dan tidak ditoleransi oleh masyarakat di lingkungan pengungsi namun kontrol yang rendah dari orangtua menyebabkan banyak remaja jatuh dalam pergaulan bebas yang berdampak pada kehamilan di luar nikah. Risiko yang terkait dengan kehamilan yang tidak diinginkan mencakup aborsi yang tidak aman, perilaku ibu yang buruk dalam mencari layanan kesehatan, kesehatan mental yang buruk, dan kemungkinan kematian ibu dan bayi, berisiko lebih tinggi terkena eklampsia, persalinan prematur, dan peningkatan morbiditas dan mortalitas neonatal (Mohamed et al., 2023).

Penyebab kedua tingginya angka kehamilan remaja adalah keputusan untuk menikah di usia muda. Remaja memilih untuk menikah di usia remaja karena menjadi ibu rumah tangga adalah pilihan karir satu-satunya setelah kemungkinan untuk sekolah sudah tertutup sebagai dampak dari kemiskinan. Anggapan melalui pernikahan seluruh kebutuhan perempuan akan menjadi tanggungjawab suaminya setelah pernikahan akan tetapi perempuan yang telah menikah tetap ikut andil dalam membantu perekonomian keluarga.

Terlepas dari alasan apapun, kehamilan remaja tetap memberikan dampak negatif bagi remaja. Reproduksi sehat untuk hamil dan melahirkan berkisar antara usia 20-30 tahun. Jika terjadi kehamilan di bawah atau di atas usia tersebut akan berisiko terjadinya kematian 2 hingga 4 kali lebih tinggi dari reproduksi sehat. Kematian ini kemungkinan besar disebabkan oleh kombinasi faktor biologis, akses yang lebih buruk terhadap perawatan antenatal, persalinan, dan pascanatal, serta lebih seringnya melakukan aborsi yang tidak aman. Bayi yang lahir dari perempuan usia remaja juga berisiko mengalami kematian neonatal 50% lebih tinggi pada minggu pertama dan 50% hingga 100% lebih tinggi selama bulan pertama kehidupan dibandingkan bayi yang dilahirkan perempuan usia 20-30 tahun. Angka kelahiran prematur yang lebih tinggi, persalinan yang rumit, dan berat badan lahir rendah, serta akses yang lebih rendah terhadap kontrasepsi untuk mengatur jarak kelahiran, perawatan terampil saat melahirkan, dan perawatan pascanatal kemungkinan merupakan

faktor yang berkontribusi. Kehamilan remaja membawa kerugian bagi kesehatan, kesejahteraan mental dan psikologi remaja, menghambat peluang karir dan peningkatan ekonomi, meningkatkan kemiskinan serta menghambat prospek masa depan remaja, remaja tersebut akan mengalami anemia, hipertensi gestasional, preeklamsia, prematuritas dan berat badan lahir rendah (Gray et al., 2013)

Kehamilan dini juga menambah beban sosial ekonomi bagi remaja itu sendiri, keluarga mereka, dan masyarakat karena remaja akan diminta untuk meninggalkan sekolah saat hamil, atau mereka meninggalkan sekolah untuk menikah dan hamil. Capaian pendidikan yang lebih rendah dikaitkan dengan hasil kesehatan yang lebih buruk bagi anak perempuan dan anak-anak mereka, meningkatkan ketergantungan perempuan pada suami dan keluarga mereka, dan memperburuk ketidakadilan gender di komunitas mereka. Meninggalkan sekolah juga membatasi peluang mata pencarian anak perempuan, yang memperkuat siklus kemiskinannya sendiri dan mengurangi produktivitas komunitasnya.

Intervensi yang diperlukan untuk menurunkan kehamilan usia remaja yaitu dengan memberikan akses terhadap keluarga berencana, perawatan antenatal dan postnatal yang berkualitas, perawatan terampil saat melahirkan, dan aborsi yang aman serta perawatan pascaaborsi. Namun, remaja mengalami hambatan unik dalam mengakses informasi dan perawatan kesehatan reproduksi dan tidak mungkin mendapat manfaat dari intervensi kesehatan reproduksi yang ditujukan pada keseluruhan populasi.

Menilik tingginya angka kehamilan remaja, perlu perhatian khusus pemerintah untuk mencegah kehamilan remaja dan mencegah kehamilan berulang pada ibu remaja. Selain itu, model pelayanan kesehatan yang diperlukan adalah konsep *youth friendly*. Konsep ini merujuk pada sikap petugas yang ramah, penuh perhatian dan tidak menggurui dalam memberikan pelayanan sehingga dapat mengatasi hambatan pemanfaatan pelayanan kesehatan remaja. Intervensi psikososial (KIE terkait kesehatan reproduksi), kunjungan rumah dan pendampingan keluarga muda, serta

penguatan program keluarga berencana juga perlu untuk mencegah kehamilan berulang pada ibu remaja (Aslam et al., 2017; Yani et al., 2014).

Pedoman WHO, mencegah kehamilan dini dan hasil reproduksi yang buruk di kalangan remaja di negara-negara berkembang, memberikan seruan untuk bertindak dan memberikan arahan untuk penelitian di masa depan mengenai (WHO, 2011):

1. mencegah kehamilan dini: dengan mencegah perkawinan sebelum usia 18 tahun; dengan meningkatkan pengetahuan dan pemahaman akan pentingnya pencegahan kehamilan; dengan meningkatkan penggunaan kontrasepsi; dan dengan mencegah seks yang dipaksakan;
2. mencegah hasil reproduksi yang buruk: dengan mengurangi aborsi yang tidak aman; dan dengan meningkatkan penggunaan layanan antenatal, persalinan dan pasca melahirkan yang terampil.

Beberapa intervensi yang ditujukan untuk mencegah kehamilan usia dini terbagi menjadi dua kategori besar yaitu intervensi psikososial multi-elemen dan program kontrasepsi.

1. Intervensi Psikososial

Program psikososial menawarkan berbagai layanan, seperti manajemen kasus dan rujukan; edukasi tentang kehamilan, persalinan dan melahirkan, kontrasepsi dan kesehatan bayi; pelatihan perkembangan anak; fasilitasi kontak dengan sistem perawatan kesehatan; dan konseling individual. Sebagian besar program ini melibatkan kunjungan rumah, berbasis komunitas dan melibatkan konseling telepon dengan periode tindak lanjut juga berkisar antara 12 bulan hingga 24 bulan.

a. Intervensi berbasis rumah Intervensi berdasarkan kunjungan rumah melibatkan konselor, mentor, bidan, perawat atau pengunjung rumah terlatih yang direkomendasikan dari pemerintahan, atau yang direkrut dari masyarakat atau dari kelompok etnis yang sama memberikan intervensi kepada ibu muda di rumah mereka. Beberapa penelitian tentang intervensi psikososial berbasis rumah melaporkan efektivitas intervensi dalam mengurangi proporsi kehamilan remaja berulang. Program kunjungan rumah berulang memfasilitasi akses ke layanan, mengatasi kesenjangan dalam jaringan dukungan sosial, mempertahankan perubahan perilaku melalui kontak berulang dengan

ibu muda, sehingga menurunkan resiko dari kehamilan berulang, dan memungkinkan mereka untuk mengekspresikan kebutuhan individu mereka. Beberapa hal yang harus diperhatikan untuk memberikan intervensi ini adalah petugas kesehatan harus memiliki pengetahuan yang terus ditingkatkan dan lebih spesifik terkait permasalahan yang dialami pada kehamilan usia dini sehingga maksimal dalam memberikan saran tentang kontrasepsi untuk remaja muda dan perlu adanya pelatihan keterampilan hidup bagi ibu muda sehingga lebih tidak rentan untuk hamil lagi.

b. Intervensi berbasis komunitas

Intervensi berbasis komunitas yang terbukti efektif dalam mengurangi kehamilan usia dini berulang adalah program perawatan prenatal yang berpusat pada teman sebaya dan partisipasi kelompok yang mendapatkan dukungan dari kader kesehatan (Aslam et al., 2017). Faktor penunjang lainnya diperlukan oleh tenaga kesehatan adalah memerlukan transportasi ke dan dari lokasi dan ketersediaan makanan, minuman, dan fasilitas penitipan anak semuanya dapat meningkatkan keterlibatan dan meningkatkan tingkat kehadiran kader dan peer group dalam pelaksanaan pelatihan. Program 'sistem teman' atau kelompok dukungan sebaya dapat menawarkan pilihan yang memberdayakan wanita muda dan memberi mereka kepercayaan diri, serta memberi mereka kesempatan untuk menyatakan apa yang mereka inginkan dan butuhkan. Bagi kader atau peer group merasa beruntung dan dihargai untuk menjadi bagian dari kelompok sebaya.

c. Intervensi berbasis telepon Satu studi melaporkan intervensi pendampingan berbasis telepon yang disampaikan oleh konselor wanita muda dengan latar belakang etnis yang sama dengan wanita muda yang terlibat

Kehamilan remaja dapat dicegah dengan mendorong remaja untuk menunda debut seksual mereka, menentang praktik pernikahan anak, meningkatkan konsistensi penggunaan kontrasepsi dan mendidik anak perempuan dan laki-laki tentang risiko kehamilan yang tidak diinginkan (Oringanje et al., 2016). Masyarakat yang cenderung berhasil menerapkan pendekatan multifaset, yaitu menerapkan program pencegahan yang dilakukan pada tingkat primer, sekunder, dan tersier (Mohamed et al.,

2023). Program-program ini berupaya untuk tidak hanya berfokus pada seks dan potensi konsekuensi dari melakukan hubungan seks yang tidak aman, namun juga mengatasi faktor-faktor kontekstual seperti norma-norma sosial, pemberdayaan, pelatihan keterampilan, dan pengembangan pribadi. Selain itu, kelompok sasarannya tidak hanya terbatas pada remaja perempuan tetapi juga mencakup remaja laki-laki, orang tua, guru, dan tokoh masyarakat (Oringanje et al., 2016). Berdasarkan penelitian tentang pedoman berbasis bukti untuk mencegah kehamilan remaja, berhasil diidentifikasi beberapa strategi pencegahan kehamilan (Mohamed et al., 2023; D. Taylor & James, 2011), yaitu

1) *Strategi Pencegahan Primer*

Mencakup strategi yang mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Contohnya adalah lingkungan keluarga yang mendukung, pendidikan seksualitas yang komprehensif, kontrasepsi, serta pencegahan dan deteksi kekerasan seksual dan berbasis gender.

Pencegahan primer terdiri dari upaya yang ditujukan untuk mencegah timbulnya suatu kondisi tertentu salah satunya mencegah kehamilan yang tidak diinginkan. Tujuan dari pencegahan primer kehamilan yang tidak diinginkan adalah untuk membantu individu dalam mencapai niat kehamilannya dan meningkatkan outcome ibu, anak dan keluarga dengan meningkatkan kemungkinan bahwa setiap kehamilan adalah kehamilan yang diinginkan dan direncanakan (D. Taylor et al., 2010).

Banyak rekomendasi untuk kesehatan prakonsepsi yang sudah diketahui secara luas. Pengujian yang tepat untuk infeksi menular seksual untuk melindungi kesuburan di masa depan, dorongan suplementasi asam folat sebelum konsepsi untuk mencegah cacat tabung saraf, dan pentingnya perubahan gaya hidup sehat seperti berhenti merokok dan alkohol, olahraga teratur dan pola makan sehat adalah contohnya.

Evaluasi terhadap kesehatan prakonsepsi dan risiko kehamilan yang tidak diinginkan juga merupakan peluang untuk mengatasi pilihan gaya hidup yang mempengaruhi bidang penting lainnya dalam kesehatan reproduksi. Beresiko tinggi mengalami kehamilan yang tidak diinginkan terkait dengan masalah kesehatan penting lainnya

termasuk obesitas, merokok, dan pesta minuman keras, terutama pada perempuan minoritas dan berpenghasilan rendah. Konseling prakonsepsi tidak boleh terbatas hanya pada diskusi tentang cara mengoptimalkan hasil kehamilan dan mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, namun juga memberikan cara untuk mengatasi masalah kesehatan preventif lainnya

Pengetahuan tentang penggunaan kontrasepsi pasien merupakan komponen penting dalam pencegahan primer. Evaluasi rutin terhadap penggunaan kontrasepsi pasien mempunyai potensi untuk meningkatkan pelayanan pasien dan menormalkan pencegahan utama kehamilan yang tidak diinginkan dalam setiap kunjungan layanan kesehatan. Pencegahan primer kehamilan yang tidak diinginkan juga mencakup evaluasi kepuasan pasien terhadap metode kontrasepsinya pada kunjungan berikutnya. Strategi pencegahan primer untuk mengatasi kehamilan yang tidak diinginkan akan kurang efektif jika ditujukan hanya pada perempuan. Perempuan yang pasangan prianya sangat mendukung penggunaan kontrasepsi cenderung menggunakan kontrasepsi mereka secara efektif.

Kekerasan pasangan intim dikaitkan dengan peningkatan kehamilan yang tidak diinginkan dan hasil perinatal yang buruk. Bukti terbaru menunjukkan bahwa hubungan antara kekerasan pasangan intim dan kehamilan yang tidak diinginkan mungkin terkait tidak hanya dengan menurunnya kemampuan perempuan yang berada dalam hubungan yang penuh kekerasan untuk menegosiasikan praktik seks yang lebih aman, namun juga dengan pengendalian reproduksi langsung oleh pasangannya seperti sabotase kontrasepsi.

Strategi dan layanan pencegahan primer yang penting antara lain:

a) Strategi konseling

Metode konseling dipilih untuk melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan kontrasepsi serta pedoman bagi profesional kesehatan untuk membantu individu mencapai tujuan kontrasepsi mereka. Teknik lain untuk membantu penyedia layanan dalam memperkenalkan pencegahan prakonsepsi ke

dalam kunjungan layanan primer. Teknik seperti ini memungkinkan penyedia layanan dan pasien mengembangkan rencana untuk mengoptimalkan potensi kesehatan setiap klien secara keseluruhan, berkontribusi terhadap pencegahan penyakit dan promosi kesehatan.

b) Strategi kegagalan kontrasepsi

Pencegahan primer harus mencakup rencana untuk mencegah kegagalan metode kontrasepsi. Strategi pencegahan utama yang dapat membantu keberhasilan penggunaan metode kontrasepsi yaitu memberikan paket kontrasepsi oral dalam jumlah lebih banyak kepada pasien dikaitkan dengan tingkat kelanjutan yang lebih tinggi dan penurunan kehamilan yang tidak diinginkan dan aborsi. Penggunaan kontrasepsi jangka panjang yang dapat dibalik seperti kontrasepsi implan atau kontrasepsi intrauterin menggabungkan kemudahan penggunaan dan tingkat kemanjuran yang sangat tinggi untuk menciptakan tingkat kelanjutan yang lebih baik dibandingkan kontrasepsi oral. Metode-metode ini juga merupakan pilihan bagi perempuan yang mungkin mengalami kesulitan dalam menggunakan metode penghalang atau kontrasepsi oral secara konsisten. Dengan mendiskusikan rencana reproduksi pasien dan mengevaluasi metode yang tersedia, dokter mungkin akan lebih efektif dalam memberikan pencegahan primer terhadap kehamilan yang tidak diinginkan. Pencegahan primer kehamilan yang tidak diinginkan berpotensi bermanfaat sebagai metode penghematan biaya selain meningkatkan hasil perinatal.

Strategi pencegahan primer salah satunya adalah program berbasis sekolah yang disampaikan melalui platform sekolah terutama berfokus pada risiko psikososial dan faktor perlindungan yang melibatkan seksualitas (Mohamed et al., 2023). Strategi pencegahan primer ini bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran remaja perempuan dan laki-laki tentang kesehatan reproduksi seksual mereka dan mengurangi kehamilan yang tidak diinginkan (M. Taylor et al., 2014).

Memanfaatkan platform sekolah untuk melakukan intervensi membantu memastikan bahwa siswa memiliki ruang yang aman untuk belajar tentang seksualitas mereka, pencegahan kehamilan dan penularan penyakit menular seksual, dan di mana mengakses layanan kesehatan reproduksi dan seksualitas. Selain itu, program berbasis sekolah memungkinkan remaja untuk terlibat dengan topik-topik ini dalam forum yang dapat diterima secara sosial. Penyampaian pendidikan seks melalui sekolah memastikan lebih banyak remaja yang dijangkau sebelum debut seksual mereka (Mantell et al., 2006)

Selain itu pembelajaran berbasis klinik dan komunitas (yaitu, mendirikan klub kesehatan untuk mendidik tentang kesehatan reproduksi dan seksualitas dan memfasilitasi rujukan ke klinik, klinik kesehatan keliling untuk remaja dan layanan kesehatan reproduksi dan seksualitas di pusat remaja) cenderung memasukkan unsur-unsur program pendidikan, tidak seperti intervensi berbasis sekolah, sesi-sesi ini juga dapat diberikan secara terpisah sebagai intervensi yang berdiri sendiri baik di dalam klinik maupun di luar komunitas yang lebih luas, untuk mencakup remaja putus sekolah. Intervensi ini juga meningkatkan akses terhadap layanan keluarga berencana bagi remaja, meningkatkan pengetahuan remaja tentang metode dan menghilangkan kesalahpahaman. Kegiatan yang mempromosikan kontrasepsi di masyarakat juga dapat berupaya untuk mengubah norma-norma sosial dalam masyarakat yang menghambat penggunaan metode kontrasepsi, yang juga memfasilitasi penerimaan program pendidikan seks di sekolah, penciptaan layanan ramah remaja dan promosi serta distribusi metode kontrasepsi (Ross et al., 2007)

Intervensi pembangunan remaja tidak hanya fokus pada kebutuhan kesehatan seksual dari populasi sasaran tetapi juga memenuhi kebutuhan ini dalam sebuah program yang mencoba mengatasi isu-isu lintas sektoral lainnya melalui pengembangan keterampilan dan pendampingan. Keberhasilan program-program ini bergantung pada

keterlibatan berbagai pemangku kepentingan seperti sekolah, kelompok agama, masyarakat, petugas kesehatan dan remaja. Selain itu, pelaksana harus memastikan intervensi tersebut bersifat praktis, sesuai dengan budaya dan berbasis bukti (Oringanje et al., 2016).

Intervensi pencegahan kehamilan remaja yang mencakup pendidikan seks dengan pendekatan sebagai berikut:

- a) Membangun keterampilan; *Intervensi yang memberikan instruksi, praktik atau kegiatan lain yang dirancang untuk membantu kelompok sasaran membangun dan meningkatkan keterampilan mereka, misalnya guru memberikan kelas SRH atau bimbingan akademis yang lebih baik untuk remaja.*
- b) Interaktif; *Intervensi didasarkan pada prinsip keterlibatan siswa, yang memerlukan keseimbangan antara suara siswa dan guru. Siswa dan guru sama-sama terlibat dalam pembelajaran.*
- c) Dipimpin oleh rekan sejawat; *Intervensi yang menggunakan metode pengajaran atau fasilitasi promosi kesehatan yang meminta masyarakat untuk menyampaikan pesan kesehatan tertentu kepada anggota komunitasnya.*
- d) Menunda debut seksual; *Intervensi bertujuan untuk mempengaruhi waktu atau membantu remaja dalam menunda inisiasi seksual.*
- e) Pantang; *Intervensi yang secara aktif menghambat seks sebelum menikah.*
- f) Penyuluhan; *Intervensi yang menggunakan terapi bicara dengan tenaga profesional terlatih untuk membantu klien mengatasi kebutuhan kesehatan seksual dan reproduksinya.*
- g) Paparan tanggung jawab orang tua; *Intervensi yang memaparkan remaja pada realitas menjadi orang tua, yaitu mengasuh anak.*
- h) Pemberian informasi; *Intervensi yang terfokus pada pemberian informasi saja*
- i) Durasi, frekuensi dan intensitas intervensi pencegahan kehamilan remaja

2) *Strategi Penatalaksanaan Sekunder*

Pencegahan sekunder ditujukan untuk mendeteksi penyakit sebelum pasien menunjukkan gejala, melibatkan tes skrining, diagnosis kehamilan dini dan konseling mengenai pilihan kehamilan, termasuk akses terhadap layanan aborsi yang aman, mencakup intervensi untuk memungkinkan deteksi dini kehamilan dan membantu penyediaan layanan sedini mungkin pada kehamilan yang tidak diinginkan, intervensi untuk menghindari terulangnya kondisi medis yang didiagnosis, perawatan juga akan diarahkan pada pencegahan terulangnya kehamilan yang tidak diinginkan. Selain pencegahan penyakit, pencegahan sekunder juga penting dalam meningkatkan kesehatan melalui konseling dan koordinasi perawatan yang memadai mengenai pilihan kehamilan yang tidak diinginkan.

Strategi dan layanan pencegahan sekunder yang penting yaitu:

a) Strategi deteksi kehamilan dini. Pencegahan sekunder dengan tujuan deteksi dini kehamilan yang tidak diinginkan adalah penting bagi perempuan, apa pun pilihan hasil kehamilannya. Jika seorang perempuan tidak yakin dengan keputusannya, deteksi dini kehamilan akan memberinya waktu untuk mempertimbangkan informasi penting yang diberikan selama konseling pilihan. Deteksi dini kehamilan yang tidak diinginkan dan konseling pilihan yang menyeluruh dan cepat memberikan setiap perempuan kesempatan untuk mempertimbangkan dan memilih hasil (misalnya melanjutkan kehamilan, adopsi, atau penghentian kehamilan) yang terbaik bagi dirinya dan keluarga atau situasinya. Deteksi dini terhadap kehamilan yang tidak diinginkan memungkinkan seorang perempuan untuk menerima skrining dini yang tepat untuk mengetahui risiko atau paparan prakonsepsi atau memungkinkan seorang perempuan untuk mengakses aborsi, sebuah prosedur umum yang aman dan memiliki risiko yang lebih kecil jika dilakukan pada awal kehamilan. Faktor-faktor yang mungkin berkontribusi terhadap keterlambatan dalam melakukan upaya terminasi kehamilan adalah perempuan sering kali harus mengoordinasikan pembayaran untuk prosedur aborsi mereka, ketakutan akan prosedur aborsi, kesulitan menemukan penyedia aborsi, dan

kurangnya kesadaran akan perlunya tes kehamilan (Kiley et al., 2010).

b) Meningkatkan strategi interval kehamilan berulang.

Pencegahan sekunder yang efektif terhadap kehamilan yang tidak diinginkan tidak terbatas pada diagnosis, pilihan konseling, dan koordinasi perawatan. Kesadaran akan perlunya skrining kehamilan, terlepas dari apakah hasil tesnya positif atau negatif, memberikan kesempatan kepada penyedia layanan kesehatan primer untuk memberikan edukasi guna mendiskusikan faktor risiko kehamilan yang tidak diinginkan, rencana kehidupan reproduksi, dan pilihan kontrasepsi.

3) *Strategi Penatalaksanaan Tersier*

Pencegahan efek samping yang berhubungan dengan kehamilan yang tidak diinginkan, misalnya pengobatan aborsi tidak lengkap; akses terhadap layanan untuk trauma psikososial; dan pelayanan antenatal dan pelayanan bersalin untuk mencegah kesakitan dan kematian ibu. Pencegahan tersier secara umum didefinisikan sebagai intervensi untuk meringankan gejala suatu penyakit klinis dan tindakan pencegahan yang bertujuan untuk mengurangi kemungkinan gejala sisa dari suatu penyakit atau penyakit (D. Taylor et al., 2010; D. Taylor & James, 2011). Ketika diterapkan pada kehamilan yang tidak diinginkan, pencegahan tersier mencakup diagnosis dan penanganan kehamilan yang tidak diinginkan di kemudian hari. Kehamilan yang tidak diinginkan dan bukan hanya terjadi pada waktu yang tidak tepat diketahui memiliki risiko lebih besar terhadap hasil perinatal yang buruk seperti depresi ibu dan penelantaran bayi. Wanita dengan kehamilan yang tidak diinginkan pada usia lanjut kemungkinan besar memerlukan penilaian psikososial, konseling krisis dan/atau koordinasi perawatan untuk mengatasi kehamilan yang tidak diinginkan hingga cukup bulan. Bagi perempuan yang tidak ingin melanjutkan kehamilannya, rujukan dan pilihan mengenai terminasi kehamilan harus diberikan tepat waktu karena keterlambatan dalam mendapatkan perawatan dikaitkan dengan peningkatan risiko pada ibu.

Pencegahan tersier terhadap kehamilan yang tidak diinginkan adalah bidang di mana asuhan keperawatan dapat memberikan perbedaan penting pada hasil akhir pasien. Karena perawat mahir dalam pendidikan kesehatan, perawatan psikososial, dan koordinasi perawatan. Oleh karena itu, upaya pencegahan tersier tidak akan selesai jika seorang perempuan telah memilih hasil dari kehamilan yang tidak diinginkan. Mengoordinasikan dan memastikan perawatan dan/atau rujukan yang tepat sangatlah penting seperti kebutuhan kontrasepsi segera setelah melahirkan atau aborsi merupakan tanggung jawab spesialis kesehatan reproduksi dan penyedia layanan kesehatan primer. Pemasangan segera alat kontrasepsi intrauterin dan diskusi mengenai pilihan kontrasepsi dengan penyedia layanan pada periode pasca operasi atau pasca melahirkan meningkatkan kemungkinan seorang wanita akan memilih alat kontrasepsi yang sangat efektif dan menggunakannya dengan benar

C. Program Kontrasepsi

Pernikahan usia remaja menyebabkan masa reproduksi seorang perempuan menjadi lebih panjang. Apabila tidak di kontrol maka akan berdampak pada tingginya angka kelahiran. Hal ini merupakan mata rantai yang harus diputuskan untuk mencegah lonjakan penduduk. Berdasarkan temuan kuantitatif sebagian besar WUS (53.1%) tidak mengikuti program keluarga berencana. Beberapa alasan mengapa perempuan muda gagal mempertahankan penggunaan kontrasepsi yang efektif adalah:

1. Mengalami efek samping dari salah satu metode kontrasepsi sehingga umumnya berhenti menggunakan satu metode sebelum beralih ke metode lain, yang membuat mereka rentan terhadap kehamilan yang tidak diinginkan untuk sementara waktu.
2. Perempuan ini tidak memiliki pengetahuan dasar tentang metode kontrasepsi
3. Ada kesalahpahaman umum, khususnya tentang kesuburan segera setelah melahirkan atau saat menyusui dan tentang efek samping beberapa jenis kontrasepsi.
4. Perempuan juga menghadapi hambatan signifikan dalam mengakses kontrasepsi, termasuk jam klinik yang terbatas, penyediaan layanan yang

- tidak merata, dan kegagalan sistem lainnya, seperti kurangnya pelatihan penyedia layanan
5. Perempuan mempunyai kewajiban menjaga kelangsungan keturunan.
 6. Keluarga biasanya melarang menggunakan kontrasepsi karena dianggap membatasi keturunan.
 7. Perempuan membutuhkan persetujuan suami dan mertua untuk menggunakan kontrasepsi
 8. Pemahaman WUS tentang kontrasepsi masih rendah, masih takut akan efek samping kontrasepsi terhadap kesehatan dan kontrasepsi dapat menyebabkan gangguan kesehatan seperti keganasan, peningkatan berat badan, gangguan siklus menstruasi.

Program kontrasepsi menawarkan pendidikan dan penyediaan kontrasepsi darurat oleh tenaga kesehatan berlisensi. Penyediaan kontrasepsi darurat ditujukan untuk mengurangi kehamilan berulang dengan mengatasi penghentian atau penggantian metode kontrasepsi yang sering. Disisi lain kerugian dalam menggunakan kontrasepsi darurat sebagai satu-satunya metode kontrasepsi adalah:

1. alat kontrasepsi reversibel jangka panjang tidak mudah diakses melalui dokter umum, janji temu berulang harus dilakukan, yang meningkatkan kerentanan untuk mengulangi kehamilan. Terkait efektifitas 72 jam untuk kontrasepsi darurat, dengan akhir pekan hari libur bank atau liburan Natal yang berkepanjangan menjadi penyebab kekhawatiran.
2. Kelompok pengguna alat kontrasepsi darurat menyatakan bahwa wanita juga ragu-ragu meminta kontrasepsi darurat karena takut dihakimi.

Keberhasilan penggunaan kontrasepsi juga melalui dukungan teman sebaya atau mentor dapat membantu remaja dalam pengambilan keputusan dan kontrol aktif. Merasa diperhatikan dan didukung dapat membantu remaja merasa bahwa pilihan hidupnya didorong dan bahwa dia didengarkan. Mekanisme penyesuaian harus didukung dalam memberikan intervensi, dengan mempertimbangkan pengalaman hidup remaja, tahap perkembangan, budaya dan pengalaman (termasuk kehamilan). Pendekatan perawatan individual dan holistik mungkin lebih berhasil daripada mengadopsi model medis murni untuk memberikan informasi dan kemudian mendorong penggunaan metode hormonal atau metode nonhormonal yang

bekerja lama. Pertimbangan lainnya adalah menilai pengetahuan remaja tentang metode kontrasepsi serta kebutuhan individualnya, termasuk tantangan transportasi dan kesulitan mengakses layanan, memerlukan pertimbangan dan pendekatan yang disesuaikan seperti kunjungan rumah dan layanan berbasis sekolah dapat meminimalkan perjalanan dan meningkatkan akses. Mekanisme yang terungkap dapat meningkatkan kemungkinan intervensi yang efektif dalam mencegah kehamilan berulang yang cepat pada remaja.

Faktor risiko untuk kehamilan berulang yang tidak diinginkan tampak beragam dan meliputi:

- (1) Faktor kontekstual, seperti kurangnya dukungan keluarga atau teman sebaya, kesempatan pendidikan atau kejuruan, dan gaya hidup yang kacau. Rendahnya angka pengguna kontrasepsi pada WUS disebabkan oleh pengaruh keluarga, budaya atau agama, dan pengalaman dengan berbagai metode hormonal. Keluarga dirujuk sebagai elemen yang mempengaruhi dalam keputusan tentang kesehatan reproduksi. Keluarga disini merujuk pada suami dan atau mertua. Budaya patriarkhi menyebabkan kontrol dan pusat kekuasaan ada pada suami karena memiliki wewenang untuk memutuskan kapan, dan berapa banyak anak yang akan dimiliki.
- (2) Faktor emosional, terutama untuk mengisi kekosongan emosional setelah aborsi atau adopsi
- (3) Faktor praktis, seperti keinginan untuk melengkapi keluarga seseorang saat masih muda
- (4) Faktor motivasi, seperti tujuan dan aspirasi pribadi mendorong wanita muda untuk mencoba menghindari kehamilan berulang, tetapi mereka sering tidak diberi dukungan yang tepat untuk mencapai tujuan mereka

Pemerintah Indonesia telah mengeluarkan kebijakan untuk mengatasi masalah kehamilan tidak diinginkan dengan adanya program Keluarga Berencana (KB), yaitu berupa penggunaan kontrasepsi modern, terutama Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) (Indraswari et al., 2021). KB modern terbukti efektif dalam mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, sehingga dapat mencegah kematian ibu dan anak (World Health Organisation, 2005). Sedangkan MKJP merupakan metode kontrasepsi yang

efektif untuk waktu yang lama `(Shegaw et al., 2014). Faktor yang dapat memengaruhi Pasangan Usia Subur (PUS) tidak menggunakan kontrasepsi modern atau MKJP adalah sumber informasi karena kurangnya informasi masih menjadi penghambat naiknya cakupan penggunaan kontrasepsi (Fitriana Putri et al., 2020; Indraswari et al., 2021). Dengan demikian, peran Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) sangat strategis dalam mengkampanyekan program KB. KIE perlu dilakukan dengan berbagai media agar dapat diterima oleh banyak sasaran.

D. Hambatan dalam Mengakses Pelayanan Kesehatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa riwayat kunjungan ANC masih rendah yang dikuti dengan rendahnya kunjungan posyandu dengan alasan ibu menghadiri kegiatan posyandu jika ada pembagian makanan tambahan berupa biskuit atau susu formula dari pihak puskesmas, perempuan selalu digambarkan dengan "susah diatur", "malas" dan "mempunyai tingkat pemahaman rendah", masih merasakan perlakuan yang berbeda dalam pelayanan yang diterima sehingga menjadikan mereka enggan untuk mengikuti kegiatan tersebut, mengabaikan kesehatan fisik dan mental mereka, karena disibukkan oleh kekhawatiran tentang status tempat tinggal, posisi yang tidak jelas dan rasa tidak aman dalam masyarakat, ditambah pengalaman terhadap stigma warga local terhadap pengungsi sehingga memicu rasa tidak percaya pada orang lain (Meo & Nahak, 2020). Permasalahan menjadi semakin kompleks ketika praktisi kesehatan tidak diberikan pelatihan dan pemahaman untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi para pengungsi yang memiliki pengalaman, harapan dan kebutuhan yang berbeda dengan warga local, praktisi kesehatan juga tidak siap untuk memberikan layanan kepada kelompok populasi pengungsi dengan kebutuhan yang sedemikian kompleks akibatnya pelayanan kesehatan reproduksi yang tersedia belum secara khusus menjangkau perempuan pengungsi (Drummond et al., 2011; Janssens et al., 2006)

Beberapa hasil penelitian membuktikan efektifitas intervensi untuk meningkatkan pengetahuan ataupun bukti tindakan nyata untuk meningkatkan kesehatan wanita usia subur.

- (1) Penelitian pertama bertujuan untuk mengeksplorasi efektivitas intervensi kesehatan melalui mobile yang dipandu perawat (mHealth) guna

mencegah kenaikan berat badan gestasional yang berlebihan pada wanita yang kelebihan berat badan dan obesitas (Chen et al., 2021). Metode Uji coba terkontrol acak dengan desain studi eksperimental. Sembilan puluh dua wanita hamil dengan indeks massa tubuh (IMT) ≥ 25 kg/m² pada usia kehamilan kurang dari 17 minggu direkrut dari dua klinik prenatal di Taiwan utara dari Januari hingga Juni 2020. Kelompok eksperimen menggunakan aplikasi MyHealthyWeight (MHW) dan pelacak aktivitas yang dapat dikenakan (WAT), dan kelompok kontrol menerima perawatan antenatal standar tanpa elemen berbasis mHealth. Dua kunjungan tindak lanjut ke rumah sakit dijadwalkan pada minggu ke-24–26 pada trimester kedua dan minggu ke-34–36 pada trimester ketiga. Persamaan estimasi umum (GEE) digunakan untuk memeriksa lintasan dan efektivitas mHealth pada kenaikan berat badan selama kehamilan. Hasil penelitian ini tidak ditemukan perbedaan dalam kenaikan berat badan selama kehamilan antara kelompok intervensi dan kontrol pada awal ($p > 0,05$). Lintasan kenaikan berat badan selama kehamilan pada seluruh kelompok wanita dengan obesitas menunjukkan pola kuadrat ($\beta = 1,8$, interval kepercayaan [CI] 95% = 1,27–2,32), dan kenaikan berat badan selama kehamilan mingguan peserta intervensi bertambah secara signifikan lebih rendah daripada kontrol mereka pada trimester kedua ($p < 0,05$). Selama kehamilan, kelompok intervensi mHealth memiliki proporsi individu yang secara signifikan lebih rendah yang melampaui kenaikan berat badan selama kehamilan mereka baik dalam penambahan berat badan total (21,6% vs. 32,6%) maupun mingguan (trimester pertama = 58,7% vs. 65,2%; trimester kedua = 45% vs. 67,4%; trimester ketiga = 48,6% vs. 55,1%). Secara khusus, di antara wanita obesitas pada trimester ketiga, mereka yang berada dalam kelompok intervensi bertambah lebih sedikit berat badan gestasional daripada kontrol mereka. Perbedaan berat badan yang disesuaikan adalah 5,44 kg ($p = 0,023$), yang menandakan perbedaan kenaikan berat badan selama kehamilan total (3,30 vs. 8,74 kg) antara rata-rata kedua kelompok. Model GEE menunjukkan bahwa wanita obesitas yang berusia 35 tahun, memiliki kebiasaan olahraga sebelum hamil, persepsi efikasi diri terhadap diet, dan aktivitas fisik yang lebih banyak cenderung memiliki kenaikan berat badan selama kehamilan yang rendah ($p < 0,05$). Kesimpulan Intervensi berbasis mHealth yang dipimpin perawat menunjukkan hasil yang menjanjikan dalam mencegah kenaikan berat

badan selama kehamilan berlebihan secara signifikan di antara wanita dengan BMI tinggi. Efektivitas yang lebih tinggi ditemukan di antara subkelompok obesitas. Relevansi klinis Intervensi berbasis mHealth akan berhasil diimplementasikan oleh perawat untuk membantu wanita dengan BMI tinggi mempertahankan berat badan optimal mereka dan mendorong perubahan perilaku yang sehat, khususnya dalam hal diet dan aktivitas fisik selama kehamilan

- (2) Penelitian kedua tentang intervensi konseling berbasis rumah tangga selama 22 bulan yang bertujuan untuk meningkatkan praktik, pengetahuan, dan sikap terkait kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan anak (Oles et al., 2024).

Tim peneliti dan mitra lokal memperkenalkan proyek tersebut kepada para pemimpin desa, mendapatkan persetujuan lokal, dan mengelola implementasi lokal dari studi dan intervensi tersebut. Ada keterlibatan lokal yang luas dalam menetapkan agenda untuk RCT ini. Tim peneliti atau untuk selanjutnya disebut sebagai *Community Change Agents* (CCA) memberikan hingga 22 sesi konseling selama 1–2 jam di 15 modul kepada rumah tangga Sasaran pada interval bulanan antara November 2016 dan Agustus 2018. Intervensi tersebut dirancang oleh World Vision Honduras (yang juga mempekerjakan, membayar, dan melatih CCA) dan diberi nama *Proyecto Redes: Con Amor y Cuidados Madres y Bebés Sanos* (Dengan Cinta dan Perhatian, Ibu dan Bayi yang Sehat).

Penyampaian intervensi dan penilaian hasil akses terbuka dilakukan oleh dua tim yang berbeda dan independen. CCA melakukan kunjungan rumah dan berbicara kepada keluarga mengenai beberapa topik kesehatan yang disesuaikan dengan keadaan keluarga saat ini dan berdasarkan versi modifikasi dari metodologi *Timed and Targeted Counselling* (ttC), yang telah diterapkan di 20 negara di seluruh dunia oleh World Vision. Selain itu, strategi komunikasi perubahan perilaku dirancang dengan alat P Process, yang menggunakan narasi dan negosiasi untuk mencapai kesepakatan dengan keluarga untuk mencoba praktik baru dan telah digunakan selama lebih dari 30 tahun untuk merencanakan program komunikasi kesehatan.

Modul pendidikan yang disampaikan selama kunjungan rumah dirancang untuk membahas kesehatan ibu, bayi baru lahir dan anak, dan mencakup topik-topik seperti persiapan rencana kelahiran, kelahiran berbasis fasilitas, perawatan ibu dan bayi baru lahir, dan pentingnya asam folat (lihat lampiran tambahan online untuk daftar lengkap modul pendidikan). Sesi juga dirancang untuk mencakup diskusi tentang praktik regional yang relevan yang diidentifikasi selama pekerjaan formatif dalam studi percontohan kami sebagai berpotensi berbahaya bagi bayi baru lahir. Dua praktik tersebut adalah penggunaan *chupones* selama pemberian makan (bahan kain yang dibasahi dengan air liur, madu atau air tanaman) dan pemasangan *gurita* (kain pembungkus perut) di sekitar tali pusat bayi yang baru lahir. Informasi tambahan mengenai protokol yang direncanakan untuk setiap sesi dan rincian integrasi metode ttC tersedia dalam lampiran suplemen daring dan juga dipublikasikan di tempat lain, termasuk materi suplemen protokol studi kami.

CCA menggunakan tablet selama pemberian intervensi, yang berfungsi sebagai alat bantu visual dan audio untuk materi edukasi (yaitu, keluarga dapat melihat cerita dalam video dan mendengarkan lagu/teka-teki); sebagai petunjuk bagi CCA untuk menstandardisasi implementasi intervensi; dan sebagai media untuk mengumpulkan data. Pemberian intervensi berbeda dari pendekatan berbasis masyarakat lainnya karena dilakukan secara acak ke rumah tangga mana pun tanpa memandang komposisi rumah tangga (tidak hanya diberikan kepada ibu hamil); terdiri dari kunjungan rumah yang panjang dan tidak menyertakan pesan tambahan dari luar (yaitu, pamflet, pesan radio); dan tidak termasuk penggunaan kelompok aksi masyarakat. Namun, perlu dicatat bahwa baik desa intervensi maupun kontrol mungkin juga telah menerima intervensi lain secara bersamaan, termasuk intervensi perubahan perilaku tradisional melalui Pemerintah Honduras dan intervensi sisi penawaran melalui IDB dan Prakarsa Salud Mesoamerica. Kami mengembangkan instrumen survei terstruktur yang terdiri dari skala yang divalidasi dan item yang dikembangkan secara internal berdasarkan tinjauan pustaka yang ekstensif, konsultasi ahli, masukan dari Kementerian Kesehatan Honduras, dan penelitian kualitatif dengan penduduk setempat dan pemimpin desa. Instrumen survei kami terutama dirancang untuk menangkap hasil target

yang terkait dengan kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan anak, selain informasi demografis. Pada pendaftaran studi, peserta menyelesaikan sensus fotografi dan survei dasar dari Juni 2015 hingga Juni 2016, menggunakan perangkat lunak pengumpulan data jaringan sosial kami yang tersedia untuk umum 'Trellis'. Sensus fotografi tambahan dilakukan dari Januari 2019 hingga Desember 2019, di mana peserta juga menyelesaikan survei akhir. Untuk perincian lebih lanjut tentang pekerjaan percontohan dan operasi lapangan kami, lihat protokol yang dipublikasikan. Tidak ada perubahan penting pada metode yang dilakukan setelah uji coba dimulai

Orang tua yang menjadi target intervensi adalah 16,4% (95% CI 3,1%–29,8%, $p=0,016$) lebih mungkin memeriksakan kesehatan bayi mereka di fasilitas kesehatan dalam waktu 3 hari setelah kelahiran; 19,6% (95% CI 4,2%–35,1%, $p=0,013$) lebih mungkin tidak melilitkan gurita di sekitar tali pusat pada minggu pertama setelah kelahiran; dan 8,9% (95% CI 0,3%–17,5%, $p=0,043$) lebih mungkin melaporkan bahwa ibu menyusui segera setelah kelahiran. Perubahan dalam pengetahuan dan sikap yang terkait dengan hasil utama ini juga diamati. Kami tidak menemukan efek signifikan pada berbagai praktik lainnya. Kesimpulan Intervensi konseling berkelanjutan yang diberikan di lingkungan rumah oleh petugas kesehatan masyarakat dapat mengubah praktik, pengetahuan dan sikap terkait perawatan bayi baru lahir yang tepat setelah lahir, termasuk pencarian perawatan profesional, perawatan tali pusat, dan perawatan pascapersalinan. perawatan tali pusat dan pemberian ASI

(3) Efektivitas Intervensi mHealth untuk Meningkatkan Penggunaan Kontrasepsi di Negara Berpenghasilan Rendah dan Menengah: Tinjauan Sistematis

Fitur mHealth yang digunakan dalam 8 studi yang disertakan bervariasi dua studi menggunakan panggilan telepon menyampaikan pesan suara interaktif dan memberikan dukungan konselor melalui panggilan telepon atas permintaan peserta melalui pesan (C. Smith et al., 2015). Dukungan telepon konselor melibatkan informasi yang disesuaikan berbagai metode kontrasepsi dan motivasi tentang penggunaan kontrasepsi, serta membantu peserta dalam pencarian mereka untuk klinik keluarga

berencana. Sebaliknya, panggilan telepon dilakukan oleh seorang perawat untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang keluarga berencana (Maslowsky et al., 2016). Enam studi menggunakan pesan teks sebagai fitur mHealth utama mereka untuk memberikan pendidikan kesehatan dan pesan motivasi tentang keluarga berencana (Biswas et al., 2017; Harrington et al., 2019; Johnson et al., 2017; O. McCarthy et al., 2018; O. L. McCarthy et al., 2019; Unger et al., 2018). Penelitian lain menggunakan sebuah aplikasi dalam intervensi mereka di Tajikistan untuk terutama menyampaikan pesan teks satu arah tentang kontrasepsi, keyakinan umum tentang keluarga berencana, dan dorongan untuk menggunakan keluarga berencana (O. McCarthy et al., 2018). Konten intervensi serupa disampaikan melalui pesan teks satu arah (tanpa aplikasi) kepada peserta dalam studi yang dilakukan di Palestina (O. L. McCarthy et al., 2019). Dengan menggunakan platform pesan teks bernama m4RH, berisi informasi tentang keluarga berencana, basis data klinik yang dapat dicari yang menyediakan layanan keluarga berencana, dan fitur cerita panutan opsional (Johnson et al., 2017). Platform pengiriman SMS seluler Mobile WACh dan variannya Mobile WACh XY (dengan keterlibatan pasangan pria) masing-masing, untuk menyediakan konten intervensi interaktif yang disesuaikan dengan kebutuhan peserta (Harrington et al., 2019; Unger et al., 2018). Intervensi yang diuji oleh di Bangladesh, adalah studi kelayakan yang dilakukan dengan ukuran sampel kecil dan tidak menemukan efek (Biswas et al., 2017). Pengingat pesan teks khusus metode dikirimkan kepada peserta tentang metode yang mereka pilih. Itu hanya melibatkan pengingat SMS searah tanpa komponen BCC lainnya. Namun, studi tersebut menemukan intervensi kontrasepsi mHealth layak dilakukan, dengan mengutip keterlibatan pengguna yang positif dan penerimaan peserta. Komunikasi interaktif digunakan dalam 4 penelitian (Harrington et al., 2019; Maslowsky et al., 2016; H. J. Smith et al., 2017; Unger et al., 2018). Tujuh penelitian menggunakan pendekatan dorong sedangkan hanya 1 penelitian yang menggunakan pendekatan tarik untuk menyampaikan konten intervensi kepada peserta (Johnson et al., 2017). Dari 3 penelitian yang melaporkan peningkatan penggunaan kontrasepsi, semuanya menggunakan pendekatan dorong untuk menyampaikan informasi dan komunikasi tipe interaktif (Harrington et al., 2019; H. J. Smith et al., 2017; Unger et al., 2018).

Komponen behavior change communication (BCC)

Intervensi menggunakan komponen intervensi yang berbeda untuk memfasilitasi perubahan perilaku, mulai dari motivasi untuk menggunakan keluarga berencana, penyesuaian informasi, keterlibatan pasangan, fitur pencarian penyedia layanan, dan cerita panutan (Biswas et al., 2017; Harrington et al., 2019; Johnson et al., 2017; Maslowsky et al., 2016; O. McCarthy et al., 2018; O. L. McCarthy et al., 2019; H. J. Smith et al., 2017; Unger et al., 2018). Dua dari 3 intervensi yang melaporkan peningkatan penggunaan kontrasepsi mencakup keterlibatan pasangan pria sukarela (Harrington et al., 2019; H. J. Smith et al., 2017). Penelitian oleh melibatkan dukungan telepon konselor yang disesuaikan dengan kebutuhan peserta dan memberikan motivasi untuk menggunakan kontrasepsi pascaaborsi dan informasi tentang penyedia layanan terdekat (H. J. Smith et al., 2017). Intervensi oleh Unger et al.²³ menyediakan SMS edukasi dan motivasi terkait keluarga berencana yang bersifat satu arah (intervensi parsial) dan interaktif (intervensi penuh) mingguan yang disesuaikan dengan penerima, dan menemukan bahwa intervensi penuh dan parsial meningkatkan penggunaan kontrasepsi pascapersalinan dini dibandingkan dengan kondisi control (Unger et al., 2018). Studi lain menggunakan varian intervensi (Mobile WACh), tetapi dengan keterlibatan pasangan pria secara sukarela (Mobile WACh XY) (Harrington et al., 2019; Unger et al., 2018). Namun, keterlibatan pria tidak memiliki efek signifikan pada hasil penggunaan kontrasepsi dibandingkan dengan hanya melibatkan wanita sebagai satu-satunya peserta. Dalam hal frekuensi pemberian intervensi, temuan dari studi ini menunjukkan bahwa peningkatan penggunaan kontrasepsi dikaitkan dengan pengiriman pesan mingguan atau dua mingguan daripada pengiriman harian atau satu kali (H. J. Smith et al., 2017; Unger et al., 2018).

E. Simpulan

Pemasalahan kesehatan reproduksi pada perempuan usia subur meliputi tingginya WUS usia remaja, rendahnya tingkat partisipasi penggunaan KB sehingga meningkatnya fertilisasi. Kehamilan remaja masih menjadi permasalahan utama di kalangan remaja pengungsi. Seks bebas dan keputusan menikah di usia muda menjadi alasan utama tingginya kehamilan remaja. Hal ini diperburuk dengan benturan budaya dan kesadaran menggunakan kotrasepsi yang masih rendah. Kompleksitas permasalahan kesehatan reproduksi yang disajikan dalam penelitian ini dapat dimanfaatkan untuk mengidentifikasi dan mengembangkan strategi yang efektif terkait penyediaan layanan kesehatan seksual dan reproduksi yang komprehensif bagi komunitas perempuan. Oleh karena itu penulis memberikan rekomendasi sebagai berikut: 1) Mengembangkan dan menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi yang komperensif dan kongruen secara budaya termasuk perawatan prenatal dan keluarga berencana; 2) Mengadvokasi lingkungan yang toleran untuk mengurangi stigmatisasi di komunitas pengungsi.

F. Referensi

- Ardianti, I. (2019). Pemberian Edukasi Tentang Kesehatan Reproduksi Pada Wanita Usia Subur Di Desa Sumberagung Kecamatan Dander Kabupaten Bojonegoro. *Jurnal Humanis*, 3(1), 25–29.
- Aslam, R. W., Hendry, M., Booth, A., Carter, B., Charles, J. M., Craine, N., Edwards, R. T., Noyes, J., Ntambwe, L. I., Pasterfield, D., Rycroft-Malone, J., Williams, N., & Whitaker, R. (2017). Intervention Now to Eliminate Repeat Unintended Pregnancy in Teenagers (INTERUPT): A systematic review of intervention effectiveness and cost-effectiveness, and qualitative and realist synthesis of implementation factors and user engagement. *BMC Medicine*, 15(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0904-7>
- Barnes, D. M., & Harrison, C. L. (2004). Refugee women's reproductive health in early resettlement. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 33(6), 723–728. <https://doi.org/10.1177/0884217504270668>
- Biswas, K. K., Hossain, A., Chowdhury, R., Andersen, K., Sultana, S., Shahidullah, S. M., & Pearson, E. (2017). Using mHealth to support postabortion contraceptive use: Results from a feasibility study in urban Bangladesh. *JMIR Formative Research*, 1(1), 1–9. <https://doi.org/10.2196/FORMATIVE.5151>

- Chen, H. H., Lee, C., Huang, J., Chi, L., & Hsiung, Y. (2021). Effect of an mHealth-Based Intervention on Excessive Gestational Weight Gain Prevention among Overweight and Obese Women: A Randomized Controlled Trial Table of Contents. *JMIR Preprints*.
- Drummond, P. D., Mizan, A., Brocx, K., & Wright, B. (2011). Barriers to accessing health care services for West African refugee women living in Western Australia. *Health Care for Women International*, 32(3), 206–224. <https://doi.org/10.1080/07399332.2010.529216>
- Fitriana Putri, U., Ratu, M., & Sri, S. (2020). Akses Pasangan Usia Subur (PUS) Miskin terhadap Informasi Keluarga Berencana (KB) di Kota Yogyakarta. *Populasi*, 28(1), 63. <https://doi.org/10.22146/jp.59620>
- Gagnon, A. J., Merry, L., & Robinson, C. (2002). A Systematic Review of Refugee Women's Reproductive Health. *Refugee*, 21(1), 6–17. <https://doi.org/10.25071/1920-7336.21279>
- Gray, N., Azzopardi, P., Kennedy, E., Willersdorf, E., & Creati, M. (2013). Improving adolescent reproductive health in Asia and the Pacific: Do we have the data? A review of DHS and MICS surveys in nine countries. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 25(2), 134–144. <https://doi.org/10.1177/1010539511417423>
- Harrington, E. K., Drake, A. L., Matemo, D., Ronen, K., Osoti, A. O., John-Stewart, G., Kinuthia, J., & Unger, J. A. (2019). An mHealth SMS intervention on Postpartum Contraceptive Use among Women and Couples in Kenya: A randomized controlled trial. *American Journal of Public Health*, 109(6), 934–941. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305051>
- Indraswari, N., Sari, A. N., & Susanti, A. I. (2021). Gambaran Penggunaan Kontrasepsi Modern di Jawa Barat Berdasarkan Karakteristik Sosiodemografi dan Sumber Informasi. *Jurnal Menara Medika*, 3(1), 176–186. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://jurnal.umsb.ac.id/index.php/menaramedika/article/view/2199&ved=2ahUKEwja66i_paDtAhU263MBHdUiAsUQFjAAegQIAxAB&usg=AOvVaw0bUdEhasRIBe0InxidIHJo
- Janssens, K., Bosmans, M., Leye, E., & Temmerman, M. (2006). Sexual and reproductive health of asylum-seeking and refugee women in europe: Entitlements and access to health services. *Journal of Global Ethics*, 2(2), 183–196. <https://doi.org/10.1080/17449620600948002>
- Johnson, D., Juras, R., Riley, P., Chatterji, M., Sloane, P., Choi, S. K., & Johns, B. (2017). A randomized controlled trial of the impact of a family planning mHealth service on knowledge and use of contraception. *Contraception*,

- 95(1), 90–97. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.07.009>
- Kiley, J. W., Yee, L. M., Niemi, C. M., Feinglass, J. M., & Simon, M. A. (2010). Delays in request for pregnancy termination: comparison of patients in the first and second trimesters. *Contraception*, 81(5), 446–451. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.12.021>
- Mantell, J. E., Harrison, A., Hoffman, S., Smit, J. A., Stein, Z. A., & Exner, T. M. (2006). The Mpundombili Project: Preventing HIV/AIDS and Unintended Pregnancy among Rural South African School-Going Adolescents. *Reproductive Health Matters*, 14(28), 113–122. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(06\)28269-7](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(06)28269-7)
- Maslowsky, J., Frost, S., Hendrick, C. E., Trujillo Cruz, F. O., & Merajver, S. D. (2016). Effects of postpartum mobile phone-based education on maternal and infant health in Ecuador. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 134(1), 93–98. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.12.008>
- McCarthy, O., Ahamed, I., Kulaeva, F., Tokhirov, R., Saibov, S., Vandewiele, M., Standaert, S., Leurent, B., Edwards, P., Palmer, M., & Free, C. (2018). Erratum: Correction to: A randomized controlled trial of an intervention delivered by mobile phone app instant messaging to increase the acceptability of effective contraception among young people in Tajikistan (Reproductive health (2018) 15 1 (28)). *Reproductive Health*, 15(1), 52. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0496-5>
- McCarthy, O. L., Zghayyer, H., Stavridis, A., Adada, S., Ahamed, I., Leurent, B., Edwards, P., Palmer, M., & Free, C. (2019). An intervention delivered by mobile phone instant messaging to increase acceptability and use of effective contraception among Young Women in Bolivia: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 20(228), 1–13. <https://doi.org/10.2196/14073>
- Meo, M. L. N., & Nahak, M. P. M. (2020). Problem Kesehatan Reproduksi Perempuan Usia Subur Eks Pengungsi Timor Timur. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 7(1), 1. <https://doi.org/10.22146/jkr.47128>
- Mohamed, S., Chipeta, M. G., Kamninga, T., Nthakomwa, L., Chifungo, C., Mzembe, T., Vellemu, R., Chikwapulo, V., Peterson, M., Abdullahi, L., Musau, K., Wazny, K., Zulu, E., & Madise, N. (2023). Interventions to prevent unintended pregnancies among adolescents: a rapid overview of systematic reviews. *Systematic Reviews*, 12(1), 1–19. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02361-8>
- Oles, W., Alexander, M., Negron, R., Nelson, J., Iriarte, E., Airoldi, E. M., Christakis, N. A., & Forastiere, L. (2024). Maternal and child health intervention to promote behaviour change: a population-level cluster-randomised

- controlled trial in Honduras. In *BMJ Open* (Vol. 14, Issue 6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-060784>
- Oringanje, C., Meremikwu, M. M., Eko, H., Esu, E., Meremikwu, A., Ehiri, J. E., & 1GIDP. (2016). Interventions for preventing unintended pregnancies among adolescents. *Cochrane Library*, 1–106. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2020.v110i1.14281>
- Palareti, G., Legnani, C., Cosmi, B., Antonucci, E., Erba, N., Poli, D., Testa, S., & Tosetto, A. (2016). Comparison between different D-Dimer cutoff values to assess the individual risk of recurrent venous thromboembolism: Analysis of results obtained in the DULCIS study. *International Journal of Laboratory Hematology*, 38(1), 42–49. <https://doi.org/10.1111/ijlh.12426>
- Ross, D. A., Changalucha, J., Obasi, A. I. N., Todd, J., Plummer, M. L., Cleophas-Mazige, B., Anemona, A., Everett, D., Weiss, H. A., Mabey, D. C., Grosskurth, H., & Hayes, R. J. (2007). Biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in Tanzania: A community-randomized trial. *Aids*, 21(14), 1943–1955. <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e3282ed3cf5>
- Shegaw, G., Mohammed, A. A., Nadew, K., Tamrat, K., Zeru, G., Desta, H., & Yinager, W. (2014). Long Acting Contraceptive Method Utilization and Associated Factors among Reproductive Age Women in Arba Minch Town, Ethiopia. *Greener Journal of Epidemiology and Public Health*, 2(1), 023–031. <https://doi.org/10.15580/gjeph.2014.1.070514294>
- Smith, C., Ngo, T. D., Gold, J., Edwards, P., Vannak, U., Sokhey, L., Machiyama, K., Slaymaker, E., Warnock, R., McCarthy, O., & Free, C. (2015). Effet d'une intervention par téléphone portable sur la contraception après avortement: Essai contrôlé randomisé au Cambodge. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(12), 842–850. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.160267>
- Smith, H. J., Portela, A. G., & Marston, C. (2017). Improving implementation of health promotion interventions for maternal and newborn health. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 2–7. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1450-1>
- Taylor, D., & James, E. A. (2011). An Evidence-Based Guideline for Unintended Pregnancy Prevention. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 40(6), 782–793. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1552-6909.2011.01296.x>
- Taylor, D., Levi, A., & Simmonds, K. (2010). Reframing unintended pregnancy prevention: a public health model. *Contraception*, 81(5), 363–366. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.01.023>

- Taylor, M., Jinabhai, C., Dlamini, S., Sathiparsad, R., Eggers, M. S., & De Vries, H. (2014). Effects of a Teenage Pregnancy Prevention Program in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health Care for Women International*, 35(7–9), 845–858. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.910216>
- Unger, J. A., Ronen, K., Perrier, T., DeRenzi, B., Slyker, J., Drake, A. L., Mogaka, D., Kinuthia, J., & John-Stewart, G. (2018). Short message service communication improves exclusive breastfeeding and early postpartum contraception in a low- to middle-income country setting: a randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(12), 1620–1629. <https://doi.org/10.1111/bjog.15337>
- Wati, M., Mariati, N., Rahmah, A., & Prabawati, S. A. (2023). Edukasi Kesehatan Reproduksi Sebagai Upaya Peningkatan Kepedulian Terhadap Kesehatan Wanita Usia Subur. *Humanism : Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 4(1), 41–53. <https://doi.org/10.30651/hm.v4i1.16121>
- WHO. (2011). WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes. *World Health Organization*, 192. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502214_eng.pdf?ua=1
- World Health Organisation. (2005). Report of a WHO technical consultation on birth spacing. *Report of a WHO Technical Consultation on Birth Spacing*, 13(6), 1–44. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/birth_spacing.
- Yani, V. D., Emilia, O., & Kusnanto, H. (2014). Persepsi Remaja Terhadap Faktor Penghambat Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Di Puskesmas Gambok Kabupaten Sijunjung. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 7(1), 34–45. <https://doi.org/10.22146/jkr.4913>

BAB V

EVIDENCE-BASED PRACTICE DALAM PENYELESAIAN MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI PERIMENOPAUSE

Farida Utamingtyas, S.ST., M.Keb.

A. Pendahuluan/Prolog

Perimenopause merupakan bagian dari proses penuaan alami seorang perempuan yang sangat identik dengan masa klimakterium, yaitu masa peralihan antara fase premenopause dan pascamenopause. Fase klimakterium dibagi menjadi fase premenopause, perimenopause, menopause, dan pascamenopause. Perimenopause adalah masa transisi antara premenopause dan postmenopause. Perimenopause ditandai dengan menstruasi tidak teratur, dan gejalanya antara usia 45 dan 55 tahun, sedangkan periode perimenopause terdiri dari pramenopause (usia 45-48 tahun), menopause (usia 49-51 tahun), pascamenopause (usia 52-55 tahun). Semua perempuan yang memasuki masa ini, akan mengalami penurunan hormon reproduksi estrogen dan progesteron (Salim, 2015).

Awal gejala terjadinya perimenopause pertama dapat ditandai dengan ketidakteraturan menstruasi dan amenore 1 tahun, sampai dengan periode berakhirnya menstruasi. Ada dua tahapan dalam perimenopause atau masa transisi menopause: transisi awal, sebagian besar siklusnya teratur, namun dengan sedikit gangguan, dan transisi akhir, dimana amenore menjadi lebih panjang dan berlangsung kurang lebih selama 60 hari sampai berakhirnya menstruasi (Santoro, 2016).

Pada masa perimenopause, produksi estrogen di ovarium berkurang. Selain perubahan siklus menstruasi, salah satu tanda dan gejala yang muncul pada gangguan psikis menopause adalah insomnia (Ayuningtyas, 2019). Menurut *World Health Organization* (WHO) gejala umum yang terjadi pada perempuan pada masa perimenopause adalah adanya *Hot flushes* (gejolak rasa panas) *and Night Sweat* (berkeringat di malam hari), siklus haid yang tidak

teratur, *Dryness vaginal* (Kekeringan pada vagina), *Insomnia* (susah tidur), dan *Depresi* (rasa cemas) (WHO, 2022). Menurut hasil survei, 45% wanita tidak mengetahui perbedaan antara perimenopause dan menopause sebelum mengalami gejala tersebut (Avis et al., 2015). Awal perimenopose adalah waktu yang penting bagi perempuan, karena pada masa tersebut waktu yang dibutuhkan untuk melewati tahap-tahap menopause dan setiap orang berbeda. Tidak ada cara yang benar maupun salah untuk mengatasi masalah yang muncul pada setiap tahapannya. Pada BAB ini, kita akan membahas tentang penyelesaian masalah kesehatan reproduksi perimenopause yang umum berdasarkan evidence based atau berbasis bukti yang telah ada.

B. Permasalahan Perimenopause

Permasalahan atau keluhan yang dialami pada perempuan perimenopause, dapat diberikan tatalaksana dengan cara menurut kajian beberapa jurnal *evidence based* dibawah ini:

1. ***Hot flushes* (gejolak rasa panas) and *Night Sweat* (berkeringat di malam hari)**

Gejala vasomotor (VMS) atau *Hot flushes* adalah keluhan muncul tiba-tiba seperti adanya semburan panas yang disertai keringat banyak. Rasa panas yang dirasakan, mulai dari daerah dada menjalar ke leher dan ke wajah, disertai kulit tampak kemerahan akibat peningkatan aliran di dalam pembuluh pada area tersebut. Perabaan tangan akan terasa adanya peningkatan suhu. Segera setelah timbul *hot flushes*, area yang terkena akan mengeluarkan keringat banyak. *Hot flushes* akan diikuti dengan peningkatan frekuensi detak jantung dan perasaan kurang nyaman. Hal ini disebabkan karena jaringan-jaringan yang sensitif atau yang bergantung pada estrogen akan terpengaruh sewaktu kadar estrogen menurun. *Hot flushes* terjadi karena pengaruh hormon pada otak yang bertanggung jawab untuk mengatur temperatur tubuh. Rata-rata *hot flushes* terjadi dalam waktu 3 menit, dan biasanya terjadi pada malam hari. *Hot flushes* akan disertai dengan keringat berlebihan akibat pengaruh hormon yang mengatur suhu tubuh. Suhu udara yang awalnya nyaman, mendadak menjadi terlalu panas dan tubuh mulai menjadi panas serta mengeluarkan keringat untuk mendinginkan tubuh. Keringat dingin dan gemetaran juga dapat terjadi selama 30 detik sampai dengan 5 menit. Perempuan pada masa perimenopause cenderung lebih lama mengalami *hot flush* (Santoro,

2016). Sebanyak 80% wanita mengalami *hot flashes*, dengan durasi rata-rata 10 tahun (Avis et al., 2018).

Selain mengganggu, *hot flush* secara terbukti juga dapat mengurangi variabilitas detak jantung (HRV). Kondisi ini yang dapat meningkatkan resiko kardiovaskuler, serta pengroposan tulang (Thurston et al., 2021). Pada penanganan perimenopouse, dokter akan memberikan prediksi apakah *hot flush* akan berlangsung lama atau tidak, dan menyarankan untuk mencoba pengobatan secara farmakologis. Meskipun banyak pengobatan untuk mengatasi masalah gejala perimenopouse, namun karena kurangnya pengetahuan mengenai pilihan pengobatan sering kali menghambat perempuan untuk menerimanya (Lega et al., 2023). Beberapa sumber menyebutkan masalah *hot flushes* dan *night sweat* dapat ditangani dengan berbagai cara yaitu:

a. Terapi Hormonal

Beberapa organisasi dunia, termasuk *Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada* dan *North American Menopause Society* merekomendasikan terapi hormon menopause sebagai pengobatan lini pertama untuk gejala vasomotor (VMS) pada perempuan menopause dan perimenopause (Yuksel N, Evaniuk D, Huang L, 2021). Komponen estrogen dalam terapi hormon menopause dapat mengurangi gejala yang mengganggu menopause, sementara progestin melindungi endometrium dari hiperplasia dan mengurangi risiko kanker endometrium. Pengobatan dengan kombinasi estrogen dan progestin (atau estrogen saja, pada perempuan yang telah menjalani histerektomi) mengurangi frekuensi dan tingkat keparahan *hot flashes* dan *night sweat* sekitar 75% (Maclennan AH, Broadbent JL, Lester S, 2004). Di Kanada, estrogen sistemik tersedia dalam bentuk oral, plester, atau gel; formulasi dalam bentuk krim, tablet vagina atau cincin yang dapat dimasukkan kedalam vagina. Progestin tersedia dalam bentuk progestin sintetik dan progesteron mikron, dan tersedia dalam bentuk pil oral, sistem transdermal (kombinasi dengan estrogen) dan alat kontrasepsi dalam rahim (Yuksel N, Evaniuk D, Huang L, 2021).

Tabel 5.1. Rekomendasi Penggunaan Terapi Hormonal Di Kanada

No	Terapi Hormon	Dosis
1. Konjugasi Estrogen		0,3–0,625 mg sehari sekali
	17-β-estradiol (dimikronisasi)	0,5–1 mg sehari sekali
	Plester transdermal	
	▪ Plester 17-β-estradiol seminggu dua kali	25–50 µg seminggu dua kali
	Gel Transdermal	
	▪ Gel 17-β-estradiol	Untuk gel 0,06%, dosis 0,75 mg estradiol per 1,25 g (1 kali pemberian) 1–2 dosis/ pemberian setiap hari
2. Progestin		
	Oral	
	▪ Medroxyprogesteron	2,5 mg setiap hari untuk rencana berkelanjutan atau 5 mg setiap hari selama 12–14 hari/bln
	▪ Progesteron (dimikronisasi)	100 mg setiap hari untuk rencana berkelanjutan atau 200 mg setiap hari selama 12–14 hari/bln untuk regimen dosis silik
	Intrauterin	
	▪ Sistem intrauterin pelepas levonorgestrel	52 mg per sistem intrauterin selama 5 tahun
3. Hormon Kombinasi		
	Oral	
	▪ 17-β-estradiol dan (Norethindrone Acetate)	NETA 1 mg 17-β-estradiol dan 0,5 mg NETA sehari sekali 0,5 mg 17-β-estradiol dan 0,1 mg NETA sehari sekali
	▪ 17-β-estradiol dan (Drospirenone)	DRSP 1 mg 17-β-estradiol dan 1 mg DRSP sekali sehari
	Plester transdermal	
	▪ 17-β-estradiol dan (Norethindrone Acetate)	NETA 50 µg 17-β-estradiol dan 140 mg NETA plester seminggu dua kali 50 µg 17-β-estradiol dan 250 mg NETA plester seminggu dua kali
	TSEC (Tissue Selective Estrogen Complex)	
	▪ Estrogen terkonjugasi dan bazedoksifen	0,45 mg estrogen terkonjugasi dan 20 mg bazedoksifen sehari sekali
	Steroid sintetik	
	▪ Tibolon	2,5 mg sehari sekali

Sumber (Lega et al., 2023)

Tabel 5.2. Kontraindikasi Terapi Hormonal

Terapi Hormon	Kontraindikasi
Estrogen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perdarahan vagina abnormal yang tidak terdiagnosis ▪ Dicurigai atau riwayat kanker payudara ▪ Dicurigai, atau memiliki riwayat kanker yang terkait dengan estrogen (kanker endometrium, ovarium) ▪ Aktif atau riwayat penyakit arteri koroner ▪ Aktif atau riwayat vena tromboemboli ▪ Aktif atau riwayat stroke ▪ Trombofilia ▪ Penyakit hati (misalnya dengan tes fungsi hati yang abnormal, sirosis)
Progestin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perdarahan vagina abnormal yang tidak terdiagnosis ▪ Saat ini atau dengan riwayat kanker payudara

Sumber (Yuksel N, Evaniuk D, Huang L, 2021)

b. Terapi Non Hormonal

Tabel 5.3. Rekomendasi Penggunaan Terapi Non Hormonal

No	Jenis	Dosis Awal
1.	SNRIs (Serotonin–Norepinephrine Reuptake Inhibitor)	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Venlafaxine ▪ Desvenlafaxine 	<ul style="list-style-type: none"> 37,5–75 mg oral/hari 100–150 mg oral/hari
2.	SSRIs (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Paroxetine ▪ Citalopram ▪ Escitalopram 	<ul style="list-style-type: none"> 10–20 mg oral/hari 10–20 mg oral/hari 10–20 mg oral/hari
3.	Gabapentinoids	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gabapentin ▪ Pregabalin 	<ul style="list-style-type: none"> 100–300 mg oral sebelum tidur 150–300 mg oral dua kali/hari
4.	Clonidine	0,05 mg oral dua kali/hari
5.	Oxybutynin	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Oxybutynin immediate release ▪ Oxybutynin XL 	<ul style="list-style-type: none"> 2,5–5 mg oral dua kali/hari 15 mg setiap hari

Sumber (Yuksel N, Evaniuk D, Huang L, 2021)

c. Terapi Herbal

Alternatif lain untuk mengatasi masalah gejala vasomotor (VMS) atau *hot flushes* dan *night sweat* adalah dengan terapi komplementer. Pada tahun 2008, bahkan WHO telah merekomendasikan terapi komplementer sebagai salah satu cara untuk mengatasi gejala menopause dan untuk mensejahterakan hidup perempuan (Gollschewski S, Kitto S, Anderson D, 2008). Sejalan dengan penelitian Ebrahimi A, Tayebi N, Fatemeh A, Akbarzadeh M (2019), yang menyatakan bahwa khasiat dan penggunaan terapi komplementer dan alternatif, serta pengobatan klasik lainnya, dapat menjadi model baru dalam memperbaiki gejala menopause pada perempuan, seperti pengobatan herbal, akupresur, dan akupuntur (Ebrahimi A, Tayebi N, Fatemeh A, 2019).

1) Kacang Kedelai/*Soya* dan Kacang Hijau

Kandungan yang terdapat pada kedelai adalah *isoflavan*, *genistein*, *daidzein*, *glisin* (Imhof et al., 2018). Susu kedelai memiliki kandungan fitoestrogen yang merupakan kelompok tanaman seperti kacang-kacangan, biji-bijian, sayur-sayuran dan buah-buahan yang memiliki sifat yang sama seperti hormon estrogen. Fitoestrogen memiliki potensi sebagai alternatif terapi sulih hormon untuk mengurangi gejala pre menopause seperti *hot flush* yang diakibatkan berkurangnya hormon estrogen di dalam tubuh Perempuan (Ritonga et al., 2021). Pemberian susu kedelai dua kali sehari selama 7 hari dengan dosis pemberian 250ml/botol (dengan kandungan 49,75 mg isoflavan) dikali dua kali pemberian maka dalam sehari mengkonsumsi 99,5 mg isoflavan, dapat menurunkan gejala *hot flush* pada perempuan klimakterium. Susu kedelai dapat menurunkan gejala *hot flush* karena terdapat kandungan isoflavan sekitar 50-90 mg/hari dalam kedelai (*genistein* dan *daidzein*) (Nurfadilah et al., 2022). Sementara menurut Astuti WP, Juaeriah R, Juliawati T (2021), pemberian sari kacang hijau sebanyak 250 ml sehari 2 kali selama 14 hari, juga dapat mengurangi keluhan *hot flush* pada ibu masa menopause (Astuti et al., 2021).

2) *Black Cohosh*

Black Cohosh dengan nama ilmiah *Cimicifuga racemose*, adalah jenis rimpang dengan komponen aktif yang terdiri dari glikosida

triterpen, ektoin, 27deoksiaktein, cimicifugoside, cytisine, N-methyl cytisine, asam fenolik, flavonoid, minyak atsiri, tanin dan bahan *resinoid* yang disebut *cimicifugin*, dan zat rimpang 25%–50%. Secara farmaokologis, *black cohosh* dapat memberikan efek sebagai modulator reseptor estrogen dan efek dopaminergik, serotonergik, dan progestogenik serta kaya akan asam gamolenat (prekursor prostaglandin E). Beberapa penelitian membuktikan bahwa *black cohosh* dapat mengurangi *hot flashes* dan gejala vasomotor dengan efek samping yang ringan dan keamanan yang baik. Hasil penelitian Mehrpooya M, Rabiee S, Larki-Harchegani A, Fallahian AM, Moradi A, Ataei S, Javad M (2018), menyebutkan *black cohosh* lebih efektif dibandingkan minyak primrose, karena mampu mengurangi tingkat keparahan *hot flush*. Rata-rata tingkat keparahan *hot flush* pada kelompok *black cohosh* pada minggu ke-8 secara signifikan lebih rendah dibandingkan minggu ke-1 ($P <0,001$). Intervensi diberikan 40 mg dua kali sehari dalam bentuk tablet salut ekstrak kering akar *black cohosh* (Cimifugol™), diproduksi oleh Goldaru Pharmaceutical Company yang mengandung 20 mg ekstrak *cohosh* kering (setara dengan 0,17–0,18 mg 27deoxyactein). Tidak ada efek samping yang ditemukan pada penelitian ini, namun pada penelitian sebelumnya efek samping yang paling mungkin terjadi adalah gejala lambung ringan, yang cenderung hilang setelah beberapa saat. Sakit kepala, muntah, dan pusing terjadi jika menggunakan dosis tinggi (Mehrpooya M, Rabiee S, Larki-Harchegani A, Fallahian AM, Moradi A, Ataei S, 2018).

2. Siklus Haid yang Tidak Teratur

Gangguan siklus haid terjadi, seperti polymenorrhoea, olygomenorrhoea, amenorehoea dan metrorargia, hal ini terjadi karena kadar estrogen menurun saat perimenopouse. Untuk perempuan berusia kurang dari 45 tahun yang datang dengan siklus menstruasi tidak teratur atau tidak menstruasi, dokter harus memeriksa kadar FSH, meskipun kadar FSH sangat bervariasi selama perimenopause. Harus dipastikan tidak memiliki kelainan endokrin sebagai penyebab amenore sekunder (misalnya hiperprolaktinemia, hipotiroidisme), serta hamil. Untuk pasien berusia kurang dari 40 tahun yang datang dengan siklus tidak teratur dan gejala

menopause, dokter harus melakukan pemeriksaan lengkap untuk amenore sekunder, termasuk FSH dan serum estradiol (Lega et al., 2023).

Tabel 5.4 Investigasi Amenore Sekunder Untuk Indikasi Usia Kurang Dari 45 Tahun

Perbedaan Diagnosa	Tes Daignostik
Insufisiensi ovarium dini atau menopause dini	FSH, Estradiol
Hiperprolaktinemia	Serum prolaktin
Hamil	β-hCG
Hipo atau hipertiroidisme	TSH
Sindrom ovarium polikistik	Diagnosis klinis (yaitu, kriteria Rotterdam), dengan atau tanpa total serum testosterone

Sumber (Lega et al., 2023)

3. *Dryness Vaginal* (Kekeringan pada vagina)

Area genitalia yang kering terjadi akibat adanya penurunan kadar estrogen, dan berhubungan dengan penurunan kandungan kolagen dan elastis vagina, epitel yang menipis, dan peningkatan pH vagina (Kim et al., 2015). Menurut Portman DJ dan Gass ML (2014), gejala yang sering muncul adalah kekeringan vagina, iritasi, dan disuria atau disebut dengan *Sindrom Genitourinari Menopause* (GSM). Gejala ini merupakan gambaran nyata dari morbiditas pada saluran genital wanita yang disebabkan oleh kurangnya estrogen (Portman DJ, 2014). Kekeringan pada vagina, sulit tidur, tidak akan membaik tanpa adanya gangguan spesifik yang berkelanjutan (Santoro, 2016).

Terapi estrogen vagina adalah pengobatan pertama untuk gejala atrofi vulvovaginal, seperti kekeringan, dispareunia, gatal, dan/atau rasa terbakar. Selain itu, telah terbukti secara efektif dalam mengatasi disuria, sering kencing, dan infeksi saluran kemih. Terapi estrogen vagina lebih efektif daripada terapi estrogen sistemik dan aman digunakan. Pemberian Prasterone (DHEA vagina) dapat meringankan atrofi vulvovaginal, kesulitan lubrikasi, dispareunia, dan gairah seksual (Genazzani et al., 2024).

Tabel 5.5. Standar Pemberian Terapi Hormon Vagina

No	Terapi Hormon
1.	Tablet vagina E2 10 µg
2.	E2 7,5 µg/24 jam, cincin vagina
3.	Krim Estriol 500 µg/hari
4.	Estriol 50 µg/hari gel
5.	Promestriene 10 mg kapsul vagina
6.	Prasterone (DHEA) 6,5 mg suppositoria vagina

Singkatan: DHEA, dehidroepiandrosteron; E2, estradiol

Sumber (Genazzani et al., 2024)

Pemberian Ospemifene secara efektif dan aman digunakan untuk mengobati kekeringan pada vagina dan gejala umum pada Atrofi Vulvovaginal (VVA). Secara signifikan, hasil secara subjektif dan objektif (populasi sel vagina, pH vagina, penyembuhan dispareunia atau kekeringan, gambaran vulva-vestibular, dan fungsi seksual), aman dan dapat diterima dengan baik pada payudara, Tromboemboli Vena (VTE), kardiovaskular, dan tulang. Ospemifene adalah satu-satunya estrogen receptor agonist/antagonists (ERAA) yang direkomendasikan Badan Pengawas Obat dan Makanan (FDA) sejak tahun 2013 untuk pengobatan dispareunia sedang hingga berat sebagai gejala VVA karena menopause, dan baru-baru ini disetujui untuk pengobatan kekeringan vagina sedang hingga berat sebagai gejala VVA. Penggunaan ospemifene secara oral (Osphena) 60 mg/hari selama 12 minggu secara signifikan dapat memperbaiki keluhan kekeringan vagina dibandingkan dengan placebo selama 12 minggu ($p < 0,0001$), dan perbaikan ini terbukti pada minggu ke-4. Analisis responden menunjukkan tingkat responden yang secara signifikan lebih tinggi dengan ospemifene dibandingkan dengan placebo pada minggu ke-12 (31,5% vs 6,0%; $p < 0,0001$); hasil responden juga signifikan pada minggu ke-4 (19,2% vs 2,6%) (Archer et al., 2019).

Tabel 5.6 Pengobatan Sindrom Genitourinari Menopause

No	Pengobatan	Dosis
1.	Estrace kream vagina (estradiol) 0,01%	Gunakan dosis: 2 sampai 4 gr setiap hari selama 2 minggu, kemudian 1 gr setiap minggu
2.	Estring (cincin vagina estradiol)	2 mg lepas pada 7,5 mcg setiap hari selama tiga bulan
3.	Ospheena (ospemifene)	60 mg setiap hari dikonsumsi bersama makanan
4.	Premarin (estrogen terkonjugasi) kream vagina	0,625 mg estrogen terkonjugasi setiap gr; gunakan dosis 0,5 gr sampai 2 gr setiap selama 21 hari kemudian berhenti selama tujuh hari, atau secara umum satu sampai tiga kali per minggu untuk terapi pengobatan
5.	Replens pelembab vagina	Gunakan tiga kali selama satu minggu
6.	Vagifem (estradiol) tablet vagina	Gunakan 10 mcg sekali sehari selama dua minggu, kemudian dua kali seminggu

Sumber (Hill et al., 2016)

4. **Insomnia (Susah Tidur)**

Beberapa perempuan mengalami kesulitan saat tidur, mereka tidak dapat tidur (mudah atau bangun terlalu dini). *Hot flushes* juga dapat menyebabkan perempuan terbangun dari tidur. Selain itu, kesulitan tidur dapat disebabkan karena rendahnya kadar serotonin pada masa perimenopause. Kadar serotonin dipengaruhi oleh kadar endorfin. Menurut Wijayanti (2014) wanita yang semakin tua usianya dalam mendapatkan menopause maka akan meningkatkan resiko terjadinya insomnia. Masalah insomnia akan dialami oleh beberapa wanita menopause. Selain itu, wanita dalam masa menopause akan terbangun pada malam hari dan sulit untuk bisa kembali tidur (Wijayanti, D., Husein, A. N., & Arifin, 2014). Rendahnya kadar serotonin yang dipengaruhi oleh masa premenopause juga dapat menyebabkan kesulitan tidur (Mulyani, 2015). Sebanyak 50% dari wanita menopause mengalami gangguan tidur yang dapat menyebabkan perubahan mood, penurunan konsentrasi dan fungsi fisiologis, termasuk

fleksibilitas metabolisme dan resistensi insulin, yang menyebabkan peningkatan resiko *cardio vaskuler disease* (CVD) dan penyakit jantung koroner (PJK), dan menurunkan kualitas hidup (Van Dijk, G. M., Kavousi, M., Troup, J., & Franco, 2015).

Upaya yang dilakukan untuk mengatasi insomnia dapat menggunakan farmakologi dan non farmakologi. Beberapa bukti untuk mengatasi masalah insomnia pada perempuan perimenopause yaitu:

a. Terapi Hormon

Terapi hormon estrogen yang dikombinasikan dengan progestin, atau estrogen saja dengan riwayat histerektomi, adalah pengobatan yang paling efektif untuk gejala menopause (Baker et al., 2018).

b. *Cognitive-Behavioral Treatment of Insomnia* (CBT-I)

Dianggap sebagai intervensi utama pada insomnia kronis, dan secara jangka panjang lebih unggul dibandingkan dengan pemberian obat tidur saja. CBT-I adalah terapi perilaku kognitif melalui telepon dengan intervensi selama 8 minggu (enam sesi telepon, selama 20–30 menit). Setelah diberikan intervensi, akan dilakukan tindak lanjut 24 minggu. Responden menyerahkan buku catatan harian secara elektronik per minggu, dan mendapatkan materi edukasi tentang lama perubahan tidur, kebersihan tidur, pembatasan tidur, dan prosedur pengendalian stimulus. Di waktu 8 minggu dan 24 minggu, 70% dan 84% perempuan memiliki skor Indeks Keparahan Insomnia (ISI) dengan keterangan tanpa insomnia, perbaikan latensi tidur, waktu bangun, dan efisiensi tidur yang dilaporkan dalam buku harian (McCurry SM, 2017).

c. Terapi Komplementer

Berdasarkan penelitian yang dilakukan Sadiman, Susilawati P, Fairus M, Islamiyati (2022), Akupresure Heart 7 Shenmen dilakukan sendiri oleh ibu perimenopause setelah dilatih. Pijatan dilaksanakan setiap malam menjelang tidur, sebanyak 40 pijatan atau 10 menit, pada titik yang terletak pada sisi ulnair lipatan pergelangan tangan. Aromaterapi mawar diberikan menggunakan alat Difuser selama 10 menit, komposisi Aroma terapi mawar terdiri dari aquabides atau menggunakan air hangat sebanyak 100 cc ditambah 3 tetes essensial oil rose (konsentrasi 3%). Essensial oil rose dibeli dari pasaran yang ada. Akupresure Heart 7 Shenmen dan Aromaterapi Mawar dilakukan berturut turut dalam kurun waktu 15 hari. Hasil yang diperoleh adalah

terapi akupresur akupresur heart 7 shenmen dan aromaterapi mawar berpengaruh terhadap skor insomnia (skala KSPBJ-IRS) pada wanita perimenopause di wilayah kerja UPT Puskesmas Buay Nyerupa, Lampung barat dengan nilai $p = 0,000$ (Sadiman et al., 2022).

5. Depresi (Rasa Cemas)

Depresi ataupun stress sering terjadi pada wanita yang berada pada masa perimenopause. Kondisi ini terjadi karena adanya penurunan hormon estrogen. Turunnya hormon estrogen menyebabkan turunnya Neurotransmiter di dalam otak, Neurotransmiter di dalam otak tersebut memengaruhi suasana hati sehingga akan muncul perasaan cemas atau depresi. Perempuan memiliki risiko lebih tinggi mengalami depresi dan kecemasan selama perimenopause dan transisi menopause. Selama masa transisi menopause, dampak fluktuasi estrogen pada sistem saraf pusat (SSP) dapat menyebabkan depresi dan kecemasan pada beberapa perempuan. Penanganan pertama secara tradisional untuk depresi menopause dengan pemberian antidepresan memberikan hasil yang sedang atau buruk. Sementara pemberian terapi hormonal (HT) estrogen diakui sebagai pengobatan depresi pada menopause (Herson & Kulkarni, 2022).

Terapi akupresur merupakan salah satu alternatif yang sangat mudah untuk dilakukan oleh setiap individu dan terbukti efektif dapat menurunkan keluhan baik fisik dan psikologis pada perempuan menopause. Pelaksanaan intervensi akupresur mandiri dilakukan dengan menekan titik-titik akupresur menggunakan jari tangan pada area tubuh sesuai dengan keluhan yang dirasakan penurunan tingkat kecemasan dan keluhan menopause (Agustina et al., 2023).

Hatha yoga adalah cabang dari yoga yang berfokus pada kesehatan fisik dan mental. *Hatha* yoga mencakup latihan fisik yang ringan dan mengikutsertakan setiap sendi pada tubuh dalam gerakan memperkuat, melonggarkan dan menyeimbangkan setiap bagian tubuh dengan sepenuhnya. Latihan *Hatha* Yoga dipandang akan dapat menurunkan kecemasan perempuan pada masa *menopause* karena cara pernapasan dalam *hatha* yoga juga efektif dapat melepaskan toksin dari kulit dan paru-paru. Penyebab depresi diduga akibat meningkatnya aktivitas serotonin di otak. Hal ini membuat pernapasan perempuan pada masa *menopause*

menjadi terganggu yang berakibat pada kurangnya penyerapan oksigen pada darah dan mempengaruhi detak jantung yang semakin cepat. Latihan senam *hatha* yoga terbukti dapat menurunkan kecemasan. Tingkat kecemasan wanita pra menopause di Sanggar Senam Paroki Kleco Surakarta sebelum mengikuti program latihan senam *hatha* yoga baik pada kelompok kontrol maupun eksperimen memiliki kecemasan tinggi. Tingkat kecemasan wanita *pra menopause* di Sanggar Senam Paroki Kleco Surakarta sesudah mengikuti program latihan senam *hatha* yoga berdasarkan skor kuesioner, responden pada kelompok eksperimen memiliki tingkat kecemasan sedang. Namun, responden pada kelompok kontrol memiliki tingkat kecemasan lebih tinggi (Utami S, Rahayu S, 2020).

C. Simpulan

Perimenopause adalah masa transisi antara premenopause dan postmenopause. Menurut *World Health Organization* (WHO) gejala umum yang terjadi pada perempuan pada masa perimenopause adalah adanya *Hot flushes* (gejolak rasa panas) *and Night Sweat* (berkeringat di malam hari), siklus haid yang tidak teratur, *Dryness vaginal* (Kekeringan pada vagina), *Insomnia* (susah tidur), dan *Depresi* (rasa cemas).

Berdasarkan bukti yang telah ada, penanganan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah perimenopouse perempuan yaitu *Hot flushes and Night Sweat* telah direkomendasikan dengan pemberian terapi hormon estrogen, progestin, atau kombinasi keduanya, terapi hormonal, dan terapi herbal dengan kacang kedelai/ *soya* dan kacang hijau, serta tablet salut ekstrak kering akar *Black Cohosh* sesuai dosis. Masalah siklus haid yang tidak teratur harus dipastikan terlebih dahulu oleh dokter penyebab dari kasus yang ditemukan dengan pemeriksaan FSH, dan pemeriksaan lengkap untuk amenore sekunder. Pada masalah *Dryness vaginal* pengobatan pertama dengan terapi estrogen untuk gejala atrofi vulvovaginal, Ospemifene untuk mengobati kekeringan pada vagina dan gejala umum pada Atrofi Vulvovaginal (VVA). Terapi hormon estrogen yang dikombinasikan dengan progestin, atau estrogen saja dengan riwayat histerektomi juga direkomendasikan untuk mengatasi masalah *Insomnia*, selain itu *Cognitive-Behavioral Treatment of Insomnia* (CBT-I) serta Akupresure Heart 7 Shenmen juga direkomendaikan. Sedangkan untuk masalah *Depresi dapat* diberikan terapi hormonal (HT) estrogen, akupresur dan *Hatha* yoga sebagai alternatif pengobatan.

D. Referensi

- Agustina, Nuraeni, A., Apriyanti, Y., & Xaverius, F. (2023). Terapi Akupresur Dengan Jari Tangan Menurunkan Kecemasan Dan Keluhan Wanita Menopause Pada Kader Puskesmas Tanah Sereal Kota Bogor. *Jurnal Pendidikan Islam*, 12(2), 684–694. <https://doi.org/10.30868/ei.v2i02.5454>
- Archer, D. F., Goldstein, S. R., Simon, J. A., Waldbaum, A. S., Sussman, S. A., Altomare, C., Zhu, J., Yoshida, Y., Schaffer, S., & Soulban, G. (2019). Efficacy and safety of ospemifene in postmenopausal women with moderate-to-severe vaginal dryness: A phase 3, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter trial. *Menopause*, 26(6), 611–621. <https://doi.org/10.1097/GME.00000000000001292>
- Astuti, W. P., Juaeriah, R., & Juliawati, T. (2021). Pengaruh Pemberian Sari Kacang Hijau Terhadap Pengurangan Keluhan Hot Flush Pada Ibu Masa Menopause. *Jurnal Kesehatan Budi Luhur: Jurnal Ilmu-Ilmu Kesehatan Masyarakat, Keperawatan, Dan Kebidanan*, 14(1), 357–361. <https://doi.org/10.62817/jkbl.v14i1.141>
- Avis, N. E., Crawford, S. L., & Green, R. (2018). Vasomotor Symptoms Across the Menopause Transition. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(4), 629–640. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2018.07.005>
- Avis, N. E., Crawford, S. L., Greendale, G., Bromberger, J. T., Everson-Rose, S. A., Gold, E. B., Hess, R., Joffe, H., Kravitz, H. M., Tepper, P. G., & Thurston, R. C. (2015). Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 531–539. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.8063>
- Ayuningtyas, I. F. (2019). Asuhan Komplementer Terapi Komplementer dalam Kebidanan. *Yogyakarta: Pustaka Baru*, 224.
- Baker, F. C., Lampio, L., Saaresranta, T., & Polo-Kantola, P. (2018). Sleep and Sleep Disorders in the Menopausal Transition. *Sleep Medicine Clinics*, 13(3), 443–456. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2018.04.011>
- Ebrahimi A, Tayebi N, Fatemeh A, A. M. (2019). Investigation of the role of herbal medicine, acupressure, and acupuncture in the menopausal symptoms: An evidence-based systematic review study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(4), 2638–2649. <https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc>
- Genazzani, A. R., Divakar, H., Khadilkar, S. S., Monteleone, P., Evangelisti, B., Galal, A. F., Priego, P. I. R., Simoncini, T., Giannini, A., Goba, G., & Benedetto, C. (2024). Counseling in menopausal women: How to address the benefits and risks of menopause hormone therapy. A FIGO position paper. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 164(2), 516–530. <https://doi.org/10.1002/ijgo.15278>
- Gollscheckski S, Kitto S, Anderson D, L. P. (2008). Women's perceptions and beliefs

- about the use of complementary and alternative medicines during menopause. *Complement Ther Med*, 16, 163–168.
- Herson, M., & Kulkarni, J. (2022). Hormonal Agents for the Treatment of Depression Associated with the Menopause. *Drugs and Aging*, 39(8), 607–618. <https://doi.org/10.1007/s40266-022-00962-x>
- Hill, A., Crider, M., & Hill, S. (2016). Hormone therapy and other treatments for symptoms of menopause: Discovery Service for Endeavour College of Natural Health Library. *American Family Physician*, 94(11), 884–889. <https://www.aafp.org/afp/2016/1201/p884.html>
- Imhof, M., Gocan, A., Imhof, M., & Schmidt, M. (2018). Soy germ extract alleviates menopausal hot flushes: Placebo-controlled double-blind trial. *European Journal of Clinical Nutrition*, 72(7), 961–970. <https://doi.org/10.1038/s41430-018-0173-3>
- Kim, H.-K., Kang, S.-Y., Chung, Y.-J., Kim, J.-H., & Kim, M.-R. (2015). The Recent Review of the Genitourinary Syndrome of Menopause. *Journal of Menopausal Medicine*, 21(2), 65. <https://doi.org/10.6118/jmm.2015.21.2.65>
- Lega, I. C., Fine, A., Antoniades, M. L., & Jacobson, M. (2023). A pragmatic approach to the management of menopause. *CMAJ. Canadian Medical Association Journal*, 195(19), E677–E682. <https://doi.org/10.1503/cmaj.221438>
- MacLennan AH, Broadbent JL, Lester S, et al. (2004). Oral oestrogen and combined oestrogen/progestogen therapy versus placebo for hot flushes. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, CD002978. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002978.pub2.www.cochranelibrary.com>
- McCurry SM, et al. (2017). Telephone Delivered Cognitive-Behavior Therapy for Insomnia in Midlife Women with Vasomotor Symptoms: An MsFLASH Randomized Trial. *JAMA Intern Med*, 176(3), 139–148. <https://doi.org/10.1002/hep.30150.Ductular>
- Mehrpooya M, Rabiee S, Larki-Harchegani A, Fallahian AM, Moradi A, Ataei S, et al. (2018). A comparative study on the effect of "black cohosh" and "evening primrose oil" on menopausal hot flashes. *J Educ Health Promot*, January, 1–6. <https://doi.org/10.4103/jehp.jehp>
- Mulyani, N. S. (2015). *Menopause: Akhir Siklus Menstruasi Pada Wanita Di Usia Pertengahan* (2nd Ed). Nuha Medika.
- Nurfadilah, K., Azzahroh, P., & Suciawati, A. (2022). Pengaruh Pemberian Susu Kedelai terhadap Gejala Hot Flush pada Wanita Klimakterium. *Jurnal Kebidanan*, 11(2), 164–170.
- Portman DJ, G. M. (2014). Genitourinary syndrome of menopause: New terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the

- Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Climacteric*, 17, 557–563.
- Ritonga, N. J., Limbong, Y. S., Sitorus, R., & Anuhgerah, D. E. (2021). Efektivitas Pemberian Susu Kedelai Dalam Mengatasi Keluhan Pada Masa Pre Menopause Di Klinik Bidan Maiharti Kisaran Barat Tahun 2020. *Jurnal Kebidanan Kestra (Jkk)*, 3(2), 136–143. <https://doi.org/10.35451/jkk.v3i2.590>
- Sadiman, Susilawati, P., Fairus, M., & Islamiyat. (2022). Pengaruh Akupresur Heart 7 Shenmen dan Aromaterapi Mawar Terhadap Penurunan Insomnia. *Media Informasi*, 18(2), 73–81. <https://doi.org/10.37160/bmi.v18i2.43>
- Salim, R. A. (2015). *(Un) Complicated Perimenopause*. Elex Media Komputindo.
- Santoro, N. (2016). Perimenopause: From research to practice. *Journal of Women's Health*, 25(4), 332–339. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5556>
- Thurston, R. C., Aslanidou Vlachos, H. E., Derby, C. A., Jackson, E. A., Brooks, M. M., Matthews, K. A., Harlow, S., Joffe, H., & El Khoudary, S. R. (2021). Menopausal vasomotor symptoms and risk of incident cardiovascular disease events in swan. *Journal of the American Heart Association*, 10(3), 1–17. <https://doi.org/10.1161/JAHA.120.017416>
- Utami S, Rahayu S, M. S. (2020). Senam Yoga Dapat Menurunkan Tingkat Kecemasan Wanita Menopause. *Journal of Sport Sciences and Fitness*, 6(2), 105–110.
- Van Dijk, G. M., Kavousi, M., Troup, J., & Franco, O. H. (2015). Health issues for menopausal women: The top 11 conditions have common solutions. *Maturitas*, 80(1), 24–30.
- WHO. (2022, October 17). *Menopause. October*, 1–6. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/menopause>
- Wijayanti, D., Husein, A. N., & Arifin, S. (2014). Gambaran Kejadian Insomnia pada Wanita Menopause di Kelurahan Teluk Dalam Tahun 2013: Kajian Berdasarkan Usia Responden dan Lama Menopause. *Berkala Kedokteran*, 10(2), 133–142.
- Yuksel N, Evaniuk D, Huang L, et al. (2021). Guideline No. 422a: Menopause: vasomotor symptoms, prescription therapeutic agents, complementary and alternative medicine, nutrition, and lifestyle. *J Obstet Gynaecol Can*, 43, 1188–204.e1.

BAB VI

UPAYA PROMOTIF TENAGA KESEHATAN DAN TENAGA MEDIS DALAM PENCEGAHAN MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN

Yuyun Setyorini, S.Kp., Ners., M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan reproduksi perempuan merupakan aspek penting dalam upaya meningkatkan kesejahteraan individu dan masyarakat. Perempuan terus menghadapi berbagai tantangan dalam mengakses layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas. Salah satu isu terbaru yang menjadi perhatian global adalah meningkatnya kesadaran tentang pentingnya kesehatan mental dalam kesehatan reproduksi. Penelitian terbaru menunjukkan bahwa depresi postpartum, kecemasan selama kehamilan, dan stres terkait infertilitas dapat berdampak negatif pada kesehatan ibu dan anak. Integrasi layanan kesehatan mental dalam perawatan kesehatan reproduksi menjadi salah satu kebutuhan dan banyak negara yang mulai mengembangkan program pelatihan bagi tenaga kesehatan dan tenaga medis untuk menangani masalah ini secara efektif.(WHO, 2022)

Perkembangan teknologi digital juga membawa perubahan signifikan dalam promosi kesehatan reproduksi perempuan. Aplikasi kesehatan, telemedicine, dan platform edukasi online semakin banyak digunakan untuk memberikan informasi dan layanan kesehatan reproduksi. Teknologi ini sangat mempermudah akses ke informasi kesehatan dan memungkinkan untuk berinteraksi secara langsung dengan tenaga kesehatan dari jarak jauh. Terdapat juga pengembangan aplikasi terkait kesehatan reproduksi perempuan yang menyediakan pelacakan siklus menstruasi, ovulasi dan kehamilan serta memberikan edukasi tentang kesehatan reproduksi. Namun, tantangan seperti

keterbatasan akses internet dan literasi digital yang rendah di beberapa daerah perlu segera diatasi supaya manfaat kemajuan teknologi digital dapat dirasakan secara merata. (Tanja et all., 2018)

Efek yang signifikan dari pandemi COVID-19 memberikan dampak yang besar terhadap layanan kesehatan reproduksi perempuan. Pembatasan mobilitas dan penutupan fasilitas kesehatan menyebabkan banyak perempuan mengalami kesulitan mengakses layanan kesehatan reproduksi. Akibatnya, risiko komplikasi pada kehamilan meningkat, diagnosis dan pengobatan infeksi menular seksual tertunda, dan angka kekerasan berbasis gender juga mengalami peningkatan. Untuk mengatasi dampak pandemi, banyak negara melakukan strategi baru serta pendekatan inovatif seperti pengiriman alat kontrasepsi dan obat-obatan melalui pos serta layanan konseling dan konsultasi melalui telemedicine. Pendekatan ini menunjukkan pentingnya adaptasi cepat dan fleksibilitas dalam penyediaan layanan kesehatan reproduksi selama krisis atau pandemi.

Selain itu, ada upaya global untuk meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas terus berlanjut dan meningkat. Salah satu tujuan utama adalah meningkatkan edukasi dan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan reproduksi perempuan. Kampanye kesehatan menggunakan media sosial dan kolaborasi dengan berbagai pihak terbukti efektif dalam menjangkau sasaran yang lebih luas dan mengubah perilaku kesehatan. Program-program seperti pendidikan kesehatan seksual di sekolah dan komunitas juga sangat penting untuk memberikan informasi yang akurat dan mengurangi stigma terkait kesehatan reproduksi perempuan. Dengan terus berinovasi dan berkolaborasi, diharapkan kualitas dan akses layanan kesehatan reproduksi perempuan dapat terus ditingkatkan di masa mendatang.

B. Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi menurut World Health Organization (WHO, 2020) sebagai kondisi fisik, mental, dan sosial yang utuh dalam semua hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi, dan prosesnya. Ini berarti bahwa seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang memuaskan dan aman, serta kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk memutuskan kapan dan seberapa sering melakukannya. Kesehatan reproduksi

juga mencakup hak untuk mendapatkan informasi dan akses ke metode kontrasepsi yang aman, efektif, terjangkau, dan dapat diterima, serta layanan kesehatan yang memungkinkan perempuan menjalani kehamilan dan persalinan yang aman.

Komponen kesehatan reproduksi meliputi berbagai aspek yang saling berkaitan. Salah satu komponen utama adalah kesehatan seksual, yang mencakup edukasi seksual, pencegahan dan pengelolaan infeksi menular seksual (IMS), serta hak-hak seksual. Selain itu, kesehatan ibu dan anak juga merupakan bagian penting dari kesehatan reproduksi, termasuk perawatan antenatal, persalinan yang aman, dan perawatan postpartum. Kesehatan reproduksi juga mencakup pencegahan dan pengelolaan masalah kesehatan yang berkaitan dengan infertilitas dan kesehatan menstruasi. Penanganan masalah-masalah ini memerlukan pendekatan yang komprehensif dan berkelanjutan.

Akses terhadap layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dan terjangkau sangat penting untuk memastikan kesehatan reproduksi yang optimal. Hambatan yang sering dihadapi termasuk kurangnya fasilitas kesehatan, tenaga medis yang tidak terlatih, serta stigma dan diskriminasi yang terkait dengan isu-isu reproduksi. Program-program kesehatan reproduksi yang berhasil biasanya melibatkan pendidikan dan penyuluhan yang komprehensif, peningkatan akses terhadap layanan kesehatan, serta pemberdayaan komunitas untuk mendukung kesehatan reproduksi. Dengan demikian, kesehatan reproduksi bukan hanya tentang pengelolaan masalah medis, tetapi juga tentang memastikan bahwa individu memiliki informasi, sarana, dan dukungan yang diperlukan untuk membuat keputusan yang sehat mengenai kehidupan reproduksi mereka.

C. Masalah Kesehatan Reproduksi

Masalah kesehatan reproduksi perempuan mencakup berbagai isu yang mempengaruhi kesehatan fisik dan mental perempuan. Salah satu masalah utama adalah infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV/AIDS, yang menjadi ancaman di berbagai negara. Data dari World Health Organization (WHO, 2021) menunjukkan bahwa lebih dari satu juta IMS terjadi setiap hari di seluruh dunia. IMS dapat menyebabkan komplikasi serius seperti penyakit radang panggul, infertilitas, dan kanker serviks. Selain itu, stigma dan diskriminasi dari

masyarakat yang terkait dengan IMS sering menjadi penghambat bagi perempuan untuk mencari perawatan yang dibutuhkan.

Kehamilan remaja merupakan masalah dalam kesehatan reproduksi perempuan. Menurut United Nations Population Fund (UNFPA, 2021), terdapat sekitar 21 juta perempuan berusia 15-19 tahun di negara-negara berkembang yang hamil setiap tahun, dan sekitar 12 juta di antaranya melahirkan. Kehamilan pada usia remaja juga sering kali terkait dengan risiko kesehatan pada ibu dan bayi, termasuk komplikasi persalinan, kelahiran prematur, dan kematian neonatal. Selain itu, kehamilan remaja juga berdampak negatif pada pendidikan dan peluang ekonomi perempuan muda, serta memperparah siklus kemiskinan.

Kanker serviks adalah masalah kesehatan reproduksi lain yang signifikan. Kanker ini disebabkan oleh infeksi human papillomavirus (HPV), yang dapat dicegah melalui vaksinasi. Namun, meskipun vaksin HPV efektif, cakupan vaksinasi masih rendah di berbagai negara berkembang. Menurut WHO, pada tahun 2020, hanya sekitar 15% perempuan berusia 9-14 tahun yang menerima vaksin HPV di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Deteksi dini melalui skrining rutin penting untuk mengurangi angka kematian akibat kanker serviks, tetapi akses ke layanan skrining sering kali terbatas di banyak wilayah.

Permasalahan dalam menstruasi seperti dismenore dan menorrhagia merupakan gangguan menstruasi yang umum terjadi pada perempuan. Gangguan ini tidak hanya mempengaruhi kesehatan fisik tetapi juga kesejahteraan mental dan produktivitas sehari-hari. Penelitian Mizuta et.al (2023) menunjukkan bahwa sekitar 20-90% perempuan mengalami nyeri menstruasi, yang bisa sangat mengganggu aktivitas sehari-hari mereka. Kurangnya akses ke produk menstruasi yang aman dan higienis, terutama di daerah-daerah miskin dan terpencil, merupakan masalah yang dapat mengarah pada saat aktivitas di sekolah dan juga pekerjaan.

Kekerasan berbasis gender merupakan masalah serius yang mempengaruhi kesehatan reproduksi perempuan. Kekerasan fisik, seksual, dan emosional dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan, termasuk cedera fisik, gangguan mental, dan penyakit menular seksual. Berdasarkan WHO tahun 2021 menyatakan bahwa sekitar 30% perempuan di seluruh dunia mengalami kekerasan fisik atau seksual oleh pasangan mereka sendiri .

Kekerasan berbasis gender tidak hanya merusak kesehatan reproduksi tetapi juga menghalangi perempuan untuk mengakses layanan kesehatan yang mereka butuhkan. Upaya pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender memerlukan pendekatan komprehensif yang melibatkan edukasi, penegakan hukum, dan dukungan psikososial.

D. Dampak Masalah Kesehatan Reproduksi Terhadap Kualitas Hidup

Masalah kesehatan reproduksi memiliki dampak yang luas dan mendalam terhadap kualitas hidup perempuan. Infeksi menular seksual (IMS), seperti HIV/AIDS, tidak hanya mengancam kesehatan fisik tetapi juga kesejahteraan mental dan sosial. Perempuan yang hidup dengan IMS sering kali menghadapi stigma dan diskriminasi yang dapat mengarah pada isolasi sosial dan depresi. Dampak negatif ini tidak hanya mempengaruhi individu tetapi juga keluarga dan komunitas mereka. Selain itu, komplikasi serius seperti infertilitas dan kanker serviks yang disebabkan oleh IMS dapat mengurangi peluang perempuan untuk memiliki anak, yang merupakan aspek penting dari identitas dan kesejahteraan perempuan.

Kehamilan pada usia remaja juga memiliki dampak signifikan terhadap kualitas hidup perempuan. Kehamilan pada remaja biasanya dikaitkan dengan risiko kesehatan yang lebih tinggi, seperti anemia, hipertensi, dan komplikasi persalinan yang dapat berujung pada kematian ibu dan bayi. Selain risiko kesehatan fisik, kehamilan remaja sering kali menghentikan pendidikan dan mengurangi peluang ekonomi bagi perempuan, yang berkontribusi pada siklus kemiskinan. Kehamilan remaja juga dapat mempengaruhi kesehatan mental, risiko depresi dan kecemasan akibat tanggung jawab yang berat dan tekanan sosial.

Kanker serviks, yang disebabkan oleh infeksi human papillomavirus (HPV), juga memiliki dampak besar terhadap kualitas hidup perempuan. Penyakit ini sering kali tidak menunjukkan gejala pada tahap awal, dan ketika gejala muncul, kanker mungkin sudah dalam tahap lanjut, dan mengurangi kemungkinan pengobatan berhasil. Dampak psikologis dari diagnosis kanker, termasuk ketakutan akan kematian dan kekhawatiran tentang masa depan, dapat menyebabkan stres dan depresi. Pengobatan kanker serviks, seperti pembedahan dan kemoterapi, memiliki efek samping yang signifikan,

termasuk kelelahan, nyeri, dan masalah kesuburan yang akan mengurangi kualitas hidup.

Gangguan menstruasi, seperti dismenore dan menorrhagia, juga berdampak negatif pada kehidupan sehari-hari perempuan. Nyeri menstruasi yang parah dapat menyebabkan tidak dapat beraktifitas di sekolah atau kerja, mengganggu aktivitas sehari-hari, dan menurunkan produktivitas. Menurut penelitian, sekitar 20-90% perempuan mengalami nyeri menstruasi yang mempengaruhi kemampuan mereka untuk berfungsi secara normal. Kurangnya akses ke produk menstruasi yang aman dan higienis dapat memperparah masalah ini, terutama di daerah miskin dan terpencil. Dampak sosial dari masalah menstruasi, seperti rasa malu dan stigma, juga dapat mempengaruhi kesehatan mental dan kesejahteraan perempuan. (Mizuta et.all., 2023)

Kekerasan berbasis gender adalah masalah serius yang mempengaruhi kesehatan reproduksi dan kualitas hidup perempuan. Kekerasan fisik, seksual, dan emosional dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan, termasuk cedera fisik, gangguan mental, dan penyakit menular seksual. Perempuan yang mengalami kekerasan sering kali enggan mencari bantuan medis karena takut akan pembalasan atau stigma. Kekerasan berbasis gender juga dapat menyebabkan trauma jangka panjang yang mempengaruhi kesejahteraan emosional dan kemampuan perempuan untuk berfungsi secara sosial dan ekonomi. Upaya pencegahan dan penanganan kekerasan berbasis gender harus melibatkan pendekatan komprehensif yang mencakup edukasi, penegakan hukum, dan dukungan psikososial untuk mengurangi dampaknya dan meningkatkan kualitas hidup perempuan.

E. Teori dan Model Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah upaya sistematis untuk memberdayakan individu dan komunitas dalam meningkatkan dan mempertahankan kesehatan mereka. Salah satu teori yang mendasari promosi kesehatan adalah Teori Perubahan Perilaku yang menekankan pada pentingnya faktor individu, lingkungan, dan kebijakan dalam mempengaruhi perilaku kesehatan. Model ini mencakup berbagai pendekatan seperti *Health Belief Model* yang mengidentifikasi keyakinan individu tentang risiko kesehatan dan manfaat dari tindakan kesehatan sebagai determinan utama dalam perubahan perilaku.

Selain itu, Model Tahapan Perubahan (*Stages of Change Model*) mengemukakan bahwa perubahan perilaku adalah proses yang berlangsung melalui beberapa tahap, dari pra-kontemplasi hingga pemeliharaan, dan strategi intervensi harus disesuaikan dengan tahap perubahan yang dialami individu. (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015)

1. Model *Trans Theoretical (Stages of Change)*

Model *Trans Theoretical*, yang juga dikenal sebagai *Stages of Change*, adalah sebuah kerangka kerja teoritis yang digunakan untuk memahami proses perubahan perilaku individu. Dikembangkan oleh James Prochaska dan Carlo DiClemente pada akhir 1970-an, model ini menyarankan bahwa perubahan perilaku bukanlah peristiwa tunggal melainkan sebuah proses yang terjadi melalui serangkaian tahapan yang berbeda. Model ini sangat berguna dalam bidang kesehatan masyarakat dan promosi kesehatan karena menyediakan panduan untuk merancang intervensi yang disesuaikan dengan tahap perubahan yang dialami oleh individu. (Prochaska, Redding, & Evers, 2015).

Model *Trans Theoretical*/terdiri dari lima tahap utama:

1. Prekontemplasi: Pada tahap ini, individu belum berniat untuk mengubah perilaku mereka dalam waktu dekat, biasanya dalam enam bulan ke depan. Mereka mungkin tidak menyadari masalah yang ada atau meremehkan dampak negatif dari perilaku mereka. Edukasi dan peningkatan kesadaran adalah kunci intervensi pada tahap ini.
2. Kontemplasi: Individu mulai menyadari bahwa mereka memiliki masalah dan berpikir untuk mengubah perilaku mereka dalam enam bulan ke depan. Meskipun ada keinginan untuk berubah, mereka masih ragu-ragu dan sering kali mempertimbangkan pro dan kontra dari perubahan tersebut. Intervensi pada tahap ini fokus pada motivasi dan membantu individu untuk melihat manfaat dari perubahan perilaku.
3. Persiapan: Pada tahap ini, individu berniat untuk mengambil tindakan segera, biasanya dalam sebulan ke depan, dan mungkin sudah mulai melakukan perubahan kecil. Mereka berkomitmen untuk mengubah perilaku dan merencanakan langkah-langkah konkret untuk melakukannya. Dukungan dan bimbingan dalam merencanakan dan mempersiapkan perubahan sangat penting pada tahap ini.

4. Aksi: Individu telah mengambil tindakan nyata untuk mengubah perilaku mereka dalam enam bulan terakhir. Ini adalah tahap di mana perubahan perilaku yang signifikan terjadi dan individu perlu didukung untuk mempertahankan perubahan tersebut. Intervensi pada tahap ini melibatkan reinforcement positif dan strategi untuk mengatasi tantangan yang mungkin muncul.
5. Pemeliharaan: Tahap ini dimulai setelah individu berhasil mempertahankan perubahan perilaku selama lebih dari enam bulan. Fokusnya adalah pada mencegah kekambuhan dan memperkuat keuntungan yang didapat dari perubahan perilaku. Strategi untuk mempertahankan motivasi dan mengelola situasi berisiko adalah kunci untuk keberhasilan jangka panjang.

Selain lima tahap utama, model ini juga mengakui adanya tahap tambahan yaitu Terminasi, di mana individu tidak lagi tergoda untuk kembali ke perilaku lama dan memiliki keyakinan penuh dalam kemampuan mereka untuk mempertahankan perubahan. Namun, tahap ini jarang dicapai dan sebagian besar individu tetap berada di tahap pemeliharaan dalam jangka panjang.

Model *Trans Theoretical* menekankan bahwa perubahan perilaku adalah proses dinamis yang tidak selalu linear. Individu dapat berpindah maju dan mundur antara tahap-tahap ini, dan mungkin mengalami kekambuhan sebelum akhirnya mencapai pemeliharaan. Dengan memahami tahap-tahap ini, intervensi kesehatan dapat dirancang untuk lebih efektif mendukung individu dalam perjalanan mereka menuju perubahan perilaku yang lebih sehat. (Prochaska, Redding, & Evers, 2015)

2. *Health Belief Model* (Model Keyakinan Kesehatan)

Health Belief Model (HBM) adalah salah satu teori psikologi sosial yang paling awal dan paling banyak digunakan untuk memahami dan memprediksi perilaku kesehatan individu. Dikembangkan pada tahun 1950-an oleh psikolog sosial di United States Public Health Service, model ini dirancang untuk menjelaskan mengapa orang gagal berpartisipasi dalam program-program pencegahan dan deteksi penyakit. HBM mengidentifikasi faktor-faktor kognitif yang mempengaruhi pengambilan keputusan individu terkait dengan perilaku kesehatan. (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2015)

HBM terdiri dari beberapa komponen kunci yang mempengaruhi perilaku kesehatan:

1. Kerentanan yang Dirasakan (*Perceived Susceptibility*): Ini adalah keyakinan individu tentang seberapa rentan mereka terhadap penyakit atau kondisi tertentu. Semakin besar seseorang merasa berisiko, semakin besar kemungkinan mereka akan mengambil tindakan preventif. Misalnya, seorang perempuan yang percaya bahwa dia berisiko tinggi terkena kanker serviks mungkin lebih cenderung menjalani skrining rutin.
2. Keseriusan yang Dirasakan (*Perceived Severity*): Ini mengacu pada keyakinan individu tentang seberapa serius penyakit atau kondisi tersebut. Hal ini mencakup konsekuensi medis, klinis, dan sosial dari penyakit. Jika seseorang percaya bahwa konsekuensi dari tidak mengobati suatu kondisi sangat serius, mereka lebih mungkin mengambil tindakan preventif atau mencari pengobatan.
3. Manfaat yang Dirasakan (*Perceived Benefits*): Ini adalah keyakinan individu tentang efektivitas tindakan yang dianjurkan dalam mengurangi risiko atau keparahan penyakit. Jika seseorang percaya bahwa tindakan tertentu (misalnya, vaksinasi atau skrining) akan sangat bermanfaat dalam mencegah penyakit, mereka lebih mungkin melakukannya.
4. Hambatan yang Dirasakan (*Perceived Barriers*): Ini adalah persepsi individu tentang faktor-faktor yang menghalangi mereka untuk mengambil tindakan. Hambatan ini bisa berupa biaya, ketidaknyamanan, efek samping, atau halangan lainnya. Bahkan jika seseorang mengakui risiko dan manfaat, mereka mungkin tidak bertindak jika hambatan dianggap terlalu besar.
5. Isyarat untuk Bertindak (*Cues to Action*): Ini adalah pemicu atau pengingat yang mendorong individu untuk mengambil tindakan. Isyarat ini bisa bersifat internal (misalnya, gejala fisik) atau eksternal (misalnya, kampanye media, saran dari teman atau keluarga, atau rekomendasi dokter).
6. Efikasi Diri (*Self-Efficacy*): Ditambahkan ke model pada tahun 1988, efikasi diri mengacu pada keyakinan individu tentang kemampuan mereka untuk berhasil melakukan tindakan yang dianjurkan. Tingkat efikasi diri yang tinggi dapat meningkatkan kemungkinan seseorang untuk mengambil tindakan preventif atau pengobatan.

HBM digunakan untuk merancang intervensi kesehatan yang efektif dengan menargetkan dan memodifikasi komponen-komponen ini. Misalnya, kampanye kesehatan untuk meningkatkan kesadaran tentang risiko penyakit (kerentanan yang dirasakan), mengedukasi tentang keparahan penyakit (keseriusan yang dirasakan), mempromosikan manfaat dari tindakan preventif (manfaat yang dirasakan), mengurangi hambatan (hambatan yang dirasakan), memberikan isyarat yang jelas untuk bertindak, dan meningkatkan efikasi diri.

Salah satu contoh penerapan HBM adalah dalam program skrining kanker payudara. Kampanye ini dapat meningkatkan kesadaran tentang risiko kanker payudara (kerentanan yang dirasakan) dan menekankan pentingnya deteksi dini untuk pengobatan yang efektif (keseriusan yang dirasakan). Kampanye juga dapat menjelaskan manfaat dari mammografi dalam mendeteksi kanker secara dini (manfaat yang dirasakan), mengurangi ketakutan atau kesalahpahaman tentang prosedur (hambatan yang dirasakan), menggunakan pengingat untuk mendorong skrining rutin (isyarat untuk bertindak), dan memberikan informasi serta dukungan untuk meningkatkan rasa percaya diri wanita dalam menjalani skrining (efikasi diri).

3. Model PRECEDE-PROCEED

Model *PRECEDE-PROCEED* adalah kerangka kerja yang digunakan untuk perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan masyarakat. Dikembangkan oleh Lawrence Green dan Marshall Kreuter, model ini adalah salah satu pendekatan paling komprehensif dalam promosi kesehatan dan intervensi kesehatan masyarakat. *PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational Diagnosis and Evaluation)* adalah bagian yang berfokus pada perencanaan program, sementara *PROCEED (Policy, Regulatory, and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development)* berkaitan dengan implementasi dan evaluasi program. (Green, & Kreuter, 2005)

Tahapan Model *PRECEDE-PROCEED*

1. Tahap 1: Penilaian Sosial (*Social Assessment*) Pada tahap ini, komunitas terlibat dalam mengidentifikasi kebutuhan dan masalah kesehatan yang dirasakan. Proses ini mencakup pengumpulan data tentang kualitas

hidup, kebutuhan sosial, dan prioritas komunitas. Partisipasi komunitas sangat penting untuk memastikan bahwa program yang dikembangkan relevan dan diterima oleh masyarakat.

2. Tahap 2: Penilaian Epidemiologi (*Epidemiological Assessment*) Tahap ini melibatkan identifikasi masalah kesehatan spesifik yang perlu ditangani. Data epidemiologi digunakan untuk menentukan prevalensi dan insidensi penyakit atau kondisi kesehatan yang menjadi fokus program. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi faktor risiko utama dan menetapkan tujuan dan sasaran program yang terukur.
3. Tahap 3: Penilaian Pendidikan dan Ekologis (*Educational and Ecological Assessment*) Pada tahap ini, faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kesehatan dianalisis. Faktor-faktor ini dibagi menjadi tiga kategori: predisposisi (seperti pengetahuan, sikap, dan keyakinan), penguat (seperti dukungan sosial dan penghargaan), dan pemungkin (seperti keterampilan dan sumber daya). Analisis ini membantu merancang intervensi yang efektif.
4. Tahap 4: Penilaian Administratif dan Kebijakan (*Administrative and Policy Assessment*) Tahap ini mencakup identifikasi kebijakan, sumber daya, dan faktor administrasi yang dapat mempengaruhi implementasi program. Ini termasuk analisis lingkungan kebijakan dan struktur organisasi yang mungkin mendukung atau menghambat program.
5. Tahap 5: Implementasi (*Implementation*) Pada tahap implementasi, rencana intervensi yang telah dikembangkan selama tahapan PRECEDE diterapkan. Ini melibatkan koordinasi sumber daya, pelatihan staf, dan pelaksanaan kegiatan program. Penting untuk memantau pelaksanaan program untuk memastikan bahwa kegiatan dilakukan sesuai dengan rencana.
6. Tahap 6: Evaluasi Proses (*Process Evaluation*) Evaluasi proses dilakukan untuk menilai apakah program dilaksanakan sesuai dengan rencana. Ini mencakup pemantauan kegiatan program, partisipasi target, dan pengumpulan umpan balik untuk perbaikan terus-menerus.
7. Tahap 7: Evaluasi Dampak (*Impact Evaluation*) Evaluasi dampak mengukur perubahan langsung pada faktor-faktor predisposisi, penguat, dan pemungkin sebagai hasil dari intervensi. Ini membantu menilai efektivitas program dalam mencapai tujuan jangka pendek.

8. Tahap 8: Evaluasi Hasil (*Outcome Evaluation*) Evaluasi hasil mengukur dampak jangka panjang dari program pada status kesehatan dan kualitas hidup target populasi. Ini mencakup analisis perubahan dalam prevalensi dan insidensi masalah kesehatan serta peningkatan kualitas hidup.

Sebuah contoh penerapan model ini adalah program pencegahan obesitas pada anak-anak di sekolah. Penilaian sosial dapat melibatkan wawancara dengan orang tua, guru, dan siswa untuk memahami persepsi mereka tentang obesitas dan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Penilaian epidemiologi mungkin mencakup pengumpulan data tentang tingkat obesitas di kalangan siswa. Penilaian pendidikan dan ekologis dapat mengidentifikasi pengetahuan tentang nutrisi dan aktivitas fisik, dukungan dari keluarga dan teman, serta akses ke fasilitas olahraga.

Penilaian administratif dan kebijakan dapat melibatkan analisis kebijakan sekolah terkait makanan dan aktivitas fisik. Implementasi program dapat mencakup penyediaan makanan sehat di kantin, pendidikan nutrisi, dan peningkatan kesempatan untuk aktivitas fisik. Evaluasi proses, dampak, dan hasil akan membantu memastikan bahwa program berjalan sesuai rencana, mencapai perubahan perilaku yang diinginkan, dan mengurangi tingkat obesitas di kalangan siswa.

F. Peran Tenaga Kesehatan dalam Promosi Kesehatan Reproduksi Perempuan

Promosi kesehatan reproduksi perempuan merupakan upaya penting untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan perempuan secara keseluruhan. Tenaga kesehatan, termasuk dokter, perawat, bidan, dan tenaga kesehatan masyarakat, memainkan peran kunci dalam upaya ini melalui berbagai intervensi yang melibatkan edukasi, pencegahan, dan pemberdayaan.

1. Edukasi dan Penyuluhan Kesehatan

Salah satu peran utama tenaga kesehatan dalam promosi kesehatan reproduksi perempuan adalah memberikan edukasi dan penyuluhan. Tenaga kesehatan menyediakan informasi tentang berbagai aspek kesehatan reproduksi, termasuk menstruasi, kehamilan, kontrasepsi, menopause, dan penyakit menular seksual (PMS). Edukasi yang baik membantu perempuan memahami tubuh mereka, mengenali tanda-tanda

masalah kesehatan, dan membuat keputusan yang tepat terkait kesehatan reproduksi mereka. Misalnya, bidan dan perawat sering memberikan pendidikan prenatal yang mencakup nutrisi, aktivitas fisik, dan persiapan persalinan, yang dapat meningkatkan hasil kesehatan ibu dan bayi.

2. Pencegahan dan Deteksi Dini

Tenaga kesehatan juga berperan penting dalam pencegahan dan deteksi dini masalah kesehatan reproduksi. Tenaga kesehatan melakukan skrining rutin untuk mendeteksi penyakit menular seksual, kanker serviks, dan kanker payudara pada tahap awal. Deteksi dini memungkinkan intervensi cepat yang dapat menyelamatkan nyawa dan mencegah komplikasi serius. Selain itu, tenaga kesehatan mempromosikan penggunaan alat kontrasepsi untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan mengurangi risiko PMS. Melalui vaksinasi, seperti vaksin HPV, mereka membantu mencegah penyakit yang dapat menyebabkan kanker serviks.

3. Pemberdayaan dan Dukungan

Tenaga kesehatan juga memainkan peran penting dalam memberdayakan perempuan untuk mengambil kendali atas kesehatan reproduksi mereka. Mereka menyediakan lingkungan yang aman dan mendukung di mana perempuan dapat mendiskusikan masalah kesehatan mereka tanpa rasa malu atau takut. Melalui konseling, tenaga kesehatan membantu perempuan memahami pilihan mereka dan membuat keputusan yang diinformasikan mengenai kesehatan reproduksi mereka. Misalnya, konseling pra dan pasca tes HIV membantu perempuan memahami risiko mereka, langkah-langkah pencegahan, dan pilihan pengobatan jika mereka positif HIV.

4. Advocacy and Policy Development

Selain intervensi langsung, tenaga kesehatan juga terlibat dalam advokasi dan pengembangan kebijakan yang mendukung kesehatan reproduksi perempuan. Tenaga kesehatan bekerja sama dengan pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan komunitas untuk mengembangkan dan menerapkan kebijakan yang meningkatkan akses perempuan ke layanan kesehatan reproduksi yang berkualitas. Tenaga kesehatan dapat menjadi suara penting dalam mendukung hak-hak

reproduksi perempuan dan mempromosikan kebijakan yang mengurangi kesenjangan kesehatan berbasis gender.

5. Strategi Promosi Kesehatan Reproduksi Perempuan

Promosi kesehatan reproduksi perempuan adalah upaya penting untuk meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan perempuan. Berbagai strategi dapat digunakan oleh tenaga kesehatan dan organisasi kesehatan masyarakat untuk mencapai tujuan ini. Strategi-strategi ini mencakup edukasi, peningkatan akses layanan, pendekatan berbasis komunitas, penggunaan teknologi, dan advokasi kebijakan. (Crosby, DiClemente, & Salazar, 2013)

6. Edukasi dan Penyuluhan

Edukasi adalah komponen kunci dalam promosi kesehatan reproduksi. Program pendidikan harus mencakup informasi tentang siklus menstruasi, kehamilan, kontrasepsi, penyakit menular seksual (PMS), dan menopause. Edukasi dapat diberikan melalui berbagai media, seperti brosur, seminar, lokakarya, dan media digital. Program edukasi yang efektif harus disesuaikan dengan kebutuhan dan tingkat pemahaman target audiens. Misalnya, program edukasi di sekolah dapat membantu remaja memahami perubahan tubuh mereka dan pentingnya menjaga kesehatan reproduksi sejak dini.

7. Peningkatan Akses Layanan Kesehatan

Peningkatan akses ke layanan kesehatan reproduksi adalah strategi penting lainnya. Ini mencakup penyediaan layanan kesehatan yang mudah diakses, terjangkau, dan berkualitas tinggi. Layanan ini harus mencakup pemeriksaan rutin, skrining untuk kanker serviks dan payudara, layanan keluarga berencana, dan perawatan prenatal serta postnatal. Tenaga kesehatan harus dilatih untuk memberikan layanan yang sensitif terhadap kebutuhan perempuan dan menciptakan lingkungan yang mendukung dan tidak menghakimi. Contohnya, klinik kesehatan reproduksi yang menyediakan berbagai layanan di satu tempat dapat membantu perempuan mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan tanpa harus mengunjungi beberapa fasilitas.

8. Pendekatan Berbasis Komunitas

Pendekatan berbasis komunitas melibatkan pemberdayaan masyarakat untuk mengambil peran aktif dalam promosi kesehatan

reproduksi. Ini dapat dilakukan melalui pembentukan kelompok dukungan, pelatihan kader kesehatan, dan kerja sama dengan pemimpin komunitas. Pendekatan ini memungkinkan intervensi yang lebih tepat sasaran dan sesuai dengan konteks sosial dan budaya setempat. Misalnya, program pelatihan bagi kader kesehatan masyarakat dapat membantu menyebarkan informasi tentang kesehatan reproduksi dan memberikan dukungan langsung kepada perempuan di komunitas mereka.

9. Penggunaan Teknologi

Teknologi dapat menjadi alat yang kuat dalam promosi kesehatan reproduksi. Aplikasi mobile, platform media sosial, dan situs web dapat digunakan untuk menyebarkan informasi, menyediakan layanan konseling, dan mengingatkan perempuan tentang pemeriksaan rutin atau pengambilan obat. Telemedicine juga dapat meningkatkan akses perempuan ke layanan kesehatan reproduksi, terutama di daerah terpencil atau bagi mereka yang memiliki keterbatasan mobilitas. Misalnya, aplikasi yang menyediakan informasi tentang siklus menstruasi dan kehamilan dapat membantu perempuan mengelola kesehatan reproduksi mereka dengan lebih baik.

10. Advokasi dan Pengembangan Kebijakan

Advokasi kebijakan adalah strategi penting untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan reproduksi perempuan. Tenaga kesehatan dan organisasi masyarakat dapat bekerja sama untuk mempengaruhi kebijakan publik yang meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan reproduksi. Ini bisa termasuk advokasi untuk pembiayaan kesehatan yang lebih baik, perlindungan hak-hak reproduksi perempuan, dan peningkatan pendidikan seksual di sekolah. Misalnya, advokasi untuk kebijakan cuti melahirkan yang lebih baik dapat mendukung kesehatan ibu dan bayi serta kesejahteraan keluarga secara keseluruhan.

G. Informasi Terkini dan *Best Practices* dalam Promosi Kesehatan Reproduksi Perempuan

Promosi kesehatan reproduksi perempuan terus berkembang dengan adanya penelitian terbaru, teknologi yang inovatif, dan best practices yang telah diterapkan. Informasi terkini dan praktik baik dalam promosi kesehatan

reproduksi perempuan, termasuk perkembangan teknologi, pendekatan baru dalam edukasi dan pencegahan, serta contoh keberhasilan kegiatan.

1. Teknologi dalam Kesehatan Reproduksi

Teknologi memainkan peran yang semakin penting dalam promosi kesehatan reproduksi perempuan. Aplikasi kesehatan mobile, telemedicine, dan perangkat wearable adalah beberapa inovasi yang memberikan dampak yang sangat baik.

Aplikasi Kesehatan Mobile: Aplikasi mobile seperti siklus menstruasi, ovulasi dan kehamilan membantu perempuan melacak siklus menstruasi, ovulasi, dan gejala kesehatan lainnya. Aplikasi ini menyediakan informasi yang personal dan edukatif, membantu perempuan memahami tubuh mereka dan mengambil tindakan proaktif untuk menjaga kesehatan reproduksi mereka. Aplikasi ini juga sering dilengkapi dengan fitur pengingat untuk pemeriksaan rutin dan pengambilan obat.

Telemedicine: Telemedicine memungkinkan perempuan untuk mengakses layanan kesehatan reproduksi tanpa harus mengunjungi fasilitas kesehatan secara fisik. Ini sangat bermanfaat bagi mereka yang tinggal di daerah terpencil atau memiliki keterbatasan mobilitas. Konsultasi virtual dengan dokter atau bidan dapat mencakup edukasi tentang kontrasepsi, pemeriksaan prenatal, dan dukungan kesehatan mental.

Perangkat Wearable: Perangkat wearable seperti Fitbit dan Apple Watch kini dilengkapi dengan fitur pelacakan kesehatan reproduksi. Fitur-fitur ini membantu perempuan memantau siklus menstruasi mereka dan memberikan wawasan tentang kesehatan keseluruhan mereka. Data yang dikumpulkan dapat digunakan untuk memberikan informasi yang lebih akurat dan personal kepada pengguna.

2. Pendekatan Baru dalam Edukasi dan Pencegahan

Pendekatan baru dalam edukasi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi perempuan terus berkembang, mengutamakan partisipasi aktif dan pemberdayaan perempuan.

Edukasi Seksual Komprehensif: Program edukasi seksual yang komprehensif tidak hanya fokus pada aspek biologis, tetapi juga mencakup aspek emosional, sosial, dan keterampilan hidup yang penting. Program seperti ini telah terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan, mengurangi risiko perilaku seksual berisiko, dan meningkatkan kesehatan reproduksi keseluruhan.

Kampanye Kesadaran Masyarakat: Kampanye yang dirancang dengan baik dapat meningkatkan kesadaran dan mengubah perilaku. Misalnya, kampanye kesadaran tentang kanker serviks yang mempromosikan pentingnya vaksinasi HPV dan skrining rutin telah menunjukkan peningkatan signifikan dalam tingkat vaksinasi dan deteksi dini.

Peer Education: Pendekatan peer education melibatkan pelatihan remaja atau pemuda untuk menjadi edukator sebaya yang dapat menyebarkan informasi tentang kesehatan reproduksi di komunitas mereka. Metode ini efektif karena informasi disampaikan oleh orang yang sebaya dan dianggap lebih relevan dan mudah diterima.

3. Best Practices di Indonesia

Indonesia telah mengimplementasikan best practices dalam promosi kesehatan reproduksi perempuan yang dapat menjadi acuan. Indonesia telah mengimplementasikan beberapa best practices dalam promosi kesehatan reproduksi perempuan. Salah satu program yang sukses adalah Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu). Posyandu merupakan layanan kesehatan berbasis komunitas yang menyediakan layanan kesehatan ibu dan anak, termasuk kesehatan reproduksi. Posyandu dijalankan oleh kader kesehatan lokal yang terlatih dan didukung oleh petugas kesehatan dari puskesmas. Program ini telah berhasil meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan reproduksi di berbagai daerah, terutama di daerah pedesaan. (Kemenkes RI, 2020)

Program Bali Sehat di provinsi Bali juga merupakan contoh best practice dalam promosi kesehatan reproduksi perempuan. Program ini fokus pada edukasi dan peningkatan akses layanan kesehatan reproduksi bagi

perempuan dan remaja. Melalui kemitraan dengan organisasi lokal dan internasional, Bali Sehat menyediakan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif, termasuk skrining kanker serviks, layanan kontrasepsi, dan edukasi kesehatan seksual. (Bali Sehat, 2021)

Surakarta, Jawa Tengah: Di Surakarta, program PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) telah menjadi best practice dalam promosi kesehatan reproduksi remaja perempuan. Program ini dijalankan oleh puskesmas dengan fokus pada peningkatan akses layanan kesehatan reproduksi bagi remaja, edukasi seksual yang komprehensif, dan dukungan psikososial. PKPR menyediakan konseling kesehatan reproduksi, layanan kontrasepsi, serta kampanye kesadaran melalui sekolah dan komunitas. Program ini telah menunjukkan hasil positif dalam peningkatan pengetahuan remaja tentang kesehatan reproduksi dan pengurangan risiko perilaku seksual berisiko. (Dinkes Surakarta, 2022)

Informasi terkini dan best practices dalam promosi kesehatan reproduksi perempuan menunjukkan pentingnya inovasi, edukasi komprehensif, dan pendekatan berbasis komunitas. Dengan memanfaatkan teknologi, mengembangkan program edukasi yang menyeluruh, dan belajar dari pengalaman, kita dapat terus meningkatkan kesehatan reproduksi perempuan dan kesejahteraan mereka secara keseluruhan.

H. Simpulan

Upaya promotif yang dilakukan oleh tenaga kesehatan dan tenaga medis dalam pencegahan masalah kesehatan reproduksi perempuan memainkan peran penting dalam meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan perempuan secara keseluruhan. Melalui program edukasi yang komprehensif dan berbasis bukti, tenaga kesehatan dapat memberikan informasi yang akurat dan relevan mengenai kesehatan reproduksi, termasuk penggunaan kontrasepsi, pencegahan penyakit menular seksual, dan pentingnya pemeriksaan kesehatan secara rutin. Edukasi yang tepat sasaran ini mampu meningkatkan pengetahuan dan kesadaran perempuan, sehingga mereka dapat mengambil keputusan yang lebih baik terkait kesehatan reproduksi mereka.

Selain edukasi, keterlibatan tenaga kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan reproduksi yang mudah diakses dan berkualitas juga merupakan komponen kunci dalam upaya promotif. Layanan yang responsif terhadap kebutuhan perempuan, seperti konseling kesehatan reproduksi, layanan kontrasepsi, dan pemeriksaan kesehatan rutin, membantu mencegah berbagai masalah kesehatan reproduksi sejak dini. Dengan adanya dukungan dan layanan yang memadai, perempuan dapat lebih mudah mengakses informasi dan perawatan yang mereka butuhkan, mengurangi risiko komplikasi dan meningkatkan kualitas hidup.

Pentingnya kerjasama antara tenaga kesehatan, komunitas, dan pemerintah juga tidak bisa diabaikan dalam upaya promotif ini. Melalui pendekatan berbasis komunitas dan program yang sensitif terhadap budaya lokal, upaya promotif dapat lebih efektif dalam menjangkau berbagai lapisan masyarakat. Dukungan kebijakan pemerintah yang mendukung program kesehatan reproduksi, serta pengembangan sumber daya yang memadai, dapat memastikan keberlanjutan dan keberhasilan inisiatif ini. Dengan kolaborasi yang kuat dan komitmen bersama, upaya promotif dalam pencegahan masalah kesehatan reproduksi perempuan dapat memberikan dampak positif yang signifikan bagi kesehatan dan kesejahteraan perempuan di Indonesia.

I. Referensi

- Bali Sehat. (2021). About Bali Sehat. Retrieved from Bali Sehat <https://balisehat.org>
- Crosby, R. A., DiClemente, R. J., & Salazar, L. F. (2013). Health Behavior Theory for Public Health: Principles, Foundations, and Applications. Jones & Bartlett Learning.
- Dinas Kesehatan Kota Surakarta. (2022). Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja. Retrieved from Dinkes Surakarta. <https://surakarta.go.id/?p=29995>
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). Health Behavior: Theory, Research, and Practice. Jossey-Bass.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. McGraw-Hill.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Pedoman Pelaksanaan Posyandu. Retrieved from Kemenkes RI.
- Mizuta, et.all. (2023). Quality of life by dysmenorrhea severity in young and adult Japanese females: A web-based cross-sectional study. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0283130>.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., & Evers, K. E. (2015). The Transtheoretical Model and Stages of Change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health Behavior: Theory, Research, and Practice* (5th ed., pp. 125-148). Jossey-Bass.
- Tanja, Lisa-Maria, Sigfried, Thomas, Günter, & Petra. (2018). Plausibility of menstrual cycle apps claiming to support conception. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2018.00098/full>
- United Nations Population Fund. (2020). Midwives: Improving maternal and newborn health. Retrieved from UNFPA.
- United Nations Population Fund. (2021). Sexual and reproductive health and rights: An essential element of universal health coverage. <https://www.unfpa.org/publications/sexual-and-reproductive-health-and-rights-essential-element-universal-health-coverage>
- United Nations Population Fund. (2021). Adolescent pregnancy. <https://www.unfpa.org/adolescent-pregnancy>
- World Health Organization. (2020). Defining sexual and reproductive health and rights. https://www.who.int/health-topics/sexual-and-reproductive-health-and-rights#tab=tab_1
- World Health Organization. (2020). Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. <https://www.who.int/news-room/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>
- World Health Organization. (2021). Sexually transmitted infections (STIs). [https://www.who.int/news-room/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- World Health Organization. (2022). Integrating mental health into maternal and child health services. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>

PROFIL PENULIS



Alyxia Gita Stellata, S.Tr.Keb., M.Keb. Penulis yang akrab disapa "Aly" merupakan wanita kelahiran Bengkulu, 15 September 1997. Penulis adalah dosen muda di prodi D3 Kebidanan Bukittinggi, Kemenkes Poltekkes Padang. Penulis sudah pernah menerbitkan beberapa buku fiksi secara solo dan antologi. Buku pertamanya adalah buku antalogi cerpen tunggal (Ada Salam dari Telur Penyu – 2016) dan novel (Kids Zaman Old – 2019). Penulis juga aktif dalam organisasi dan perlombaan debat baik inggris maupun bahasa Indonesia, perlombaan KTI, Duta Bahasa 2015, Duta Mahasiswa GenRe 2016, dan Duta Zetizen 2017 serta penulis juga pernah didapuk menjadi salah satu jurnalis dalam Warta BKKBN Provinsi Bengkulu. Penulis juga aktif mengikuti kegiatan penelitian di kampusnya melalui ajang Penelitian Kreatifitas Mahasiswa (PKM) dengan concern menerbitkan artikel hasil penelitian dijurnal bereputasi dan dijenjang S2 ini tergabung dalam payung penelitian dosen di bidang digital health. Penulis saat ini sangat fokus untuk mempublikasikan jurnal ilmiah hasil penelitian yang telah dilakukan. "Tiada kata lelah untuk berkarya", itu adalah salah satu motto hidupnya.

PROFIL PENULIS



Ade Zayu Cempaka Sari, SST, M.Keb. lahir di Bengkulu bertepatan dengan hari ibu pada tanggal 22 Desember 1990. Penulis Mengambil pendidikan Diploma III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu dan Lulus pada Tahun 2011. Selanjutnya ia langsung melanjutkan pendidikan Diploma IV Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Bengkulu dan Lulus Tahun 2013. Selama kuliah, ia aktif dalam kegiatan organisasi mahasiswa, ia merupakan ketua Himpunan Mahasiswa (HIMA) Jurusan Kebidanan, pernah sebagai Sekretaris Umum Badan Eksekutif Mahasiswa (BEM) Poltekkes Kemenkes Bengkulu dan aktif di Unit Kegiatan Mahasiswa (UKM) Bidang Kesenian. Pada akhir masa studi Diploma IV, ia direkrut sebagai tenaga laboratorium dan tenaga pendidik di Stikes Sapta Bakti Bengkulu (Dulu Akkes Sapta Bakti) selama 2 tahun pada tahun 2013 s.d 2015. Pada Tahun 2015, ia lulus sebagai Pegawai Negeri Sipil di Poltekkes Kemenkes Bengkulu. Pada Tahun 2021, ia mendapatkan beasiswa tugas belajar dari Kemenkes untuk melanjutkan pendidikan S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran, Lulus Tahun 2023. Saat Kuliah S2, Ia aktif dalam Komunitas Mahasiswa Muslim Pascasarjana Universitas Padjadjaran (Kommpas Unpad). Selain itu, aktif menjadi asisten peneliti pada berbagai penelitian dan pengabdian Masyarakat. Saat ini penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Bengkulu sebagai Dosen di Jurusan Kebidanan dan Bekerja di bagian Pusat Pengembangan Pendidikan di Poltekkes kemenkes Bengkulu. Selain itu, Sejak 8 September 2023 ia dipercaya sebagai salah satu Pengelola Kelompok Kerja Kebidanan *Bridging Learning and Opportunities on Midwifery (BLOOM)* yang dibentuk oleh Kepala Pusat Studi Sistem Kesehatan dan Inovasi Pendidikan Tenaga Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran. Buku yang pernah ia terbitkan yaitu Ada apa dengan anemia? (2022), Strategi Meningkatkan Kepercayaan Diri Bidan dan Calon Bidan (2022), Buku Ajar Manajemen dan Kepemimpinan dalam Pelayanan Kebidanan (2023).

PROFIL PENULIS



Subriah, S.ST., M.Kes. Subriah, S.ST., M.Kes. Lahir di Polmas, 17 Juni 1975 dari pasangan H. Muhammad Arsjad Hafid dan Hj.Muhda. Penulis tertarik pada bidang Kesehatan dengan mengikuti Pendidikan Sekolah Perawat Kesehatan (SPK Depkes Ujung Pandang) pada tahun 1990-1993, kemudian melanjutkan ke Program Pendidikan Bidan (PPB Depkes Ujung Pandang) selama 1 tahun. kemudian mengabdikan diri sebagai Bidan PTT selama 3 tahun pada tahun 1994-1997 di Kabupaten Polmas, tahun 2007-2010 melanjutkan Pendidikan ke Akademi Kebidanan Makassar, mengabdikan diri pada Klinik Bersalin Dian Fatmawati Kabupaten Sidrap, mengabdikan diri Isebagai tenaga kependidikan di Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Makassar pada tahun 2010 hingga saat ini, kemudian melanjutkan Pendidikan ke Bidan Pendidik Poltekkes Kemenkes Makassar pada tahun 2008 lalu melanjutkan ke Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia tahun 2009-2010, dan tahun 2010-2012 melanjutkan ke Fakultas Kesehatan Masyarakat pada Konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga di Universitas Hasanuddin Makassar. Tahun 2016 hingga saat ini mengabdikan diri sebagai dosen pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Makassar. Tahun 2018 hingga saat ini dipercayakan sebagai Kepala Unit Laboratorium yang memfasilitasi kegiatan Penelitian dan Pengabdian Masyarakat dosen dan mahasiswa, dan jug penanggung jawab Laboratorium Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Makassar. Tahun 2020 hingga saat ini sebagai Reviewer Internal pada Media Implementasi Riset Kesehatan dan Media Kesehatan Poltekkes Kemenkes Makassar, serta editor pada Media Kebidanan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Makassar.

PROFIL PENULIS



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 S2 di Universitas Sriwijaya dan program Magister 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

PROFIL PENULIS



Farida Utaminingtyas, S. ST., M. Keb. Farida

Utaminingtyas, S. ST., M. Keb. Lahir di Kab. Semarang, 08 Mei 1987. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D-III Kebidanan pada AKBID Islam Al-Hikmah Jepara lulus pada tahun 2009. D-IV Bidan Pendidik pada STIKES Karya Husada Semarang lulus pada tahun 2011. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Kebidanan pada Universitas Padjajaran Bandung dan lulus pada tahun 2017.

Saat ini penulis bekerja menjadi dosen tetap di Universitas Auya Royhan Fakultas Kesehatan Prodi Kebidanan Program Sarjana dengan mengampu mata kuliah kebidanan. Penulis aktif di kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi sebagai dosen pengajar mata kuliah kebidanan serta konsen dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat tentang kebidanan, penulis buku, publikasi, seminar, editor dan reviewer jurnal nasional. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: faridautaminingtyas8@gmail.com.

Motto: "Menjadi pribadi yang bisa memberi manfaat bagi orang lain"

PROFIL PENULIS



Yuyun Setyorini, S.Kp., Ners., M.Kep Yuyun Setyorini, S.Kp.,Ners.,M.Kep. Lahir di Surakarta, 4 Juni 1975. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu Sarjana Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang lulus tahun 2001, Program Profesi Ners Universitas Diponegoro Semarang lulus tahun 2002 dan menyelesaikan Program Pasca Sarjana Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta pada tahun 2008. Penulis aktif sebagai dosen di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surakarta sejak tahun 2001. Aktif dalam penerapan pelaksanaan kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi, juga sebagai penulis buku. Karya buku yang telah terbit yaitu Asuhan Keperawatan Ante Natal dan Buku Ajar Tindakan Dalam Keperawatan Maternitas. Korespondensi dapat melalui Alamat email setyorini.yuyun@gmail.com
Motto : "*Success needs a process*"

SINOPSIS BUKU

Masalah reproduksi pada perempuan masih menjadi problematika sistemik di Indonesia saat ini. Kompleksitas problematika ini menjadi acuan diperlukan adanya intervensi dari pemerintah untuk mengatasi permasalahan ini. Peranan tersebut dikemas dalam bentuk berbagai kebijakan pemerintah sebagai upaya peningkatan kualitas hidup perempuan dalam aspek kesehatan reproduksinya. Selain itu, sebagai seorang tenaga kesehatan, dalam pelaksanaan pemberian layanan terbaiknya perlu didasarkan pada bukti ilmiah terbaru yang relevant dan terbaik. Implementasi *evidence-based practice* (IEBP) didefinisikan sebagai penggunaan bukti terbaik yang tersedia, terkini, valid, dan relevan seperti penelitian, pengalaman kerja, dan pedoman standar yang diperbarui dalam praktik pengambilan keputusan klinis. Sehingga harapannya penerapan EBP yang benar dan tepat dapat meningkatkan kualitas hidup perempuan yang mana salah satu aspek penting dalam kesehatan esensialnya adalah kesehatan reproduksi. Buku Bunga Rampai ini menggambarkan kompleksitas permasalahan reproduksi perempuan dan peranan tenaga kesehatan dalam upaya optimalisasi kualitas hidup perempuan melalui penerapan *evidence-based practice on reproductive health*.

Masalah reproduksi pada perempuan masih menjadi problematika sistemik di Indonesia saat ini. Kompleksitas problematika ini menjadi acuan diperlukan adanya intervensi dari pemerintah untuk mengatasi permasalahan ini. Peranan tersebut dikemas dalam bentuk berbagai kebijakan pemerintah sebagai upaya peningkatan kualitas hidup perempuan dalam aspek kesehatan reproduksinya. Selain itu, sebagai seorang tenaga kesehatan, dalam pelaksanaan pemberian layanan terbaiknya perlu didasarkan pada bukti ilmiah terbaru yang relevant dan terbaik. Implementasi evidence-based practice (IEBP) didefinisikan sebagai penggunaan bukti terbaik yang tersedia, terkini, valid, dan relevan seperti penelitian, pengalaman kerja, dan pedoman standar yang diperbarui dalam praktik pengambilan keputusan klinis. Sehingga harapannya penerapan EBP yang benar dan tepat dapat meningkatkan kualitas hidup perempuan yang mana salah satu aspek penting dalam kesehatan esensialnya adalah kesehatan reproduksi. Buku ini menggambarkan kompleksitas permasalahan reproduksi perempuan dan peranan tenaga kesehatan dalam upaya optimalisasi kualitas hidup perempuan melalui penerapan evidence-based practice on reproductive health.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang
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

ISBN 978-623-8549-65-8

