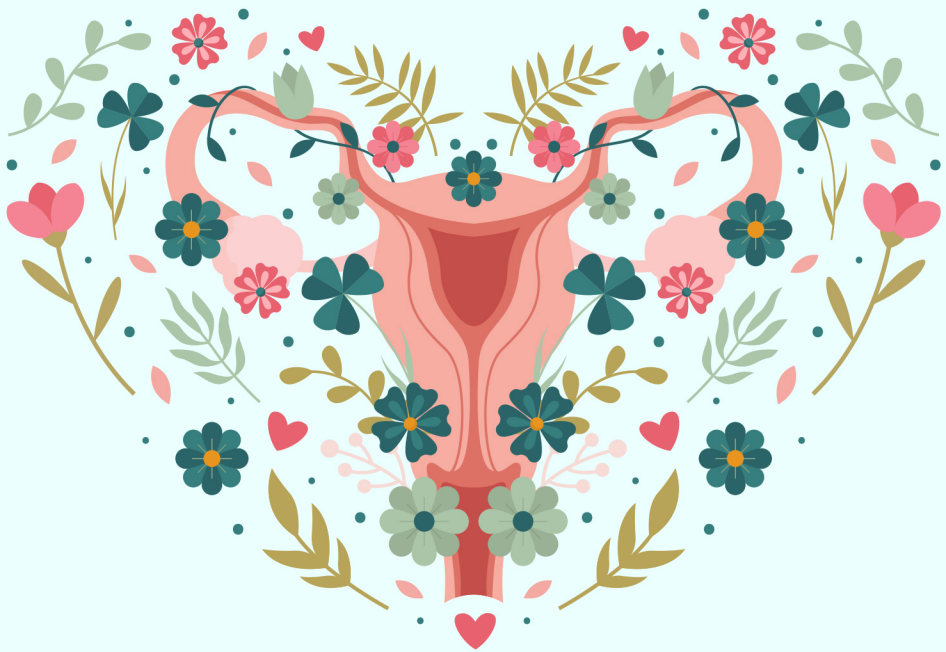


# KESEHATAN PEREMPUAN DAN PERENCANAAN KELUARGA



Sukmawati, S.Si.T., M. Kes., CHt, CI.NLP  
Tutik Astuti, S.Si.T, M.Kes  
Bernadeta Verawati, S.SiT, M.Keb  
Maratusholikhah Nurtyas, SST, M.Kes  
Sandy Nurlaela R, S.ST., Bd., M. Kes  
Rini Mustikasari Kurnia Pratama, S.Si.T., M. Keb

# KESEHATAN PEREMPUAN DAN PERENCANAAN KELUARGA

## **Penulis:**

Sukmawati, S.Si.T., M. Kes., CHt, CI.NLP

Tutik Astuti, S.Si.T, M.Kes

Bernadeta Verawati, S.SiT, M.Keb

Maratusholikhah Nurtyas, SST, M.Kes

Sandy Nurlaela R, S.ST., Bd., M. Kes

Rini Mustikasari Kurnia Pratama, S.Si.T., M. Keb



# KESEHATAN PEREMPUAN DAN PERENCANAAN KELUARGA

## **Penulis:**

Sukmawati, S.Si.T., M. Kes., CHt, CI.NLP  
Tutik Astuti, S.Si.T, M.Kes  
Bernadeta Verawati, S.SiT, M.Keb  
Maratusholikhah Nurtyas, SST, M.Kes  
Sandy Nurlaela R, S.ST., Bd., M. Kes  
Rini Mustikasari Kurnia Pratama, S.Si.T., M. Keb

**Desain Cover:** Ivan Zumarano

## **Tata Letak:**

**ISBN:** 978-623-8411-26-9

Cetakan Pertama: **Oktober, 2023**

Hak Cipta 2023

---

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-  
Undang

---

**Copyright © 2023**

**by Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta**

All Right Reserved

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

## **PENERBIT:**

**Nuansa Fajar Cemerlang**  
**Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F**  
**Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah**  
**Jakarta Barat**

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

Instagram: @bimbel.optimal

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT berkat rahmat dan petunjuk-Nya sehingga dapat menyelesaikan penyusunan *Bunga Rampai* ini, yang diharapkan mampu memberikan pemahaman bagi para mahasiswa kesehatan khususnya kebidanan, untuk mengenal, mempelajari dan memahami kesehatan perempuan dan perencanaan keluarga.

Pelaksanaan penyusunan *Bunga Rampai* ini merupakan suatu upaya yang senantiasa melakukan “silaturahmi gagasan online” dari berbagai dosen kebidanan di Indonesia yang “dibidani” oleh Tim Optimal by PT Nuansa Fajar Cemerlang. Silaturahmi ini sebagai ikhtiar untuk mengembangkan substansi keilmuan dalam bidang kebidanan.

Dalam *Bunga Rampai* ini, kami memilah gagasan beberapa tema sebagai berikut: (1) Konsep Kesehatan Reproduksi dan Gender dalam Kesehatan Reproduksi, (2) Kesehatan Remaja dan Lansia, (3) Dimensi Perempuan dan Permasalahannya, (4) Komplementer Remaja dan Lansia, (5) Kependudukan dan Program Keluarga Berencana, dan (6) *Evidence Based* Pelayanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi.

Artikel yang termuat dalam *Bunga Rampai* ini telah di-review oleh Tim reviewer yang ditunjuk oleh Tim Optimal sesuai dengan bidang kepakaran yang dimilikinya. Atas upaya ini, semoga *Bunga Rampai* ini melahirkan kemanfaatan kepada kita semua.

Kesempurnaan hanya milik Allah SWT, sehingga *Bunga Rampai* ini pun tidaklah sempurna. Atas ketidaksempurnaan ini, kami mengucapkan permohonan maaf berikut saran dan kritik sangat kami harapkan. Terima kasih atas semua pihak yang turut berkontribusi atas terbitnya *Bunga Rampai* ini. Semoga Allah SWT melimpahkan keberkahan kepada kita semua. Aamiin.

Yogyakarta, 26 Oktober 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	ii
DAFTAR ISI .....	iii
 BAB 1. KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI DAN GENDER DALAM KESEHATAN REPRODUKSI .....	 1
 BAB 2. KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN LANSIA...	 15
 BAB 3. DIMENSI SOSIAL WANITA DAN PERMASALAHANNYA.....	 33
 BAB 4. KOMPLEMENTER REMAJA DAN LANSIA .....	 49
 BAB 5. KEPENDUDUKAN DAN PROGRAM KELUARGA BERENCANA.....	 75
 BAB 6. EVIDENCE BASED PELAYANAN KELUARGA BERENCANA DAN KESEHATAN REPRODUKSI.....	 99

# **BAB 1.**

## **KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI DAN GENDER DALAM KESEHATAN REPRODUKSI**

### **1.1 Konsep Kesehatan reproduksi**

#### **1.1.1 Pengertian**

Istilah reproduksi berasal dari kata “re” yang artinya kembali dan kata produksi yang artinya membuat atau menghasilkan. Jadi istilah reproduksi mempunyai suatu proses kehidupan manusia dalam menghasilkan keturunan demi kelestarian hidupnya. Sedangkan yang disebut organ reproduksi adalah alat tubuh yang berfungsi untuk reproduksi manusia.

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi yang pemikiran kesehatan reproduksi bukannya kondisi yang bebas dari penyakit melainkan bagaimana seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah.

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam suatu yang berkaitan dengan system reproduksi, fungsi dan prosesnya (WHO). Kesehatan reproduksi adalah keadaan sempurna fisik, mental dan kesejahteraan sosial dan tidak semata-mata ketiadaan penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berkaitan dengan system reproduksi dan fungsi serta proses.

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi yang pemikiran kesehatan reproduksi bukannya kondisi yang bebas dari penyakit melainkan bagaimana seseorang dapat memiliki

kehidupan seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah.

### **1.1.2 Tujuan**

Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2014 Kesehatan Reproduksi yang menjamin setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu, aman dan dapat dipertanggung jawabkan, dimana peraturan ini juga menjamin kesehatan perempuan dalam usia reproduksi sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat, berkualitas yang nantinya berdampak pada penurunan Angka Kematian Ibu. Didalam memberikan pelayanan Kesehatan Reproduksi ada dua tujuan yang akan dicapai, yaitu tujuan utama dan tujuan khusus.

#### **1. Tujuan Utama**

Memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada perempuan termasuk kehidupan seksual dan hak-hak reproduksi perempuan sehingga dapat meningkatkan kemandirian perempuan dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya yang pada akhirnya dapat membawa pada peningkatan kualitas kehidupannya.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Meningkatkan kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya.
- b. Meningkatkan hak dan tanggung jawab sosial wanita dalam menentun kapan hamil, jumlah, dan jrak kehamilan.
- c. Meningkatkan peran dan tanggung jawab sosial pria terhadap akibat dari perilaku seksual dan fertilitasnya kepada kesehatan dan kesejahteraan dan anak-anaknya.

### **1.1.3 Sejarah**

Pada tahun 1972, WHO mendirikan Program Khusus Penelitian, Pengembangan dan Pelatihan Penelitian Reproduksi Manusia (HRP), yang mandatnya difokuskan pada penelitian pengembangan metode pengaturan kesuburan yang baru dan

lebih baik serta masalah keamanan dan keefektifan metode yang ada. Metode kontrasepsi modern dipandang dapat diandalkan, tidak bergantung pada kemampuan orang untuk menahan diri, dan lebih efektif dibandingkan penghentian kontrasepsi, kondom, atau pantang berkala.

Selain itu, mereka berjanji untuk dapat mencegah penggunaan aborsi (umumnya dilakukan dalam kondisi berbahaya) atau pembunuhan bayi. Kebijakan kependudukan tersebar luas di negara-negara berkembang selama tahun 1970an dan 1980an dan didukung oleh badan-badan PBB dan berbagai LSM, salah satunya adalah *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) yang mungkin paling terkenal.

Paradigma yang dominan berpendapat bahwa pertumbuhan penduduk yang cepat tidak hanya akan menghambat pembangunan, namun juga menyebabkan kemiskinan dan keterbelakangan. Hampir tanpa kecuali, kebijakan kependudukan berfokus pada kebutuhan untuk mengendalikan pertumbuhan penduduk; sangat sedikit yang dibicarakan mengenai aspek-aspek lain dari kependudukan, seperti perubahan struktur penduduk atau pola migrasi. Mengingat asal usul mereka di kalangan elit sosial dan ekonomi, mungkin tidak mengejutkan bahwa program keluarga berencana yang dihasilkan didasarkan pada model hierarki **top-down** dan keberhasilan mereka dinilai berdasarkan tujuan dan target numerik – jumlah akseptor keluarga berencana, perlindungan beberapa tahun, sejumlah ligasi tuba dilakukan. Para donatur, yang ingin menunjukkan bahwa dana bantuan mereka dibelanjakan dengan baik, mendorong adanya indikator evaluasi kinerja tersebut. Dalam rangka mencapai efisiensi dan efektivitas, mereka mendukung pembentukan badan keluarga berencana “vertikal” yang berdiri sendiri, yang umumnya terpisah dari sektor pemerintah terkait lainnya seperti kesehatan, dan seringkali dibentuk di kantor presiden atau perdana menteri.



ICPD tahun 1994 telah ditandai sebagai peristiwa penting dalam sejarah kesehatan reproduksi. Hal ini menyusul beberapa kejadian penting yang membuat dunia memikirkan pendekatan lain terhadap kesehatan reproduksi. Apa pendorong di balik perubahan paradigma yang diwakili Kairo dan diperkuat dalam sesi khusus Majelis Umum PBB baru-baru ini?

Ada tiga elemen yang sangat penting.

1. Yang pertama adalah semakin kuatnya gerakan perempuan dan kritik mereka terhadap penekanan yang berlebihan pada pengendalian kesuburan perempuan dan lebih jauh lagi, seksualitas mereka dan mengesampingkan kebutuhan-kebutuhan lain mereka.
2. Perkembangan penting kedua adalah munculnya pandemi HIV/AIDS; tiba-tiba menjadi penting untuk menanggapi konsekuensi dari aktivitas seksual selain kehamilan, khususnya adalah penyakit menular seksual. Namun mungkin yang lebih penting adalah kita bisa (dan penting) membicarakan tentang seks, tentang hubungan seksual di luar dan di dalam pernikahan, dan tentang seksualitas kaum muda.
3. Perkembangan ketiga yang membawa kesatuan bagi semua pihak adalah artikulasi konsep hak-hak reproduksi. Penafsiran perjanjian hak asasi manusia internasional dalam kaitannya dengan kesehatan perempuan pada umumnya dan kesehatan reproduksi pada khususnya secara bertahap mulai diterima pada tahun 1990an.

Tiga hak khususnya yaitu:

1. Hak pasangan suami istri dan individu untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai jumlah dan jarak kelahiran anak serta mendapatkan informasi dan sarana untuk melakukan hal tersebut;
2. Hak untuk memperoleh standar tertinggi kesehatan seksual dan reproduksi; dan,

3. Hak untuk mengambil keputusan yang bebas dari diskriminasi, paksaan atau kekerasan.

#### **1.1.4 Perkembangan Kesehatan Reproduksi**

Sebelum Konferensi Alma-Ata 1978

- ☞ Pelayanan kesehatan dasar di klinik dan puskesmas

Deklarasi Primary health Care tahun 1978

- ☞ Layanan KIA dimulai dengan lebih menekankan pada kelangsungan hidup anak

- ☞ Keluarga berencana menjadi fokus utama para ibu

Inisiasi Safe motherhood pada tahun 1987

- ☞ Penekanan pada kesehatan ibu

- ☞ Penekanan pada pengurangan angka kematian ibu

Kesehatan Reproduksi (Reproductive health), ICPD pada tahun 1994

- ☞ Penekanan pada kualitas layanan

- ☞ Penekanan pada ketersediaan dan aksesibilitas

- ☞ Penekanan pada ketidakadilan sosial

- ☞ Penekanan pada kebutuhan dan hak individu perempuan

Millennium development goals (MDGs) dan kesehatan reproduksi pada tahun 2000

- ☞ MDGs berhubungan langsung atau tidak langsung dengan kesehatan

- ☞ MDGs 4, 5 dan 6 berhubungan langsung dengan kesehatan, sedangkan MDGs 1,2,3, dan 7 berhubungan tidak langsung dengan kesehatan

- ☞ KTT Dunia 2005 mendeklarasikan akses universal terhadap kesehatan reproduksi

- ☞ “Kesehatan seksual dan reproduksi merupakan hal mendasar bagi pembangunan sosial dan ekonomi masyarakat dan negara, dan merupakan komponen kunci dari masyarakat yang adil.”

Sustainable Development Goals (SDGs) 2030 dicanangkan pada tahun 2015

- ☞ Terdapat 17 tujuan dengan 169 capaian yang meliputi masalah pembangunan yang berkelanjutan. Termasuk di dalamnya adalah pengentasan kemiskinan dan kelaparan, perbaikan kesehatan, dan pendidikan, pembangunan kota yang lebih berkelanjutan, mengatasi perubahan iklim, serta melindungi hutan dan laut.
- ☞ Seluruh isu kesehatan dalam SDGs diintegrasikan dalam satu tujuan yakni tujuan nomor 3, yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia. Terdapat 38 target SDGs di sektor kesehatan yang perlu diwujudkan. Selain permasalahan yang belum tuntas ditangani diantaranya yaitu upaya penurunan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB), pengendalian penyakit HIV/AIDS, TB, Malaria serta peningkatan akses kesehatan reproduksi (termasuk KB), terdapat hal-hal baru yang menjadi perhatian, yaitu: 1) Kematian akibat penyakit tidak menular (PTM); 2) Penyalahgunaan narkotika dan alkohol; 3) Kematian dan cedera akibat kecelakaan lalu lintas; 4) Universal Health Coverage; 5) Kontaminasi dan polusi air, udara dan tanah; serta penanganan krisis dan kegawatdaruratan.
- ☞ Prinsip utama dalam SDGs adalah "Leave no one behind" (Tidak meninggalkan satu orang pun)

Indonesia berkomitmen melaksanakan SDGs pada tahun 2017

- ☞ melalui Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2017 tentang Pelaksanaan Pencapaian Tujuan Pembangunan Berkelanjutan berkomitmen agar pelaksanaan dan pencapaian SDGs dilaksanakan secara partisipatif dengan melibatkan seluruh pihak.

## 1.2 Gender dan Kesehatan Reproduksi

1. **Jenis kelamin** mengacu pada atribut biologis dan fisiologis yang mengidentifikasi seseorang sebagai laki-laki atau perempuan
2. **Gender** mengacu pada atribut dan peluang ekonomi, sosial dan budaya yang terkait dengan menjadi laki-laki atau perempuan dalam lingkungan sosial tertentu pada waktu tertentu.
3. **Kesetaraan gender** berarti perlakuan setara terhadap perempuan dan laki-laki dalam undang-undang dan kebijakan, serta akses yang setara terhadap sumber daya dan layanan dalam keluarga, komunitas, dan masyarakat luas. Kesetaraan gender berarti keadilan dan keadilan dalam pembagian manfaat dan tanggung jawab antara perempuan dan laki-laki. Seringkali diperlukan program dan kebijakan khusus perempuan untuk mengakhiri kesenjangan yang ada.
4. **Diskriminasi gender** mengacu pada segala perbedaan, pengecualian atau pembatasan yang dibuat berdasarkan peran dan norma gender yang dibangun secara sosial yang menghalangi seseorang untuk menikmati hak asasi manusia secara penuh.
5. **Stereotip gender** mengacu pada keyakinan yang tertanam dalam kesadaran kita sehingga banyak dari kita menganggap peran gender adalah hal yang wajar dan kita tidak mempertanyakannya.
6. **Bias gender** mengacu pada prasangka berbasis gender; asumsi yang diungkapkan tanpa alasan dan umumnya tidak menguntungkan.
7. **Pengarusutamaan gender**: penggabungan isu-isu gender ke dalam analisis, perumusan, implementasi, pemantauan strategi, program, proyek, kebijakan dan kegiatan yang dapat mengatasi kesenjangan antara perempuan dan laki-laki
8. **Analisis gender** adalah alat penelitian yang membantu pembuat kebijakan dan manajer program menghargai

pentingnya isu gender dalam perancangan, implementasi, dan evaluasi proyek mereka.

## 9. **Konstruksi Sosial Gender**

Orang-orang yang terlibat, anggota keluarga, teman sebaya, guru dan orang-orang di lembaga pendidikan dan keagamaan biasanya merupakan pihak pertama yang memperkenalkan anak pada kode perilaku gender yang sesuai.

### ☞ Tempat

Hal ini sering kali berkaitan dengan jenis orang yang terlibat. Di rumah atau keluarga misalnya, saat bermain, di sekolah atau di gereja bagi teman sebaya, guru dan orang dewasa pada umumnya.

☞ Pembagian kerja: jenis pekerjaan rumah tangga yang diharapkan dilakukan oleh anak perempuan dibandingkan dengan anak laki-laki; anak perempuan bekerja di dalam rumah dan anak laki-laki di luar; anak perempuan bekerja untuk orang lain di rumah, misalnya memasak, mencuci piring, membersihkan rumah dan mencuci pakaian; anak laki-laki diutus untuk suatu keperluan; anak perempuan melakukan hal-hal untuk anak laki-laki seperti menyajikan makanan, membersihkan rumah, dan mencuci; anak laki-laki di beberapa budaya diminta untuk mengawal anak perempuan di depan umum.

☞ Aturan berpakaian: lintas budaya, anak perempuan dan laki-laki diharapkan berpakaian berbeda sejak mereka dilahirkan. Perbedaan-perbedaan ini mungkin berbeda antar budaya dan masyarakat.

☞ Segregasi fisik antara anak laki-laki dan perempuan: di banyak kebudayaan, khususnya di Asia, segregasi fisik dimulai sejak usia dini. Pengalaman umum sering kali mencakup, diberitahu untuk tidak bermain dengan lawan jenis, atau tidak terlibat dalam aktivitas apa pun yang

dapat membawa seseorang ke dalam kontak fisik dengan lawan jenis.

- ☞ Jenis permainan yang dimainkan oleh anak perempuan dan laki-laki: anak perempuan tidak dianjurkan untuk bermain permainan seperti sepak bola, yang melibatkan aktivitas fisik yang kuat dan kontak fisik satu sama lain; anak laki-laki seringkali tidak diperbolehkan bermain dengan boneka atau bermain sebagai ibu rumah tangga. Anak laki-laki yang tidak melakukan permainan fisik yang kasar dianggap sebagai “banci”.
- ☞ Respons emosional: anak perempuan dan anak laki-laki diharapkan memberikan respon yang berbeda terhadap stimulus yang sama; Meskipun menangis adalah hal yang wajar bagi anak perempuan, hal ini dipandang sebagai kelemahan bagi anak laki-laki.
- ☞ Tanggapan intelektual: ada harapan agar anak perempuan tidak membalas atau mengutarakan pendapatnya. Hal ini sering disebutkan dalam kaitannya dengan sekolah dan bagaimana guru lebih memperhatikan anak laki-laki karena mereka mengharapakan lebih banyak dari anak laki-laki.

Dalam salah satu program pelatihan, seorang peserta dari Jepang bercerita tentang bagaimana, ketika dia memperoleh nilai tertinggi di kelas, gurunya meneleponnya dan memintanya untuk menyetujui bahwa gurunya akan memberikan nilai tertinggi kepada anak laki-laki yang berada di urutan kedua. Dia menjelaskan bahwa tidak baik jika anak laki-laki berada di urutan kedua dan anak laki-laki tidak akan memperlakukan anak perempuan dengan baik jika dia lebih baik dari mereka. Perbedaan golongan, kasta, suku dan lainnya. Jelajahi bagaimana perbedaan antar kelas, kasta, etnis dan kebangsaan mempengaruhi bagaimana anak perempuan dan anak laki-laki diharapkan berperilaku. Misalnya,

pemisahan fisik antara anak laki-laki dan perempuan mungkin tidak seketat di wilayah lain.

☞ Koalisi Kesehatan Perempuan, 1995.

Konstruksi sosial seksualitas mengacu pada proses dimana pikiran, perilaku, dan kondisi seksual (misalnya, keperawanan) ditafsirkan dan diberikan secara budaya arti. Ini menggabungkan keyakinan kolektif dan individu tentang hakikat tubuh, tentang apa yang dianggap erotis atau menyinggung, dan tentang apa dan dengan siapa pantas atau tidak pantas untuk pria dan wanita (sesuai dengan usia dan karakteristik lainnya) yang harus dilakukan atau untuk mengatakan tentang seksualitas.

Dalam beberapa budaya, ideology seksualitas menekankan perlawanan perempuan, agresi laki-laki, dan saling antagonisme dalam hubungan seks; di tempat lain, mereka stress timbal balik dan kesenangan bersama. Konstruksi sosial atas seksualitas mengakui bahwa tubuh perempuan dan laki-laki memainkan peran kunci dalam seksualitas mereka, namun juga memperhatikan konteks sejarah dan budaya tertentu untuk mendapatkan pemahaman tentang bagaimana makna dan keyakinan spesifik tentang seksualitas dihasilkan, diadopsi dan diadaptasi.

## 10. Perbedaan gender

- ☞ Perempuan melahirkan bayi, laki-laki tidak. Di banyak masyarakat, membesarkan anak adalah tanggung jawab perempuan sepenuhnya.
- ☞ Menurut statistik PBB, perempuan melakukan 67 persen pekerjaan di dunia, namun penghasilan mereka hanya 10 persen dari pendapatan dunia.
- ☞ Dalam satu kasus, seorang anak yang dibesarkan sebagai perempuan mengetahui bahwa ketika ia menjadi laki-laki, nilai sekolahnya meningkat secara dramatis.
- ☞ Seks bagi perempuan tidak sepenting bagi laki-laki.

- ☞ Di Mesir kuno, laki-laki tinggal di rumah dan menenun. Wanita menangani bisnis keluarga. Perempuan mewarisi harta benda dan laki-laki tidak.
- ☞ Suara laki-laki pecah saat pubertas, sedangkan perempuan tidak.
- ☞ Dalam sebuah penelitian terhadap 224 budaya, terdapat 5 budaya dimana laki-laki mengerjakan semua kegiatan memasak dan 36 budaya dimana perempuan mengerjakan semua pembangunan rumah.
- ☞ Laki-laki pada dasarnya rentan terhadap perilaku kekerasan
- ☞ Perempuan lebih rentan terhadap PMS dibandingkan laki-laki.

Misalnya, perempuan mungkin memiliki akses terhadap layanan kesehatan, namun tidak memiliki kendali atas layanan apa yang tersedia dan kapan layanan tersebut tersedia. Contoh umum lainnya adalah perempuan memiliki akses terhadap pendapatan atau memiliki properti, namun tidak memiliki kendali atas bagaimana pendapatan tersebut dibelanjakan atau bagaimana properti tersebut digunakan. Ada banyak jenis sumber daya yang tidak dapat diakses dan dikontrol oleh perempuan. Ini termasuk:

- ☞ Kekuasaan dan pengambilan keputusan  
Memiliki akses dan kendali yang lebih besar terhadap sumber daya biasanya membuat laki-laki lebih berkuasa dibandingkan perempuan dalam kelompok sosial mana pun. Hal ini dapat berupa kekuatan fisik, pengetahuan dan keterampilan, kekayaan dan pendapatan, atau kekuatan untuk mengambil keputusan karena mereka mempunyai otoritas. Laki-laki seringkali mempunyai kekuasaan yang lebih besar dalam pengambilan keputusan atas reproduksi dan seksualitas. Kekuasaan dan kendali laki-laki atas



- sumber daya dan keputusan dilembagakan melalui undang-undang dan kebijakan negara, dan melalui peraturan dan regulasi lembaga-lembaga sosial formal.
- ☞ Undang-undang di banyak negara di dunia memberi laki-laki kendali yang lebih besar atas kekayaan dan hak yang lebih besar dalam perkawinan dan anak-anak. Selama berabad-abad, lembaga-lembaga keagamaan telah menolak hak perempuan untuk menjadi pendeta, dan sekolah sering kali bersikeras bahwa ayah dari anak tersebutlah yang menjadi wali sah anak tersebut, bukan ibu.

## Daftar Pustaka

- Harnani, Yessi., Marlina, Hastuti., Kursani, Elmia. 2015. *Teori kesehatan reproduksi*. Deepublish. Yogyakarta
- Ida Prijatni, S.Pd., M.Kes, Sri Rahayu, S.Kep., Ns., M.Kes., Sri Rahayu, S.Kep., Ns., M.Kes. 2016. *Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana*. Pusdik SDM Kesehatan, Jakarta Selatan.
- Nelwan, Jeini Ester. 2019. *Epidemiologi kesehatan reproduksi*. Cetakan pertama, Deepublish. Yogyakarta
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi.  
[http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk\\_hukum/PP%20No.%2061%20Th%202014%20ttg%20Kesehatan%20Reproduksi.pdf](http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PP%20No.%2061%20Th%202014%20ttg%20Kesehatan%20Reproduksi.pdf)  
diakses 10 Oktober 2023
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 tahun 2014 tentang Tata cara pengenaan sanksi administratif bagi tenaga kesehatan dan penyelenggara fasilitas Pelayanan kesehatan dalam tindakan aborsi dan pelayanan kesehatan reproduksi dengan bantuan atau Kehamilan diluar cara alamiah.  
<https://peraturan.go.id/files/bn1647-2014.pdf> diakses 10 Oktober 2023
- Unicef. *Monitoring the situation of children and women*.  
<https://data.unicef.org/sdgs/goal-3-good-health-wellbeing/>  
diakses 10 Oktober 2023
- Worku, Feleke dan Gebresilassie, Samuel. 2008. *Reproductive Health for Health Science Students*. Associate Professor of Gynecology and Obstetrics In collaboration with The Carter Center (EPHTI) and The Federal Democratic Republic of Ethiopia Ministry of Education and Ministry of Health. University of Gondar.  
[https://www.cartercenter.org/resources/pdfs/health/ephti/library/lecture\\_notes/health\\_science\\_students/rh\\_hss\\_final.pdf](https://www.cartercenter.org/resources/pdfs/health/ephti/library/lecture_notes/health_science_students/rh_hss_final.pdf).  
Diakses 10 Oktober 2023



## Tentang Penulis

---

**Sukmawati, S.Si.T., M. Kes., CHt, CI.NLP**

**Email:** [sukmayogya1809@gmail.com](mailto:sukmayogya1809@gmail.com)

Penulis lahir di Yogyakarta pada tanggal 18 September. Penulis menyelesaikan Pendidikan D III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang Jurusan Kebidanan Magelang pada tahun 2003. Lulus D IV Bidan Pendidik di STIKes Respati Yogyakarta pada tahun 2006 dan lulus S2 Pascasarjana IKM Peminatan Kesehatan Reproduksi di URINDO Jakarta pada tahun 2008. Saat ini sedang menempuh Pendidikan S3 di Universitas Sebelas Maret di Surakarta. Penulis pernah bekerja di bangsal Anak RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta, RSIA Permata Bunda Yogyakarta, menjadi Bidan PTT di Desa Kecil, Tanon, Kabupaten Sragen. Sejak tahun 2005 – sekarang menjadi staf pengajar di Universitas Respati Yogyakarta. Pengalaman berorganisasi menjadi anggota Asosiasi Dosen Indonesia, menjadi anggota IBI dan saat ini menjadi tim teknis di PD IBI DIY sebagai komisi P2KB / verifikator SIPORLIN (Sistem Informasi Portofolio SKP online Bidan). Selain itu, pernah menjadi penguji UKOM DIII Bidan dengan metode OSCA tingkat wilayah DIY, pengawas UKOM DIII Kebidanan dan bimbingan belajar uji kompetensi bidan. Sejak tahun 2021 sampai sekarang menjadi Trainer Hipnotherapy dan NLP (*Neuro Linguistic Programming*) di Rumah Belajar NLP Yogyakarta. Pada awal tahun 2023 bergabung dengan Optimal by PT. Nuansa Fajar Cemerlang yang merupakan hal yang sangat *amazing* bagi penulis karena bisa berkenalan dengan 1000 lebih dosen kesehatan di Indonesia.

## **BAB 2.**

### **KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN LANSIA**

#### **2.1 Kesehatan reproduksi remaja**

##### **2.1.1 Definisi**

Kesehatan reproduksi merupakan suatu keadaan Sejahtera fisik, mental dan social secara utuh, tidak semata – mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan system reproduksi, serta fungsi dan prosesnya.

Remaja atau adolescence, berasal dari latin adolescere yang berarti tumbuh kearah kematangan. Kematangan yang dimaksud adalah bukan hanya kematangan fisik saja , tetapi juga kematangan social dan psikologis.

Masa remaja adalah masa transisi yang ditandai oleh adanya perubahan fisik, emosi dan psikis. Masa remaja adalah suatu periode masa pematangan organ reproduksi manusia dan sering disebut masa peralihan. Masa remaja merupakan periode peralihan dari masa anak ke dewasa.

##### **2.1.2 Tahapan remaja**

Tumbuh kembangnya menuju dewasa, berdasarkan kematangan psikososial dan seksual semua remaja akan melewati tahapan berikut:

1. Masa remaja awal/dini (early adolescence) : umur 11 – 13 tahun

Dengan ciri khas: ingin bebas, lebih dekat dengan teman sebaya, mulai berfikir abstrak dan lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya.

2. Masa remaja pertengahan (middle adolescence): umur 14 – 16 tahun

Dengan ciri khas: mencari identitas diri, timbul keinginan untuk berkenan, berkhayal tentang seksual, mempunyai rasa cinta yang mendalam.

3. Masa remaja lanjut (late adolescence): umur 17 – 20 tahun

Dengan ciri khas: mampu berfikir abstrak, lebih selektif dalam mencari teman sebaya, mempunyai citra jasmani dirinya, dapat mewujudkan rasa cinta, pengungkapan kebebasan diri.

### **2.1.3 Perubahan fisik pada masa remaja**

Perubahan fisik dalam masa remaja merupakan hal yang sangat penting dalam Kesehatan reproduksi, karena pada masa ini terjadi pertumbuhan fisik yang sangat cepat untuk mencapai kematangan, termasuk organ – organ reproduksi sehingga mampu melaksanakan fungsi reproduksinya. Perubahan yang terjadi yaitu:

1. Munculnya tanda – tanda seks primer; terjadi haid yang pertama (menarche) pada remaja Perempuan dan mimpi basah pada remaja laki – laki.
2. Munculnya tanda – tanda seks sekunder yaitu:
  - 1) Pada remaja laki – laki: tumbuhnya jakun, penis dan buah zakar bertambah besar, terjadinya ereksi dan ejakulasi, suara bertambah besar, dada lebih besar, badan berotot, tumbuh kumis diatas bibir, cambang dan rambut disekitar kemaluan dan ketiak.
  - 2) Pada remaja Perempuan; panggul melebar, pertumbuhan rahim dan vagina, tumbuh rambut disekitar kemaluan dan ketiak, payudara membesar.

### **2.1.4 Tugas Perkembangan Remaja**

1. Mencapai ukuran kebebasan atau kemandirian dari orangtua

Pada masa remaja sering terjadi adanya kesenjangan dan konflik antara remaja dengan orangtuanya. Pada saat ini ikatan emosional menjadi berkurang dan remaja sangat membutuhkan kebebasan emosional dari orang tuanya, misalnya dalam hal memilih teman ataupun melakukan aktifitas. Sifat remaja yang ingin memperoleh kebebasan emosional sementara orangtua yang masih ingin mengawasi dan melindungi anaknya dapat menimbulkan konflik mereka.

2. Membentuk identitas untuk tercapainya integrasi diri dan kematangan pribadi.

Proses pembentukan identitas diri merupakan proses yang Panjang dan kompleks, yang membutuhkan kontinuitas dari masa lalu, sekarang dan yang akan datang dari kehidupan individu, dan hal ini akan membentuk kerangka berfikir untuk mengorganisasikan dan mengintegrasikan perilaku ke dalam berbagai bidang kehidupan.

#### **2.1.5 Kebutuhan riil remaja**

Kebutuhan riil remaja terkait hak mendapatkan informasi akurat tentang seksualitas dan Kesehatan reproduksi ini kadang juga dibedakan berdasarkan variasi kelompok. Misalnya kebutuhan remaja desa berbeda dengan remaja kota. Kerentanan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS) antara ‘remaja jalanan’ (anak jalanan) dan remaja sekolah juga berbeda. Remaja yang bekerja sebagai buruh pabrik juga mempunyai karakteristik dan masalah – masalah yang berbeda dengan remaja yang bekerja di sekitar informal dan sebagainya. Sehingga pemenuhan kebutuhan ini butuh disesuaikan dengan konteks social dan budaya yang dihadapi masing – masing remaja. Namun demikian, secara umum kebutuhan riil menyangkut hak dasar remaja akan informasi terkait seksualitas dan Kesehatan reproduksi itu antara lain sebagai berikut:

1. Penyediaan layanan yang ramah dan mudah diakses bagi remaja, tanpa memandang usia, jenis kelamin, status pernikahan dan situasi keuangan mereka
2. Adanya dukungan terpenuhinya hak setiap remaja untuk menikmati seks dan ekspresi seksualitas mereka dalam cara – cara yang mereka pilih sendiri.
3. Penyediaan informasi dan pemberian hak mendapatkan Pendidikan mengenai reproduksi dan seksualitas. Informasi dan Pendidikan yang diberikan ini harus mendorong terjadinya independensi dan keyakinan diri remaja, dan memberikan pengetahuan agar mereka bisa

membuat keputusan sendiri terkait reproduksi dan seksual mereka

4. Adanya jaminan kerahasiaan dalam relasi social dan seluruh aspek dari seksualitas mereka
5. Penyediaan informasi yang bisa diakses sesuai dengan perkembangan remaja
6. Setiap remaja yang aktif secara seksual atau tidak; dan yang memiliki keragaman orientasi seksual bisa mendapatkan informasi agar mereka agar merasa nyaman dengan tubuh dan seksualitas mereka sendiri.
7. Setiap remaja mendapatkan persiapan untuk memiliki ketrampilan melakukan negosiasi dalam relasi sosialnya, termasuk dalam masa pacarana dan dalam melakukan tindakan seks yang lebih aman (bagi yang seksual aktif)

#### **2.1.6 Hak – hak remaja terkait dengan Kesehatan reproduksi**

Selain kebutuhan – kebutuhan tersebut, remaja juga memiliki hak – hak mendasar terkait Kesehatan reproduksinya. Hak – hak itu juga harus terpenuhi sebagai kebutuhan dasar mereka. Hak – hak itu adalah:

1. Hak hidup. Ini adalah hak dasar setiap individu tidak terkecuali remaja, untuk terbebas dari resiko kematian karena kehamilan, khususnya bagi remaja Perempuan.
2. Hak atas pelayanan dan perlindungan Kesehatan. Termasuk dalam hal ini adalah perlindungan privasi, martabat, kenyamanan dan berkesinambungan.
3. Hak atas kerahasiaan pribadi. Artinya pelayanan Kesehatan reproduksi bagi remaja dan setiap individu harus menjaga kerahasiaan atas pilihan – pilihan mereka.
4. Hak atas informasi dan Pendidikan. Ini termasuk jaminan Kesehatan dan kesejahteraan perorangan maupun keluarga dengan adanya informasi dan Pendidikan Kesehatan reproduksi yang memadai tersebut.
5. Hak atas kebebasan berpikir. Ini termasuk hak kebebasan berpendapat, terbatas dari penafsiran ajaran yang sempit,

kepercayaan tradisi, mitos – mitos dan filosofis yang dapat membatasi kebebasan berpikir tentang pelayanan Kesehatan reproduksi dan seksual.

6. Hak berkumpul dan berpartisipasi dalam politik. Hal ini termasuk mendesak pemerintah dan parlemen agar menempatkan masalah Kesehatan reproduksi menjadi proiritas kebijakan negara.
7. Hak terbebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk. Hak ini terutama bagi anak – anak dan remaja untuk mendapatkan perlindungan dari eksploitasi, pelecehan, perkosaan, penyalahgunaan dan kekerasan seksual.
8. Hak mendapatkan manfaat dari ilmu pengetahuan terbaru. Yaitu hak mendapatkan pelayanan Kesehatan reproduksi yang terbaru, aman dan dapat diterima.
9. Hak memutuskan kapan punya anak, dan punya anak atau tidak
10. Hak atas kesetaraan dan bebas dari segala bentuk diskriminasi. Ini berarti setiap individu dan juga remaja berhak bebas dari segala bentuk diskriminasi termasuk kehidupan keluarga, reproduksi dan seksual
11. Hak untuk memilih bentuk keluarga. Artinya mereka berhak merencanakan, membangun, dan memilih bentuk keluarga (hak untuk menikah atau tidak menikah)
12. Hak atas kebebasan dan keamanan. Remaja berhak mengatur kehidupan seksual dan reproduksinya, sehingga tidak seorangpun dapat memaksanya untuk hamil, aborsi, kontrasepsi dan sterilisasi.

#### **2.1.7 Masalah Kesehatan reproduksi remaja**

Kuatnya norma social yang menganggap seksualitas adalah tabu akan berdampak pada kuatnya penolakan terhadap usulan agar Pendidikan seksualitas terintegrasikan ke dalam kurikulum Pendidikan. Sekalipun sejak reformasi bergulir hal ini telah diupayakan oleh sejumlah pihak seperti organisasi non pemerintah (NGO), dan juga pemerintah sendiri (khususnya



Departemen Pendidikan Remaja); namun hal ini belum sepenuhnya mampu mengatasi problem riil yang dihadapi remaja.

Fakta masalah terkait seksualitas dan Kesehatan reproduksi masih banyak dihadapi oleh remaja. Masalah – masalah tersebut antara lain:

1. Perkosaan.

Kejahatan perkosaan ini biasanya banyak sekali modusnya. Korbannya tidak hanya remaja perempuan, tetapi juga laki-laki (*sodomi*). Remaja perempuan rentan mengalami perkosaan oleh sang pacar, karena dibujuk dengan alasan untuk menunjukkan bukti cinta

2. *Free sex*.

Seks bebas ini dilakukan dengan pasangan atau pacar yang berganti-ganti. Seks bebas pada remaja ini (di bawah usia 17 tahun) secara medis selain dapat memperbesar kemungkinan terkena infeksi menular seksual dan virus HIV (Human Immuno Deficiency Virus), juga dapat merangsang tumbuhnya sel kanker pada rahim remaja perempuan. Sebab, pada remaja perempuan usia 12-17 tahun mengalami perubahan aktif pada sel dalam mulut rahimnya. Selain itu, seks bebas biasanya juga dibarengi dengan penggunaan obat-obatan terlarang di kalangan remaja. Sehingga hal ini akan semakin memperparah persoalan yang dihadapi remaja terkait kesehatan reproduksi ini.

3. Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD). Hubungan seks pranikah di kalangan remaja didasari pula oleh mitos-mitos seputar masalah seksualitas. Misalnya saja, mitos berhubungan seksual dengan pacar merupakan bukti cinta. Atau, mitos bahwa berhubungan seksual hanya sekali tidak akan menyebabkan kehamilan. Padahal hubungan seks sekalipun hanya sekali juga dapat menyebabkan kehamilan selama si remaja perempuan dalam masa subur.

4. Aborsi. Aborsi merupakan keluarnya embrio atau janin dalam kandungan sebelum waktunya. Aborsi pada remaja terkait KTD biasanya tergolong dalam kategori aborsi provokatus, atau pengguguran kandungan yang sengaja dilakukan. Namun begitu, ada juga yang keguguran terjadi secara alamiah atau aborsi spontan. Hal ini terjadi karena berbagai hal antara lain karena kondisi si remaja perempuan yang mengalami KTD umumnya tertekan secara psikologis, karena secara psikososial ia belum siap menjalankan kehamilan. Kondisi psikologis yang tidak sehat ini akan berdampak pula pada kesehatan fisik yang tidak menunjang untuk melangsungkan kehamilan.
5. Perkawinan dan kehamilan dini. Nikah dini ini, khususnya terjadi di pedesaan. Di beberapa daerah, dominasi orang tua biasanya masih kuat dalam menentukan perkawinan anak dalam hal ini remaja perempuan. Alasan terjadinya pernikahan dini adalah pergaulan bebas seperti hamil di luar pernikahan dan alasan ekonomi. Remaja yang menikah dini, baik secara fisik maupun biologis belum cukup matang untuk memiliki anak sehingga rentan menyebabkan kematian anak dan ibu pada saat melahirkan. Perempuan dengan usia kurang dari 20 tahun yang menjalani kehamilan sering mengalami kekurangan gizi dan anemia. Gejala ini berkaitan dengan distribusi makanan yang tidak merata, antara janin dan ibu yang masih dalam tahap proses pertumbuhan.
6. IMS (Infeksi Menular Seksual) atau PMS (Penyakit Menular Seksual), dan HIV/AIDS. IMS ini sering disebut juga penyakit kelamin atau penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual. Sebab IMS dan HIV sebagian besar menular melalui hubungan seksual baik melalui *vagina*, *mulut*, maupun *dubur*. Untuk HIV sendiri bisa menular dengan transfusi darah dan dari ibu kepada janin

yang dikandungnya. Dampak yang ditimbulkannya juga sangat besar sekali, mulai dari gangguan organ reproduksi, keguguran, kemandulan, kanker leher rahim, hingga cacat pada bayi dan kematian.

#### **2.1.8 Penanganan masalah Kesehatan reproduksi remaja**

Ruang lingkup masalah kesehatan reproduksi perempuan dan laki-laki menggunakan pendekatan siklus kehidupan. Berdasarkan masalah yang terjadi pada setiap fase kehidupan, maka upaya-upaya penanganan masalah kesehatan reproduksi remaja sebagai berikut :

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

#### **2.1.9 Simpulan**

Di Indonesia menurut Biro Pusat Statistik (1999) kelompok remaja adalah sekitar 22% yang terdiri dari 50,9% remaja laki-laki dan 49,1% remaja perempuan. Masa remaja, yakni usia antara usia 11 – 20 tahun adalah suatu periode masa pematangan organ reproduksi manusia, dan sering disebut masa peralihan. Memasuki masa remaja yang ditandai dengan perubahan fisik primer maupun sekunder, maka remaja akan dihadapkan pada keadaan yang memerlukan penyesuaian untuk dapat menerima perubahan-perubahan yang terjadi. Kematangan seksual dan terjadinya perubahan bentuk tubuh sangat berpengaruh pada kehidupan kejiwaan remaja. Keterbatasan akses dan informasi yang kurang tepat mengenai seksualitas dan kesehatan reproduksi bagi remaja di Indonesia dapat berdampak negatif dalam kehidupannya, misalnya banyaknya kasus *free seks*, KTD, aborsi remaja, dan lain- lain.

Bila remaja dibekali pengetahuan kesehatan reproduksi yang komprehensif, maka remaja dapat lebih bertanggung jawab dalam berbuat dan mengambil keputusan sehubungan dengan kesehatan reproduksinya. Peran keluarga, sekolah, lingkungan maupun dinas terkait sangat penting agar tercipta generasi remaja yang berkualitas.

## **2.2 Kesehatan Reproduksi Lansia**

### **2.2.1 Definisi Mengenai Kesehatan reproduksi lansia**

Masalah Kesehatan usia lanjut semakin meningkat bersamaan dengan bertambahnya prosentase penduduk usia lanjut. Masalah prioritas pada kelompok ini antara lain meliputi gangguan pada masa menopause, osteoporosis, kanker prostat dan penyakit kardiovaskuler serta penyakit degenerative, yang dapat berpengaruh terhadap organ reproduksi. Di samping itu, kekurangan gizi dan gangguan otot serta sendi sering memperburuk keadaan tersebut. Melengkapi siklus kehidupan keluarga, komponen ini akan mempromosikan peningkatan kualitas penduduk usia lanjut pada saat menjelang dan setelah akhir kurun usia reproduksi (menopause / adropouse). Upaya pencegahan dapat dilakukan melalui skrining keganasan organ reproduksi misalnya kanker Rahim pada Wanita, kanker prostat pada pria serta pencegahan defisiensi hormonal dan akibatnya seperti kerapuhan tulang dan lain – lain.

#### **1. Definisi Menopause**

Menopause dikatakan terjadi selama 12 bulan haid tidak datang lagi, maka ditetapkan menopause sebenarnya. Sebelum menghadapi masa menopause secara alamiah, seseorang akan dihadapkan pada masa premenopause yang terjadi 3 – 5 tahun sebelum menopause sebenarnya. Pada tahap ini keluhan klimakterium mulai berkembang. Selanjutnya diikuti pada tahap menopause sampai akhirnya post menopause yaitu

awal setelah 12 bulan tidak haid. Tahap postmenopause ini karena insidensi tertentu. Gabungan premenopause dan postmenopause disebut masa perimenopause. Pada saat inilah terjadi keluhan yang memuncak.

a) Tahapan menopause

Tahapan menopause dibagi menjadi empat bagian yaitu tahap premenopause, perimenopause, menopause dan post menopause. Tahap pramenopause adalah fase dimulainya menopause yang sekitar usia 40 tahun. Saat ini menstruasi mulai tidak teratur yang sering ditandai dengan siklus menstruasi yang memanjang, jumlah darah relative banyak dan sering ditandai dengan nyeri haid. Fase peralihan antara pramenopause dan pasca menopause disebut dengan tahap perimenopause. Gejala yang dialami pada masa perimenopause hamper sama dengan fase perimenopause. Rata – rata lama masa perimenopause adalah 4 – 5 tahun, namun kadang – kadang bisa bervariasi antara beberapa bulan hingga mencapai 10 tahun. Masa perimenopause berakhir dalam waktu 1 tahun setelah dimulainya menopause.

b) Tanda dan gejala Menopause

1) Hot Flashes

Yaitu perasaan panas, gerah bahkan rasa seperti terbakar pada area wajah, lengan, leher dan tubuh bagian atas serta munculnya keringat berlebih khususnya pada malam hari. Kondisi ini adalah kondisi yang paling sering dikeluhkan dan menjadi pemberat utama dalam menghadapi masa klimakterium.

2) Sulit Tidur

Kesulitan tidur sepanjang malam dengan atau tanpa gangguan keringat. Kesulitan tidur ini bisa

terjadi karena kegelisahan akibat perubahan faal tubuh atau mungkin keinginan buang air kecil yang datang lebih sering dari biasanya.

3) Nafsu makan bertambah

Nafsu makan bertambah menyebabkan seorang wanita Nampak lebih gemuk yang ditunjang pelebaran pada bagian pinggul, pinggang dan paha. Belum dapat dideteksi secara ilmiah mengapa keinginan makan pada Wanita perimenopouse meningkat, namun diduga, lemak tubuh akan diolah untuk terus menghasilkan estrogen sehingga keinginan makan akan bertambah untuk mensubstitusi pemecahan lemak tubuh.

4) Rambut Rontok

Kerontokan rambut membuat menipisnya di kepala, kemaluan dan seluruh tubuh

5) Vagina Kering

Keringanya vagina dapat terjadi karena penurunan hormon estrogen yang secara berangsur – angsur meminimalkan pengeluaran cairan vagina.

c) Mempersiapkan diri menghadapi menopause

- 1) Memenuhi makanan bergizi untuk menghambat dampak negative menopause seperti melambatnya kinerja otak, mencegah kulit mengering. Asupan zat gizi makanan harus terpenuhi secara seimbang yaitu dengan mengkonsumsi makanan yang mengandung karbohidrat, protein, lemak omega 3 atau 6, vitamin A, B,C dan lainnya, mineral dan air.
- 2) Mengonsumsi makanan yang mengandung phytohomon estrogen seperti kacang kedelai, papaya yang bermanfaat untuk mencegah

terjadinya hot flushes pada saat seorang Wanita mengalami menopause dan mengurangi resiko peningkatan kolesterol. Seorang Wanita yang mengalami menopause juga perlu mengkonsumsi makanan yang mengandung vitamin D, seperti ikan tuna, ikan salmon, minyak ikan, telur dan susu yang akan memperkuat tulang dan mengurangi terjadinya osteoporosis.

- 3) Wanita yang akan memasuki masa menopause sebaiknya membiasakan diri untuk hidup rileks, menghindari tekanan, pikiran yang membebani. Hal tersebut bertujuan untuk mengatasi gangguan psikologis seperti stress.
- 4) Menghentikan kebiasaan merokok dan mengkonsumsi alcohol. Bagi Wanita yang memiliki kebiasaan merokok dan mengkonsumsi alcohol sebaiknya segera menghentikan kebiasaan tersebut agar dapat mencegah dampak negative dan mengurangi gejala – gejala menopause (misal kulit wajah mengering, warna kuku kusam karena kandungan nikotin).

## 2. Definisi Andropouse

Andropouse merupakan istilah penyebutan laki – laki yang mengalami penuaan dengan segala konsekuensi dan gejala – gejala yang ditimbulkan dari segi fisik, social, dan mental. Andropouse disebut juga sebagai menopause pria.

### a. Gejala andropouse:

- 1) Potensi seksual menurun
- 2) Kurang bergairah
- 3) Mudah tersinggung
- 4) Daya konsentrasi menurun
- 5) Mudah letih, lesu dan lemah
- 6) Mengurangi osteoporosis
- 7) Rambut rontok, kulit kering, organ reproduksi

mengecil

b. Dampak andropouse

Suami yang mengalami andropouse biasanya akan mudah tersinggung karena kecewa dengan kondisi yang dialami. Pada masa andropouse seorang laki – laki berobsesi untuk mengentas daya seksualnya kepada lawan jenis atau berobsesi oleh fantasi seksual yang melibatkan dan mencari pasangan yang lbh muda usianya, pasangan lain/berselingkuh.

3. Menjaga Kesehatan reproduksi pada lansia

Menjaga Kesehatan reproduksi pada lansia sangat penting. Sebab, resiko berbagi penyakit yang menyerang system reproduksi tetap bisa terjadi pada usia senja. Misalnya, pada Wanita lanjut usia. Menopause dapat menyebabkan peningkatan resiko berbagai penyakit menular seksual. Sebab, menopause dapat menyebabkan perubahan hormonal alami, yang memicu penipisan dinding vagina. Akibatnya, vagina jadi lebih kering dan resiko terjadinya luka saat berhubungan intim meningkat. Hal ini secara tidak langsung dapat meningkatkan kerentanan terhadap infeksi.

4. Hal – hal yang diperlukan lansia untuk menjaga Kesehatan reproduksi

Karena menjaga kesehatan reproduksi sangat perlu, berikut ini beberapa hal yang bisa lansia lakukan:

a. Lakukan seks aman

Aktivitas seksual tetap dapat lansia lakukan seperti saat muda. Namun, penting untuk tetap melakukan seks yang aman. Jika memiliki pasangan seks baru atau lebih dari satu, pastikan pasangan kamu telah bebas dari penyakit menular seksual, atau gunakan kondom.

b. Pertahankan kebiasaan sehat

Gaya hidup sehat juga merupakan kunci untuk Kesehatan reproduksi yang optimal. Oleh karena itu,



- memiliki pola makan sehat, berolahraga secara teratur, dan menghindari terlalu banyak konsumsi alkohol.
- c. Bersihkan area intim dari depan ke belakang  
Sangat penting untuk membersihkan area intim dari depan ke belakang, bukan seliknya. Terutama untuk Wanita, bersihkan vagina terlebih dahulu kemudian bergerak ke belakang menuju anus. Ini akan membantu mencegah bakteri yang berada di anus berpindah dan menginfeksi vagina.
  - d. Pilih celana dalam katun dan tidak terlalu ketat  
Katun adalah kain yang ramah kulit. Ini membantu kulit mendapat sirkulasi udara dan menyerap kelembaban dengan cepat. Oleh karena itu, untuk menjaga Kesehatan reproduksi lansia, pastikan untuk memakai celana dalam berbahan katun. Selain itu, penting juga untuk memakai celana dalam yang ukurannya pas, dan tidak terlalu ketat. Ini berlaku untuk pria ataupun Wanita. Memakai celana dalam yang terlalu ketat dapat menimbulkan panas dan lembab, yang berbahaya untuk area intim.
  - e. Hindari penggunaan sabun kewanitaan  
Penggunaan sabun kewanitaan dapat mengganggu Kesehatan reproduksi Wanita. Ini dapat menyebabkan kekeringan, nyeri, kemerahan atau iritasi kulit. Selain itu, bisa juga ada pertumbuhan bakteri berbahaya, jadi, hindarilah penggunaan sabun kewanitaan, atau sabu apapun, karena akan mengganggu keseimbangan pH vagina. Penting untuk kamu ingat bahwa vagina dapat membersihkan dirinya sendiri. Cara terbaik untuk membersihkannya adalah dengan air bersih saja.
  - f. Hindari rokok  
Kebiasaan merokok itu berbahaya bagi Kesehatan, termasuk juga system reproduksi. Ini dapat mempengaruhi fungsi ovarium, Rahim dan area lain

dari system reproduksi Wanita ataupun pria.

g. Jalani pemeriksaan rutin

Karena lansia lebih rentan terkena berbagai masalah Kesehatan, penting untuk menjalani pemeriksaan Kesehatan rutin. Selain untuk organ vital, penting juga untuk melakukan pemeriksaan terhadap Kesehatan system reproduksi. Dengan begitu, semua masalah Kesehatan yang terjadi pada system reproduksi bisa terdeteksi sedini mungkin. Pengobatan yang tepatpun bisa segera dokter berikan, sesuai kondisi.

5. Penanganan kesehtan reproduksi pada lansia

- a. Melakukan advokasi, sosialisasi untuk membangun kemitraan dalam Upaya Kesehatan reproduksi usia lanjut baik di puast, propinsi dan kabupaten/kota.
- b. Memantapkan kemitraan dan jejaring kerja dengan LP/LS, LSm dan dunia usaha untuk dapat meningkatkan Upaya Kesehatan reproduksi usia lanjut yang optimal.
- c. Mendorong dan menunbukembangkan partisipasi dan peran serta keluarga dan Masyarakat dalam pelayanan Kesehatan reproduksi usia lanjut dalam bentuk pendataan, mobilisasi sasaran dan pemanfaatan pelayanan.
- d. Peningkatan profesionalisme dan kinerja tenaga serta penerapan kendali mutu pelayanan melalui Pendidikan/ pelatihan, pengembangan standar pelayanan dll.
- e. Membangun system pelayanan Kesehatan reproduksi usia lanjut melalui pelayanan Kesehatan dasar dan rujukan serta melakukan pelayanan pro aktif dengan mendekatkan pelayanan kepada sasaran.
- f. Melakukan survei/penelitian untuk mengetahui permasalahan Kesehatan reproduksi usia lanjut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Atun, dkk. 2004. *IMS atau Penyakit Kelamin, dalam Kesehatan Reproduksi Remaja*, Kerjasama Jaringan Khusus Kesehatan untuk Anak Jalanan Perempuan di Yogyakarta, bersama PKBI-DIY. Yogyakarta.
- BKKBN. 2012. *Pembinaan Kesehatan Reproduksi Bagi Lansia dalam Modul Pembelajaran BKL Seri 3*. Jakarta: BKKBN.  
<https://prosteta.net/articles/what-is-andropouse>
- Caesarina Ancah. 2009. *Kespro Remaja*, disampaikan pada Seminar Nasional Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Remaja di PP. Nuris. Juni 2009. Jember-Jawa Timur.
- Data Indonesia.id. 2022. *Persentase Penduduk Lansia di Indonesia Menurun pada tahun 2022*.  
<https://dataindonesia.id/varia/detail/persentase-penduduk-lansia-di-indonesia-menurunpada-2022>
- Eriyani Linda Dwi. 2006. *Kesehatan Reproduksi Remaja: Menyoal Solusi*, disampaikan pada Seminar Nasional Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Remaja di PP. Nuris, Juni 2009. Jember-Jawa Timur.
- Habsjah, dkk. 1995. *Peranan Ayah vis-a-vis Ibu dan Pranata Sosial Lainnya dalam Pendidikan Seks Remaja*. The Population Council and the Atma Jaya Research Centre, Jakarta.
- Khisbiyah, dkk. 1996. *Kehamilan tak Dikehendaki di Kalangan Remaja*, Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Mukhatib MD. 2009. *Problem Kesehatan Reproduksi Remaja: Tawaran Solusi*, disampaikan pada Seminar Nasional Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi Remaja di PP. Nuris, Juni 2009. Jember-Jawa Timur.
- Pinem, Saroha. 2009. *Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi*. Trans Info Media, Jakarta.

- Soetjiningsih. 2004. *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Sagung Seto. Jakarta.
- Tim Mitra Inti. 2009. *Mitos Seputar Masalah Seksualitas dan Kesehatan Reproduksi*, Yayasan Mitra Inti. Jakarta.
- Utomo Iwu Dwisetyani. 2009. *Panduan Materi Dasar untuk Guru, dapat Menjadi Dasar untuk Dikembangkan dan Disesuaikan dengan Keadaan dan Kondisi Kebudayaan Lokal*. Australian Demographic and Social Research Institute, Australian National University, Konsultan Kesehatan Reproduksi Remaja UNFPA. Jakarta.
- Widyastuti, Yani dkk. 2009. *Kesehatan Reproduksi*. Fitramaya. Yogyakarta.
- Widaninggar. 2004. *Pedoman Pelatihan dan Modul Pendidikan Kecakapan Hidup (Life Skills Education) untuk Pencegahan HIV dan AIDS*. Pusat Pengembangan Kualitas Jasmani Departemen Pendidikan Nasional. Jakarta.



## Tentang Penulis

---

**Tutik Astuti, S.Si.T, M.Kes**

**Email:** [ninnanku@gmail.com](mailto:ninnanku@gmail.com)

Penulis menyelesaikan pendidikan DIV Bidan Pendidik STIKes Respati Yogyakarta tahun 2004 dan tahun 2008 menyelesaikan pendidikan S2 Kespro URINDO. Penulis pernah bekerja sebagai tenaga medis di RSU PKU Muhammadiyah Yogyakarta tahun 1992 – 1996, kemudian di BP RB PKU Muhammadiyah Wonosari tahun 1996 – 1999, lalu di RS Pelita Husada Wonosari tahun 1999 – 2004 dan dari tahun 2002 – sekarang sebagai staf dosen tetap di Universitas Respati Yogyakarta. Penulis telah menulis beberapa buku antara lain: Buku Fisiologi Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Bayi Baru Lahir; Pengantar Praktik Kebidanan; Komunikasi Efektif dan Konseling; Asuhan Kebidanan pada masa Kehamilan.

## **BAB 3.**

### **DIMENSI SOSIAL WANITA DAN PERMASALAHANNYA**

#### **3.1 Status Sosial Wanita**

Status adalah kedudukan seseorang dalam keluarga dan masyarakat. Status sosial wanita adalah kedudukan wanita yang akan mempengaruhi bagaimana wanita diperlakukan, dihargai dan kegiatan apa yang boleh dilakukan. Pola patriarki beranggapan bahwa posisi wanita sebagai makhluk yang berada dibawah laki-laki, sehingga banyak perempuan sering mendapatkan perilaku yang tidak manusiawi dan tidak senonoh. Status sosial yang rendah tersebut dapat menimbulkan tindakan diskriminasi.

Menurut Soekanto Soerjono, 1990 status sosial atau kedudukan sosial adalah tempat seseorang secara umum dalam masyarakat sehubungan dengan orang lain dalam arti lingkungan pergaulannya, prestisenya dan hak-hak serta kewajiban-kewajibannya.

Status wanita mencakup dua aspek yaitu:

##### **3.1.1 Aspek otonomi wanita.**

Aspek ini mendeskripsikan sejauh mana wanita dapat mengontrol ekonomi atas dirinya dibanding dengan pria.

##### **3.1.2 Aspek kekuasaan sosial**

Aspek ini menggambarkan seberapa berpengaruhnya wanita terhadap orang lain diluar rumah tangganya.

Status wanita meliputi:

- a. Status reproduksi, yaitu wanita sebagai pelestarian keturunan. Hal ini mengisyaratkan bila seorang wanita tidak mampu melahirkan, maka status sosialnya dianggap rendah dibanding wanita yang bisa mempunyai anak.
- b. Status produksi, yaitu sebagai pencari nafkah dan bekerja diluar rumah. Santrock (2002) mengatakan bahwa wanita yang bekerja akan meningkatkan harga diri. Wanita yang

bekerja mempunyai status yang lebih tinggi dibanding dengan wanita yang tidak ikut kerja.

### **3.2 Nilai Wanita**

Nilai dan kedudukan wanita saat ini yaitu wanita mempunyai kedudukan khusus didunia yang dapat sejajar dengan laki-laki karena sebenarnya dimata Tuhan tidak ada perbedaan antara wanita dengan laki-laki karena posisinya seorang wanita dapat menjadi penyebab keberhasilan atau kegagalan dalam mencapai tujuan.

Ungkapan dalam masyarakat bahwa “orang hilang kehormatan karena wanita, awal dari permusuhan adalah wanita.” Kedudukan dan nilai wanita dalam “Agama” yaitu Islam membolehkan poligami yang bukan berarti Islam melecehkan hak dan martabat wanita, karena poligami yang diperbolehkan jika laki-laki itu mampu berbuat adil. Islam mengharamkan perzinahan karena merupakan perilaku pelecehan terhadap wanita dan perilaku yang tidak bertanggung jawab. Pernikahan dianggap oleh masyarakat dan orang tua sebagai puncak kesuksesan sebagai orang tua dan puncak kebahagiaan bagi anak perempuan. Jika anak gadis sampai usia tertentu belum menikah dianggap suatu aib bagi keluarga dan orang tua dianggap gagal dalam mengurus dan membesarkan anak.

Tata nilai sosial:

1. Norma kemurnian dan kesucian
2. Norma kesucian pikiran
3. Budaya perkawinan
4. Budaya reproduksi
5. Homoseksualitas

### **3.3 Peran Wanita**

Hak yang dimiliki seorang wanita dan laki-laki adalah sama yaitu hak untuk hidup dihargai, dihormati, pintar dan maju, mencapai cita-cita dan hak mendasar lainnya, dengan hak tersebut mereka diakui sebagai kaum yang sejajar dengan laki - laki, bukan sebagai pesaing melainkan sebagai mitra.

Aktualisasi diri merupakan suatu kebutuhan untuk memaksimalkan potensi diri (Thoha 1992). Pembagian kerja berdasarkan jenis kelamin tersebut yaitu:

1. Teori Nature adalah yang menganggap bahwa perbedaan psikologis antara pria dan wanita disebabkan oleh faktor-faktor biologis yang sudah ada sejak manusia dilahirkan.
2. Teori Nurture adalah yang menganggap bahwa perbedaan psikologis antara pria dan wanita tercipta melalui proses belajar dari lingkungan, jadi tidak dibawa sejak lahir. Keikutsertaan kaum wanita untuk bekerja sama dengan kaum pria menimbulkan adanya peran ganda wanita.

Secara konseptual peran ganda wanita mengandung beberapa kelemahan dan ambivalensi, yaitu:

1. Sifat dan jenis pekerjaan wanita untuk tertentu dan sesuai dengan kodrat wanitanya
2. Wanita tidak sepenuhnya bisa ikut dalam proses-proses produksi
3. Pengakuan sistem pembagian kerja seksual yang bersifat biologis semata
4. Merupakan suatu penerimaan tuntas terhadap berlangsungnya mode atau production yang ada
5. Bersifat etnosentris dan mengacu pada kelas tertentu dan secara kultural.

Fungsi perlindungan dan hak-hak yang diberikan cenderung dibatasi hanya untuk menjalankan fungsi keibuan, yang sering dilupakan bahwa wanita adalah seorang manusia yang mempunyai hak dan kedudukan sama dengan laki-laki.

Peran wanita lainnya adalah:

1. Peran Biologis
  - a. Melahirkan
  - b. Menyusui
2. Peran Sosial
  - a. mendidik anak
  - b. mengelola dan merawat kebersihan rumah



c. sosialisasi di rumah

Pendekatan yang dipakai adalah prinsip non diskriminatif dan persamaan menuju kesetaraan.

Hak-hak tersebut adalah:

1. Hak Perempuan dalam Kehidupan Politik dan Kemasyarakatan negaranya
2. Hak perempuan untuk mendapat kesempatan mewakili pemerintah
3. Hak perempuan dalam kaitan dengan Kewarganegaraannya

### **3.4 Permasalahan Kesehatan Wanita dalam Dimensi Sosial dan Upaya Mengatasinya**

#### **1. Kekerasan**

Menurut pasal 89 KUHP: Melakukan kekerasan adalah mempergunakan tenaga atau kekuatan jasmani, secara tidak sah misalnya memukul dengan tangan atau dengan segala macam senjata, menepak, menendang.

##### **a. Bentuk- Bentuk Kekerasan**

##### **1) Kekerasan psikis.**

Misalnya: mencemooh, mencerca, memaki, mengancam, melarang berhubungan dengan keluarga atau kawan dekat / masyarakat, intimidasi, isolasi, melarang istri bekerja.

##### **2) Kekerasan fisik.**

Misalnya memukul, membakar, menendang, melempar sesuatu, menarik rambut, mencekik, dll.

##### **3) Kekerasan ekonomi.**

Misalnya: Tidak memberi nafkah, memaksa pasangan untuk prostitusi, memaksa anak untuk mengemis, mengetatkan istri dalam keuangan rumah tangga, dan lain-lain.

##### **4) Kekerasan seksual.**

Misalnya: perkosaan, pencabulan, pemaksaan kehendak atau melakukan penyerangan seksual,

berhubungan seksual dengan istri tetapi istri tidak menginginkannya.

b. Penyebab terjadinya kekerasan

Penyebab terjadinya kekerasan, adalah:

Perselisihan tentang ekonomi, cemburu pada pasangan, Pasangan mempunyai selingkuhan, Adanya problema seksual (misalnya: impotensi, hiperseks), pengaruh kebiasaan minum alkohol, drugs abuse, Permasalahan dengan anak, kehilangan pekerjaan / PHK / menganggur / belum mempunyai pekerjaan, istri ingin melanjutkan studi/ingin bekerja, Kehamilan tidak diinginkan atau infertilitas.

c. Alasan Tindak Kekerasan Oleh Pria

- 1) Tindakan kekerasan dapat mencapai suatu tujuan.
- 2) Bila terjadi konflik, tanpa harus musyawarah, kekerasan merupakan cara cepat penyelesaian masalah.
- 3) Dengan melakukan perbuatan kekerasan, pria merasa hidup lebih berarti karena dengan berkelahi maka pria merasa menjadi lebih berkuasa
- 4) Pada saat melakukan kekerasan pria merasa memperoleh 'kemenangan' dan mendapatkan apa yang dia harapkan, maka korban akan menghindari pada konflik berikutnya karena untuk menghindari rasa sakit.
- 5) Pria merasa berkuasa atas wanita. Bila pria merasa mempunyai istri 'kuat' maka dia berusaha untuk melemahkan wanita agar merasa tergantung padanya atau membutuhkannya.
- 6) Ketidak tahuan pria. Bila latar belakang pria dari keluarga yang selalu mengandalkan kekerasan sebagai satu-satunya jalan menyelesaikan masalah dan tidak mengerti cara lain maka kekerasan merupakan jalan pertama dan utama baginya sebagai cara yang jitu

setiap ada kesulitan atau tertekan karena memang dia tidak pernah belajar cara lain untuk bersikap.

d. Akibat Tindakan Kekerasan

- 1) Kurang bersemangat atau kurang percaya diri.
- 2) Gangguan psikologi sampai timbul gangguan sistem dalam tubuh (psikosomatik), seperti: cemas, tertekan, stress, anoreksia (kurang nafsu makan), insomnia (susah tidur), sering mimpi, jantung terasa berdebar-debar, keringat dingin, mual, gastritis, nyeri perut, pusing, nyeri kepala.
- 3) Cidera ringan sampai berat, seperti: lecet, memar, luka terkena benda tajam, patah tulang, luka bakar.
- 4) Masalah seksual, ketakutan hubungan seksual, nyeri saat hubungan seksual, tidak ada hasrat seksual
- 5) Bila perempuan korban kekerasan sedang hamil dapat terjadi abortus/ keguguran.

**2. Perkosaan**

a. Pengertian perkosaan:

Perkosaan adalah setiap tindakan laki-laki memasukkan penis, jari atau alat lain ke dalam vagina/alat tubuh seorang perempuan tanpa persetujuannya.

Dikatakan suatu tindak perkosaan tidak hanya bila seorang perempuan disiksa, dipukuli sampai pingsan, atau ketika perempuan meronta, melawan, berupaya melarikan diri, atau korban hendak bunuh diri, akan tetapi meskipun perempuan tidak melawan, apapun yang dilakukan perempuan, bila perbuatan tersebut bukan pilihan keinginan perempuan berarti termasuk tindak perkosaan.

Dalam rumah tangga, hubungan seksual yang tidak diinginkan istri termasuk tindakan kekerasan.

b. Jenis-Jenis Perkosaan

Perkosaan oleh orang yang dikenal.

- 1) Perkosaan oleh suami/bekas suami.
- 2) Perkosaan oleh pacar/dating rape.

- 3) Perkosaan oleh teman kerja/atasan.
  - 4) Pelecehan seksual pada anak.
  - 5) Perkosaan oleh orang yang tidak dikenal.
- c. Perempuan Rentan Terhadap Korban Pemerkosaan
- 1) Kekurangan fisik dan mental, adanya suatu penyakit atau permasalahan yang berkaitan dengan fisik sehingga perempuan duduk diatas kursi roda, bisu, tuli, buta atau keterbelakangan mental. Mereka tidak mampu mengadakan perlawanan.
  - 2) Pengungsi, imigran, tidak mempunyai rumah, anak jalanan / gelandangan, di daerah peperangan
  - 3) Korban tindak kekerasan suami/pacar.
- d. Pencegahan Pemerkosaan :
- 1) Berpakaian santun, tidak mengundang perhatian pria.
  - 2) Melakukan aktifitas secara bersamaan dalam kelompok dengan banyak teman, tidak berdua.
  - 3) Di tempat bersama teman/berkelompok, tidak berdua dengan sesama pegawai atau atasan.
  - 4) Tidak menerima tamu laki-laki ke rumah, bila di rumah seorang diri.
  - 5) Berjalan - jalan bersama banyak teman, terlebih di waktu malam hari.
  - 6) Bila merasa diikuti orang, ambil jalan kearah yang berlainan, atau berbalik dan bertanya ke orang tersebut dengan nada keras, dan tegas. apa maksud dia.
  - 7) Membawa alat yang bersuara keras seperti peluit, atau alat bela diri seperti parfum spray, bubuk cabe/merica yang bisa ditiupkan ke mata
  - 8) Berteriak sekencang mungkin bila diserang.
  - 9) Jangan ragu mencegah dengan mengatakan 'tidak', walaupun pada atasan yang punya kekuasaan atau pada pacar yang sangat dicintai.
  - 10) Ketika bepergian, hindari sendirian, tidak menginap, bila orang tersebut merayu tegaskan bahwa perkataan

- dan sentuhannya membuat anda merasa risih, tidak nyaman, dan cepatlah meninggalkannya.
- 11) Jangan abaikan kata hati. Ketika tidak nyaman dengan suatu tindakan yang mengarah seperti dipegang, diraba, dicium, diajak ke tempat sepi.
  - 12) Waspada terhadap berbagai cara pemerkosaan seperti: hipnotis, obat-obatan dalam minuman, peman, snack atau hidangan makanan.
  - 13) Saat ditempat baru, jangan terlihat bingung. Bertanya pada polisi. Hansip
  - 14) Menjaga jarak/space interpersonal dengan lawan jenis. Di Eropa *space interpersonal* dengan jarak 1 meter.
- e. Tindakan pada saat serangan seksual:
- 1) Hindari menangis atau minta belas kasihan.
  - 2) Hindari kepanikan, tetap waspada, bertindak saat pelaku lengah.
  - 3) Berjuang untuk pernbela diri seperti: menendang, teriak, menawar, melakukan strategi perlawanan.
  - 4) Amati ciri khusus pelaku.
  - 5) Manfaatkan evaluasi situasi yang terbaik. Sikap terhadap korban perkosaan:
  - 6) Menumbuhkan kepercayaan diri bahwa hal ini terjadi bukan kesalahannya.
  - 7) Menumbuhkan gairah hidup.
  - 8) Menghargai kemauannya untuk menjaga privasi dan keamanannya.
  - 9) Mendampingi untuk memeriksa atau lapor pada polisi.
- f. Penanganan
- Tugas tenaga kesehatan dalam kasus tindak perkosaan:
- 1) Bersikap dengan baik, penuh perhatian dan empati.
  - 2) Memberikan asuhan untuk menangani gangguan kesehatannya, misalnya mengobati cedera, pemberian kontrasepsi darurat

- 3) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dan apa yang sebenarnya terjadi.
- 4) Memberikan asuhan pemenuhan kebutuhan psikologis
- 5) Memberikan konseling dalam membuat keputusan.
- 6) Membantu memberitahukan pada keluarga.

### **3. Pelecehan seksual**

Pelecehan seksual adalah segala bentuk perilaku maupun perkataan bermakna seksual yang berefek merendahkan martabat orang yang menjadi sasaran.

Bentuk-bentuk pelecehan seksual

- a. Mengucapkan kata-kata jorok tentang tubuh wanita.
- b. Main mata, siulan nakal, isyarat jorok, sentuhan, rabaan, remasan, usapan, elusan, colekan, pelukan, ciuman pada bagian tubuh wanita.
- c. Menggoda, kearah hubungan seksual.
- d. Laki-laki memperlihatkan alat kelaminnya atau onani di depan perempuan.

### **4. Single parent**

Single parent adalah keluarga yang mana, hanya ada satu orang tua tunggal, hanya ayah atau ibu saja. Keluarga yang terbentuk bisa terjadi pada keluarga sah secara hukum maupun keluarga yang belum sah secara hukum, baik hukum agama maupun hukum pemerintah.

- a. Sebab-sebab terjadinya single parent

Pada keluarga sah.

- 1) Perceraian.
- 2) Orang tua meninggal
- 3) Orang tua masuk penjara.
- 4) Study ke pulau lain atau ke negara lain
- 5) Kerja di luar daerah atau luar negeri. Dampak single parent

Dampak negatif

- 1) Perubahan perilaku anak.
- 2) Perempuan merasa terkucil.

- 3) Psikologi anak terganggu.

Dampak positif

- 1) Anak terhindar dari komunikasi yang kontradiktif dari orang tua
- 2) Ibu berperan penuh dalam pengambilan keputusan dan tegar.
- 3) Anak lebih mandiri dan berkepribadian kuat, karena terbiasa tidak selalu hal didampingi, terbiasa menyelesaikan berbagai masalah kehidupan.

b. Penanganan single parent

- 1) Memberikan kegiatan yang positif. Berbagai macam kegiatan yang dapat mendukung anak untuk lebih bisa menguasai diri secara positif antara lain dengan penyaluran hobi, kursus sehingga menghindarkan anak melakukan hal-hal yang negatif.
- 2) Memberi peluang anak belajar berperilaku baik. Bertandang pada keluarga, lain yang harmonis memberikan kesempatan bagi anak untuk meneladani figur orang tua yang tidak diperoleh dalam lingkungan keluarga sendiri.
- 3) Dukungan komunitas. Bergabung dalam club sesama keluarga dengan orang tua tunggal dapat memberikan dukungan karena anak mempunyai banyak teman yang bernasib sama sehingga tidak merasa sendirian.

c. Upaya pencegahan single parent dan pencegahan dampak negatif single parent

- 1) Pencegahan terjadinya kehamilan di luar nikah.
- 2) Pencegahan perceraian dengan mempersiapkan perkawinan dengan baik dalam segi psikologis, ke-aangan, spiritual.
- 3) Menjaga komunikasi dengan berbagai sarana teknologi informasi.
- 4) Menciptakan kebersamaan antar anggota keluarga.
- 5) Peningkatan spiritual dalam keluarga.

## **5. Perkawinan usia muda dan tua**

Perkawinan adalah ikatan batin antara pria dan wanita sebagai suami istri dengan tujuan membentuk keluarga/ rumah tangga yang bahagia dan kekal berdasar Ketuhanan Yang Maha Esa (UU Perkawinan No 1 Tahun 1974)

Perkawinan usia muda

Menurut UU Perkawinan No 1 Tahun 1974 pasal 7 bahwa perkawinan diijinkan bila laki-laki berumur 19 tahun dan wanita berumur 16 tahun. Namun pemerintah mempunyai kebijakan tentang perilaku reproduksi manusia yang ditegaskan dalam UU No 10 Tahun 1992 yang menyebutkan bahwa pemerintah menetapkan kebijakan upaya penyelenggaraan Keluarga Berencana. Banyaknya resiko kehamilan kurang dari perkawinan diijinkan bila laki-laki berumur 21 tahun dan perempuan berumur 19 tahun. Sehingga perkawinan usia muda adalah perkawinan yang dilakukan bila pria kurang dari 21 tahun dan perempuan kurang dari 19 tahun.

Perkawinan usia tua

Adalah perkawinan yang dilakukan bila perempuan berumur lebih dari 35 tahun.

a. Kelebihan perkawinan usia muda

- 1) Terhindar dari perilaku seks bebas, karena kebutuhan seksual terpenuhi.
- 2) Menginjak usia tua tidak lagi mempunyai anak yang masih kecil.

b. Kelebihan perkawinan usia tua

Kematangan fisik, psikologis, sosial, financial sehingga harapan membentuk keluarga sejahtera berkualitas terbentang.

c. Kekurangan pernikahan usia muda

- 1) Meningkatkan angka kelahiran sehingga pertumbuhan penduduk semakin meningkat.



- 2) Ditinjau dari segi kesehatan, perkawinan usia muda meningkatkan angka kematian bayi dan ibu, risiko komplikasi kehamilan, persalinan dan nifas. Selain itu bagi perempuan meningkatkan risiko ca serviks karena hubungan seksual dilakukan pada saat secara anatomi sel-sel serviks belum matur. Bagi bayi risiko terjadinya kesakitan dan kematian meningkat.
- 3) Kematangan psikologis belum tercapai sehingga keluarga mengalami kesakitan mewujudkan keluarga yang berkualitas tinggi.
- 4) Ditinjau dari segi sosial, dengan perkawinan mengurangi kebebasan pengembangan diri, mengurangi kesempatan melanjutkan pendidikan jenjang tinggi.
- 5) Adanya konflik dalam keluarga membuka peluang untuk mencari pelarian pergaulan di luar rumah sehingga meningkatkan risiko penggunaan minum alkohol, narkoba dan seks bebas.
- 6) Tingkat perceraian tinggi. Kegagalan kehiarga dalam melewati berbagai macam permasalahan meningkatkan risiko perceraian.

d. Kekurangan pernikahan usia tua

- 1) Meningkatkan angka kesakitan dan kematian ibu dan bayi. Kemungkinan/risiko terjadi ca mammae meningkat.
- 2) Meningkatnya risiko kehamilan dengan anak kelainan bawaan, misalnya terjadi kromosom non disjunction yaitu kelainan proses meiosis basil konsepsi (fetus) sehingga menghasilkan kromosom sejumlah 47. Aneuploidy, yaitu ketika kromosom basil konsepsi tidak tepat 23 pasang. Contohnya: trisomi 21 (down syndrome), trisomi 13 (patau syndrome) dan trisomi 18 (Edwards syndrome).

e. Penanganan Perkawinan Usia Muda

- 1) Pendewasaan usia kehamilan dengan penggunaan kontrasepsi sehingga kehamilan pada waktu usia reproduksi sehat.

- 2) Bimbingan psikologis. Hal ini dimaksudkan untuk membantu pasangan dalam menghadapi persoalan-persoalan agar mempunyai cara pandang dengan pertimbangan kedewasaan, tidak mengedepankan emosi.
  - 3) Dukungan keluarga. Peran keluarga sangat banyak membantu keluarga muda baik dukungan berupa material maupun non material untuk kelanggengan keluarga, sehingga lebih tahan terhadap hambatan-hambatan yang ada.
  - 4) Peningkatan kesehatan dengan peningkatan pengetahuan kesehatan, perbaikan gizi bagi istri yang mengalami kurang gizi.
- f. Penanganan Perkawinan Usia Tua
- 1) Pengawasan kesehatan: ANC secara rutin pada tenaga kesehatan.
  - 2) Peningkatan kesehatan dengan peningkatan pengetahuan kesehatan, perbaikan gizi bagi istri yang mengalami kurang gizi.
- g. Pencegahan:
- 1) Penyuluhan kesehatan untuk menikah pada usia reproduksi sehat
  - 2) Merubah cara pandang budaya atau cara pandang diri yang tidak mendukung.
  - 3) Meningkatkan kegiatan sosialisasi.
6. Wanita Di Tempat Kerja
- a. Alasan wanita bekerja
- 1) Aktualisasi diri.  
Wanita yang bekerja akan memperoleh pengakuan dari lingkungan karena produktifitas dan kreatifitas yang telah dihasilkan.
  - 2) Mata pencaharian. Penghasilan yang diperoleh dalam rangka mencukupi kebutuhan sehari-hari agar meningkat kualitas hidup keluarga, baik untuk

memenuhi kebutuhan primer seperti pangan, sandang, papan, atau kebutuhan sekunder seperti perabot rumah tangga, mobil, jaminan kesehatan, dll.

- 3) Relasi positif dalam keluarga. Pengetahuan yang luas dan pengalaman rnengambil keputusan saat bekerja dalam memecahkan suatu masalah ditempat kerja, pola pikir terbuka memungkinkan jalinan saling mendukung dalam keluarga.
- 4) Pemenuhan kebutuhan sosial. Wanita bekerja akan menjumpai banyak relasi, sehingga dapat memperkaya wawasan bagi wanita.

b. Upaya pemecahan

- 1) Bekerja menggunakan proteksi, seperti masker, sarung Langan, baju khusus untuk proteksi radiasi.
- 2) Cek kesehatan secara berkala.
- 3) Melakukan aktifitas bekerja tidak hanya dengan satu pria misalnya bila lembur, tugas luar.
- 4) Tidak nebang kendaraan tanpa ditemani orang lain, sekalipun ditawarkan oleh atasan.
- 5) Jangan ragu mengatakan 'tidak' walaupun pada atasan. Tidak perlu takut pada ancaman di pecat.
- 6) Menetapkan target menikah.
- 7) Menjaga komunikasi dengan keluarga. Mencurahkan perhatian khusus pada keluarga pada hari libur dengan kualitas yang maksimal, mengadakan kegiatan bersarna keluarga, memenuhi hak-hak suami dan anak, berbagi peran dengan suami dan selalu menghargai suami.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. *"Pendewasaan Usia Perkawinan dan Hak-Hak Reproduksi Bagi Remaja Indonesia"*.
- Burns, August, dkk. 2000. *Pemberdayaan Wanita dalam Bidang Kesehatan*. Yayasan Essentia Medica: Yogyakarta.
- Dwiyanto, Agus, Darwin M (editor). 1996. *Seksualitas, Kesehatan Reproduksi, dan Ketimpangan Gender*. Jakarta, Pustaka Sinar Harapan.
- Ida Bagus Gede Manuaba, 1999, *Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita*. Area EGC Jakarta.
- Soetjiningsih. 2004. *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: CV. Sagung seto.



## Tentang Penulis

---

**Bernadeta Vrawati, S.SiT, M.Keb**

**Email:** [verawati@respati.ac.id](mailto:verawati@respati.ac.id)

Penulis lahir di Yogyakarta, pada tanggal 3 Februari 1974. Penulis menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan pada tahun 2001 di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta dan Sarjana Terapan Kebidanan pada tahun 2003 di Universitas Gadjah Mada, tahun 2010 penulis menyelesaikan Pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Padjajaran. Saat ini penulis bekerja di Universitas Respati Yogyakarta sebagai dosen dan mengelola akademik Program Studi sejak tahun 2020. Mata kuliah yang pernah diampu antara lain Konsep Kebidanan, Kesehatan Reproduksi dan Perencanaan Keluarga, Asuhan Kebidanan Persalinan, Penatalaksanaan HIV dalam Kebidanan, dan Askep Kompleks dalam Kebidanan. Penulis memiliki pengalaman menjadi anggota profesi Ikatan Bidan Indonesia, anggota AIPKIND dan menjadi Reviewer Soal Uji Kompetensi Nasional. Selain aktif sebagai pengajar, penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian, pengabdian kepada masyarakat dan bimbingan belajar uji kompetensi bidan.

## **BAB 4.**

### **KOMPLEMENTER REMAJA DAN LANSIA**

#### **4.1. Definisi Komplementer**

Menurut WHO mendefinisikan terapi komplementer dan alternatif (*Complementary and Alternative Medicine / CAM*) sebagai rangkaian praktik perawatan kesehatan yang bukan bagian dari tradisi negara itu sendiri dan tidak terintegrasi dalam sistem perawatan kesehatan dominan. Dalam penerapannya, terdapat perbedaan tujuan aplikasi terapi komplementer dengan alternative. Terapi komplementer biasanya digunakan dengan dikombinasikan dengan perawatan, sedangkan perawatan alternative digunakan sebagai pengganti perawatan.

Terapi komplementer merupakan jenis terapi yang memanfaatkan bidang ilmu kesehatan yang mempelajari bagaimana cara menangani berbagai penyakit menggunakan teknik tradisional. Dalam terapi ini tidak menggunakan obat-obat komersil, melainkan memanfaatkan berbagai jenis obat tradisional dan terapi. Sebagai salah satu penyembuhan penyakit, terapi ini dipilih untuk mendukung pengobatan medis konvensional.

Saat ini dalam dunia kebidanan sering digunakan terapi komplementer atau alternative dalam pelayanan kesehatan ibu dan anak. Menurut Skouteris (2008) di beberapa negara seperti Australia 73% ibu hamilnya menggunakan pengobatan komplementer dan alternatif selama menjalani kehamilan. Kondisi seperti ini tidak hanya dilakukan di Australia saja, banyak Negara yang telah memanfaatkan terapi komplementer dalam bidang kebidanan. Saat ini, banyak bidan yang telah menggunakan terapi komplementer dalam profesi kebidanan dibandingkan dengan profesi lainnya. Bidan biasanya akan menggunakan satu atau lebih jenis pelayanan komplementer dan alternative kepada pasiennya, seperti terapi pijat, terapi herbal, teknik relaksasi, aromaterapi, homeopati, akupunktur, dll (Hall, 2010).

Dewasa ini telah banyak diaplikasikan terapi komplementer dalam asuhan kebidanan. Beberapa jenis terapi komplementer yang dapat dilakukan dalam bidang kebidanan.

## **4.2. Komplementer pada Remaja**

### **4.2.1. Definisi Remaja**

Menurut WHO (2022) remaja merupakan fase antara masa kanak-kanak dan dewasa dalam rentang usia antara 10 hingga 19 tahun. Sedangkan pada Peraturan Menteri Kesehatan RI N0.25, remaja merupakan penduduk dalam rentang usia antara 10 hingga 18 tahun (Kemkes.go.id, 2018). Selain itu, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) mengatakan, rentang usia remaja ialah 10 hingga 24 tahun dan belum menikah, maka dapat diartikan remaja ialah masa pergantian dari anak-anak menuju dewasa (Brief Notes Lembaga Demografi FEB UI, 2020).

Remaja merupakan masa peralihan dari anak-anak menuju dewasa dengan masa transisi yang unik, ditandai dengan berbagai perubahan fisik dan psikis. Berbagai perubahan yang terjadi pada remaja dapat menimbulkan permasalahan yang dapat mengganggu perkembangan mereka di masa depan (BPS, BKKBN, Kemenkes, 2012).

### **4.2.2. Perubahan Fisik, Psikologis dan Sosial Remaja**

#### **4.2.2.1. Perubahan Fisik**

Memasuki usia remaja, beberapa jenis hormon terutama hormon estrogen dan progesteron mulai berperan aktif sehingga pada anak perempuan mulai tumbuh payudara, pinggul melebar dan membesar sehingga tidak terlihat seperti anak kecil lagi. Disamping itu, akan mulai tumbuh rambut-rambut halus di daerah ketiak dan kemaluan. Perubahan lainnya antara lain tubuh bertambah berat dan tinggi, produksi keringat bertambah, kulit dan rambut berminyak. Perubahan tersebut termasuk ke dalam ciri-ciri kelamin sekunder. Sedangkan untuk ciri-ciri kelamin primer ditandai dengan mulai berfungsinya organ reproduksi baik laki-laki maupun perempuan. Pada perempuan, ciri-ciri kelamin primer ditandai dengan datangnya menarche (Proverawati & Misaroh, 2009).

Menarche merupakan suatu tanda mendasar yang membedakan antara pubertas pria dan wanita. Terjadinya menarche pada wanita menjadi suatu tanda awal mulai berfungsinya organ reproduksi. Keluhan-keluhan yang dirasakan pada saat menarche umumnya sama dengan saat haid biasa.

Selama 2 hari sebelum menstruasi dimulai, banyak wanita yang merasa tidak enak badan, pusing, perut kembung, letih atau kadang merasa tekanan pada bagian pinggul. Gejala tersebut umumnya akan hilang ketika darah menstruasi sudah keluar dengan lancar (Aryani, 2010). Gejala awal menarche umumnya tidak berbeda dengan gejala menjelang menstruasi yang sudah rutin terjadi setiap bulan. Namun, ada juga beberapa dari remaja putri yang tidak merasakan gejala apapun menjelang menarche. Gejala menjelang menstruasi terjadi hampir di seluruh bagian tubuh, dan berbagai sistem dalam tubuh, antara lain adanya rasa nyeri di payudara, sakit pinggang, pegal linu, perasaan seperti kembung, muncul jerawat, perasaan lebih sensitive, mudah marah, dan kadang timbul perasaan malas (Sukarni & Wahyu, 2015). Berbagai perubahan fisik selama pubertas bersamaan dengan terjadinya menarche meliputi thelarche, adrenarche, dan pertumbuhan tinggi badan lebih cepat. Thelarche merupakan perkembangan payudara yang disebabkan oleh sekresi hormon estrogen yang mendorong terjadinya penimbunan lemak di jaringan payudara. Sedangkan adrenarche merupakan perkembangan rambut pada aksila dan pubis yang terjadi karena sekresi androgen adrenal pada masa pubertas. Kemudian diikuti dengan pertumbuhan tinggi badan yang cepat, karena dipengaruhi oleh growth hormone, estradiol, dan insulin like-growth factors (IGF-1) atau somatomedin-C (Sukarni & Wahyu, 2015).

#### 4.2.2.2. Perubahan Psikologis

Masa remaja merupakan masa yang dianggap sebagai masa topan badai dan stres (Storm and Stress). Hal tersebut karena mereka telah memiliki keinginan bebas untuk menentukan keinginan sendiri, bila terarah dengan baik maka ia akan menjadi individu yang memiliki rasa tanggung jawab (Proverawati & Misaroh, 2009).



Hurlock (1973) memberi batasan masa remaja berdasarkan usia kronologis, yaitu antara 13 hingga 18 tahun. Menurut Thornburgh (1982), batasan usia tersebut adalah batasan tradisional, sedangkan aliran kontemporer membatasi usia remaja antara 11 hingga 22 tahun.

Perubahan sosial seperti adanya kecenderungan anak-anak pra-remaja untuk berperilaku sebagaimana yang ditunjukkan remaja membuat penganut aliran kontemporer memasukan mereka dalam kategori remaja. Adanya peningkatan kecenderungan para remaja untuk melanjutkan sekolah atau mengikuti pelatihan kerja (magang) setamat SLTA, membuat individu yang berusia 19 hingga 22 tahun juga dimasukkan dalam golongan remaja, dengan pertimbangan bahwa pembentukan identitas diri remaja masih terus berlangsung sepanjang rentang usia tersebut.

Lebih lanjut Thornburgh membagi usia remaja menjadi tiga kelompok, yaitu:

1. Remaja awal : antara 11 hingga 13 tahun
2. Remaja pertengahan: antara 14 hingga 16 tahun
3. Remaja akhir: antara 17 hingga 19 tahun.

Pada usia tersebut, tugas-tugas perkembangan yang harus dipenuhi adalah sebagai berikut:

1. Mencapai hubungan yang baru dan lebih masak dengan teman sebaya baik sesama jenis maupun lawan jenis
2. Mencapai peran sosial maskulin dan feminin
3. Menerima keadaan fisik dan dapat mempergunakannya secara efektif
4. Mencapai kemandirian secara emosional dari orangtua dan orang dewasa lainnya
5. Mencapai kepastian untuk mandiri secara ekonomi
6. Memilih pekerjaan dan mempersiapkan diri untuk bekerja
7. Mempersiapkan diri untuk memasuki perkawinan dan kehidupan keluarga
8. Mengembangkan kemampuan dan konsep-konsep intelektual untuk tercapainya kompetensi sebagai warga negara

9. Menginginkan dan mencapai perilaku yang dapat dipertanggungjawabkan secara sosial

Memperoleh rangkaian sistem nilai dan etika sebagai pedoman perilaku (Havighurst dalam Hurlock, 1973).

Perkembangan psikologis dibagi menjadi 3 menurut Indriani & Asmuji (2014), yaitu:

1. Perkembangan psikososial

Remaja pada usia 12-15 tahun masih berada pada tahap permulaan dalam pencarian identitas diri. Dimulai pada kemampuan yang sering diungkapkan dalam bentuk kemauan yang tidak dapat dikompromikan sehingga mungkin berlawanan dengan kemauan orang lain. Bila kemauan itu ditentang, mereka akan cenderung memaksa agar kemauannya dipenuhi.

2. Emosi

Emosi adalah perasaan mendalam yang biasanya menimbulkan perbuatan atau perilaku. Perasaan dapat berkaitan dengan fisik atau psikis, sedangkan emosi hanya dipakai untuk keadaan psikis. Pada masa remaja, kepekaan terhadap emosi menjadi meningkat sehingga rangsangan sedikit saja dapat menimbulkan luapan emosi yang besar.

3. Perkembangan kecerdasan

Perkembangan intelegensi masih berlangsung pada masa remaja sampai usia 21 tahun. remaja lebih suka belajar sesuatu yang mengandung logika yang dapat dimengerti hubungan antara hal satu dengan hal yang lainnya. Imajinasi remaja juga banyak mengalami kemajuan ditinjau dari prestasi yang dicapainya.

#### 4.2.2.3. Perubahan Sosial

Identitas diri menjadi lebih kuat, mampu memikirkan ide, mampu mengekspresikan perasaan dengan kata-kata, lebih menghargai orang lain, selera humor lebih berkembang (Pediatri, 2010).

### 4.2.3. Permasalahan pada Remaja

#### 4.2.3.1. Kecemasan

Perkembangan emosi remaja biasanya masih labil, belum mampu mengendalikan sepenuhnya emosi yang dirasakannya (Sarwono, 2011). Menurut Hurlock (2014) perkembangan emosi atau psikis pada remaja 12 menyebabkan kecemasan terutama pada remaja awal. Kecemasan tersebut dikarenakan kekhawatirannya terhadap perubahan fisik pada tubuhnya. Peningkatan emosional ini merupakan hasil dari perubahan fisik terutama hormon yang terjadi pada masa remaja (Putro, 2017). Perubahan fisik saat masa remaja terjadi seiring dengan dilepasnya hormon seks oleh testis pada anak laki-laki atau ovarium pada anak perempuan. Pelepasan hormon ini sering menyebabkan kulit anak berjerawat dan ia mulai mengalami bau badan (Upahita, 2022).

Kecemasan bisa disebabkan oleh kekerasan, kemiskinan, pengucilan, stigma, atau sekadar tuntutan dari sekolah atau orangtua. Kekerasan dan pengucilan dapat dikarenakan *bullying* atau *cyber bullying* (Upahita, 2022).

Elkind dan Postman (dalam Fuhrmann, 1990 Retnowati, S, 2000) menyebutkan tentang fenomena akhir abad duapuluh, yaitu berkembangnya kesamaan perlakuan dan harapan terhadap anak-anak dan orang dewasa. Anak-anak masa kini mengalami banjir stres yang datang dari perubahan sosial yang cepat dan membingungkan serta harapan masyarakat yang menginginkan mereka melakukan peran dewasa sebelum mereka masak secara psikologis untuk menghadapinya. Tekanan-tekanan tersebut menimbulkan akibat seperti kegagalan di sekolah, penyalahgunaan obat-obatan, depresi dan bunuh diri, keluhan-keluhan somatik dan kesedihan yang kronis.

Bellak (dalam Fuhrmann, 1990 & Retnowati, S, 2000) secara khusus membahas pengaruh tekanan media terhadap perkembangan remaja. Menurutnya, remaja masa kini dihadapkan pada lingkungan dimana segala sesuatu berubah sangat cepat. Mereka dibanjiri oleh informasi yang terlalu banyak dan terlalu cepat untuk diserap dan dimengerti. Semuanya terus bertumpuk hingga mencapai apa yang

disebut information overload. Akibatnya timbul perasaan terasing, keputusasaan, absurditas, problem identitas dan masalah-masalah yang berhubungan dengan benturan budaya.

#### **4.2.3.2. Menstruasi**

Menurut data badan kesehatan dunia (World Health Organization, 2010) terdapat 75% remaja yang mengalami gangguan haid dan ini merupakan alasan terbanyak seorang remaja putri mengunjungi dokter spesialis kandungan. Siklus haid pada remaja sering tidak teratur, terutama pada tahun pertama setelah menarche sekitar 80% remaja putri mengalami terlambat haid 1 sampai 2 minggu dan sekitar 7% remaja putri yang haidnya datang lebih cepat, disebabkan oleh ovulasi yang belum terjadi (Anovulatory cycles) (Misaroh, 2009).

Demikian pula di Indonesia, Departemen Kesehatan Republik Indonesia melaporkan terjadi penurunan usia menarche di Indonesia. Di Yogyakarta remaja yang sedang mengalami pubertas berjumlah sekitar 1,5 juta atau 1,2%. Sekitar 70 - 90% remaja putri di Indonesia mengalami ketidakaturan siklus menstruasi, yaitu persentase menstruasi tidak teratur mencapai 15,8% di wilayah DIY dalam siklus kehidupan masa pubertas merupakan tahapan yang penting dalam perkembangan seksualitasnya. Pada wanita umumnya masa pubertas dimulai pada saat usia 8-14 tahun. Awal pubertas berbeda-beda untuk tiap individu tergantung dari bangsa, iklim, gizi dan kebudayaan. Dengan bertambah baiknya gizi seorang anak, maka masa pubertasnya dapat terjadi lebih cepat. Pubertas berakhir pada saat ovarium sudah berfungsi secara mantap dan teratur (Misaroh, 2009).

Pada pengkajian yang dilakukan terhadap penelitian-penelitian yang dilakukan oleh peneliti lain mendapatkan prevalensi bervariasi antara 15,8 – 89,5%, dengan prevalensi gangguan menstruasi tertinggi yang terjadi pada remaja sedangkan menurut Bieniasz J et al dalam penelitiannya mengenai gangguan menstruasi lainnya, mendapatkan prevalensi amenorea primer sebanyak 5,3%, amenorea sekunder 18,4%, oligomenorea 50%, polimenorea 10,5%, dan gangguan campuran sebanyak 15,8% (Sahmin, 2009).

Hasil penelitian Mahdiyyah F. E. menunjukkan bahwa di MAN 11 Jakarta Selatan tahun 2015 diantara 189 remaja mengalami gangguan pada siklus menstruasinya sebanyak 53% (100) remaja, dibandingkan dengan 47% (89) remaja. Yang mengalami ketidakteraturan pada menstruasi dengan faktor yang paling banyak yaitu umur (usia remaja awal).

Peranan pemerintah untuk program gizi remaja yaitu 13 pesan gizi seimbang yaitu makanlah aneka ragam makanan, makanlah makanan untuk memenuhi kebutuhan energi, makanlah makanan sumber karbohidrat, batasi konsumsi lemak, gunakan garam beriodium, makanlah makanan sumber zat besi, biasakan makan pagi (sarapan), minum air bersih cukup jumlahnya, lakukan kegiatan olahraga, makanlah makanan yang aman bagi kesehatan, baca label pada makanan yang telah dikemas. Di sekolah program gizi sudah banyak yang diluncurkan, program edukasi gizi di sekolah-sekolah, program suplementasi gizi melalui program, pemberian makanan maupun produk zat gizi seperti zat besi dan vitamin A, program rotifikasi bahan makanan seperti iodium pada garam ataupun rotifikasi besi pada tepung.

Salah satu program yang dilakukan Nurtyas dkk (2023) bekerjasama dengan Dompot Duafa, Kimia Farma dan SMK N 1 Depok Sleman Yogyakarta adalah pemberian makanan tambahan (PMT) berupa nugget ikan kembung untuk meningkatkan kadar hemoglobin (Hb) remaja. Hasil penelitian menunjukkan terdapat peningkatan kadar Hb sebelum dan sesudah diberikan nugget ikan kembung.

Peran pemerintah dalam kesehatan reproduksi pemerintah bekerja sama dengan lembaga seperti BKKBN dengan membentuk pusat informasi konseling remaja (PIK/R) di sekolah terutama tingkat menengah pertama dan SMA. Peran bidan dalam program gizi dan kesehatan reproduksi memberikan penyuluhan pada remaja tentang asupan nutrisi yang baik dan menstruasi yang sehat (Rizkiah, 2015).

#### **4.2.3.3. Dismenorea**

Nyeri haid / dismenore adalah keluhan ginekologis akibat ketidakseimbangan hormon progesteron dalam darah sehingga

mengakibatkan timbul rasa nyeri yang paling sering terjadi pada wanita. Berdasarkan jenis nyeri, nyeri haid dapat dibagi menjadi, dismenore spasmodik dan dismenore kongestif (Calis, 2011).

Selama menstruasi, sel-sel endometrium yang terkelupas melepaskan prostaglandin F2 alpha (PGF2 alpha) (kelompok persenyawaan mirip hormon kuat yang terdiri dari asam lemak esensial). Prostaglandin F2 alpha merangsang otot uterus dan mempengaruhi pembuluh darah yang menyebabkan iskemia uterus (penurunan suplai darah ke rahim) melalui kontraksi myometrium (otot dinding rahim) dan vasokonstriksi (penyempitan pembuluh darah). Hal ini memperparah hipoksia uterus yang secara normal terjadi pada saat menstruasi, sehingga timbul rasa nyeri

#### 4.2.3.3.1. Nyeri Spasmodik

Nyeri spasmodik terasa di bagian bawah perut dan berawal sebelum masa haid atau segera setelah masa haid mulai. Banyak perempuan terpaksa harus berbaring karena terlalu menderita nyeri itu sehingga ia tidak dapat mengerjakan apa pun. Ada di antara mereka yang pingsan, merasa sangat mual, bahkan ada yang benar-benar muntah. Kebanyakan penderitanya adalah perempuan muda walaupun dijumpai pula pada kalangan yang berusia 40 tahun ke atas. Dismenore spasmodik dapat diobati atau paling tidak dikurangi dengan lahirnya bayi pertama walaupun banyak pula perempuan yang tidak mengalami hal seperti itu.

#### 4.2.3.3.2. Nyeri Kongestif

Penderita dismenore kongestif yang biasanya akan tahu sejak sehari-hari sebelumnya bahwa masa haidnya akan segera tiba. Mereka mungkin akan mengalami pegal, sakit pada buah dada, perut kembung tidak menentu, beha terasa terlalu ketat, sakit kepala, sakit punggung, pegal pada paha, merasa lelah atau sulit dipahami, mudah tersinggung, kehilangan keseimbangan, menjadi ceroboh, terganggu tidur, atau muncul memar di paha dan lengan atas. Semua itu merupakan simptom pegal menyiksa yang berlangsung antara 2 atau 3 hari sampai kurang dari 2 minggu. Proses menstruasi mungkin tidak terlalu menimbulkan nyeri jika sudah berlangsung. Bahkan setelah hari

pertama masa haid, orang yang menderita dismenore kongestif akan merasa lebih baik. Sedangkan berdasarkan ada tidaknya kelainan atau sebab yang dapat diamati, nyeri haid dapat dibagi menjadi, dismenore primer dan dismenore sekunder.

#### 4.2.3.3.2.1. Dismenore Primer

Dismenore primer adalah nyeri haid yang dijumpai tanpa di adanya kelainan pada alat- alat genital yang nyata. Dismenore primer terjadi beberapa waktu setelah menarche biasanya setelah 12 bulan atau lebih, oleh karena siklus- siklus haid pada bulan-bulan pertama setelah menarche umumnya berjenis anovulator yang tidak disertai dengan rasa nyeri. Rasa nyeri timbul tidak lama sebelumnya atau bersama- sama dengan permulaan haid dan berlangsung untuk beberapa jam, walaupun pada beberapa kasus dapat berlangsung beberapa hari. Sifat rasa nyeri adalah kejang berjangkit- jangkit, biasanya terbatas pada perut bagian bawah, tetapi dapat menyebar ke daerah pinggang dan paha. Bersamaan dengan rasa nyeri dapat dijumpai rasa mual, muntah, sakit kepala, diare, iritabilitas dan sebagainya. Gadis dan perempuan muda dapat diserang nyeri haid primer. Dinamakan dismenore primer karena rasa nyeri timbul tanpa ada sebab yang dapat dikenali. Nyeri haid primer hampir selalu hilang sesudah perempuan itu melahirkan anak pertama, sehingga dahulu diperkirakan bahwa rahim yang agak kecil dari perempuan yang belum pernah melahirkan menjadi penyebabnya, tetapi belum pernah ada bukti dari teori itu (Hermawan, 2012)

#### 4.2.3.3.2.2. Dismenore Sekunder

Dismenore sekunder adalah nyeri haid yang disertai kelainan anatomis genitalis (Manuaba, 2001). Sedangkan menurut Hacker (2001) tanda – tanda klinik dari dismenore sekunder adalah endometriosis, radang pelvis, fibroid, adenomiosis, kista ovarium dan kongesti pelvis. Umumnya, dismenore sekunder tidak terbatas pada haid, kurang berhubungan dengan hari pertama haid, terjadi pada perempuan yang lebih tua (30-40 th) dan dapat disertai dengan gejala yang lain (dyspareunia, kemandulan dan perdarahan yang abnormal) (Hermawan, 2012).

Dismenore menyebabkan nyeri pada perut bagian bawah, yang bisa menjalar ke punggung bagian bawah dan tungkai. Nyeri dirasakan sebagai kram yang hilang-timbul atau sebagai nyeri tumpul yang terus menerus ada. Biasanya nyeri mulai timbul sesaat sebelum atau selama menstruasi, mencapai puncaknya dalam waktu 24 jam dan setelah 2 hari akan menghilang. Dismenore juga sering disertai oleh sakit kepala, mual, sembelit atau diare dan sering berkemih. Kadang sampai terjadi muntah.

Wanita yang mengalami dismenore memproduksi prostaglandin 10 kali lebih banyak dari wanita yang tidak dismenore. Prostaglandin menyebabkan meningkatnya kontraksi uterus, dan pada kadar yang berlebih akan mengaktifasi usus besar. Penyebab lain dismenore dialami wanita dengan kelainan tertentu, misalnya endometriosis, infeksi pelvis (daerah panggul), tumor rahim, apendisitis, kelainan organ pencernaan, bahkan kelainan ginjal (Ernawati, 2010).

Nyeri saat haid menyebabkan ketidaknyamanan dalam aktivitas fisik sehari-hari. Keluhan ini berhubungan dengan ketidakhadiran berulang di sekolah ataupun di tempat kerja, sehingga dapat mengganggu produktivitas. Empat puluh hingga tujuh puluh persen wanita pada masa reproduksi mengalami nyeri haid, dan sebesar 10 persen mengalaminya hingga mengganggu aktivitas sehari-hari. Sekitar 70-90 persen kasus nyeri haid terjadi saat usia remaja dan remaja yang mengalami nyeri haid akan terpengaruh aktivitas akademis, sosial dan olahraganya (Puji, 2010).

Karakteristik nyeri ini sangat khas karena muncul secara reguler dan periodik menyertai menstruasi yaitu rasa tidak enak di perut bagian bawah sebelum dan selama haid disertai mual disebabkan meningkatnya kontraksi uterus. Hal ini dilaporkan sebagai dismenore. Istilah dismenore (dysmenorrhoea) berasal dari bahasa “Greek” yang artinya dys (gangguan/nyeri hebat/abnormalitas) – meno (bulan) – rrhea (“flow” atau aliran) sehingga dari makna tersebut, dismenore adalah gangguan aliran darah haid atau nyeri haid (Ernawati, 2010). Di Amerika Serikat, nyeri haid dilaporkan sebagai penyebab utama



ketidakhadiran berulang pada siswa wanita di sekolah. Studi epidemiologi pada populasi remaja (berusia 12-17 tahun) di Amerika Serikat, Klein dan Litt melaporkan prevalensi dismenore mencapai 59,7%. Dari mereka yang mengeluh nyeri, 12% berat, 37% sedang, dan 49% ringan. Studi ini juga melaporkan bahwa dismenore menyebabkan 14% remaja sering tidak masuk sekolah.

Penelitian tersebut juga menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan prevalensi yang signifikan diantara populasi yang berbeda, Puncak insiden dismenore primer terjadi pada akhir masa remaja dan di awal usia 20-an, insiden dismenore pada remaja dilaporkan sekitar 92%. Insiden ini menurun seiring dengan bertambahnya usia dan meningkatnya kelahiran. Sedangkan di Indonesia angka kejadian dismenore sebesar 64,25 % yang terdiri dari 54,89% dismenore primer dan 9,36 % dismenore sekunder. Di Surabaya di dapatkan 1,07 %-1,31 % dari jumlah penderita dismenore datang kebagian kebidanan (Ernawati,2010).

Penelitian Suhartatik (2003) menunjukkan adanya hubungan gejala saat menstruasi dengan produktivitas kerja perawat di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta. Penelitian Samsul (1997) melaporkan bahwa 10% pekerja wanita dengan dismenore mengalami kesakitan yang serius akibat dismenore dan tidak boleh bekerja. Selain itu menurut Widya dkk. (2001) melaporkan 52% pelajar di Yogyakarta tidak dapat melakukan aktivitas harian dengan baik selama mengalami menstruasi.

Hasil studi pendahuluan pada sekolah SMK Batik 1 Surakarta didapatkan bahwa siswa perempuan di sekolah tersebut pernah mengalami nyeri haid (dismenore) dan kadang ada yang sampai meminta ijin untuk pulang karena tidak tahan terhadap dismenore yang mereka alami (Ningsih,2011). Meskipun keluhan nyeri haid umum terjadi pada wanita, sebagian besar wanita yang mengalami nyeri haid jarang pergi ke dokter, mereka mengobati nyeri tersebut dengan obat-obat bebas tanpa resep dokter. Telah diteliti bahwa sebesar 30-70% remaja wanita mengobati nyeri haidnya dengan obat anti nyeri yang dijual bebas. Hal ini sangat berisiko, karena efek

samping dari obatobatan tersebut bermacam-macam jika digunakan secara bebas dan berulang tanpa pengawasan dokter.

#### **4.2.1. Asuhan Komplementer pada Remaja**

##### **4.2.4.1. Stimulasi dan Masase kutaneus**

Masase adalah stimulus kutaneus tubuh secara umum, sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman karena masase membuat relaksasi otot.

##### **4.2.4.2. Terapi Es dan Panas**

Terapi es dapat menurunkan prostglandin yang memperkuat sensitifitas reseptor nyeri dan subkutan lain pada tempat cedera dengan menghambat proses inflamasi. Terapi panas mempunyai keuntungan meningkatkan aliran darah ke suatu area dan kemungkinan dapat turut menurunkan nyeri dengan mempercepat penyembuhan.

##### **4.2.4.3. *Transecutaneous Elektrikal Nerve Stimulaton (TENS)***

Stimulasi saraf listrik transkutan (TENS) menggunakan arus listrik bertegangan rendah untuk menghilangkan rasa sakit. Unit TENS adalah perangkat kecil yang menyalurkan arus pada atau di dekat saraf untuk memblokir atau mengubah persepsi pasien tentang rasa sakit.

##### **4.2.4.4. Distraksi Distraksi**

Adalah pengalihan perhatian dari hal yang menyebabkan nyeri, contoh: menyanyi, brdoa, menceritakan gambar atau foto denaga kertas, mendengar musik dan bermain satu permainan.

##### **4.2.4.5. Relaksasi**

Relaksasi merupakan teknik pengendoran atau pelepasan ketegangan. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas nafas abdomen dengan frekuensi lambat, berirama (teknik relaksasi nafas dalam. Contoh: bernafas dalam-dalam dan pelan.

##### **4.2.4.6. Akupresure (Pijat Titik-titik Tertentu)**

Penekanan titik akupresur dapat meningkatkan hormon endorphen dan mengurangi sensasi-sensasi nyeri. Endorphen yaitu hormon yang mampu menghadirkan rasa rileks pada tubuh secara alami, memblokir reseptor nyeri ke otak. Cara Pemijatan : Searah jarum jam sebanyak 30 putaran selama 3-5 menit

#### 4.2.4.7. Yoga

Manfaat yoga adalah meningkatkan kebugaran dan kesehatan fisik, membuat bentuk tubuh lebih baik, meningkatkan konsentrasi, meningkatkan optimism, mengurangi stress dan kecemasan, mengatasi nyeri disminore serta mendorong kreativitas remaja dan disiplin diri.

Titik akupresure untuk dismenorea yaitu:

##### 4.2.4.7.1. Sacral point



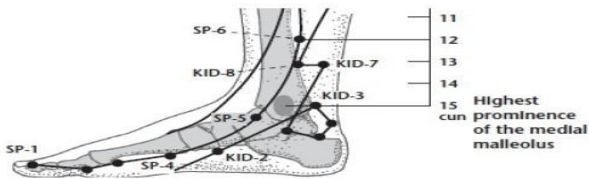
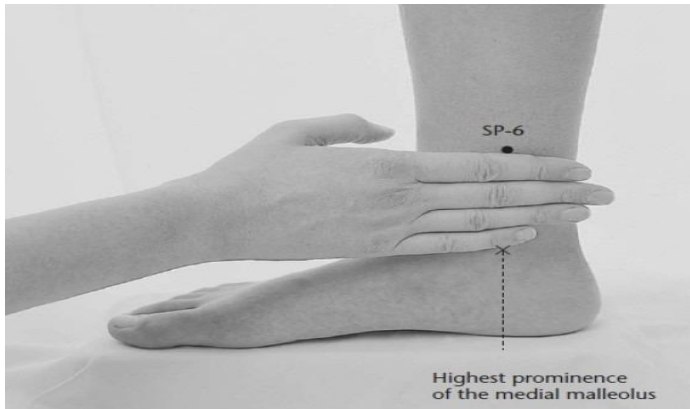
The Sacral Points are a set of very close points on the sacrum. They increase the blood and energy flows in the pelvis (genitalia, chakras).

#### Names:

Bladder 27 to Bladder 34, B27-34, Sacral Points.

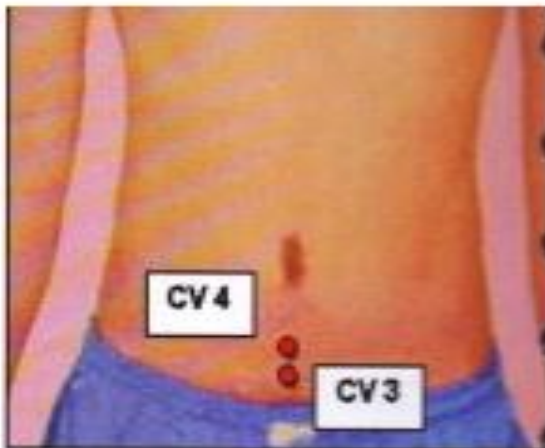
##### 4.2.4.7.2. Sanyinjiao point (SP6)

Untuk memperbaiki fungsi limfa, ginjal, dan hati.



#### 4.2.4.7.3. Titik CV 3 dan CV 4

Untuk melancarkan haid yaitu CV 4 : 7cm dari umbilikalis dan  
CV 3 : 10cm dari umbilikalis



#### 4.2.4.7.4. Titik LI 4

Untuk mengatasi nyeri dan mendorong darah keluar



#### 4.2.4.7.5. Titik ST 36

Untuk meningkatkan stamina tubuh.



#### 4.2.4.8. Herbal

Penelitian pada 2009 lalu membuktikan, wanita yang mengonsumsi jahe sebanyak 250 miligram selama tiga hari sejak awal haid terbukti efeknya sama seperti minum obat nyeri haid atau penghilang rasa sakit. Penelitian lain pada 2012 menganalisis efek samping penggunaan bubuk akar jahe pada 120 wanita yang mengalami nyeri haid sedang atau berat. Hasilnya, wanita yang mengonsumsi ramuan alami ini dua hari sebelum menstruasi mengalami nyeri haid yang lebih ringan.

Dalam penelitian pada 2015, Adas mengandung senyawa dengan efek antikejang bernama anethole. Senyawa ini dapat membantu meredakan sakit perut saat menstruasi. Wanita yang mengalami nyeri haid ringan sampai sedang dan mengonsumsi ekstrak adas merasakan, rasa sakitnya berkurang seperti saat minum obat penghilang rasa sakit.

Dilansir dari Everyday Health, teh herbal seperti chamomile dan peppermint juga kerap dimanfaatkan untuk menghilangkan nyeri haid. Seduhan bahan alami ini telah digunakan oleh sejumlah wanita dari berbagai budaya sejak beberapa abad lalu. Kedua teh herbal ini sering direkomendasikan bagi wanita yang sedang haid karena memberikan efek menenangkan bagi tubuh.

#### **4.2.4.9. Aromaterapi**

Bahan yang digunakan dalam aromaterapi adalah zat aktif yang diambil dari tumbuh-tumbuhan aromatic (ekstraksi bunga, daun, akar, batang/ ranting, buah, biji, dan lain-lain) yang memberikan efek stimulasi atau relaksasi. Cara penggunaan aroma terapi dapat dgn : penghirupan, pengompresan, pengolesan dikulit, perendaman dan akan lebih efektif disertai pijatan (Permenkes 1205/Menkes/Per/X/2004).

Penelitian Maharani (2021) “aromaterapi lavender untuk mengatasi insomnia pada remaja”, merupakan penelitian dengan *literature review*. Hasil Pemberian aromaterapi lavender (*lavandula angustifolia*) dapat menurunkan derajat insomnia dan meningkatkan kualitas tidur pada remaja. Merdikawati, dkk (2012) yaitu ada

pengaruh aromaterapi lavender dalam mengatasi kecemasan pre menstrual syndrome.

Nuraeni (2021) melakukan penelitian tentang Aromaterapi Lavender terhadap Intensitas Nyeri haid (Dysmenorrhea). Hasil :Aromaterapi Lavender berpengaruh terhadap intensitas nyeri haid (dismenore) pada mahasiswi. Aromaterapi lain disminore :pappermint, lemon, citrus, jasmine, ginger.

#### **4.2.4.10. Akupunktur**

Akupunktur adalah suatu cara pengobatan dengan perangsangan pada titik-titik tertentu di tubuh (titik akupunktur) dengan menggunakan jarum halus untuk meningkatkan kemampuan tubuh mencapai kesembuhan alami dan memperbaiki fungsi tubuh yang terganggu. Penusukan titik akupunktur merangsang sistem persarafan sehingga menimbulkan reaksi setempat (pelebaran pembuluh darah/vasodilatasi) yang akan meningkatkan peredaran darah. Pada kasus dismenore, penusukan akupunktur menyebabkan pelebaran pembuluh darah sekitar rahim sehingga melancarkan aliran darah ke rahim dan mengurangi kontraksi dinding otot rahim. Selain itu, penusukan akupunktur akan merangsang sistem saraf dan mengaktifkan zat-zat yang bersifat sebagai penghantar saraf (neurotransmitter) untuk memodulasi nyeri sehingga pada akhirnya dapat mengatasi nyeri. Penusukan akupunktur juga merangsang pelepasan beta endorfin yang dapat memberikan efek relaksasi sehingga penderita menjadi relaks dan nyaman serta mengurangi stres yang timbul akibat nyeri.

### **4.3. Komplementer pada Lanjut Usia (Lansia)**

#### **4.3.1. Definisi Lanjut Usia (Lansia)**

Menurut *World Health Organization* (WHO), lansia adalah seseorang yang telah memasuki usia 60 tahun keatas. Lansia merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. Menurut Peraturan Presiden Nomo 88 Tahun 2021 tentang Strategi Nasional Kelanjutusiaan, yang

dimaksud dengan Lanjut Usia (lansia) adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas.

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) , ada empat tahapan yaitu:

- a. Usia pertengahan (*middle age*) usia 45-59 tahun.
- b. Lanjut usia (*elderly*) usia 60-74 tahun.
- c. Lanjut usia tua (*old*) usia 75-90 tahun.
- d. Usia sangat tua (*very old*) usia > 90 tahun.

#### **4.3.2. Perubahan Fisik, Kognitif dan Psikososial Lansia**

##### **4.3.2.1. Perubahan Fisik**

Perubahan dari tingkat sel sampai ke semua sistem organ tubuh, diantaranya sistem pernafasan, pendengaran, penglihatan, kardiovaskuler, sistem pengaturan tubuh, muskuloskeletal, gastrointestinal, genito urinaria, endokrin dan integumen.

Perubahan-perubahan anatomik/fisiologik akibat proses menua. Semakin tua usia seseorang maka kemungkinan terjadinya penurunan anatomik atas organ-organnya main besar. (Kane dalam Darmojo, 2006) menyebutkan bahwa fungsi organ akan menurun sebanyak satu persen setiap tahunnya setelah usia 30 tahun. Penurunan fungsional yang lebih nyata aka terlihat setelah usia 70 tahun.

##### **4.3.2.2. Perubahan Kognitif**

Perubahan pada fungsi kognitif diantaranya : Kemunduran umumnya terjadi pada tugas-tugas yang membutuhkan kecepatan dan tugas yang membutuhkan memori jangka pendek; Kemampuan intelektual tidak mengalami kemunduran; Kemampuan verbal dalam bidang kosakata akan menetap bila tidak ada penyakit.

##### **4.3.2.3. Perubahan Psikososial**

Perubahan psikososial menyebabkan rasa tidak aman, takut, merasa penyakit selalu mengancam, sering bingung, panik, dan depresi. Hal itu disebabkan antara lain karena ketergantungan fisik dan sosial ekonomi. Ketergantungan sosial finansial pada waktu pensiun menyebabkan kehilangan rasa bangga, hubungan sosial, kewibawaan, dan sebagainya.



Masalah-masalah ini serta reaksi individu terhadapnya akan sangat beragam, tergantung kepada kepribadian individu yang bersangkutan. Pada saat ini orang yang telah menjalani kehidupannya dengan bekerja mendadak diharapkan untuk menyesuaikan dirinya dengan masa pensiun. Tetapi bagi banyak pekerja pensiun berarti terputus dari lingkungan dan teman-teman yang akrab dan disingkirkan untuk duduk-duduk dirumah dengan begitu dapat menimbulkan perasaan kesepian akibat pengasingan dari lingkungan sosial, kehilangan hubungan teman dan keluarga, perubahan mendadak dalam kehidupan rutin yang membuat mereka merasa kurang melakukan kegiatan yang berguna, antara lain:

- 4.3.2.3.1. Minat. Pada umumnya minat seseorang akan berubah kuantitas dan kualitasnya pada masa lanjut usia. Lazimnya minat dalam aktifitas fisik cenderung menurun dengan bertambahnya usia. Kendati perubahan minat pada usia lanjut jelas berhubungan dengan menurunnya kemampuan fisik, tidak dapat diragukan bahwa hal-hal tersebut dipengaruhi oleh faktor-faktor sosial.
- 4.3.2.3.2. Isolasi dan kesepian Banyak faktor bergabung sehingga membuat orang lanjut usia terisolasi dari yang lain. Secara fisik, mereka kurang mampu mengikuti aktivitas yang melibatkan usaha. Makin menurunnya kualitas indera yang mengakibatkan ketulian, penglihatan yang makin kabur, dan sebagainya. Selanjutnya membuat orang lanjut usia merasa terputus dari hubungan dengan orang-orang lain. Faktor lain yang membuat isolasi makin menjadi lebih parah adalah perubahan sosial, terutama mengendornya ikatan kekeluargaan. Bila orang lanjut usia tinggal bersama saudaranya, lansia bisa bersikap toleran terhadap mereka, sayangnya mereka jarang menghormatinya sehingga lansia tersebut terisolasi dan merasa hidup sendiri.

### **4.3.3. Permasalahan pada Lansia**

#### **4.3.3.1. Kesehatan**

Penuaan mempengaruhi tubuh karena melemahkan otot, tulang, pendengaran, dan penglihatan, serta mobilitas. Sekitar 92 persen lansia menderita sedikitnya satu penyakit kronis dan 77 persen menderita dua penyakit kronis, termasuk jantung, stroke, diabetes dan kanker.

Malnutrisi pada lansia di atas usia 65 tahun, sering tidak terdiagnosis. Padahal malnutrisi dapat menyebabkan melemahnya sistem kekebalan tubuh dan kelemahan otot. Penyebab malnutrisi dari depresi, pembatasan diet, masalah kesehatan lainnya dan alkohol.

#### **4.3.3.2. Psikis**

Kesehatan psikis/mental mempengaruhi lansia termasuk Alzheimer, demensia, dan depresi. Sekitar 47,5 juta orang di dunia menderita demensia dan diperkirakan meningkat tiga kali lipat pada 2050. Menurut WHO, lebih dari 15 persen orang berusia 60 menderita gangguan mental.

Kenyataan pahit yang tak jarang dirasakan lansia adalah dilecehkan. Diperkirakan antara 9-50 persen orang lanjut usia telah mengalami pelecehan verbal, fisik, dan finansial. Mereka diabaikan keluarga dan kerabat, bahkan dalam beberapa kasus tertentu membuat keadaan semakin memburuk.

#### **4.3.3.3. Sosial Ekonomi**

Peluang keterlibatan sosial lansia lebih kecil dibanding kelompok usia yang lebih muda. Di sisi lain mereka kesepian ketika ditinggalkan anak-anak mereka yang pindah ke tempat lain, teman atau pasangan meninggal, dan pensiun dari pekerjaan.

Lansia yang telah pensiun dari pekerjaannya hidup dengan pendapatan tetap, sementara biaya hidup terus meningkat akan menimbulkan batasan finansial. Selain itu, jika mereka mengalami masalah kesehatan, ada biaya medis tambahan yang membuatnya menjadi lebih sulit.

#### **4.3.4. Asuhan Komplementer pada Lansia**

##### **4.3.4.1. Herbal**

Teh Hijau Menurunkan Kolesterol dan Hipertensi. Analisis : Teh Hijau mengandung pelifenol (katekin dan theavlaflin) sebagai antioksidan yang mampu melindungi oksidasi LDL/kolesterol dan membantu kerja enzim superoxide dismutase (SOD) yang menyingkirkan radikal bebas sehingga berpengaruh penurunan LDL dan mencegah tekanan darah tinggi (Penelitian Sriyono, 2012)

##### **4.3.4.2. Yoga**

Yoga menurunkan TD dan Insomnia pada lansia. Analisis : Yoga membuat tubuh membuat keadaan tenang dan rileks yang membuat frekuensi gelombang otak melambat dan semakin melambat sehingga membuat seseorang mudah beristirahat dan tidur (Lestari Widawati, 2012).

##### **4.3.4.3. Relaksasi dan meditasi**

Meditasi untuk Menurunkan Tekanan Darah (Hipertensi) pada Lansia. Analisis : Meditasi membuat kondisi rileks dan tenang, kondisi tubuh seimbang. Sirkulasi O<sub>2</sub> ke otot meningkat, otot mengendur dan TD menurun (Penelitian Wedi Marti dan Ponia A, 2016)

##### **4.3.4.4. Massage**

Massage Kaki dan Rendam Kaki untuk Insonia pada Lansia. Analisis : massage memberikan rangsangan pada syaraf yang memberikan efek rileks/menurunkan ketegangan, melancarkan sirkulasi darah dan oksigen ke sel sehingga efek relaksasi akan meningkatkan kualitas tidur (Peneliti andrian Edi, 2016)

##### **4.3.4.5. Aromaterapi**

Aromaterapi (Lavender) untuk insomnia pada Lansia. Analisis : Aromaterapy lavender memiliki efek menenangkan atau rileks dari kecemasan, ketegangan dan insomnia. Terbukti dapat menurunkan derajat insomnia pada lansia (durasi tidur malam lebih lama) (Penelitian Sri Adiyanti, 2010)

##### **4.3.4.6. Hidroterapi**

Hidroterapi untuk Menurunkan Tekanan Darah pada Lansia. Analisis : Hidroterapi air hangat memiliki efek biologis panas/hangat

menyebabkan dilatasi pembuluh darah sehingga sirkulasi darah meningkat/lanar (Penelitian Inggrid E, Erlisa C, Ragil C 2017)

#### **4.3.4.7. Musik**

Musik Klasik untuk penurunan tekanan darah pada lansia (Kusuma dkk, 2012) musik klasik yg indah mampu membangkitkan rasa bahagia, memperbaiki mood, mengurangi rasa sakit. Literatur review.

### **Daftar Pustaka**

- Anggarini dan Cahyaningrum. 2012. Hubungan Kadar Hemoglobin dan Status Gizi dengan Pola Siklus Menstruasi pada Remaja Akhir Akademik Kebidanan Semarang <http://jurnal.abduhusada.com>.
- Calis. 2011. Dysmenorrhea. <http://emedicine.medscape.com> diakses tanggal 15 Oktober 2023.
- Ernawati. 2010. Terapi relaksasi terhadap nyeri dismenore pada mahasiswi Universitas muhammadiyah semarang. <http://jurnal.unimus.ac.id>.vol 1 no 1.
- Gustiyan, Nurul. 2016. Hubungan Aktivitas Fisik Dengan Siklus Menstruasi Pada Atlet Kontingen Pon Xix Jawa Barat Di Koni Sulawesi Selatan. Makassar : Universitas Hasanuddin [repository.unhas.ac.id](http://repository.unhas.ac.id)
- Haryanto. 2022. Pengertian Remaja Menurut Para Ahli. Tersedia di <http://belajarpsikologi.com> diakses tanggal 15 Oktober 2023
- Isnaini, DN. 2010. Hubungan antara stres dengan pola menstruasi pada mahasiswa DIV Kebidanan Jalur reguler. Surakarta : Universitas Sebelas Maret. <http://www.uns.ac.id/>.
- Lestari, Ni Made Sri Dewi. 2013. PENGARUH DISMENOREA PADA REMAJA. Seminar Nasional FMIPA UNDIKSHA III

- Mahdiyyah, Faizah El. 2015. Gambaran Siklus Menstruasi pada Siswi di MAN 11 Jakarta Selatan. Jakarta: Akademi Kebidanan Keris Husada.
- Manuaba, IB. 2001. Penuntun Kepaniteraan Klinik Obstetri dan Ginekologi. Jakarta: EGC.
- Medicastore. 2004. Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Nyeri Haid <http://medicastorenewsid1059624784>.
- Misaroh. 2009. Menstruasi Pertama Penuh Makna. Edisi Pertama. Yogyakarta: Nuha Medika
- Monks, F. J. dkk. Psikologi Perkembangan
- Mulastin, S. Sit, M. Kes. 2011. Hubungan Stres Dengan Siklus Menstruasi Pada Wanita Pekerja. Jepara [www.researchgate.net](http://www.researchgate.net)
- Mutia, L, R. 2011. Hubungan Antara Status Gizi Dengan Status Menarche Pada Siswi SDN Pancoran Mas 2 Depok. Skripsi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok
- Ningsih. 2011. Efektivitas Paket Pereda Terhadap Intensitas Nyeri Pada Remaja Dengan Dismenoreia di SMAN Kecamatan Curup <http://lontar.ui.ac.id>. Diakses
- Novita, Syarini. 2018, FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI SIKLUS MENSTRUASI PADA REMAJA PUTRI DI SMA NEGERI 6 DEPOK TAHUN 2018
- Nurtyas, Maratusholikhah, dkk. 2013. Pengaruh Nugget Ikan kembung di SMK N 1 Depok
- Pengantar dalam Berbagai Bagiannya. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press. <http://repository.unhas.ac.id/>.
- Prawiroharjo, S. 2008. Ilmu Kandungan. Jakarta : PT Bina Pustaka
- Puji. 2011. Efektivitas senam dismenore Dalam mengurangi dismenore pada remaja putri di SMUN 5 Semarang <http://eprints.undip.ac.id>.
- Rabe, Thomas. 2002. Buku Saku Ilmu Kebidanan. Jakarta : KDT.
- Rizkiah, Taesiratur. 2015. Hubungan status gizi dengan keteraturan menstruasi pada siswi kelas xi jurusan akuntansi smk negeri 1 bantul. Yogyakarta : Stikes Aisyiyah. <http://repository.ac.id/>.

- Sahmin. 2017. Prevalensi Gangguan Menstruasi pada Remaja Putri di SMK YPKK 1 Sleman. Yogyakarta : Stikes Jendral Achmad Yani. <http://repository.stikesayaniy.k.ac.id>.
- Solagrasia, dkk. 2012. Hubungan Obesitas Dengan Gangguan Menstruasi Pada Remaja Putri Di Kelurahan Tlogomas. Malang : Universitas Tribhuwana Tungga Dewi. <https://publikasi.unitri.ac.id>
- Unsal, A. 2010. Prevalence of dysmenorrhea and its effect on quality of life among a group of female university students. Tersedia di [www.ncbi.nlm.nih.gov/ v 115 \(2\)](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC291115/).
- WHO. 2003. Health For The World's Adolescent. [http://apps.who.int/iris/bitstream/](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42491/WHO-WHE-03.01.pdf;jsessionid=82D16404000000000000000000000000?sequence=1)
- WHO/FAO/UNU. 2005. Human Energy Requirement, Report of a joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation. 17-24 October, Rome. [http://www.academia.edu/](http://www.academia.edu/100000000/WHO_FAO_UNU_2005_Human_Energy_Requirement).



## Tentang Penulis

---

**Maratusholikhah Nurtyas, SST, M.Kes**

**Email :** [maratusholikhah@resp Pati.ac.id](mailto:maratusholikhah@resp Pati.ac.id)

Penulis lahir di Karanganyar tanggal 21 April 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma Tiga Kebidanan, Universitas Respati Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta, pendidikan DIV Bidan Pendidik di Politeknik Kesehatan Kemenkes Surakarta dan melanjutkan S2 Magister Kedokteran Keluarga Minat PDPK di Univeristas Sebelas Maret, Surakarta. Saat ini penulis menekuni bidang menulis dan tertarik mengembangkan pelayanan kebidanan komplementer. Buku ini merupakan karya keenam penulis setelah buku Keterampilan Dasar Praktik Kebidanan Lanjut tahun 2022, Anatomi dan Fisiologi Kebidanan tahun 2023, Evidence Based Practice Soal Kasus Kebidanan Komunitas tahun 2023, Asuhan Kebidanan pada Kesehatan Reproduksi tahun 2023, Diagnosa Kesehatan Reproduksi pada Masa Klimakterium tahun 2023.

## **BAB 5.**

### **KEPENDUDUKAN DAN PROGRAM KELUARGA BERENCANA**

#### **5.1 Kependudukan**

##### **5.1.1 Pengertian**

Menurut Badan Pusat Statistik (2023) penduduk merupakan seluruh orang yang berasal dari daerah geografis Republik Indonesia sepanjang 6 bulan ataupun lebih serta ataupun mereka yang kurang dari 6 bulan namun bertujuan tinggal di tempat tersebut.

Pada pelaksanaan terdapat pembaharuan konsep penduduk menjadi: Penduduk merupakan seluruh orang yang bertempat tinggal yang berasal di daerah Negeri Kesatuan Republik Indonesia sepanjang 1 tahun ataupun lebih ataupun mereka yang berdomisili kurang dari 1 tahun namun bertujuan tinggal di tempat tersebut.

Kependudukan juga bisa dimaksud selaku seluruh hal yang berhubungan dengan jumlah, umur, mutu, agama, jenis kelamin, pernikahan, kelahiran, kematian, mobilitas serta pula ketahanan yang berkaitan dengan ekonomi, sosial, budaya, serta politik.

Tidak hanya itu kependudukan mempunyai sebutan lain yang yaitu Demografi. Demografi ( demography) berasal dari 2 kata dalam bahasa Yunani, ialah demos : rakyat / penduduk serta grafein yang berarti menggambar ataupun menulis. Jadi, secara harfiah demografi berarti tulisan ataupun cerminan tentang penduduk.( BKKBN, 2020)

##### **5.1.2 Tujuan Menganalisis Kependudukan**

Bersumber pada penjelasan di atas hingga tujuan ilmu demografi yaitu:

1. Menekuni kuantitas, komposisi, serta distribusi penduduk dalam sesuatu wilayah tertentu, dan perubahan perubahannya.



2. Menarangkan perkembangan penduduk pada masa dulu serta mengestimasi perkembangan penduduk pada masa mendatang.
3. Meningkatkan serta menganalisis ikatan karena akibat antara pertumbuhan penduduk serta beragam aspek pembangunan sosial, ekonomi, budaya, politik, area, serta keamanan.
4. Menekuni serta mengestimasi mungkin mungkin konsekuensi perkembangan penduduk pada masa mendatang

### **5.1.3 Teori Kependudukan**

Teori- teori kependudukan pada awal mulanya membicarakan ikatan antara penduduk serta keterbatasan sumber alam/ pangan serta ikatan antara penduduk serta area (carrying capacity/ energi dukung). Teori- teori kependudukan tumbuh disebabkan kekuatiran terjadi kesengsaraan yang ditimbulkan oleh kemiskinan. Sebagian teori pertumbuhan kependudukan adalah sebagai berikut:

1. Teori kependudukan Tiongkok kuno (Contoh: Konfusius 500 SM.) mengulas ikatan antara tingkat kesejahteraan dengan warga jumlah penduduk. Teori ini berpendapat kalau standar hidup warga yang paling utama mempengaruhi jumlah penduduk yang terlampau besar dan jika jumlah penduduk berhubungan dengan jumlah luas tanah ataupun lahan pertanian yang ada buat penuhi kebutuhan penduduk. Teori ini menjelaskan perlunya ada proporsi yang sempurna antara jumlah luas tanah dengan jumlah penduduk. Teori ini menyarankan sebagai bentuk pemecahan permasalahan kelebihan penduduk supaya pemerintah memindahkan ke wilayah yang masih kekurangan penduduk
2. Teori kependudukan Yunani kuno (Contoh: Plato serta Aristoteles 300 SM.) perlunya dalam suatu kota terdapat jumlah penduduk yang sesuai. Apabila ada kekurangan

penduduk hingga dibutuhkan sesuatu buat menaikkan kelahiran dan jika suatu kota tidak bisa menampung jumlah penduduk maka dibutuhkan pembatasan kelahiran.

3. Teori kependudukan kekaisaran Roma (Contoh: Cicero 50 SM) mendesak perkembangan penduduk, dengan membagikan keistimewaan kepada mereka yang memiliki anak. Teori ini berkomentar kalau lebih banyak pria berarti artinya kemenangan militer semakin tinggi.
4. Teori kependudukan kekristenan dini (Contoh: Augustine serta Aguinas 400 Meter) keterkaitan antara tingkat kelahiran yang tinggi maka akan terjadi tingkat kematian yang tinggi juga. Teori ini secara moral tidak menyetujui aborsi, pembunuhan balita, serta perceraian.
5. Teori kependudukan Merkantilisme (abad 17 serta 18) melaporkan kalau intervensi negeri dalam ekonomi diperlukan buat memaksimumkan dalam kekayaan nasional. Teori ini berkomentar kalau penduduk yang bertambah hendak berarti angkatan bersenjata yang lebih besar, upah per jam yang lebih rendah, serta kekayaan yang bertambah. Periode ini ialah dini dari perkembangan penduduk dunia secara berkepanjangan serta pula analisis ilmiah informasi kependudukan oleh Graunt serta tokoh demografi yang lain.
6. Teori kependudukan Malthus (1766–1834). Malthus mengajukan 3 proposisi besar. Awal, penduduk dibatasi oleh sumber- sumber subsistensi/ pangan. Kedua, penduduk dengan sendirinya hendak bertambah jika sumber- sumber subsistensi bertambah, kecuali jika terdapat penghambat. Ketiga, penghambat tersebut, serta penghambat yang memencet kekuatan pertumbuhan penduduk, dan penahan akibatnya pada tingkatan subsistensi, seluruhnya bisa dipecahkan lewat ketahanan moral, kejahatan, serta kesengsaraan. Malthus

mengajukan teori kelebihan penduduk (over population theory). Argumentasinya merupakan dorongan alamiah manusia buat tumbuh biak senantiasa serta hendak senantiasa terdapat serta dengan kecepatan yang menjajaki deret ukur sehingga jumlah manusia hendak jadi 2 kali lipat dalam waktu yang lumayan pendek( dekat 25 tahun). Malthus mengamati kalau di koloni baru Inggris, Amerika Utara, tanah sangat luas serta kaya hendak sumber- sumber alam, penduduk tumbuh dengan amat pesat, jadi 2 kali lipat cuma dalam 25 tahun. Malthus berargumen terdapat 2 metode buat membatasi laju perkembangan penduduk. Awal, penghambat positif( positive checks), ialah lewat bencana alam, kelaparan, penyakit meluas, perang, serta pembunuhan. Kedua, penghambat yang bertabiat penangkalan( preventive checks), ialah lewat penundaan pernikahan serta selibat permanen. Di Eropa, penghambat yang bertabiat penangkalan dicoba dengan keluarga kecil serta umur pernikahan besar. Malthus tidak menebak permasalahan perkembangan penduduk serta kesejahteraannya bisa dipecahkan oleh revolusi industri.

7. Teori kependudukan teori transisi demografis yang diajukan oleh pakar geografi Warren Thompson dari Amerika Serikat pada tahun 1929. Teori ini dipakai buat melaporkan pergantian yang terjalin terhadap 3 komponen utama perkembangan penduduk: kelahiran( fertilitas), kematian (mortalitas), serta perpindahan penduduk (migrasi). Konsep transisi demografi yang diketahui secara universal cuma mencermati pergantian perkembangan penduduk secara alamiah, ialah aspek kelahiran serta kematian. Teori transisi demografi melaporkan terdapat 4 sesi dalam transisi demografi, yang didasarkan pada pengalaman pergantian pola fertilitas serta mortalitas yang terjalin di sebagian negeri

di Eropa pada masa dulu sekali sepanjang kurang lebih 2 abad:

- a. Tahap awal saat sebelum revolusi industri (preindustrial). Pada sesi ini jumlah kelahiran serta kematian yang sangat besar ini tidak terkontrol tiap tahunnya. Panen yang kandas serta harga- harga yang besar sudah menimbulkan kelaparan sehingga energi tahan badan terhadap penyakit sangat lemah. Kondisi ini diperparah dengan meluasnya 25 penyakit meluas sehingga menimbulkan angka kematian tinggi
- b. Tahap kedua diucap sesi dini revolusi industri (early industrial). Pada sesi ini angka kematian menyusut dengan tajam akibat revolusi industri dan kemajuan teknologi serta pula mulai ditemuinya obat- obatan, paling utama antibiotik. Sedangkan itu, angka kelahiran menyusut amat lelet serta masih senantiasa besar, yang diakibatkan sebab keyakinan ataupun pemikiran menimpa jumlah anak banyak lebih menguntungkan. Menyusutnya tingkatan kematian serta masih tingginya tingkatan kelahiran menyebabkan jumlah penduduk bertambah dengan kilat.
- c. Tahap ketiga merupakan sesi revolusi industri (industrial). Pada sesi ini angka kematian terus menyusut dengan kecepatan yang melambat. Angka kelahiran mulai menyusut dengan tajam selaku akibat dari pergantian sikap melahirkan serta tersedianya perlengkapan/ metode kontrasepsi dan terdapatnya kenaikan pembelajaran serta kesehatan warga. Di Eropa pergantian sikap melahirkan paling utama terjalin pada para perempuan yang mau menyudahi melahirkan sebab sangat banyak anak (stopping behavior). Di negeri tumbuh pergantian

sikap melahirkan serta diterimanya konsep keluarga kecil yang didukung oleh program keluarga berencana pemerintah sangat menolong merendahkan tingkatan fertilitas

- d. Tahap keempat merupakan sesi revolusi industri yang terus menjadi maju (mature industrial). Angka kelahiran serta kematian telah menggapai angka yang rendah sehingga angka perkembangan penduduk pula rendah, yang dihasilkan dalam keadaan sosial serta ekonomi warga yang maju. Transisi demografi di Indonesia bisa ditafsirkan bersumber pada informasi yang ada pada periode 1950–2100 yang terbuat oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (UN 2019). Sesi awal transisi demografi di Indonesia diperkirakan terjalin pada periode 1950–1960 kala angka kelahiran agresif (crude birth rate/CBR) serta angka kematian agresif (crude death rate/CDR) besar, tiap- tiap, di atas 40 kelahiran serta di atas 20 kematian per seribu penduduk. Sesi kedua transisi demografi di Indonesia diperkirakan terjalin pada periode 1960–1975 kala CBR masih senantiasa besar serta CDR telah menyusut secara nyata. Sesi ketiga transisi demografi di Indonesia diperkirakan terjalin pada periode 1975–2000 kala CBR menyusut secara nyata serta CDR menyusut dengan kecepatan yang lebih lelet. Sesi keempat transisi demografi di Indonesia diperkirakan terjalin pada periode 2000–sekarang kala CBR serta CDR telah menggapai tingkatan yang lebih rendah. Negara- negara tumbuh, tercantum Indonesia, membutuhkan waktu yang lebih pendek, dekat 50 tahun, buat lewat keempat sesi transisi demografi. Perihal ini diakibatkan sebab program- program kesehatan serta keluarga berencana yang telah maju di dunia serta

diterapkan di negara- negara tumbuh dalam rangka pengendalian penduduk dunia.

#### **5.1.4 Ukuran- Ukuran Demografi**

##### **1. Jumlah Mutlak (Banyak) serta Konstanta**

Dimensi mutlak dari sesuatu peristiwa demografis di sesuatu daerah pada waktu tertentu. Selaku contoh merupakan banyak penduduk, banyak kelahiran, banyak kematian, banyak penduduk tiba, serta banyak penduduk pindah.

##### **2. Angka, Persentase, Proporsi, serta Rasio**

Angka (rate) merupakan hasil untuk antara banyak sesuatu peristiwa demografis terhadap banyak penduduk yang terpapar terhadap peristiwa tersebut dikalikan dengan konstanta. Angka ialah dimensi relatif. Persentase ialah dimensi relatif dari sesuatu kelompok terhadap seluruh kelompok ( lebih dari 2) dari sesuatu ciri demografis yang dicermati yang setelah itu dikalikan dengan konstanta 100. Proporsi ialah dimensi relatif dari sesuatu kelompok dari 2 kelompok dari sesuatu ciri demografis yang dicermati. Proporsi bisa berbentuk angka desimal ataupun bisa dikalikan dengan konstanta 100. Rasio ialah dimensi perbandingan antara kelompok-kelompok dari sesuatu ciri demografis yang diperhatikan

##### **3. Insiden, Prevalensi, serta Kohor**

Insiden merupakan banyak peristiwa/ permasalahan baru sepanjang satu periode tertentu. Selaku contoh, insidens penyakit muntaber sepanjang bulan Januari di kota X terdapat 30 orang. Prevalensi merupakan banyak peristiwa/ permasalahan baru serta lama pada sesuatu periode tertentu. Selaku contoh, prevalensi penyakit tuberkulosis di kota X merupakan 264 orang. Kohor merupakan sekelompok orang yang memiliki pengalaman demografis pada waktu yang sama, umumnya satu tahun.

## **5.2 Program Keluarga Berencana**

### **5.2.1 Pengertian**

Dalam peraturan BKKBN tahun 2019 Program Kependudukan, Keluarga Berencana, serta Pembangunan Keluarga yang berikutnya Program KKBPK merupakan upaya terencana dalam mewujudkan penduduk berkembang serta keluarga bermutu lewat pengaturan kelahiran anak, jarak, serta umur sesuai dengan waktu melahirkan, dan mengendalikan kehamilan. Penafsiran tersebut ada pergantian pada tahun 2023 ialah Program Pembangunan Keluarga, Kependudukan, serta Keluarga Berencana yang berikutnya Program Bangga Kencana merupakan upaya terencana dalam mewujudkan penduduk berkembang serta keluarga bermutu lewat pengaturan kelahiran anak, jarak, serta umur sempurna melahirkan, dan mengendalikan kehamilan. Perlengkapan serta Obat Kontrasepsi merupakan perlengkapan serta obat kontrasepsi yang dipergunakan dalam pelayanan program pembangunan keluarga, kependudukan, serta keluarga berencana yang diperuntukkan untuk pendamping umur produktif. (Peraturan BKKBN, 2023)

Pendamping Umur Produktif yang berikutnya disingkat PUS merupakan pasangan usia subur, yang istrinya berusia 15- 49 tahun serta masih haid, ataupun pendamping suami- istri yang istrinya berumur kurang dari 15 tahun serta telah haid. (Peraturan BKKBN, 2023)

Pelayanan Keluarga Berencana yang berikutnya yaitu Pelayanan KB merupakan pelayanan dalam upaya mengendalikan kelahiran anak, jarak serta umur sesuai dengan waktu melahirkan, mengendalikan kehamilan, lewat promosi, proteksi, serta dorongan cocok dengan hak reproduksi buat mewujudkan keluarga yang bermutu, tercantum penindakan dampak serta komplikasi untuk partisipan jaminan kesehatan. (Peraturan BKKBN, 2023)

Tubuh Kependudukan serta Keluarga Berencana Nasional yang berikutnya disingkat BKKBN merupakan lembaga pemerintah non departemen yang melakukan tugas pemerintah di bidang pengendalian penduduk serta penyelenggaraan keluarga berencana. (Peraturan BKKBN, 2023)

### **5.2.2 Sejarah Program KB di Indonesia**

1. Periode perintisan (1950- 1966): Organisasi keluarga berencana diawali dari pembuatan Perkumpulan Keluarga Berencana pada bertepatan pada 23 Desember 1957 di gedung Jalinan Dokter Indonesia. Nama perkumpulan itu sendiri tumbuh jadi Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) ataupun Indonesia Planned Parenthood Federation (IPPF). PKBI memperjuangkan terwujudnya keluarga- keluarga yang sejahtera lewat berbagai usaha pelayanan ialah mengendalikan kehamilan ataupun menjarangkan kehamilan, menyembuhkan kemandulan dan berikan nasihat pernikahan. Pada tahun 1967, PKBI diakui selaku tubuh hukum oleh Kementerian Kehakiman. Kelahiran Orde Baru pada waktu itu menimbulkan pertumbuhan pesat usaha penerangan serta pelayanan KB di segala daerah tanah air. Dengan lahirnya Orde Baru pada bulan Maret 1966, permasalahan kependudukan jadi fokus atensi pemerintah yang meninjaunya dari bermacam perspektif. Pergantian politik berbentuk kelahiran Orde Baru tersebut mempengaruhi pada pertumbuhan keluarga berencana di Indonesia. Sehabis simposium Kontrasepsi di Bandung pada bulan Januari 1967 serta Kongres Nasional I PKBI di Jakarta pada bertepatan pada 25 Februari 1967.
2. Periode keterlibatan pemerintah dalam program KB nasional  
Menkesra membentuk Panitia Angkatan darat (AD) Hoc yang bertugas menekuni mungkin program KB dijadikan Program Nasional. Berikutnya pada bertepatan pada 7



September 1968 Presiden menghasilkan Instruksi Presiden Nomor. 26 tahun 1968 kepada Menteri Kesejahteraan Rakyat, yang isinya antara lain:

- a. Membimbing, mengkoordinir dan mengawasi seluruh aspirasi yang terdapat di dalam warga di bidang Keluarga Berencana.
- b. Mengusahakan seluruh terjadinya sesuatu Tubuh ataupun Lembaga yang bisa menghimpun seluruh aktivitas di bidang Keluarga Berencana, dan terdiri atas faktor Pemerintah serta warga.

Bersumber pada Instruksi Presiden tersebut Menkesra pada bertepatan pada 11 Oktober 1968 menghasilkan Pesan Keputusan Nomor. 35/ KPTS/ Kesra/ X/ 1968 tentang Pembuatan Regu yang hendak mengadakan persiapan untuk Pembuatan Lembaga Keluarga Berencana. Sehabis lewat pertemuan-pertemuan Menkesra dengan sebagian menteri yang lain dan tokoh- tokoh warga yang ikut serta dalam usaha KB, Hingga pada bertepatan pada 17 Oktober 1968 dibangun Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) dengan Pesan Keputusan Nomor. 36/KPTS/ Kesra/X/1968. Lembaga ini statusnya merupakan selaku Lembaga Semi Pemerintah.

3. Periode Pelita II (1974–1979): Peran BKKBN dalam Keppres Nomor. 38 Tahun 1978 merupakan selaku lembaga pemerintah non-departemen yang terletak di dasar serta bertanggung jawab kepada Presiden. Tugas pokoknya merupakan mempersiapkan kebijaksanaan universal serta mengkoordinasikan penerapan program KB nasional serta kependudukan yang mendukungnya, baik di tingkatan pusat ataupun di tingkatan wilayah dan mengkoordinasikan penyelenggaraan penerapan di lapangan. Periode ini pembinaan serta pendekatan program yang semula berorientasi pada kesehatan ini

mulai dipadukan dengan sektor-sektor pembangunan yang lain, yang diketahui dengan Pendekatan Integratif (Beyond Family Planning). Dalam kaitan ini pada tahun 1973-1975 telah mulai dirintis Pembelajaran Kependudukan selaku pilot project.

4. Periode Pelita III (1979–1984): Periode ini dicoba pendekatan Kemasyarakatan (partisipatif) yang didorong peranan serta tanggung jawab warga lewat organisasi/institusi warga serta pemuka warga, yang bertujuan buat membina serta mempertahankan partisipan KB yang telah terdapat dan tingkatan jumlah partisipan KB baru. Pada masa periode ini pula dibesarkan strategi operasional yang baru yang diucap Panca Karya serta Catur Bhava Utama yang bertujuan mempertajam segmentasi sehingga diharapkan bisa memesatkan penyusutan fertilitas. Pada periode ini timbul pula strategi baru yang memadukan KIE serta pelayanan kontrasepsi yang ialah wujud “Mass Campaign” yang dinamakan Safari KB Senyum Terpadu”.
5. Periode Pelita IV (1983–1988): Pada masa Kabinet Pembangunan IV ini dilantik Profesor. Dokter Haryono Suyono selaku Kepala BKKBN mengambil alih dokter. Suwardjono Suryaningrat yang dilantik selaku Menteri Kesehatan. Pada masa ini pula timbul pendekatan baru antara lain lewat Pendekatan koordinasi aktif, penyelenggaraan KB oleh pemerintah serta warga lebih disinkronkan penerapannya lewat koordinasi aktif tersebut ditingkatkan jadi koordinasi aktif dengan kedudukan ganda, ialah tidak hanya selaku dinamisator pula selaku fasilitator. Disamping itu, dibesarkan pula strategi pembagian daerah guna mengimbangi laju kecepatan program. Pada periode ini pula secara formal KB Mandiri mulai dicanangkan pada bertepatan pada 28 Januari 1987 oleh Presiden Soeharto dalam kegiatan penerimaan partisipan KB Lestari di Halaman Mini

Indonesia Indah. Program KB Mandiri dipopulerkan dengan kampanye Bundaran Biru (LIBI) yang bertujuan memperkenalkan tempat-tempat pelayanan dengan logo Bundaran Biru KB.

6. Periode Pelita V (1988–1993): Pada masa Pelita V, Kepala BKKBN masih dijabat oleh Profesor. Dokter. Haryono Suyono. Pada periode ini gerakan KB terus berupaya tingkatkan mutu petugas serta sumberdaya manusia serta pelayanan KB. Oleh sebab itu, setelah itu diluncurkan strategi baru ialah Kampanye Bundaran Emas (LIMAS). Tipe kontrasepsi yang ditawarkan pada LIBI masih sangat terbatas, hingga buat pelayanan KB LIMAS ini ditawarkan lebih banyak lagi tipe kontrasepsi, ialah terdapat 16 tipe kontrasepsi. Pada periode ini diresmikan UU Nomor 10 Tahun 1992 tentang Pertumbuhan Kependudukan serta Pembangunan Keluarga Sejahtera, serta Garis- Garis Besar Haluan Negeri (GBHN) 1993 khususnya sub sektor Keluarga Sejahtera serta Kependudukan, hingga kebijaksanaan serta strategi gerakan KB nasional diadakan buat mewujudkan keluarga Kecil yang sejahtera lewat penundaan umur pernikahan, penjarangan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga serta kenaikan kesejahteraan keluarga.
7. Periode Pelita VI (1993–1998): Pada Pelita VI dikenalkan pendekatan baru ialah “Pendekatan Keluarga” yang bertujuan buat menggalakan partisipasi warga dalam gerakan KB nasional. Dalam Kabinet Pembangunan VI semenjak bertepatan pada 19 Maret 1993 hingga dengan 19 Maret 1998, Profesor Dokter Haryono Suyono diresmikan selaku Menteri Negeri Kependudukan/ Kepala BKKBN, selaku dini dibentuknya BKKBN setingkat Departemen. Pada tanggal 16 Maret 1998, Profesor Dokter Haryono Suyono dinaikan jadi Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat serta Pengentasan Kemiskinan

merangkap selaku Kepala BKKBN 2 bulan berselang dengan terbentuknya gerakan reformasi, hingga Kabinet Pembangunan VI hadapi pergantian jadi Kabinet Reformasi Pembangunan Pada bertepatan pada 21 Mei 1998, Profesor Haryono Suyono jadi Menteri Koordinator Bidang Kesra serta Pengentasan Kemiskinan, sebaliknya Kepala BKKBN dijabat oleh Profesor Dokter Ida Bagus Oka sekalian jadi Menteri Kependudukan.

8. Periode pasca- Reformasi: Dari butir- butir arahan GBHN Tahun 1999 serta perundang-undangan yang sudah terdapat, Program Keluarga Berencana Nasional ialah salah satu program buat tingkatkan mutu penduduk, kualitas sumber energi manusia, kesehatan serta kesejahteraan sosial yang sepanjang ini dilaksanakan lewat pengaturan kelahiran, pendewasaan umur pernikahan, kenaikan ketahanan keluarga serta kesejahteraan keluarga. Arahan GBHN ini setelah itu dijabarkan lebih lanjut dalam Program Pembangunan Nasional (PROPENAS) yang sudah diresmikan selaku Undang- Undang No 25 Tahun 2000. Sejalan dengan masa desentralisasi, eksistensi program serta kelembagaan keluarga berencana nasional di wilayah hadapi masa- masa kritis. Cocok dengan Keppres No 103 Tahun 2001, yang setelah itu diganti jadi Keppres No 09 Tahun 2004 tentang Peran, Tugas, Guna, Kewenangan, Lapisan Organisasi serta Tata Kerja Lembaga Pemerintah Non Kementerian melaporkan kalau sebagian urusan di bidang keluarga berencana diserahkan kepada pemerintah kabupaten serta kota paling lambat Desember 2003. Perihal ini sejalan dengan esensi UU No 22 Tahun 1999 (sudah diganti jadi Undang- Undang No 32 Tahun 2004). Dengan demikian tahun 2004 ialah tahun awal Keluarga Berencana Nasional dalam masa desentralisasi. Undang- Undang No 52 Tahun 2009 tentang Pertumbuhan Kependudukan serta Pembangunan

Keluarga, yang sudah disahkan pada bertepatan pada 29 Oktober 2009, berimplikasi terhadap pergantian kelembagaan, visi, serta misi BKKBN. Undang- Undang tersebut mengamanatkan pergantian kelembagaan BKKBN yang semula merupakan Tubuh Koordinasi Keluarga Berencana Nasional jadi Tubuh Kependudukan serta Keluarga Berencana Nasional. Visi BKKBN merupakan “Penduduk Berkembang Balance 2015” dengan misi “mewujudkan pembangunan yang berwawasan kependudukan serta mewujudkan keluarga kecil senang sejahtera”. Buat menggapai visi serta misi tersebut, BKKBN memiliki tugas serta guna buat melakukan pengendalian penduduk serta penyelenggaraan keluarga berencana sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 56 Undang- Undang tersebut di atas. Dalam rangka pengendalian penduduk serta penyelenggaraan keluarga berencana di wilayah, pemerintah wilayah membentuk Tubuh Kependudukan serta Keluarga Berencana Wilayah yang berikutnya disingkat BKKBD di tingkatan provinsi serta kabupaten serta kota yang dalam melakukan tugas serta gunanya mempunyai ikatan fungsional dengan BKKBN (pasal 54 ayat 1 serta 2). Kedudukan serta guna baru BKKBN diperkuat dengan terdapatnya Peraturan Presiden No 3 Tahun 2013 tentang Pergantian Ketujuh Atas Keputusan Presiden No 103 Tahun 2001 tentang Peran, Tugas, Guna, Kewenangan, Lapisan Organisasi serta Tata Kerja Lembaga Pemerintah Non Departemen; Peraturan Kepala BKKBN No 82/ PER/ B5/ 2011 tentang Organisasi serta Tata Kerja Perwakilan Tubuh Kependudukan serta Keluarga Berencana Nasional Provinsi serta Peraturan Kepala BKKBN No 92/ PER/ B5/ 2011 tentang Organisasi Tata Kerja Balai Pembelajaran serta Pelatihan Kependudukan serta Keluarga Berencana, sehingga butuh dicoba

penggantian/ penyesuaian terhadap Renstra BKKBN tentang Pembangunan Kependudukan serta Keluarga Berencana Nasional Tahun 2010- 2014 meliputi penyesuaian buat sebagian aktivitas prioritas serta penanda kinerjanya.

### **5.2.3 Tujuan program keluarga berencana**

Waktu PUS (UU BKKBN Tahun 2023)

Angka kelahiran pada kelompok usia 15-19 tahun (*Age Specific Fertility Rate/ASFR*) juga masih tinggi, meski mengalami penurunan signifikan dari tahun ke tahun. Kendala yang masih ada adalah kurangnya pemahaman remaja putri dan calon pengantin mengenai kesehatan reproduksi dan persiapan hidup berkeluarga. Selain itu, merupakan siklus hidup yang didasarkan pada rencana kehidupan keluarga; Kebijakan pembangunan manusia didasarkan pada prinsip integrasi dan proses biologis, terutama memperhatikan kebutuhan lansia dan penyandang disabilitas.

Dalam renstra BKKBN 2020-2024, tujuan strategis yang ingin dicapai adalah sebagai berikut:

- a. Penurunan angka kesuburan (TFR) diperkirakan mencapai 2,26 pada tahun 2020 dan diperkirakan mencapai 2,1 pada tahun 2024.
- b. Peningkatan cakupan imunisasi modern (mCPR) menjadi 61,78 persen pada tahun 2020 dan mencapai 63,41 persen pada tahun 2024.
- c. Kebutuhan KB/UnmetNeed mengalami penurunan sebesar 8,6 persen pada tahun 2020 dan diperkirakan mencapai 7,4 persen pada tahun 2024.
- d. Penurunan angka kelahiran 15-19 tahun / age-spesifik kelahiran rate (ASFR) 15-19 tahun, dengan target 25 per 1.000 kelahiran pada tahun 2020 dan target 18 per 1.000 kelahiran pada tahun 2024

- e. Menaikkan indeks pembangunan keluarga (iBangga) dari 53,57 pada tahun 2020 dan diperkirakan mencapai 61,00 pada tahun 2024.
- f. Terjadi peningkatan median usia kawin pertama (MUKP) dari 21,9 tahun pada tahun 2020 menjadi 22,1 tahun pada tahun 2024.

#### **5.2.4 Luasnya program keluarga berencana**

1. Meningkatkan stabilitas dan kesejahteraan keluarga holistik dan terpadu sesuai gaya hidup, serta memperkuat disiplin Karakter dalam keluarga menurut perencanaan:
  - a. Penekanan pada pemahaman 8 fungsi keluarga
  - b. Tingkatkan model tunjangan orang tua dan anak dan anak, serta pembentukan dan kekuatan karakter sejak kecil melalui keluarga
  - c. Meningkatkan pola asuh dan kepedulian terhadap generasi muda, meningkatkan budi pekerti dan budi pekerti generasi muda, serta mempersiapkan kehidupan berkeluarga untuk remaja
  - d. Meningkatkan kemandirian ekonomi keluarga, dan tujuan khusus bagi keluarga penerima Rencana Keluarga Berkelanjutan dan keluarga peserta MKJP khususnya MOP dan MOW, serta peserta Mandiri KB dan komunitas KB
  - e. Memperkuat stabilitas dan kemandirian keluarga lemah
  - f. Layanan dukungan yang dirancang untuk manula dari 7 (tujuh) Bagian dari manula yang mendorong bantuan perawatan jangka panjang untuk manula.
  - g. Peningkatan hubungan pengembangan keluarga.
2. Memperkuat ikatan dan hubungan hukum Manajemen sumber daya manusia melalui perencanaan:
  - a. Perkembangan desain yang hebat untuk pengembangan manusia (GDPR).

- b. Memperkuat hubungan implementasi kebijakan manajemen orang.
  - c. Meningkatkan kapabilitas dan kapabilitas perusahaan.
  - d. Peningkatan kompatibilitas dan kegunaan data/informasi masyarakat.
- 3. Meningkatkan aksesibilitas dan kualitas penyelenggaraan KBKR yang luas wilayahnya dan fokus pada segmentasi sasaran:  
Memperkuat kapasitas institusi dan jaringan kesehatan yang melayani KBKR Kualitas kemitraan layanan KBKR, meningkatkan jangkauan layanan KBKR dan berbagai bidang dan tujuan, meningkatkan keluarga berencana laki-laki, memperkuat promosi dan kekuatan nasihat kesehatan reproduksi berdasarkan gaya hidup, kontrasepsi kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) dan pelayanan keluarga berencana (KB PP), meningkatkan kemandirian perencanaan PUS dan KB.
- 4. Tingkatkan dukungan dan kumpulkan tempat Bangga Kencana sebagai identitas daerah dan segmentasi sasaran: update pendistribusian barang KIE untuk program Bangga Kencana sebagai divisi yang fokus wilayah dan meningkatkan efisiensi penyuluh KB/PLKB beserta kapasitasnya desa dengan mengorganisir pimpinan PPKBD/Sub PPKBD
- 5. Memperkuat sistem informasi keluarga digabungkan, dan perencanaan: Peningkatan kualitas dan pemanfaatan data/informasi program Bangga Kencana berbasis teknologi informasi di segala bidang dan pengembangan teknologi pintar/program pintar memperkuat pengelolaan program Bangga Kencana

#### **5.2.5 Pelayanan keluarga berencana**

- 1. Ruang Lingkup
  - a. Pelayanan Keluarga Berencana dan Fasilitas Kesehatan:  
Pelayanan dan Fasilitas Kesehatan Keluarga Berencana



- disesuaikan dengan struktur Puskesmas KB sebagaimana tersebut di atas.
- b. Pelayanan keluarga berencana yang diberikan oleh bidan atau perawat: Jika di daerah setempat, tidak ada dokter yang tersedia berdasarkan keputusan kepala desa, puskesmas, bidan, dan perawat setempat dapat berkolaborasi dengan BPJS Kesehatan dalam pemberian pelayanan KB: Praktek kebidanan meliputi pelayanan KB yang diberikan di puskesmas untuk kemudahan melaksanakan KB (tanpa vasektomi) dan Praktik keperawatan meliputi pelayanan KB yang diberikan di puskesmas sederhana.
  - c. Pelayanan Keluarga Berencana melalui jaringan Faskes Keluarga Berencana : antara lain pelayanan KB yang disediakan dalam Faskes Berencana mudah dilakukan dan dapat disesuaikan dan ketersediaan tenaga kesehatan terlatih dan sumber daya pendukung pelayanan keluarga berencana

## 2. Perintah kerja

- a. Sistem pelayanan keluarga berencana di fasilitas kesehatan Pelayanan keluarga berencana. Hal ini dilakukan sesuai dengan standar operasional prosedur (SOP), tambahkan opsi kontrasepsi, isi formulir persetujuan untuk kontrasepsi suntik, IUD/implantasi, vasektomi dan tubektomi, Pelayanan keluarga berencana diberikan di fasilitas kesehatan dengan pendekatan terpadu layanan berarti klien/pelanggan yang mungkin membutuhkan layanan KB, dapat memenuhi kebutuhan KIE-nya dan banyak unit terkait, serta kapan Perbaikan dilakukan pada KIE/konsultasi dan pengambilan keputusan mengenai pendekatan. Kontrasepsi dipilih, dan layanan kesehatan keluarga berencana disediakan di sana telah diputuskan, pelayanan diberikan secara terkoneksi dengan fasilitas

kesehatan layanan bersalin lainnya, termasuk layanan kesehatan ibu dan anak (KIA), Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Seksual (IMS-PP) dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja (dalam hal ini pemberian informasi tentang keluarga berencana), sumber daya manusia dan sumber daya yang tersedia harus memenuhi semua persyaratan tersebut, harus terdokumentasi dengan baik, harus ada sistem monitoring, ulasan dan umpan balik pelanggan sebagai bagian dari kontrol kualitas pekerjaan.

- b. Sistem Rujukan Pelayanan Keluarga Berencana: Sistem Rujukan dirancang untuk mengendalikan kualitas dan biaya secara terpadu berkelanjutan. Perhatian khusus adalah untuk mendukung upaya tersebut mengurangi dampak efek samping dan masalah terkait vaksin

#### **5.2.6 Dampak Program KB**

##### **1. Peningkatan Pemanfaatan Bonus Demografi**

Untuk waktu yang lama, angka kelahiran akan menjadi salah satu penentu struktur penduduk. Kondisi Struktur bangsa Indonesia saat ini semakin bertambah besar jumlah tahun produktif. Situasi ini membuka peluang Indonesia untuk menang bonus demografi (demographic deviden) sepanjang sumber daya manusia tersedia kualitas dan persaingan. Struktur demografi seperti ini harus dipertahankan dan digunakan secara efektif karena dapat meningkatkan laju pertumbuhan perekonomian lokal dan nasional. Salah satu hal yang menentukan apa yang dihasilkannya proses demografi yang diperlukan adalah mengendalikan angka kelahiran tingkat kesuburan (TFR). Dalam 5 (lima) tahun terakhir, ISF sudah menjauh darinya 2,41 anak per WUS (wanita subur) 15-49 tahun (SP 2010), sampai dengan 2,40 (SDKI 2017), datanya 2,24 (hasil perhitungan KPI dari pendataan keluarga pada tahun 2021, dan data barunya adalah 2,14.

2. Penyiapan generasi muda sebagai sumber daya

Promosi pemuda mendapat pukulan besar dari acara tersebut sehingga permasalahan ekonomi keluarga pun berdampak generasi muda untuk mengakses kesehatan dan pendidikan. Di dalam dalam menciptakan generasi muda yang baik, BKKBN mempunyai peranan yang sangat penting khususnya dan persiapan untuk kehidupan keluarga, untuk rencana masa depan, untuk mengembangkan kebiasaan yang kuat dan membantu keluarga dengan generasi muda untuk menjadi panutan orang tua yang baik. Dalam hal meningkatkan kesehatan reproduksi generasi muda, hal ini penting program dan kegiatan dirancang untuk meningkatkan kesadaran dan kepedulian terhadap remaja.

3. Mengelola penuaan populasi sebagai modal demografis  
Kedua

Penuaan populasi dapat digunakan sebagai variabel demografi kedua negara yang dapat memenuhi persyaratan yaitu lansia dapat berkontribusi terhadap perekonomian karena masih produktif dan sehat. Seiring dengan peningkatan fasilitas dan layanan medis, hal tersebut juga diatur angka kelahiran, peningkatan angka harapan hidup, penurunan angka kematian; Oleh karena itu, jumlah dan jumlah penduduk lanjut usia terus meningkat. Makin Jumlah penduduk lanjut usia diiringi dengan peningkatan jumlah penduduk lanjut usia dan tanggungan produktif (15-59 tahun). Pada tahun 2022, angka dasar lansia sebesar 16,09 persen, artinya satu orang lanjut usia menghidupi 6 orang usia kerja.

4. Pembangunan sumber daya manusia Indonesia menggunakan pendekatan siklus hidup berdasarkan pengaturan kehidupan keluarga

Pembangunan manusia direncanakan menurut siklus kehidupan dan termasuk, termasuk memperhatikan

kebutuhan lansia dan lanjut usia penyandang cacat. Secara umum, undang-undang ini merujuk konsep perencanaan kehidupan keluarga.

5. Menurunkan angka kematian ibu (MMR) dan angka kematian bayi (AKB)

Untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu (MMR) dan peningkatan angka stunting pada anak usia dini, salah satu upayanya adalah dengan meningkatkan angka tersebut kualitas pelayanan kesehatan ibu hamil. Angka Kematian Ibu (MMR) dalam jumlah Angka kematian bayi (AKB) tidak hanya menjadi indikator kesehatan ibu dan anak, namun hal ini juga dapat menggambarkan tingkat akses suatu negara terhadap layanan kesehatan efisiensi dan efektivitas pengelolaan program kesehatan. Salah satu alasan MMR tinggi adalah "sangat tinggi", yaitu muda, sangat tinggi, dekat dan sangat tua. Kehamilan yang tidak diinginkan membawa risiko kematian yang tinggi atau berdampak buruk bagi kesehatan ibu dan anak yang dikandungnya. Pengurangan MMR dilakukan pada AKB menetapkan tujuan untuk meningkatkan penggunaan kontrasepsi modern (mCPR), meningkatkan kesadaran remaja tentang kesehatan reproduksi dan persiapan hidup berkeluarga, meningkatkan Rata-rata Usia Kawin Pertama (MUKP), menurunkan angka kelahiran usia 15 hingga 19 tahun (ASFR), dan penurunan jumlah kebutuhan KB yang tidak terpenuhi.

6. Percepatan Penurunan Stunting

Penilaian dan kajian bersama terhadap penyakit stunting dilakukan secara event-based bantuan tambahan diharapkan dapat mempercepat pengurangan sebanyak mungkin mencapai target 14% pada tahun 2024. Fokus pada tindakan Laju penurunan stunting pada 12 bidang terpenting mempunyai skor 7 Daerah yang paling banyak

medianya sehingga mudah dianalisis penilaiannya adalah NTT. (37,8 persen), Sulawesi Barat (33,8 persen), Aceh (33,2 persen), NTB (31,4 persen). persen), Sulawesi Tenggara (30,2 persen), Kalimantan Selatan (30 persen) dan Kalimantan Barat (29,8 persen).

## DAFTAR PUSTAKA

- BKKBN. 2022. Laporan Kinerja Instansi Pemerintah 2022. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional
- Badan Pusat Statistik. 2023. Kependudukan. Retrieved : 16 Oktober 2023. from : <https://www.bps.go.id/>
- Badan Kependudukan dan Keluarga Bereencana Nasional (BKKBN). 2020. Modul I Konsep dan Dasar Kependudukan. Jakarta : Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, BKKBN
- Badan Kependudukan dan Keluarga Bereencana Nasional (BKKBN). 2021. Modul I Kebijakan dan Strategis Program Bangga Kencana. Jakarta : Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, BKKBN
- Badan Kependudukan dan Keluarga Bereencana Nasional (BKKBN). 2022. Modul 4 Program Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi Jakarta : Pusat Pendidikan dan Pelatihan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, BKKBN
- Badan Kependudukan dan Keluarga Bereencana Nasional (BKKBN). 2020. Sejarah BKKBN. Retrieved : 11 September 2023. from : <https://www.bkkbn.go.id/>
- Peraturan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2019. Peraturan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional Nomor 9 Tahun 2019 tentang Pemenuhan Kebutuhan Alat Dan Obat Kontrasepsi Bagi Pasangan Usia Subur Dalam Pelayanan Keluarga Berencana. Retrieved : 16 Oktober 2023. from : <https://peraturan.bpk.go.id/>
- Peraturan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. 2023. Pemenuhan Kebutuhan Alat dan Obat Kontrasepsi Bagi Pasangan Usia Subur dalam Pelayanan Keluarga Berencana. Retrieved : 16 Oktober 2023. from : <https://peraturan.bpk.go.id/>



## Tentang Penulis

---

**SANDY NURLAELA R, S.ST., Bd., M. Kes**

**Email:** [dosen.sandynurlaela@gmail.com](mailto:dosen.sandynurlaela@gmail.com)

Penulis lahir di Bandung, pada tanggal 13 Juni 1989. Penulis menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan pada tahun 2010, dan Sarjana Terapan Kebidanan pada tahun 2011 di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Ahmad Yani Bandung, tahun 2016 penulis menyelesaikan Pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia serta pada tahun 2023 telah menyelesaikan pendidikan Profesi Bidan di STIKes Abdi Nusantara. Saat ini penulis bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Salsabila Serang sebagai dosen dan mengelola akademik serta kemahasiswaan sejak tahun 2012. Mata kuliah yang pernah diampu antara lain Konsep Kebidanan, Keterampilan Dasar Praktek Kebidanan, Kesehatan Reproduksi dan Perencanaan Keluarga, Asuhan Kebidanan Persalinan, Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui, Asuhan Kebidanan Komunitas, dan sebagainya. Penulis memiliki pengalaman menjadi anggota profesi Ikatan Bidan Indonesia, Pembina organisasi PIK-R, Pembina kemahasiswaan, tim pengembangan kurikulum dan anggota AIPKIND. Selain aktif sebagai pengajar, penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian, pengabdian kepada masyarakat dan bimbingan belajar uji kompetensi bidan.

## **BAB 6.**

### **EVIDENCE BASED PELAYANAN KELUARGA BERENCANA DAN KESEHATAN REPRODUKSI**

#### **6.1 Pengertian Evidence Based**

Evidence based merupakan sesuatu yang berbasis bukti ilmiah, dan bukan berdasarkan pengalaman atau kebiasaan. Bukti ilmiah diperoleh dari hasil penelitian yang telah mendapatkan kesahihan. Kebiasaan atau pengalaman yang belum terbukti secara ilmiah tidak dapat dijadikan pedoman dalam pelayanan kesehatan reproduksi dan Keluarga Berencana (KB). Evidence based dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan klinis. Hal ini dikarenakan evidence based merepresentasikan integrasi dari keahlian klinis, nilai-nilai pasien, dan berbasis bukti dan sesuai dengan perkembangan ilmu teknologi terkini. Penggunaan evidence based diharapkan dapat memberikan kepuasan layanan kesehatan reproduksi (kespro) dan keluarga berencana (KB) pada pasien (Anggraini et al., 2021).

Manfaat evidence based dalam lingkup kespro dan KB antara lain melakukan tindakan asuhan kebidanan atas dasar bukti ilmiah sehingga menjaga keselamatan tenaga kesehatan dan pasien, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dengan keilmuan terbaru, meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan, memberikan kepuasan masyarakat terhadap pelayanan kebidanan yang diberikan, membatasi biaya layanan kebidanan, serta meningkatkan profesionalisme kebidanan dalam memberikan layanan. Evidence based menjadi pedoman dalam menghadapi kesenjangan antara penelitian dan praktik serta menjadi salah satu faktor pendukung dalam kesehatan reproduksi dan pengaturan jarak kehamilan, menjarangkan kehamilan atau menghentikan kehamilan (Harwijayanti et al., 2023).

Kualitas Evidence based ditinjau dari desain studi yang dilakukan oleh peneliti. Kualitas evidence based dibagi menjadi 5



level evidence based, sebagai berikut (Anggraini et al., 2021; Harwijayanti et al., 2023):

1. Level I; terdiri dari studi eksperimental, *Randomized Controlled Trial* (RCT), dan *systematic review* dari RCT.
2. Level II; terdiri dari studi *quasy experiment*, *systematic review* dari kombinasi RCT dan *quasy experiment*, atau *quasy experiment* dengan atau tanpa meta-analisis.
3. Level III; terdiri dari studi non-eksperimental, *quasy experiment* dan studi non-eksperimental, *systematic review* dari kombinasi RCT, studi non-eksperimental dengan atau tanpa meta-analisis, dan studi kualitatif.
4. Level IV; terdiri dari pendapat yang berasal dari otoritas yang dihormati, dan atau komite ahli/ pakar/ panel konsensus yang diakui secara nasional berdasarkan bukti ilmiah. Yang termasuk pada Level IV ini adalah pedoman praktik klinis dan panel konsensus.
5. Level V; berdasarkan bukti pengalaman dan bukti non-penelitian, seperti ulasan literatur, peningkatan kualitas, evaluasi program atau evaluasi keuangan, laporan kasus, dan pendapat dari pakar atau ahli yang diakui secara nasional berdasarkan bukti pengalaman.

## **6.2 Evidence Based Keluarga Berencana**

### **6.2.1 Intrauterine Device (IUD)**

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)/ IUD merupakan metode kontrasepsi reversible jangka panjang yang efektif dan aman untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan. Tren saat ini menunjukkan peningkatan penggunaan IUD-LNG (levonorgestrel) dalam jangka waktu yang lama dengan kecenderungan waktu konsepsi yang lebih lama pasca pelepasan. Mekanisme kerja utama dari IUD-LNG adalah penebalan lendir serviks dan penurunan motilitas spermatozoa. Hal ini terbukti mempengaruhi ovulasi mulai dari pemasangan tahun pertama. IUD-LNG mempunyai efek progesterone yang jelas pada morfologi endometrium. IUD-LNG tidak memiliki efek

berbahaya jangka Panjang pada endometrium. Penurunan kadar esterogen dan progesterone di endometrium setelah pemasangan IUD-LNG, dan kembali normal setelah 1-3 bulan pasca pelepasan. IUD-LNG menyebabkan atrofi kelenjar endometrium dan desidualis sel stroma endometrium pada tempat pemasangan. Penggunaan jangka Panjang dapat menyebabkan atrofi atau disfungsi endometrium yang persisten karena kurangnya respons terhadap stimulasi estradiol pada endometrium karena penurunan regulasi reseptor esterogen kronis atau bahkan resistensi progesterone (Dinehart et al., 2020).

#### **6.2.2 Implan**

Implan subdermal hanya mengandung progestin (etonogestrel (ENG), levonorgestrel (LNG)) dimana kontrasepsi ini terdiri dari kapsul atau batang polimer yang ditempatkan di bawah kulit untuk memastikan pengiriman hormone stabil yang lambat melewati metabolisme hati. Implant harus dipasang oleh tenaga kesehatan terampil yang terlatih dan saat pemasangan harus dilakukan konseling terkait implant seperti efek samping, mekanisme kerja, manfaat dan cara pemasangan serta cara pelepasannya. Setelah dilakukan pemasangan implant sangat efektif dan cepat kembali untuk masa subur setelah pelepasannya. Implant bertindak menekan ovulasi, menebalkan lendir serviks, dan menyebabkan atrofi endometrium (Rocca et al., 2021).

Efek LNG yang utama disebabkan oleh penurunan Luteinizing Hormone (LH) dan Folikel Stimulating Hormone (FSH) dengan penekanan ovulasi. Efek lain adalah mengurangi laju transfer sel telur di dalam tuba, pada endometrium LNG menyebabkan perkembangan sekretori endometrium tidak memadai sehingga menyebabkan ketidakcocokan untuk implantasi, serta membuat lendir serviks kental dengan jumlah yang sedikit. Ibu yang memiliki kontraindikasi dilarang menggunakan implant. Kontraindikasi implant seperti perdarahan uterus, penyakit hepar yang aktif, dugaan

kehamilan, kanker payudara, kanker sistem reproduksi lainnya, dan penyakit serebrovaskular atau jantung koroner (Rocca et al., 2021).

Etonogestrel (ENG) merupakan metabolit utama Desogestrel (DSG), ditandai dengan tingkat progesterone yang lebih tinggi. Efek serupa dan afinitas reseptor androgen yang lebih rendah. Implan ENG merupakan batang tunggal yang mengandung ENG dengan dosis 68 mg dengan masa efektifitas selama 3 tahun. ENG mencegah pelepasan LH dan ovulasi, mengentalkan lendir serviks dan mengurangi masuknya spermatozoa dan memodifikasi endometrium, menghambat implantasi sel telur yang telah dibuahi (Rocca et al., 2021).

### **6.2.3 Kondom Non-Lateks**

Kondom pria dapat mencegah kehamilan dengan cara menghalangi sperma yang keluar dari jalan lahir. Kondom non-lateks dapat digunakan oleh orang yang alergi atau sensitive terhadap lateks. Kondom; berselaput alami' atau 'kulit domba' ini dianggap lebih rendah efektifitasnya apabila dibandingkan dengan kondom lateks karena tidak memberikan perlindungan yang memadai terhadap infeksi menular seksual (IMS). Kondom non-lateks dapat digunakan secara aman dengan pelumas berbahan dasar minyak dan memiliki potensi umur simpan yang lebih lama karena kemampuannya dalam bertahan pada kondisi penyimpanan yang lebih luas. Selain itu, kondom non-lateks dianggap memiliki bauk yang tidak terlalu menyengat, tidak terlalu ketat, dan kemampuan menghantarkan panas tubuh lebih baik. Kondom non-lateks yang lebih efektif dan dapat diterima oleh pengguna dibandingkan kondom lateks tradisional dapat menjadi faktor penting dalam meningkatkan konsistensi penggunaan kondom sebagai metode kontrasepsi. Kondom non-lateks memiliki tingkat kerusakan dan selip yang serupa dengan yang ditemukan dari beberapa referensi, kinerjanya tidak sebaik kondom lateks. Secara umum, kondom non-lateks lebih

cenderung rusak saat berhubungan atau putus hubungan seksual dibandingkan kondom lateks (Gallo et al., 2020).

#### **6.2.4 Kontrasepsi Pria**

Uji klinis terbaru terhadap pil kontrasepsi pria telah melaporkan hasil yang sangat menjanjikan, menunjukkan potensi ketersediaannya dalam waktu dekat. Ketersediaan pil kontrasepsi pria yang reversible dan efisien mempunyai kemungkinan untuk menghasilkan pengambil keputusan yang lebih adil dalam hal keluarga berencana dan kesehatan reproduksi. Serta mengatasi beban gender kontrasepsi farmasi pada perempuan. Pengembangan program pendidikan untuk mendorong peran yang lebih adil dalam hal seks dan gender (misalnya, tanggung jawab kedua pasangan untuk kontrasepsi) akan memberikan masyarakat bentuk dukungan sosial dan pendidikan untuk meningkatkan pengambilan keputusan di bidang kesehatan seksual, dan berpotensi meningkatkan kesediaan laki-laki untuk menggunakan kontrasepsi pil pria (Gómez-Torres et al., 2023).

Pria sehat memiliki 15-200 juta sperma per mililiter ejakulasi. Penggunaan kontrasepsi pil pria dapat menunjukkan azoospermia (tidak ada sperma dalam ejakulasi) atau oligozoospermia parah (kurang dari 1-3 juta sperma per mililiter dalam sekali ejakulasi) sehingga menghasilkan tingkat efektivitas yang serupa dengan kontrasepsi pil wanita. *World Health Organization* (WHO), pria dapat menerima suntikan intramuscular (IM) mingguan sebesar 200 mg testosterone enanthate (TE), dua kali dosis yang diperlukan untuk penggantian testosterone fisiologis. Ambang batas untuk memasuki fase efikasi adalah azoospermia yang dicapai pada 70% pria dan merupakan oligozoospermia parah ( $\leq 3$  juta/mL) pada tahap kedua, yang dicapai oleh 98% pria. Regimen ini memiliki kemanjuran kontrasepsi yang tinggi dengan tingkat kegagalan 1,4%. Diantara pria yang kontrasepsi spermanya ditekan hingga ( $\leq 1$  juta/mL) saat ini digunakan di lapangan untuk mencapai fase

kemanjuran kontrasepsi dalam uji coba kontrasepsi hormonal pria. Efek samping yang umum dialami oleh peserta termasuk efek samping androgenic yang diketahui seperti jerawat, penambahan berat badan, perubahan suasana hati, perubahan libido, dan tes fungsi hati yang tidak normal. Ketidaknyamanan di tempat suntikan juga dilaporkan (Liu, 2018).

Penambahan progestin pada androgen dapat membantu menekan spermatogenesis dan mengurangi potensi efek androgenic yang merugikan. Terdapat implant testosterone dimana terbukti tidak ada kehamilan yang terjadi dan lebih sedikit efek androgenic dengan tingkat ekstrusi implant hampir 10%. Androgen yang dapat digunakan sebagai kontrasepsi pria oral yang potensial seperti *Dimethandrolone Undecanoate (DMAU)*, *11 $\beta$ -metil-19-Nortestosteron 17  $\beta$ -Dodesilkarbonat (11-  $\beta$ MNTDC)*, *7 $\alpha$ -metil-19-nortestosteron (MENT)*, dan *Testosteron plus gel Nestoron (NES-T)* (Gómez-Torres et al., 2023; Liu, 2018).

## **6.3 Evidence Based Kesehatan Reproduksi**

### **6.3.1. Inseminasi Intraservikal**

Inseminasi Intraservikal (*intracervical insemination/ ICI*) merupakan inseminasi buatan yang digunakan untuk membantu seorang wanita dalam mengandung anak. Inseminasi intraservikal adalah ketika sperma dimasukkan ke dalam leher rahim, yang berfungsi sebagai jalan menuju rahim. Proses ICI bekerja bersamaan dengan pemantauan siklus ovulasi yang cermat. Dalam beberapa kasus, obat tambahan diresepkan untuk menginduksi ovulasi dan meningkatkan kemungkinan pembuahan. Setelah sperma sumbangan diperoleh, dokter menggunakan jarum suntik untuk memasukkan sperma ke dalam leher rahim. Setelah pemasangan, wanita akan berbaring selama 15-30 menit untuk memberikan waktu yang cukup bagi sperma untuk mencapai rahim. Menurut *American Pregnancy Association*, angka kehamilan inseminasi intraservikal ini dianggap lebih tinggi

dibandingkan hubungan seksual pada kedua waktu (Buckett & Sierra, 2019).

### **6.3.2. Inseminasi Intrauterine**

Inseminasi Intrauterin (*intrauterine insemination/ IUI*) adalah suatu tindakan yang dibantu teknik penerimaan yang melibatkan pengendapan sampel air mani yang dihentikan dengan kateter halus (kateter khusus IUI) dirongga rahim bagian atas untuk meningkatkan jumlah sperma atau lebih dekat ke tempat pembuahan. IUI merupakan teknik sederhana yang dilakukan tanpa biaya yang mahal dan teknologi serta dapat disediakan sebagai pengobatan yang aman dan sederhana untuk meminimalkan risiko dengan pemantauan yang tepat. Inseminasi air mani pada manusia awalnya dikembangkan sebagai upaya membantu pasangan heteroseksual untuk hamil dan pada infertilitas faktor pria yang parah karena fisik atau sifat psikologis. IUI merupakan terapi lini pertama untuk pasangan terpilih yang memiliki saluran tuba yang berfungsi normal dengan infertilitas yang disebabkan karena pihak laki-laki, faktor yang tidak dapat dijelaskan, faktor serviks, faktor imunologi dan gangguan ejakulasi dengan tingkat kehamilan klinis per siklus berkisar antara 10-20% (Raguraman & Muhunthan, 2021).

IUI mengikuti proses yang serupa dengan ICI, namun melibatkan langkah-langkah tambahan. Air mani disiapkan dan dicuci sebelum proses pemasukan untuk menghindari reaksi alergi dan meminimalkan potensi masalah pembuahan. Speculum, alat yang biasa digunakan dalam pemeriksaan panggul rutin, digunakan untuk memudahkan akses ke rahim. Selanjutnya alat tipis yang digunakan untuk mengangkut sperma melalui vagina dan memasukkannya ke dalam rahim. Setelah inseminasi, wanita akan berbaring dan bersantai untuk memberikan waktu untuk pembuahan. Baik pada ICI maupun IUI, tes kehamilan di rumah harus dilakukan dua minggu

setelah prosedur untuk melihat keberhasilan (Buckett & Sierra, 2019).

### **6.3.3. Bayi Tabung (*In Vitro Infertilization/ IVF*)**

Bayi Tabung (*In Vitro Infertilization/ IVF*) digunakan untuk membantu reproduksi yang pada dasarnya tidak efisien melalui koitus. IVF merupakan teknologi yang memungkinkan bagi pasangan yang infertile dengan menghindari hambatan reproduksi dan mengubah tekanan seleksi. IVF efektif dalam pengobatan infertilitas yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya. Dalam sebuah uji coba secara acak, sebanyak 116 pasangan dengan infertilitas yang tidak diketahui penyebabnya dan prognosis kehamilan spontan yang buruk diacak untuk menjalani IVF transfer embrio tunggal atau FSH-IUI. Angka kelahiran hidup masing-masing adalah 22% dan 7% untuk IVF dan 1 siklus FSH-IUI (Barbieri, 2019).

Model pasca perawatan McLernon harus digunakan sebagai alat konseling untuk memberi tahu pasangan tentang perkiraan peluang kumulatif untuk melahirkan hidup selama beberapa siklus lengkap IVF. Model McLernon memprediksi individu memiliki peluang yang sangat besar untuk kelahiran hidup. Model ini dapat memprediksi peluang hidup kumulatif kelahiran melalui beberapa siklus IVF lengkap. Dokter dapat menggunakan model tersebut dalam praktik sehari-hari untuk membentuk harapan dengan memberi tahu pasangan tentang peluang untuk melahirkan hidup (Ratna et al., 2020).

## DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, D. D., Hapsari, W., Hutabarat, J., Nardina, E., Sinaga, L. R. V, Sitorus, S., Azizah, N., Argaheni, N. B., Wahyuni, Samaria, D., & Hutomo, C. (2021). *Pelayanan Kontrasepsi*. Yayasan Kita Menulis. kitamenulis.id
- Barbieri, R. L. (2019). Female Infertility. In *Yen and Jaffe's Reproductive Endocrinology (Eight Edition)* (8th ed., pp. 556–581). <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-47912-7.00022-6>
- Buckett, W., & Sierra, S. (2019). The management of unexplained infertility: an evidence-based guideline from the Canadian Fertility and Andrology Society. *Reproductive BioMedicine Online*, 39(4), 633–640. <https://doi.org/10.1016/j.rbmo.2019.05.023>
- Dinehart, E., Lathi, R. B., & Aghajanova, L. (2020). Levonorgestrel IUD: is there a long-lasting effect on return to fertility? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 37(1), 45–52. <https://doi.org/10.1007/s10815-019-01624-5>
- Gallo, M. F., Grimes, D. A., Lopez, L. M., & Schulz, K. F. (2020). Nonlatex versus latex male condoms for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003550.pub2>
- Gómez-Torres, P., Lucha-López, A. C., Mallery, A., Martínez-Pérez, G. Z., & Vera Cruz, G. (2023). Willingness to Use Male Contraceptive Pill: Spain-Mozambique Comparison. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20043404>
- Harwijayanti, B. P., Aulia, F., Aryani, R., Haryani, L., Arini, K. N., Muna, S., Purba, J., & Nurrasyidah. (2023). *Pelayanan Kontrasepsi dan KB*. PT. Global Eksekutif Teknologi.
- Liu, P. Y. (2018). Male contraception. *Encyclopedia of Reproduction*, 93, 478–485. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-801238-3.64620-2>
- Raguraman, S., & Muhunthan, K. (2021). Intra-uterine insemination. *Sri Lanka Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 43, 314–321.



<https://doi.org/10.4038/sljog.v43i4.8002>

- Ratna, M. B., Bhattacharya, S., Abdulrahim, B., & McLernon, D. J. (2020). A systematic review of the quality of clinical prediction models in in vitro fertilisation. *Human Reproduction*, 35(1), 100–116. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez258>
- Rocca, M. L., Palumbo, A. R., Visconti, F., & Di Carlo, C. (2021). Safety and benefits of contraceptives implants: A systematic review. *Pharmaceuticals*, 14(6), 1–26. <https://doi.org/10.3390/ph14060548>.



## Tentang Penulis

---

**Rini Mustikasari Kurnia Pratama, S.Si.T., M. Keb**

**Email:** [rini.mazin@gmail.com](mailto:rini.mazin@gmail.com)

Lahir di Jambi, tanggal 17 Maret 1990. Telah menyelesaikan studi pada DIII Kebidanan STIKes A. Yani Yogyakarta (sekarang Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta) tahun 2010, lulus DIV Kebidanan STIKes Ngudi Waluyo Ungaran (sekarang Universitas Ngudi Waluyo) tahun 2011, lulus S2 Ilmu Kebidanan di Universitas Andalas tahun 2017. Saat ini sebagai dosen Prodi D3 Kebidanan Fakultas MIPA Universitas Bengkulu. Pernah mendapatkan Hibah Penelitian Kemdikbudristek dengan skema Penelitian Dosen Pemula (PDP) sebanyak 2 kali sebagai ketua dan 1 kali sebagai anggota, dan skema Penelitian Kerjasama Antar Perguruan Tinggi (PKPT) sebanyak 1 kali sebagai ketua. Saat ini masih menjadi sekretaris dalam kepengurusan IBI Ranting Di Provinsi Jambi dan sebagai pengurus daerah perkumpulan Relawan Jurnal Indonesia (RJI) Jambi. Pernah menjadi narasumber di beberapa kesempatan baik seminar maupun kuliah pakar yang berkaitan dengan ilmu kebidanan, menjadi pengajar dalam bimbingan belajar uji kompetensi bidan serta telah menerbitkan beberapa buku ajar kebidanan, buku chapter, dan buku referensi.

## SINOPSIS

*Bunga Rampai* ini berisi tentang materi Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga. *Bunga Rampai* ini diperuntukkan bagi dosen, mahasiswa kesehatan khususnya kebidanan ataupun masyarakat yang membutuhkan informasi tentang kesehatan perempuan dan perencanaan keluarga. *Bunga Rampai* ini terdiri atas enam (6) bagian, masing-masing bagian sebagai berikut:

BAB 1. Konsep Kesehatan Reproduksi Dan Gender Dalam Kesehatan Reproduksi

BAB 2. Kesehatan Reproduksi Remaja Dan Lansia

BAB 3. Dimensi Sosial Wanita Dan Permasalahannya

BAB 4. Komplementer Remaja Dan Lansia

BAB 5. Kependudukan Dan Program Keluarga Berencana

BAB 6. Evidence Based Pelayanan Keluarga Berencana Dan Kesehatan Reproduksi

Penyusunan *Bunga Rampai* ini merupakan upaya untuk senantiasa melakukan “silaturahmi gagasan online” dari berbagai dosen kebidanan di Indonesia yang “dibidani” oleh Tim Optimal by PT Nuansa Fajar Cemerlang. Silaturahmi ini sebagai ikhtiar untuk mengembangkan substansi keilmuan dalam bidang kebidanan.

Book chapter ini berisi tentang materi Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga. Book chapter ini diperuntukkan bagi dosen, mahasiswa kesehatan khususnya kebidanan ataupun masyarakat yang membutuhkan informasi tentang kesehatan perempuan dan perencanaan keluarga. Book chapter ini terdiri atas enam (6) bagian, masing-masing bagian sebagai berikut:

BAB 1. Konsep Kesehatan Reproduksi Dan Gender Dalam Kesehatan Reproduksi

BAB 2. Kesehatan Reproduksi Remaja Dan Lansia

BAB 3. Dimensi Sosial Wanita Dan Permasalahannya

BAB 4. Komplementer Remaja Dan Lansia

BAB 5. Kependudukan Dan Program Keluarga Berencana

BAB 6. Evidence Based Pelayanan Keluarga Berencana Dan Kesehatan Reproduksi

Penyusunan book chapter ini merupakan upaya untuk senantiasa melakukan “silaturahmi gagasan online” dari berbagai dosen kebidanan di Indonesia yang “dibidani” oleh Tim Optimal by PT Nuansa Fajar Cemerlang. Silaturahmi ini sebagai ikhtiar untuk mengembangkan substansi keilmuan dalam bidang kebidanan.

**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 978-623-8411-26-9



**IKAPI**  
IKATAN PENERBIT INDONESIA

Anggota IKAPI No. 624/DKI/2022