



Kesehatan Reproduksi Remaja dan Ibu Hamil

Kesehatan reproduksi menurut WHO adalah suatu keadaan fisik, mental dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. Atau Suatu keadaan di mana manusia dapat menikmati kehidupan seksualnya serta mampu menjalankan fungsi dan proses reproduksinya secara sehat dan aman.

Sementara itu, dengan adanya buku teks berjudul "Kesehatan Reproduksi Remaja dan Ibu Hamil" kami berharap dapat membantu pembaca yang membutuhkan informasi dan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi. Buku ini menjelaskan pentingnya Kesehatan Reproduksi Remaja dan Ibu Hamil serta bagaimana materi yang disajikan berhubungan dengan mata kuliah kesehatan reproduksi. Buku ini dapat menjadi panduan alternatif bagi mahasiswa dan dosen yang sedang menempuh pendidikan.



Diterbitkan oleh :
YAYASAN HAMJAH DIHA
Alamat Bima : Jln. Lintas Parado, Desa Tangga
Kecamatan Monta Kabupaten Bima-NTB
Alamat Lombok : Jln. TGH, Badaruddin, Blok G
no. 1 BTN KUBAH HIJAU, BAGU
Pringgarata- Lombok Tengah
Email : kontak@hamjahdiha.or.id,
Website : hamjahdiha.or.id



Tating Nuraeni, S.ST., M.Kes, dkk.

Kesehatan Reproduksi Remaja dan Ibu Hamil



Editor :
Zumrotul Ula, S.ST., M.Kes
Bernadetha, SKM., M.Kes
Arief Bahtiar Rifai, M.Pd



Kesehatan Reproduksi Remaja dan Ibu Hamil

Tating Nuraeni, S.ST., M.Kes
Ernawati, S.Kep.,Ns.,M.Kes
Yuniawati Astuti, AMK, SKM, M.K.M
Siti Pangarsi Dyah Kusuma Wardani, S.SiT., M.K.M
Masdi Janiarli, SST., M.Kes
Fitra Amelia, S.ST.,M.Kes
Ns. Kornelia Romana Iwa, M.Kep
Ns. Nasrullah, S.Kep., M.Kes
Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes
Dian Permatasari, S.ST., M.Kes
Ellyani Abadi, S.K.M.,M.Kes



KESEHATAN
REPRODUKSI REMAJA
DAN IBU HAMIL

Tating Nuraeni, S.ST., M.Kes
Ernawati, S.Kep,Ns.,M.Kes
Yuniawati Astuti, AMK, SKM, MKM
Siti Pangarsi Dyah Kusuma Wardani, S.SiT., M.K.M.
Masdi Janiarli, SST, M.Kes
Fitra Amelia, S.ST., M.Kes

Ns. Kornelia Romana Iwa, M.Kep.
Ns. Nasrullah, S.Kep., M.Kes.
Siti Utami Dewi, D.Kep., M.Kes.
Dian Permatasari, S.ST., M.Kes
Ellyani Abadi, S.K.M.,M.Kes

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN IBU HAMIL



KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN IBU HAMIL

© Hamjah Diha Foundation 2022

Penulis : Tating Nuraeni, S.ST., M.Kes
Ernawati, S.Kep,Ns.,M.Kes
Yuniawati Astuti, AMK, SKM, MKM
Siti Pangarsi Dyah Kusuma Wardani, S.SiT., M.K.M.
Masdi Janiarli, SST., M.Kes
Fitra Amelia, S.ST., M.Kes
Ns. Kornelia Romana Iwa, M.Kep.
Ns. Nasrullah, S.Kep., M.Kes.
Siti Utami Dewi, D.Kep., M.Kes.
Dian Permatasari, S.ST., M.Kes
Ellyani Abadi, S.K.M.,M.Kes
Editor : Zumrotul Ula, S.ST., M.Kes
Bernadetha, SKM., M.Kes
Arief Bahtiar Rifai, M.Pd
Layout : Tim Creative
Desain Cover : Tim Creative

All rights reserved

Hak Cipta dilindungi Undang Undang

Dilarang memperbanyak dan menyebarkan sebagian atau keseluruhan isi buku dengan media cetak, digital atau elektronik untuk tujuan komersil tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit.

ISBN : 978-623-5442-09-9

Cetakan 1 : Juli 2022

Penerbit:

HAMJAH DIHA FOUNDATION

Kantor Lombok: Jl. TGH. Badaruddin, Blok G-1. BTN.

Apernas Kubah Hijau, Bagu-Pringgarata, Lombok Tengah.

Kantor Bima : Jl. Lintas Tente-Parado, Tangga-Monta,

Kab. Bima-Nusa Tenggara Barat

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa. Shalawat serta salam terucap untuk Nabi Besar Muhammad SAW. berkat Beliau, kita senantiasa berjalan di jalan yang terang. Kami juga mengucapkan terima kasih kepada orang tua, kolega, penerbit, dan banyak pihak lainnya yang telah mendukung kelancaran dari penulisan hingga pencetakan buku ajar ini.

Sementara itu, dengan adanya buku teks berjudul “Kesehatan Reproduksi Remaja dan Ibu Hamil” kami berharap dapat membantu pembaca yang membutuhkan informasi dan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi. Buku ini menjelaskan pentingnya Kesehatan Reproduksi Remaja dan Ibu Hamil serta bagaimana materi yang disajikan berhubungan dengan mata kuliah kesehatan reproduksi. Buku ini dapat menjadi panduan alternatif bagi mahasiswa dan dosen yang sedang menempuh pendidikan.

Kami menyadari bahwa buku ini masih banyak kekurangan dan kesalahan, namun tentunya jauh dari

sempurna. Oleh karena itu, untuk lebih meningkatkan kualitas buku ini, kami mohon kritik dan saran dari para pembaca untuk penulisan buku ajar ini. Terima kasih

.....2022

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	V
DAFTAR ISI	VII

BAB I KESEHATAN REPRODUKSI	1
A. Definisi Kesehatan Reproduksi	1
B. Tujuan Kesehatan Reproduksi	3
C. Sasaran Kesehatan Reproduksi	5
D. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi	5
E. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi	7
F. Hak-hak reproduksi	10
G. Masalah Kesehatan Reproduksi	11

BAB 2 KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI	17
A. Definisi Kesehatan Reproduksi	17
B. Masalah dan Strategi Kesehatan Reproduksi	19
C. Stabilisasi Populasi dan Kontrol Kelahiran	22
D. Kesehatan Reproduksi dalam Dunia yang Terus Berubah	24
E. Batasan Kesehatan Reproduksi	27

F. Rangkuman.....	35
G. Tugas Pemicu.....	36
 BAB 3 TUMBUH KEMBANG REMAJA	37
A. Konsep Kesehatan Reproduksi	37
B. Komponen Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir	39
C. Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja.	41
D. Batasan Usia Remaja	42
 BAB 4 KESEHATAN REPRODUKSI IBU MELAHIRKAN	45
A. Pengertian.....	45
B. Tanda - Tanda Persalinan.....	48
C. Faktor Yang Mempengaruhi Proses Persalinan	50
D. Tanda Bahaya Persalinan	54
 BAB 5 HAK SEKSUALITAS DAN REPRODUKSI PADA PASANG USIA SUBUR.....	57
A. Kesehatan Reproduksi	57
B. Hak Reproduksi Wanita	60
C. Pasangan Usia Subur (PUS)	64
D. Keluarga Berencana	65
E. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemenuhan Hak-Hak Reproduksi dalam ber-KB pada Wanita PUS.....	66

BAB 6 FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN REPRODUKSI	73
A. Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan Kesehatan Reproduksi.....	73
B. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi	80
 BAB 7 PERMASALAHAN DALAM KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA.....	89
A. Remaja.....	89
B. Permasalahan dalam Kesehatan Reproduksi.....	93
 BAB 8 REMAJA DAN IBU HAMIL.....	103
A. Pengertian Remaja.....	103
B. Karakteristik Remaja	104
C. Kerangka Berpikir	106
 BAB 9 ALAT REPRODUKSI WANITA	115
A. Pengertian Alat Reproduksi	115
B. Fungsi Alat Reproduksi	116
C. Anatomi Alat reproduksi Wanita.....	117
D. Fisiologi alat reproduksi Wanita	125
E. Rangkuman	127

BAB 10 GENDER DAN KESEHATAN DALAM KESEHATAN REPRODUKSI.....	129
A. Pendahuluan.....	129
B. Pengertian Gender	131
C. Gender dan Kesetaraan Gender	134
D. Bias Gender dan Ketidakadilan Gender	137
E. Beberapa Perspektif Gender	142
F. Analisis Gender Dalam Kesehatan.....	148
 BAB 11 SISTEM REPRODUKSI	153
A. Sistem reproduksi manusia	153
B. Pertumbuhan dan perkembangan remaja.....	178
C. Pentingnya penyuluhan tentang kesehatan reproduksi di Kecamatan Bandungan	183
 DAFTAR PUSTAKA.....	189
TENTANG PENULIS	191

BAB I

KESEHATAN REPRODUKSI

Tating Nuraeni, S.ST., M.Kes

A. Definisi Kesehatan Reproduksi

Pengertian kesehatan reproduksi yang dirumuskan oleh Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (ICDP) di Kairo tahun 1994 adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang utuh, dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi dan fungsi-fungsi serta proses-prosesnya. Pengertian sehat bukan semata-mata sebagai pengertian kedokteran (klinis), tetapi juga sebagai pengertian sosial. Seseorang dikatakan sehat tidak hanya memiliki tubuh dan jiwa yang sehat, tetapi juga dapat bermasyarakat secara baik. Kesehatan reproduksi bukan hanya masalah seseorang saja, tetapi juga menjadi kepedulian keluarga dan masyarakat.

Kesehatan reproduksi menurut WHO adalah suatu keadaan fisik, mental dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. Atau Suatu keadaan di mana manusia dapat menikmati kehidupan seksualnya serta mampu menjalankan fungsi dan proses reproduksinya secara sehat dan aman.

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 sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya (WHO).

Kesehatan Reproduksi adalah suatu keadaan sehat mental, fisik dan kesejahteraan sosial secara utuh pada semua hal yang berhubungan dengan sistem dan fungsi serta proses reproduksi dan bukan hanya kondisi yang bebas dari penyakit dan kecacatan serta dibentuk berdasarkan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan spiritual dan material yang layak, bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa, spiritual yang memiliki hubungan yang serasi, selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan antar keluarga dengan masyarakat dan lingkungan (BKKBN,1996).

Kesehatan reproduksi adalah kemampuan seseorang untuk dapat memanfaatkan alat reproduksi dengan mengukur kesuburannya dapat menjalani kehamilannya dan persalinan serta aman mendapatkan bayi tanpa

resiko apapun (*Well Health Mother Baby*) dan selanjutnya mengembalikan kesehatan dalam batas normal (IBG. Manuaba, 1998).

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 (Depkes RI, 2000).

B. Tujuan Kesehatan Reproduksi

Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2014 Kesehatan Reproduksi yang menjamin setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu, aman dan dapat dipertanggungjawabkan, 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. Di dalam memberikan pelayanan Kesehatan Reproduksi ada dua tujuan yang akan dicapai, yaitu tujuan utama dan tujuan khusus.

a. 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.

b. Tujuan Khusus

1. Meningkatnya kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya.
2. Meningkatnya hak dan tanggung jawab sosial wanita dalam menentukan kapan hamil, jumlah dan jarak kehamilan.
3. Meningkatnya peran dan tanggung jawab sosial pria terhadap akibat dari perilaku seksual dan fertilitasnya kepada kesehatan dan kesejahteraan pasangan dan anak-anaknya.

Dukungan yang menunjang wanita untuk membuat keputusan yang berkaitan dengan proses reproduksi, berupa pengadaan informasi dan pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan untuk mencapai kesehatan reproduksi secara optimal.

Tujuan diatas ditunjang oleh undang-undang kesehatan No. 23/1992, bab II pasal 3 yang menyatakan: “Penyelenggaraan upaya kesehatan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat”, dalam Bab III Pasal 4 “Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

C. Sasaran Kesehatan Reproduksi

Terdapat dua sasaran Kesehatan Reproduksi yang akan dijangkau dalam memberikan pelayanan, yaitu sasaran utama dan sasaran antara.

1. Sasaran Utama.

Laki-laki dan perempuan usia subur, remaja putra dan putri yang belum menikah. Kelompok resiko: pekerja seks, masyarakat yang termasuk keluarga prasejahtera.

2. Sasaran Antara

Petugas kesehatan: Dokter Ahli, Dokter Umum, Bidan, Perawat, Pemberi Layanan Berbasis Masyarakat.

- a. Kader Kesehatan, Dukun.
- b. Tokoh Masyarakat.
- c. Tokoh Agama.
- d. LSM.

D. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

Banyak faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi. Faktor-faktor tersebut secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi empat golongan yang dapat berdampak buruk bagi kesehatan reproduksi, yaitu:

a. Faktor Demografis - Ekonomi

Faktor ekonomi dapat mempengaruhi Kesehatan Reproduksi yaitu kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, usia pertama melakukan hubungan seksual, usia pertama menikah, usia pertama hamil. Sedangkan faktor demografi yang dapat mempengaruhi Kesehatan Reproduksi adalah akses terhadap pelayanan kesehatan, rasio remaja tidak sekolah, lokasi/ tempat tinggal yang terpencil.

b. Faktor Budaya dan Lingkungan

Faktor budaya dan lingkungan yang mempengaruhi praktek tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, kepercayaan banyak anak banyak rejeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lain, pandangan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, lingkungan tempat tinggal dan cara bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi, hak dan tanggungjawab reproduksi individu, serta dukungan atau komitmen politik.

c. Faktor Psikologis

Sebagai contoh rasa rendah diri (“low self esteem”), tekanan teman sebaya (“peer pressure”), tindak kekerasan di rumah/ lingkungan terdekat dan

dampak adanya keretakan orang tua dan remaja, depresi karena ketidak seimbangan hormonal, rasa tidak berharga wanita terhadap pria yang membeli kebebasan secara materi.

d. Faktor Biologis

Faktor biologis mencakup ketidak sempurnaan organ reproduksi atau cacat sejak lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual, keadaan gizi buruk kronis, anemia, radang panggul atau adanya keganasan pada alat reproduksi. Dari semua faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi diatas dapat memberikan dampak buruk terhadap kesehatan perempuan, oleh karena itu perlu adanya penanganan yang baik, dengan harapan semua perempuan mendapatkan hak-hak reproduksinya dan menjadikan kehidupan reproduksi menjadi lebih berkualitas.

E. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup kesehatan reproduksi mencakup keseluruhan kehidupan manusia sejak lahir sampai mati (*life cycle approach*) agar diperoleh sasaran yang pasti dan komponen pelayanan yang jelas serta dilaksanakan secara terpadu dan berkualitas dengan memperhatikan hak reproduksi perorangan dan bertumpu pada program pelayanan yang tersedia.

a. Konsepsi

Perlakuan sama antara janin laki-laki dan perempuan, Pelayanan ANC, persalinan, nifas dan BBL yang aman.

b. Bayi dan Anak

Pemberian ASI eksklusif dan penyapihan yang layak, an pemberian makanan dengan gizi seimbang, Imunisasi, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), Pencegahan dan penanggulangan kekerasan pada anak, Pendidikan dan kesempatan untuk memperoleh pendidikan yang sama pada anak laki-laki dan anak perempuan.

c. Remaja

Pemberian Gizi seimbang, Informasi Kesehatan Reproduksi yang adequate, Pencegahan kekerasan sosial, Mencegah ketergantungan NAPZA, Perkawinan usia yang wajar, Pendidikan dan peningkatan keterampilan, Peningkatan penghargaan diri,. Peningkatan pertahanan terhadap godaan dan ancaman.

d. Usia Subur

Pemeliharaan Kehamilan dan pertolongan persalinan yang aman, Pencegahan kecacatan dan kematian pada ibu dan bayi, Menggunakan kontrasepsi untuk mengatur jarak kelahiran dan jumlah kehamilan,

Pencegahan terhadap PMS atau HIV/AIDS, Pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, Pencegahan penanggulangan masalah aborsi, Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim, Pencegahan dan manajemen infertilitas.

e. Usia Lanjut

Perhatian terhadap menopause/andropause, Perhatian terhadap kemungkinan penyakit utama degeneratif termasuk rabun, gangguan metabolisme tubuh, gangguan mobilitas dan osteoporosis, Deteksi dini kanker rahim dan kanker prostat.

Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi secara “lebih luas“, meliputi:

Masalah kesehatan reproduksi remaja yaitu pada saat pertama anak perempuan mengalami haid/menarche yang bisa beresiko timbulnya anemia, perilaku seksual bila kurang pengetahuan dapat terjadi kehamilan diluar nikah, abortus tidak aman, tertular penyakit menular seksual (PMS), termasuk HIV/AIDS.

Remaja saat menginjak masa dewasa dan melakukan perkawinan, dan ternyata belum mempunyai pengetahuan yang cukup untuk memelihara kehamilannya maka dapat mengakibatkan terjadinya risiko terhadap kehamilannya (persalinan sebelum waktunya) yang akhirnya akan menimbulkan risiko terhadap kesehatan ibu hamil dan janinnya. Dalam kesehatan reproduksi mengimplikasikan seseorang berhak atas kehidupan

seksual yang memuaskan dan aman. Seseorang berhak terbebas dari kemungkinan tertular penyakit infeksi menular seksual yang bisa berpengaruh pada fungsi organ reproduksi, dan terbebas dari paksaan. Hubungan seksual dilakukan dengan saling memahami dan sesuai etika serta budaya yang berlaku.

F. Hak-hak reproduksi

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

9. Hak mendapatkan manfaat kemajuan, ilmu pengetahuan pelayanan dan kehidupan reproduksinya.
10. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga.
11. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan berkeluarga dan kehidupan reproduksi.
12. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi

G. Masalah Kesehatan Reproduksi

Beberapa masalah dapat terjadi pada setiap tahapan siklus kehidupan perempuan, dibawah ini diuraikan masalah yang mungkin terjadi pada setiap siklus kehidupan.

a. Masalah reproduksi

Kesehatan, morbiditas (gangguan kesehatan) dan kematian perempuan yang berkaitan dengan kehamilan. Termasuk didalamnya juga masalah gizi dan anemia di kalangan perempuan, penyebab serta komplikasi dari kehamilan, masalah kemandulan dan ketidaksuburan; Peranan atau kendali sosial budaya terhadap masalah reproduksi. Maksudnya bagaimana pandangan masyarakat terhadap kesuburan dan kemandulan, nilai anak dan

keluarga, sikap masyarakat terhadap perempuan hamil. Intervensi pemerintah dan negara terhadap masalah reproduksi. Misalnya program KB, undang-undang yang berkaitan dengan masalah genetik, dan lain sebagainya. Tersedianya pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, serta terjangkau secara ekonomi oleh kelompok perempuan dan anak-anak. Kesehatan bayi dan anak-anak terutama bayi dibawah umur lima tahun. Dampak pembangunan ekonomi, industrialisasi dan perubahan lingkungan terhadap kesehatan reproduksi.

b. Masalah gender dan seksualitas

Pengaturan negara terhadap masalah seksualitas. Maksudnya adalah peraturan dan kebijakan negara mengenai pornografi, pelacuran dan pendidikan seksualitas. Pengendalian sosio-budaya terhadap masalah seksualitas, bagaimana norma-norma sosial yang berlaku tentang perilaku seks, homoseks, poligami, dan perceraian. Seksualitas dikalangan remaja. Status dan peran perempuan. Perlindungan terhadap perempuan pekerja.

c. Masalah kekerasan dan perkosaan terhadap perempuan

Kecenderungan penggunaan kekerasan secara sengaja kepada perempuan, perkosaan, serta dampaknya terhadap korban Norma sosial mengenai

kekerasan dalam rumah tangga, serta mengenai berbagai tindak kekerasan terhadap perempuan. Sikap masyarakat mengenai kekerasan perkosaan terhadap pelacur. Berbagai langkah untuk mengatasi masalah- masalah tersebut.

d. Masalah Penyakit yang Ditularkan Melalui Hubungan Seksual

Masalah penyakit menular seksual yang lama, seperti sifilis, dan gonorrhea. Masalah penyakit menular seksual yang relatif baru seperti chlamydia, dan herpes. Masalah HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus/Acquired immunodeficiency Syndrome); Dampak sosial dan ekonomi dari penyakit menular seksual. Kebijakan dan program pemerintah dalam mengatasi masalah tersebut (termasuk penyediaan pelayanan kesehatan bagi pelacur/Penjaja Seks Komersial). Sikap masyarakat terhadap penyakit menular seksual.

e. Masalah Pelacuran

Demografi pekerja seksual komersial atau pelacuran. Faktor-faktor yang mendorong pelacuran dan sikap masyarakat terhadap pelacuran. Dampaknya terhadap kesehatan reproduksi, baik bagi pelacur itu sendiri maupun bagi konsumennya dan keluarganya.

f. Masalah Sekitar Teknologi

Teknologi reproduksi dengan bantuan (inseminasi buatan dan bayi tabung). Pemilihan bayi berdasarkan jenis kelamin (gender fetal screening). Penapisan genetik (genetic screening). Keterjangkauan dan kesamaan kesempatan. Etika dan hukum yang berkaitan dengan masalah teknologi reproduksi ini.

RANGKUMAN

Kesehatan reproduksi menurut WHO adalah suatu keadaan fisik, mental dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. Atau Suatu keadaan di mana manusia dapat menikmati kehidupan seksualnya serta mampu menjalankan fungsi dan proses reproduksinya secara sehat dan aman.

Terdapat dua sasaran Kesehatan Reproduksi yang akan dijangkau dalam memberikan pelayanan, yaitu sasaran utama yang mencakup usia remaja, usia rentan, dan kelompok dengan resiko serta sasaran antara yang meliputi petugas kesehatan dan pemberi layanan berbasis masyarakat.

Terdapat beberapa hal yang mempengaruhi kesehatan reproduksi seseorang, diantaranya adalah faktor demografis-ekonomi, faktor budaya dan lingkungan, faktor psikologis, dan faktor biologis

Ruang lingkup kesehatan reproduksi mencakup keseluruhan kehidupan manusia sejak lahir sampai mati (*life cycle approach*) agar diperoleh sasaran yang pasti dan komponen pelayanan yang jelas serta dilaksanakan secara terpadu dan berkualitas dengan memperhatikan hak reproduksi perorangan dan bertumpu pada program pelayanan yang tersedia.

kesehatan reproduksi remaja yaitu pada saat pertama anak perempuan mengalami haid/menarche yang bisa beresiko timbulnya anemia, perilaku seksual bila kurang pengetahuan dapat terjadi kehamilan diluar nikah, abortus tidak aman, tertular penyakit menular seksual (PMS), termasuk HIV/AIDS.

Remaja saat menginjak masa dewasa dan melakukan perkawinan, dan ternyata belum mempunyai pengetahuan yang cukup untuk memelihara kehamilannya maka dapat mengakibatkan terjadinya risiko terhadap kehamilannya (persalinan sebelum waktunya) yang akhirnya akan menimbulkan risiko terhadap kesehatan ibu hamil dan janinnya. Dalam kesehatan reproduksi mengimplikasikan seseorang berhak atas kehidupan seksual yang memuaskan dan aman. Seseorang berhak terbebas dari kemungkinan tertular penyakit infeksi menular seksual yang bisa berpengaruh pada fungsi organ reproduksi, dan terbebas dari paksaan. Hubungan seksual dilakukan dengan saling memahami dan sesuai etika serta budaya yang berlaku.

BAB 2

KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI

Ns. Ernawati, S.Kep,Ns.,M.Kes

Kesehatan reproduksi mempengaruhi kehidupan perempuan dan laki-laki dari konsepsi sampai kelahiran, melalui masa remaja sampai usia tua, dan termasuk pencapaian dan pemeliharaan kesehatan yang baik serta pencegahan dan pengobatan penyakit.

A. Definisi Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya. Oleh karena itu, kesehatan reproduksi menyiratkan bahwa orang dapat memiliki kehidupan seks yang memuaskan dan aman dan bahwa mereka memiliki kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan

untuk memutuskan apakah, kapan dan seberapa sering melakukannya. Ini juga termasuk kesehatan seksual, yang tujuannya adalah peningkatan kehidupan dan hubungan pribadi (WHO, 2006).

Istilah ini secara sederhana mengacu pada organ reproduksi yang sehat dengan fungsi normal. Namun, konsep ini memiliki perspektif yang lebih luas dan mencakup aspek emosional dan juga sosial reproduksi. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), kesehatan reproduksi berarti kesejahteraan total dalam semua aspek reproduksi, yaitu fisik, emosional, perilaku dan sosial. Oleh karena itu, masyarakat dengan orang-orang yang memiliki organ reproduksi normal secara fisik dan fungsional serta interaksi emosional dan perilaku yang normal di antara mereka dalam semua aspek yang berhubungan dengan jenis kelamin dapat disebut sehat dalam hal reproduksi (NCERT, 2021).

Pelayanan kesehatan reproduksi mencakup berbagai bidang program. Pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif meliputi:

1. konseling, informasi, pendidikan, komunikasi dan pelayanan klinis dalam keluarga berencana;
2. keamanan ibu, termasuk perawatan antenatal, perawatan persalinan yang aman (bantuan terampil untuk melahirkan dengan rujukan yang sesuai untuk wanita dengan komplikasi kebidanan) dan perawatan

pasca persalinan, menyusui dan perawatan kesehatan bayi dan wanita;

3. perawatan ginekologi, termasuk pencegahan aborsi, pengobatan komplikasi aborsi, dan penghentian kehamilan yang aman sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku;
4. pencegahan dan pengobatan penyakit menular seksual (termasuk HIV/AIDS), mencakup distribusi kondom, kewaspadaan universal terhadap penularan infeksi melalui darah, tes dan konseling secara sukarela;
5. pencegahan dan penanganan kekerasan seksual;
6. keputusan akibat dari praktik tradisional yang berbahaya seperti mutilasi alat kelamin perempuan; dan
7. program kesehatan reproduksi untuk kelompok tertentu seperti remaja, termasuk informasi, pendidikan, komunikasi dan pelayanan.

B. Masalah dan Strategi Kesehatan Reproduksi

India adalah salah satu negara pertama di dunia yang memprakarsai rencana aksi dan program di tingkat nasional untuk mencapai kesehatan reproduksi total sebagai tujuan sosial. Program-program yang disebut 'keluarga berencana' ini dimulai pada tahun 1951 dan dinilai secara berkala selama beberapa dekade

terakhir. Peningkatan program yang mencakup area terkait reproduksi yang lebih luas saat ini dilaksanakan dalam istilah populer 'Program Perawatan Kesehatan Reproduksi dan Anak'. Tujuan utama program ini adalah menciptakan kesadaran di kalangan masyarakat tentang berbagai aspek terkait reproduksi dan menyediakan fasilitas dan dukungan untuk membangun masyarakat yang sehat reproduksi.

Dengan bantuan audio-visual dan media cetak, lembaga-lembaga pemerintah dan non-pemerintah mengambil berbagai langkah untuk menciptakan kesadaran di kalangan masyarakat mengenai berbagai aspek yang berhubungan dengan reproduksi. Orang tua, kerabat dekat lainnya, guru dan teman, juga memiliki peran besar dalam penyebaran informasi kesehatan reproduksi. Pengenalan pendidikan seks di sekolah juga harus didorong untuk memberikan informasi yang benar kepada kaum muda sehingga mencegah anak-anak percaya pada mitos dan salah paham mengenai berbagai aspek yang berhubungan dengan seks. Informasi yang tepat tentang organ reproduksi, masa remaja dan perubahan yang berkaitan, praktik seksual yang aman dan higienis, penyakit menular seksual (PMS), AIDS, dll., akan membantu orang, terutama mereka yang berada di kelompok usia remaja untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat. Mendidik masyarakat, terutama pasangan usia subur dan mereka yang berada dalam kelompok usia pernikahan, mengenai berbagai pilihan

yang tersedia dalam mengontrol kelahiran, perawatan ibu hamil, perawatan ibu dan anak pasca persalinan, pentingnya menyusui, kesempatan yang sama bagi anak laki-laki dan perempuan, dll., diarahkan pada pentingnya membesarkan keluarga yang sehat dan memiliki kesadaran sosial dengan batasan yang diinginkan. Kesadaran akan masalah yang diakibatkan oleh pertumbuhan penduduk yang tidak terkendali, kejahatan sosial seperti pelecehan seksual dan kejahatan terkait seks, dll., perlu diciptakan untuk mendorong orang berpikir dan mengambil berbagai langkah yang diperlukan untuk mencegahnya sehingga dengan demikian membangun masyarakat yang memiliki tanggung jawab sosial dan sehat.

Keberhasilan pelaksanaan berbagai rencana aksi untuk mencapai kesehatan reproduksi memerlukan fasilitas infrastruktur yang kuat, keahlian profesional dan dukungan material. Ini penting untuk memberikan bantuan dan perawatan medis kepada setiap orang dalam masalah terkait reproduksi seperti kehamilan, persalinan, PMS, aborsi, kontrasepsi, masalah menstruasi, infertilitas, dll. Penerapan teknik yang lebih baik dan strategi baru dari waktu ke waktu juga diperlukan untuk memberikan perawatan dan bantuan yang lebih efisien kepada setiap orang. Larangan undang-undang tentang amniosentesis untuk penentuan jenis kelamin dilakukan untuk melakukan pengecekan secara legal terkait meningkatnya ancaman pembunuhan janin perempuan, imunisasi anak besar-besaran, dll., merupakan beberapa

program yang perlu disebutkan dalam masalah ini. Dalam amniocentesis, sampel cairan ketuban janin yang sedang berkembang diambil untuk menganalisis sel-sel janin dan zat-zat terlarut. Prosedur ini digunakan untuk menguji adanya kelainan genetik tertentu seperti, down syndrome, hemophilia, anemia sel sabit, dll, untuk menentukan kelangsungan hidup janin.

Penelitian di berbagai bidang terkait reproduksi didorong dan didukung oleh lembaga pemerintah dan nonpemerintah untuk menemukan metode baru dan/atau memperbaiki metode yang sudah ada. Tahukah Anda bahwa ‘Saheli’ – alat kontrasepsi oral baru untuk wanita – dikembangkan oleh para ilmuwan di *Central Drug Research Institute* (CDRI) di Lucknow, India? Kesadaran yang lebih baik tentang hal-hal yang berhubungan dengan seks, peningkatan jumlah persalinan yang dibantu secara medis dan perawatan pasca persalinan yang lebih baik yang mengarah pada penurunan angka kematian ibu dan bayi, peningkatan jumlah pasangan dengan keluarga kecil, deteksi dan penyembuhan PMS yang lebih baik dan peningkatan fasilitas medis secara keseluruhan untuk semua jenis kelamin, dll kesemuanya menunjukkan peningkatan kesehatan reproduksi masyarakat.

C. Stabilisasi Populasi dan Kontrol Kelahiran

Dalam satu abad terakhir, pembangunan yang menyeluruh di berbagai bidang secara signifikan meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Namun,

peningkatan fasilitas kesehatan disertai dengan kondisi kehidupan yang lebih baik menyebabkan ledakan terhadap pertumbuhan penduduk. Populasi dunia yang sekitar 2 miliar (2000 juta) pada tahun 1900 meroket menjadi sekitar 6 miliar pada tahun 2000 dan 7,2 miliar pada tahun 2011. Penurunan pesat dalam angka kematian, angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) serta peningkatan jumlah penduduk usia reproduksi menjadi alasan hal tersebut. Tingkat pertumbuhan yang mengkhawatirkan seperti itu dapat menyebabkan kelangkaan mutlak bahkan kebutuhan dasar, yaitu, makanan, tempat tinggal dan pakaian, meskipun telah ada kemajuan signifikan yang dibuat di berbagai bidang itu. Oleh karena itu, perlu dikembangkan strategi yang serius untuk mengendalikan laju pertumbuhan penduduk ini.

Langkah terpenting untuk mengatasi masalah ini adalah motivasi keluarga kecil dengan menggunakan berbagai metode kontrasepsi. Anda mungkin pernah melihat iklan di media serta poster/banner, dll, yang menampilkan pasangan bahagia bersama dua anak dengan slogan “Dua Anak Cukup”. Banyak pasangan muda, tinggal di lingkungan perkotaan, dan bekerja bahkan telah mengadopsi konsep ‘norma satu anak’. Peningkatan undang-undang usia menikah perempuan menjadi 18 tahun dan laki-laki menjadi 21 tahun, serta pemberian insentif yang diberikan kepada pasangan dengan keluarga kecil adalah dua dari langkah-langkah

alternatif lain yang dapat diambil untuk mengatasi masalah ini.

D. Kesehatan Reproduksi dalam Dunia yang Terus Berubah

Kunci utama dari Internasional Konferens tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) Tahun 1994 menghasilkan aksi program yang menuju pada pendekatan holistik untuk kesehatan reproduksi. Para perumus program mengharapkan sistem kesehatan dan struktur sosial menyediakan pilihan dan mengatasi masalah budaya yang berat, seperti mutilasi alat kelamin perempuan dan bentuk-bentuk kekerasan lainnya terhadap perempuan. Agenda program bersifat luas, sesuai dengan rancangannya, dan mencakup berbagai layanan yang akan diberikan oleh sistem yang meluas lintas sektor dan domain sosial.

Hal yang penting dari keberhasilan agenda Program Aksi ambisius ICPD adalah kemauan politik nasional dan global untuk mengatasi masalah tabu dan menyediakan sumber daya yang dibutuhkan untuk memperkuat sistem sehingga dapat memberikan serangkaian layanan yang diperluas. Beberapa keberhasilan awal memberi harapan bagi komunitas kesehatan reproduksi. Di Bangladesh, misalnya, pemerintah dan konsorsium besar donor menyepakati program ambisius yang meliputi: (1) memprioritaskan kesehatan reproduksi, (2) merancang layanan yang berpusat pada pasien, (3) memberikan

sebagian besar sumber daya publik untuk layanan penting, (4) pelayanan kesehatan dan keluarga berencana terpadu, (5) partisipasi yang lebih luas oleh masyarakat sipil dan kelompok perempuan, (6) pengarusutamaan isu gender, (7) melibatkan pria dan wanita dalam program keluarga berencana dan mengakui efek samping kontrasepsi, dan (8) memperlakukan kekerasan terhadap perempuan sebagai masalah kesehatan masyarakat. Perubahan dalam pemerintahan memberikan perubahan di bidang kebijakan yang penting seperti penyatuan pelayanan Departemen Kesehatan dan pelayanan keluarga berencana (Jahan 2003).

Selama tahun 1990-an, para pemimpin dunia membentuk konsensus mengenai agenda untuk meningkatkan pembangunan manusia melalui serangkaian konferensi global yang mencakup Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan 1994 di Kairo, Konferensi Perempuan dan Pembangunan 1995 di Beijing, dan Konferensi Tingkat Tinggi Sosial 1995 di Kopenhagen. Ketika pemimpin yang sama bertemu lima tahun kemudian untuk menilai kemajuan dalam mengimplementasikan agenda ini, mereka sepakat bahwa harus ada tujuan dan indikator khusus untuk mengukur hasil, sehingga mereka mengusulkan sembilan tujuan pembangunan internasional (IDG), yang mencakup akses universal ke informasi kesehatan reproduksi dan layanan (tujuan ICPD), meningkatkan kesetaraan gender, dan mengurangi tingkat kematian ibu dan anak yang tinggi.

Pada saat para pemimpin yang sama berkumpul untuk KTT Milenium 2000 dan mengubah IDG menjadi Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs), mereka menghilangkan kesehatan reproduksi.

Pengecualian tujuan kesehatan reproduksi dari MDGs adalah masalah politik (Girard 2001). Penentang tujuan menunjukkantanda adanya upaya mempromosikan aborsi dan merusak nilai-nilai keluarga dengan menyerukan pendidikan seks untuk remaja. Mereka mengancam akan memblokir kesepakatan pada semua MDGs kecuali jika tujuan kesehatan reproduksi dihilangkan. Pejabat Perserikatan Bangsa-Bangsa berada di bawah tekanan besar agar peserta KTT Milenium mencapai konsensus tentang tujuan dan mengalah pada permintaan beberapa negara yang terlibat dalam ancaman tersebut.

Karena MDGs memainkan peran penting dalam penetapan prioritas oleh donor utama, termasuk Bank Dunia, pengecualian kesehatan reproduksi dari daftar MDG merupakan tantangan besar bagi para pejuang kesehatan dan hak reproduksi. Pendanaan dan perhatian terhadap kesehatan reproduksi dapat diperkuat dengan menunjukkan bahwa kegagalan untuk meningkatkan kesehatan reproduksi dan melindungi hak-hak reproduksi akan melemahkan upaya untuk mencapai MDG lainnya dan mengurangi kemiskinan. Tema ini disuarakan dalam laporan-laporan *United Nations Population Fund State of World Population* baru-baru ini dan

dalam dokumen-dokumen yang disiapkan untuk Proyek Millenium (UNFPA, 2005).

E. Batasan Kesehatan Reproduksi

Sampai tahun 1994 kesehatan reproduksi dianggap sebagai kebijakan dan program kependudukan yang menitikberatkan pada keluarga berencana yang ditujukan untuk memperlambat pertumbuhan penduduk. Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) yang diadakan di Kairo tahun itu mengubah fokus sempit ini dengan mendefinisikan kembali kesehatan reproduksi sebagai:

“keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan fungsi serta prosesnya. Oleh karena itu, kesehatan reproduksi menyiratkan bahwa orang dapat memiliki kehidupan seks yang memuaskan dan aman dan bahwa mereka memiliki kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk memutuskan apakah, kapan dan seberapa sering melakukannya. Tersirat dalam kondisi terakhir ini adalah hak laki-laki dan perempuan untuk mendapat informasi dan memiliki akses terhadap metode KB pilihan mereka yang aman, efektif, terjangkau dan dapat diterima, serta metode lain untuk pengaturan fertilitas yang tidak bertentangan dengan undang-undang, dan hak atas akses ke pelayanan perawatan kesehatan yang layak yang memungkinkan perempuan

menjalani kehamilan dan persalinan dengan aman dan memberikan kesempatan terbaik bagi pasangan untuk memiliki bayi yang sehat (PBB, 1995).

Oleh karena itu, ICPD memperluas kesehatan reproduksi untuk menangani berbagai kebutuhan kesehatan reproduksi dan seksual perempuan dan laki-laki. Perubahan besar ini berakar pada fokus hak asasi manusia ICPD, yang menurutnya individu dan kebutuhan mereka harus diprioritaskan lebih dari kepentingan demografis. ICPD juga mengakui perubahan demografi, epidemiologi, dan realitas program.

Respon praktis terhadap reorientasi kebijakan yang diminta oleh ICPD berjalan lambat. Kecepatan responnya pun kurang menggembirakan. Sikap terhadap kesehatan reproduksi selalu dijaga. Sebagaimana diuraikan sebelumnya, kesehatan reproduksi dihilangkan dari Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) meskipun kesadaran akan ruang lingkup dan pentingnya masalah kesehatan reproduksi meningkat. Menurut laporan United Nations Population Fund (UNFPA) State of World Population 2005, beberapa MDGs bergantung pada peningkatan kesehatan reproduksi (UNFPA 2005).

Di banyak negara, program kependudukan telah memperluas akses ke alat kontrasepsi dan menurunkan fertilitas, tetapi kemajuan di bidang utama kesehatan reproduksi lainnya masih kurang, terutama kematian ibu dan pencegahan serta pengelolaan infeksi menular seksual (IMS). Dengan semakin memburuknya epidemi

HIV/AIDS, pengabaian aspek kesehatan reproduksi ini mengakibatkan kesehatan masyarakat yang buruk dan merupakan pelanggaran hak asasi manusia.

Dalam menyikapilambatnya respon terhadap agenda ICPD, spesialis kesehatan reproduksi telah menyadari bahwa layanan yang menghormati dan menanggapi kebutuhan klien lebih efektif daripada yang didorong oleh tujuan demografis dari atas ke bawah. Oleh karena itu, klien berpengetahuan yang memahami dan memilih metode keluarga berencana yang sesuai dengan mereka lebih mungkin untuk terus menggunakan metode itu dan juga lebih mungkin untuk menggunakan layanan yang menyediakan kebutuhan mereka sendiri dan keluarga mereka.

Selain memperluas jangkauan perawatan untuk memasukkan “konstelasi metode, teknik dan layanan yang berkontribusi pada kesehatan dan kesejahteraan reproduksi dalam mencegah dan mengatasi masalah kesehatan” (PBB 1995), definisi ICPD juga memperjelas bahwa kesehatan reproduksi melibatkan lebih dari perawatankesehatan. Diakui bahwa kesehatan reproduksi yang buruk seringkali berakar pada kemiskinan dan subordinasi perempuan. Peningkatan hasil kesehatan reproduksi—apakah lebih sedikit kehamilan yang tidak diinginkan, penurunan angka kematian ibu dan anak, atau penurunan kejadian IMS—tergantung pada faktor kontekstual seperti otonomi dan pemberdayaan perempuan serta aksesibilitas dan kualitas layanan.

Komplikasi kehamilan dan persalinan seperti eklampsia, perdarahan, dan partus lama sulit diprediksi; semua wanita hamil berisiko mengalami kondisi ini. Mengelola berbagai risiko ini membutuhkan perawatan antenatal yang efektif, kehadiran tenaga terampil saat melahirkan, dan sistem rujukan yang berfungsi. Namun demikian, ketersediaan layanan baru satu sisi; lainnya adalah keterjangkauan. Perempuan miskin jauh lebih kecil kemungkinannya untuk memiliki akses ke fasilitas perawatan kesehatan atau mampu membayar perawatan. Oleh karena itu, mereka lebih mungkin meninggal atau menderita konsekuensi kesehatan yang merugikan sebagai akibat dari keadaan darurat. Perempuan miskin bahkan lebih dirugikan ketika sistem gender bersifat eksklusif. Di banyak lingkungan berpenghasilan rendah, pria dapat memutuskan anggota rumah tangga mana yang akan memiliki akses ke perawatan kesehatan. Ketidakseimbangan gender mengurangi kekuatan perempuan untuk menegosiasikan seks yang aman dan meningkatkan risiko ketika tingkat infeksi IMS dan HIV/AIDS tinggi.

Kesehatan reproduksi tidak terbatas pada proses reproduksi atau usia reproduksi. Gizi buruk untuk anak perempuan di masa kanak-kanak dan remaja merupakan faktor utama terhadap kondisi reproduksi yang buruk bagi perempuan dan anak-anak mereka. Praktik-praktik berbahaya seperti pemotongan alat kelamin perempuan, kekerasan dalam rumah tangga, dan perdagangan

seksual merugikan kesehatan reproduksi dan melanggar hak-hak seksual dan reproduksi. Faktor-faktor yang sangat berbeda, seperti kedaruratan obstetri yang tidak dikelola dengan baik dan IMS, memiliki konsekuensi kesehatan yang merugikan dibalik usia reproduksi.

ICPD menjadikan kesamaan gender, kesetaraan, dan pemberdayaan perempuan sebagai prioritas utama. ICPD juga memasukkan kesehatan seksual dan hak-hak reproduksi ke dalam prioritas yang ditetapkan seperti menjadi ibu yang aman, kesehatan reproduksi, dan layanan keluarga berencana yang berkualitas tinggi. Perluasan isi dan tujuan kegiatan kesehatan reproduksi ini bersifat imajinatif, tetapi membingungkan banyak administrasi yang terbiasa dengan paket intervensi dan layanan yang dikelola oleh satu lembaga atau kementerian dan yang menghadapi perubahan ekonomi dan politik mendasar lainnya. Agar efektif, fokus baru memerlukan perhatian pada berbagai faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan, termasuk sikap, kohesi sosial, informasi kesehatan dan untuk:

- perubahan independen terkait dengan penyesuaian struktural, yang dalam banyak kasus menyebabkan mundurnya negara dari sektor sosial;
- desentralisasi tanggungjawab operasional dan, dalam beberapa hal, tanggung jawab fiskal dan kebijakan ke tingkat provinsi atau kabupaten;

- pengembangan masyarakat sipil, dan organisasi non-pemerintah khususnya, yang suaranya dianggap semakin penting dalam masalah kesehatan reproduksi; dan
- Promosi kesehatan reproduksi dan seksual melalui program keluarga berencana yang sebelumnya hanya berfokus pada pencegahan atau jarak kelahiran.

Program Aksi yang disusun di ICPD menyajikan berbagai kegiatan yang harus dikelola secara terpadu. Ini menyiratkan cara kerja baru yang berpusat pada klien, berbasis hak, dan peka gender. Hal itu memperkenalkan peran kelompok-kelompok yang sampai saat ini terabaikan (seperti kaum muda, laki-laki, dan pengungsi) dan kepedulian terhadap kekerasan terhadap perempuan dan mutilasi alat kelamin perempuan.

Program Aksi memberikan tantangan lebih lanjut: bagaimana mengukur, biaya, dan melacak perubahan. Menetapkan langkah-langkah kuantitatif seringkali diperlukan untuk mendorong program seperti dalam kasus angka kematian balita dan tingkat cakupan vaksin yang telah memberikan momentum kerja UNICEF dalam beberapa tahun terakhir. Untuk mengembangkan langkah-langkah tersebut diperlukan kejelasan tentang faktor-faktor kunci yang berkontribusi terhadap peningkatan kesehatan. Sampai saat ini, indikator tersebut kurang, karena model yang menggambarkan hasil kesehatan reproduksi kurang diartikulasikan. Langkah-langkah yang baik untuk kematian ibu,

indikator kunci dari kualitas dan cakupan pelayanan obstetri, ada, seperti halnya teori dan pengetahuan empiris tentang bagaimana kematian ibu dapat dikurangi. Dengan demikian indikator di bidang ini relatif mudah dikembangkan.

Untuk ukuran hasil kesehatan reproduksi lainnya, teori dan buktinya sangat luas. Ketika berhadapan dengan hubungan gender dan isu-isu hak, model dan langkah-langkahnya bahkan kurang berkembang dengan baik. Namun, akademisi dan praktisi berusaha untuk mengidentifikasi langkah-langkah yang tepat. Kita dapat memikirkan setidaknya empat dimensi kesehatan reproduksi yang terkait erat:

- status kesehatan reproduksi yang diukur dengan indikator seperti kematian ibu, kematian bayi, dan prevalensi kontrasepsi;
- kondisi yang berhubungan dengan organ dan sistem reproduksi;
- kondisi yang diperburuk oleh seks dan kehamilan; dan
- aspek sosial seks dan reproduksi.

Hal yang lebih kompleks, kesehatan reproduksi bukan hanya tentang jumlah kematian atau penyakit: konsekuensi sosialnya sama pentingnya dengan hasil medisnya. Hasil medisnya sering diabaikan (misalnya: morbiditas kumulatif, komorbiditas, dan morbiditas kontrasepsi, dan kondisi akibat mutilasi alat kelamin

perempuan). Mengetahui dimensi beban kesehatan reproduksi tidaklah cukup. Unsur-unsur lain harus diperhitungkan, seperti proporsi beban akibat paparan risiko tertentu, atau proporsi yang dapat dikurangi dengan mengurangi risiko, dan bagaimana resiko dapat dikurangi.

Faktor risiko utama untuk kesehatan reproduksi yang buruk adalah seks yang tidak aman, yang menjadi perhatian utama dalam kesehatan reproduksi saat ini. Seks yang tidak aman mengarah ke daftar konsekuensi yang merugikan, termasuk HIV/AIDS, IMS, kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi yang tidak aman, dan kekerasan seksual. Dalam epidemi HIV umum, sebagian besar infeksi HIV disebabkan oleh hubungan seks yang tidak aman; pada tahun 2000 sekitar 3,3 juta kematian (6 persen dari total) disebabkan oleh seks yang tidak aman.

Mengatasi HIV/AIDS berarti menangani risiko dan kerentanan yang terkait dengan perilaku seksual. Akibatnya, komunitas kesehatan reproduksi harus mempengaruhi dan mendukung perubahan perilaku yang ditujukan untuk seks yang lebih aman, kesehatan remaja, keterlibatan laki-laki, kesadaran masyarakat, kebutuhan keluarga berencana untuk perempuan HIV-positif, dan pencegahan penularan penyakit dari ibu ke anak, serta sebagai konseling dan pengujian rahasia yang sukarela, deteksi, dan manajemen IMS.

Kesehatan reproduksi dengan demikian menjadi multidimensi; kebijakan dan intervensinya saat ini telah melampaui kesehatan itu sendiri. Definisi dan pengukuran, perubahan ruang lingkup dan sifat intervensi kesehatan reproduksi yang terjadi dalam konteks reformasi sektor kesehatan yang lebih luas ke depan akan semakin kompleks.

F. Rangkuman

Kesehatan reproduksi merupakan kondisi sejahtera baik fisik mental, maupun sosial yang utuh bukan hanya bebas dari penyakit atau cacat, namun berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi, maupun prosesnya. Pelayanan kesehatan reproduksi mencakup konseling, informasi, pendidikan, komunikasi, pelayanan klinik dalam KB, keamanan ibu, perawatan ginekologi, pencegahan dan pengobatan penyakit menular seksual, pencegahan dan penanganan kekerasan seksual, keputusan, dan program kesehatan reproduksi untuk kelompok tertentu. Keberhasilan pelaksanaan berbagai rencana aksi untuk mencapai kesehatan reproduksi memerlukan fasilitas infrastruktur yang kuat, keahlian profesional dan dukungan material. Penelitian di berbagai bidang terkait reproduksi didorong dan didukung oleh lembaga pemerintah dan nonpemerintah untuk menemukan metode baru dan/atau memperbaiki metode yang sudah ada. Kesehatan reproduksi tidak terbatas pada proses reproduksi atau usia reproduksi. Gizi buruk untuk anak perempuan di masa kanak-kanak dan remaja merupakan

faktor utama terhadap kondisi reproduksi yang buruk bagi perempuan dan anak-anak mereka. Kesamaan gender, kesetaraan, dan pemberdayaan perempuan sebagai prioritas utama dalam kesehatan reproduksi. kesehatan reproduksi bukan hanya tentang jumlah kematian atau penyakit: konsekuensi sosialnya sama pentingnya dengan hasil medisnya. Faktor risiko utama untuk kesehatan reproduksi yang buruk adalah seks yang tidak aman, yang menjadi perhatian utama dalam kesehatan reproduksi saat ini. Kesehatan reproduksi dengan demikian menjadi multidimensi; kebijakan dan intervensinya saat ini telah melampaui kesehatan itu sendiri.

G. Tugas Pemicu

1. Jelaskan apa yang dimaksud dengan Kesehatan Reproduksi?
2. Uraikan apa tantangan kesehatan reproduksi yang berkaitan dengan Millenium Development Goals (MDGs)?
3. Apa upaya yang dilakukan para pemerhati kesehatan reproduksi dalam meningkatkan perhatian global terhadap kesehatan reproduksi?
4. Sebutkan ruang lingkup Kesehatan Reproduksi?
5. Mengapa masalah Kesehatan Reproduksi di masa mendatang menjadi lebih kompleks?

BAB 3

TUMBUH KEMBANG REMAJA

Yuniawati Astuti, AMK, SKM, MKM

A. Konsep Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi bukan hanya sekedar keadaan bebas penyakit atau cacat, tetapi sejahtera fisik, mental dan sosial secara menyeluruh dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem dan fungsi reproduksi, serta proses reproduksi. Setiap orang harus dapat memiliki kehidupan seks yang memuaskan dan aman untuk dirinya sendiri, mengurangi keinginannya tanpa cacat, dan dapat melahirkan anak kapan dan seberapa sering. Setiap orang berhak mengatur jumlah keluarga, memungkinkan mereka untuk memilih metode yang sesuai dan disukai, termasuk penjelasan lengkap tentang metode kontrasepsi. Selain itu, hak untuk mengakses layanan teknologi reproduksi berbantuan lainnya seperti pemeriksaan kehamilan,

persalinan, nifas, pelayanan kesehatan anak dan remaja harus dijamin (Harahap, 2003).

Adapun bidang-bidang kesehatan reproduksi dalam bidang kehidupan adalah: (Harahap, 2003):

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir,
2. Pencegahan dan penanganan infeksi saluran reproduksi, termasuk PMS HIV/AIDS,
3. Pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi, dengan kata lain, kesehatan reproduksi remaja,
4. Pencegahan dan pengobatan infertilitas,
5. Kanker di usia tua,
6. Berbagai aspek kesehatan reproduksi, antara lain kanker serviks, sunat perempuan, dan fistula.

Berdasarkan hasil Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan, disepakati bahwa masalah reproduksi yang ditujukan untuk mencapai kesehatan individu secara menyeluruh meliputi kesehatan mental dan fisik (Wiknjastro, 1999).

1. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi,
2. Hakmendapatpelayanandanperlindungan kesehatan reproduksi,
3. Hak kebebasan berfikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi,
4. Hak dilindungi dan kematian karena kehamilan,

5. Hak untuk menentukan jumlah dan jarak kehamilan,
6. Hak atas kebebasan dan keamanan mengenai kehidupan reproduksi,
7. Hak untuk bebas dari penyalahgunaan dan penyalahgunaan, termasuk perlindungan dari pelecehan, pemerkosaan, kekerasan dan pelecehan seksual,
8. Hak untuk memperoleh manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan reproduksi,
9. Saya. Hak atas pelayanan dan kehidupan reproduksi,
10. Hak untuk mencari dan merencanakan keluarga
11. Hak atas kebebasan dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan keluarga dan kesehatan reproduksi,
12. Kebebasan berserikat dan hak untuk berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

B. Komponen Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir

Peristiwa kehamilan, persalinan & masa nifas adalah kurun kehidupan perempuan yg paling tinggi risikonya lantaran bisa membawa kematian, & makna kematian seseorang bunda bukan hanya satu anggota famili namun hilangnya kehidupan sebuah famili. Dalam rangka mengurangi terjadinya kematian bunda lantaran

kehamilan & persalinan, wajib dilakukan pemantauan semenjak dini supaya bisa merogoh tindakan yg cepat & sempurna sebelum berlanjut dalam keadaan kebidanan darurat. Upaya hegemoni yg dilakukan bisa berupa pelayanan antenatal, pelayanan persalinan atau partus & pelayanan postnatal atau masanifas. Informasi yg seksama perlu diberikan atas ketidaktahuan bahwa interaksi seks yg dilakukan, akan menyebabkan kehamilan, & bahwa tanpa memakai kontrasepsi kehamilan yg nir diinginkan sanggup terjadi. Dengan demikian nir perlu dilakukan pengguguran yg bisa mengancam jiwa.

Masalah kematian bunda adalah perkara kompleks yg diwarnai sang derajat kesehatan, termasuk status kesehatan reproduksi & status gizi bunda sebelum & selama kehamilan. Sekitar 60% bunda hamil pada keadaan yg memiliki satu atau lebih keadaan “4 terlalu” (terlalu muda, kurang

menurut 20 tahun; tua, lebih menurut 35 tahun; sering, jeda antar-anak kurang dari 2 tahun; banyak, lebih menurut tiga anak). Prevalensi infeksi saluran reproduksi diperkirakan pula relatif tinggi lantaran rendahnya hygiene perorangan & gambaran penyakit menular seksual (PMS) yg meningkat. Kejadian kematian bunda pula berkaitan erat menggunakan perkara sosial-budaya, ekonomi, tradisi & agama masyarakat. Hal ini dalam akhirnya sebagai latar belakang kematian bunda yg mengalami komplikasi obstetri, yaitu pada bentuk “tiga terlambat”, antara lain 1) terlambat mengenali

perindikasi bahaya & merogoh keputusan pada taraf famili; 2) terlambat mencapai loka pelayanan kesehatan; & tiga) terlambat menerima penanganan medis yang memadai pada luka pelayanan kesehatan. Perseteruan kesehatan bunda tadi adalah refleksi menurut perkara yg berkaitan menggunakan kesehatan bayi baru lahir. Angka kematian bayi (AKB) kematian dalam masa perinatal/ neonatal dalam biasanya berkaitan menggunakan kesehatan bunda selama hamil, kesehatan janin selama pada pada kandungan & proses pertolongan persalinan yg diterima bunda atau bayi, yaitu asfiksia, hipotermia lantaran prematuritas/BBLR, syok persalinan & tetanus neonatorum.

C. Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja

Upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi juga perlu dilakukan pada masa remaja. Masa remaja ditandai dengan transisi dari masa kanak-kanak ke masa dewasa, dengan perubahan bentuk dan fungsi tubuh yang relatif cepat. Hal ini ditandai dengan perkembangan karakteristik seksual sekunder dan perkembangan fisik yang cepat, yang memungkinkan remaja untuk secara fisik melakukan fungsi reproduksi, tetapi tetap bertanggung jawab atas hasil reproduksi. Untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja ini, informasi dan konseling, konseling, dan layanan klinis perlu ditingkatkan.

Masalah kesehatan reproduksi utama pada masa remaja dapat dibagi menjadi kelompok-kelompok berikut: 1) Kehamilan yang tidak diinginkan. Hal ini sering menyebabkan abortus dan komplikasinya. 2) Meningkatkan risiko kehamilan dan persalinan pada usia muda, kesakitan dan kematian ibu hamil. 3) Masalah PMS, termasuk infeksi HIV/AIDS. Masalah kesehatan reproduksi remaja dapat mempengaruhi tidak hanya kesehatan fisik tetapi juga mental dan emosional, kondisi keuangan dan kesejahteraan sosial dalam jangka panjang. Efek jangka panjang tidak hanya mempengaruhi kaum muda itu sendiri, tetapi pada akhirnya keluarga, masyarakat, dan bangsa mereka.

D. Batasan Usia Remaja

Masa remaja merupakan masa peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa, dimana pada masa itu terjadi lonjakan pertumbuhan, ciri-ciri seksual sekunder, tercapainya kesuburan, serta perubahan psikologis dan kognitif (BKKBN, 2001).

Pubertas adalah bagian dari proses tumbuh kembang, peralihan dari anak ke dewasa. Pada tahap ini, anak mengalami percepatan pertumbuhan dan perubahan fisik dan psikologis. Oleh karena itu, remaja sangat rentan terhadap masalah psikososial, yaitu masalah psikologis atau psikologis yang diakibatkan oleh perubahan sosial (Iskandarsyah, 2006). Pubertas merupakan masa transisi yang ditandai dengan perubahan fisik, emosional, dan

psikologis. Masa remaja antara usia 10 dan 19 tahun merupakan kematangan sistem reproduksi manusia dan sering disebut dengan masa pubertas. Pubertas ditandai dengan perubahan fisik (termasuk penampilan seperti bentuk tubuh dan proporsi tubuh) dan fungsi fisiologis (pematangan alat kelamin). Perubahan fisik yang terjadi pada masa pubertas merupakan peristiwa yang paling penting, terjadi secara cepat, dramatis, dan tidak teratur sehingga menyebabkan perubahan pada sistem reproduksi. Hormon diproduksi yang mempengaruhi organ reproduksi, memulai siklus reproduksi, dan mempengaruhi perubahan dalam tubuh. Perubahan fisik ini disertai dengan perkembangan bertahap dari karakteristik seksual primer dan sekunder. Ciri-ciri seksual primer meliputi perkembangan alat kelamin, dan ciri-ciri seksual sekunder meliputi perubahan bentuk tubuh terkait jenis kelamin, seperti menarche (menarche), pertumbuhan rambut kemaluan, dan pembesaran payudara dan punggung bawah. Sebaliknya, laki-laki muda mengalami pencemaran lingkungan (emisi nokturnal pertama), pembesaran suara, pertumbuhan rambut kemaluan, dan pertumbuhan rambut di area tertentu seperti dada, kaki, dan kumis (Iskandarsyah, 2006).

BAB 4

KESEHATAN REPRODUKSI IBU MELAHIRKAN

Siti Pangarsi Dyah Kusuma Wardani, S.SiT., M.K.M.

"A Good Birth Goes Beyond Having A Healthy Baby"

*– Dr Princess Nothemba Simelela, WHO Assistant Director-General
for Family, Women, Children and Adolescents –*

A. Pengertian

Persalinan merupakan suatu peristiwa fisiologis, dimana dikeluarkannya hasil konsepsi baik janin maupun plasenta saat cukup bulan, dimulai dari proses pengeluaran lendir darah dan terasa kontraksi rahim yang semakin lama semakin teratur dan sering baik dengan kekuatan sendiri maupun dengan bantuan.

Persalinan adalah suatu proses dimana seorang wanita melahirkan bayi yang diawali dengan kontraksi uterus yang teratur dan memuncak pada saat pengeluaran

bayi sampai dengan pengeluaran plasenta dan selaputnya dimana proses persalinan ini akan berlangsung selama 12 sampai 14 jam (Marshall, dkk.,2020).

Sedangkan menurut Prawirohardjo, persalinan adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37–42 minggu), lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi baik pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2014).

Ada beberapa teori yang terkait dengan penyebab persalinan, yaitu antara lain ;

1. Teori Penurunan Progesteron

Vili korialis mengalami perubahan, akibatnya tingkat estrogen dan progesteron menurun. Penurunan kadar kedua hormon ini terjadi sekitar 12 minggu sebelum awitan persalinan (Wiknjosastro et al., 2005). Selain itu, otot rahim menjadi sensitif terhadap oksitosin. Penurunan kadar progesteron sampai batas tertentu menyebabkan otot-otot rahim berkontraksi (Manuaba, 2012).

2. Teori Oksitosin

Selama persalinan secara alami terjadi peningkatan reseptor oksitosin pada otot-otot rahim, sehingga mudah terangsang ketika oksitosin disuntikkan dan menimbulkan kontraksi. Diduga oksitosin dapat meningkatkan pembentukan prostaglandin dan persalinan dapat berlanjut (Manuaba, 2012).

3. Teori Prostaglandin

Prostaglandin berlimpah dalam cairan ketuban dari minggu ke-15 hingga aterm, dan kadarnya meningkat hingga saat persalinan (Wiknjosastro et al., 2005). Interleukin 1 mulai aktif dan melakukan “hidrolisis gliserofosfolipid” ketika terjadi penurunan progesteron, sehingga menghasilkan pelepasan asam arakidonat menjadi prostaglandin, PGE₂, dan PGF₂ alpha. Jelas bahwa pada awal persalinan, sejumlah besar asam arakidonat dan prostaglandin menumpuk di cairan amnion. Selain itu, pembentukan prostasiklin terjadi selama pelepasan miometrium, desidua, dan korion. Serviks dapat dilunakkan oleh prostaglandin dan Rahim terangsang untuk berkontraksi Ketika diberikan hormone prostaglandin baik melalui infus ,oral, maupun pervaginal (Manuaba, 2012).

4. Teori Keregangan Otot

Otot-otot rahim mampu berkontraksi dalam batas tertentu. Setelah batas tertentu dilewati, kontraksi terjadi sehingga persalinan dapat dimulai. Seperti halnya kandung kemih dan lambung, ketika dinding diregangkan oleh peningkatan isi, terjadi kontraksi untuk mengeluarkan isi. Begitu juga dengan rahim, semakin lama kehamilan diregangkan, otot-otot rahim menjadi rentan, misalnya pada kasus kehamilan ganda, sering terjadi kontraksi setelah

beberapa kali peregangan sehingga menyebabkan persalinan terganggu (Manuaba, 2012).

5. Pengaruh Janin

Janin yang telah siap lahir memberikan tanda dengan mengirimkan sinyal ke ibu akibat pengaruh hipofisis dan kelenjar suprarenal (Manuaba, 2012).

B. Tanda - Tanda Persalinan

Ibu hamil dikatakan memasuki fase persalinan ketika terdapat beberapa tanda yang paling utama, yaitu :

1. Kontraksi Rahim (His)

Ibu sering terasa kenceng-kenceng, disertai rasa sakit dari pinggang hingga paha, yang disebabkan oleh pengaruh hormon oksitosin, yang membantu secara fisiologis selama pengeluaran janin.

Ada dua jenis kontraksi: kontraksi palsu (Braxton hicks) dan kontraksi sejati. Kontraksi yang lebih pendek, jarang, dan tidak teratur, akan semakin berkurang intensitasnya. Kontraksi yang sebenarnya dialami ibu hamil menjadi semakin sering, durasinya semakin lama dan sensasinya semakin kuat, disertai dengan mulas atau nyeri seperti kram perut. Perut ibu hamil juga meregang.

Kontraksi/sensasi nyeri uterus terletak di bagian atas atau tengah perut bagian atas atau bagian atas kehamilan (otot lumbal), punggung bawah, panggul, dan perut bagian bawah. Tidak semua ibu hamil

mengalami kontraksi palsu. Kontraksi ini normal untuk mempersiapkan rahim untuk persalinan.

2. Membuka dan Menipisnya Serviks

Biasanya pada ibu hamil, ketika terjadi pembukaan akan disertai nyeri perut. Saat kepala janin turun ke area tulang panggul karena rahim yang melunak, hal ini menyebabkan tekanan pada panggul dan mengakibatkan rasa nyeri. Tenaga Kesehatan biasanya akan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan telah terjadi pembukaan. Penipisan dan pembukaan serviks biasanya ditandai juga dengan adanya *bloody show*.

3. Lendir darah (Bloody Show) dan Pecahnya Selaput Ketuban

Di sebut *bloody show*, karena lendir kental yang keluar dari vagina bercampur darah, sebagai akibat serviks yang mengalami pelunakan, pelebaran dan penipisan menjelang persalinan. Keluarnya *bloody show* menjelang persalinan adalah sebagai akibat dari pemisahan membran selaput janin dan cairan ketuban yang terlepas dari dinding rahim.

Tanda selanjutnya adalah selaput ketuban yang pecah. Janin diselimuti oleh selaput ketuban, dimana didalamnya terdapat cairan ketuban sebagai alat pelindung janin dari trauma luar selama di dalam rahim, juga memungkinkan bagi janin untuk bergerak. Ibu terkadang tidak menyadari saat cairan ketuban keluar, karena dianggap sebagai air seni. Cairan ketuban

normalnya berwarna bening dan tidak berbau. Cairan ketuban yang keluar dapat terjadi karena proses normal persalinan, tetapi juga bisa terjadi karena adanya trauma atau infeksi yang dialami ibu hamil, bisa juga karena selaput ketuban yang terlalu tipis dan berlubang/ pecah. Pecahnya ketuban biasanya diikuti dengan kontraksi rahim yang semakin lama semakin intensif. Pecahnya ketuban berpotensi kuman/bakteri masuk dan menyebabkan infeksi. Sehingga harus segera dilakukan penanganan kurang dari 24 jam bayi harus lahir, jika belum maka dilakukan penanganan tindak lanjut misalnya SC.

C. Faktor Yang Mempengaruhi Proses Persalinan

Lancar atau tidaknya proses persalinan dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, antara lain :

1. Power (Tenaga)

Serviks yang membuka dan janin yang terdorong ke bawah merupakan akibat dari adanya his atau kontraksi rahim. Saat his adekuat dan janin sudah cukup bulan untuk dilahirkan, maka kepala janin akan turun masuk ke dalam panggul (Wiknjosastro dkk, 2005). Rahim berkontraksi secara volunter dan involunter secara bersamaan (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004). Kontraksi involunter terjadi saat awal dimulainya persalinan, dan Ketika serviks membuka kontraksi volunter mendorong kontraksi involunter semakin kuat.

His merupakan bagian penting dalam *power* ibu yang dapat mempengaruhi proses pengeluaran janin.

Selain his, kontraksi otot-otot dinding perut setelah serviks membuka lengkap dan ketuban pecah, terjadi peningkatan tekanan abdominal akibat ibu mengejan. Tenaga mengejan ini sama dengan tenaga mengejan ketika kita buang air besar tetapi lebih kuat

Timbul refleks mengatupkan glottis dan otot-otot perut berkontraksi menekan diafragma ke bawah saat kepala sudah berada di pintu bawah panggul.

Mengejan sangat efektif Ketika pembukaan serviks sudah lengkap dan disertai adanya his yang adekuat. Janin tidak dapat lahir jika tidak ada tenaga mengejan.

2. *Passage* (Jalan Lahir)

Faktor jalan lahir mempengaruhi pengeluaran janin dari rahim. Jalan lahir ini meliputi panggul, dasar panggul, vagina, termasuk panggul ibu yaitu tulang-tulang padat, dasar panggul, vagina, dan lubang vagina (lubang vagina bagian luar). Meskipun jaringan lunak, terutama lapisan otot dasar panggul, membantu melahirkan bayi, panggul ibu memainkan peran yang jauh lebih besar dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan diri dengan jalan lahir yang relatif kaku (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004).

Tulang panggul terdiri dari: 2 tulang pinggul (*os coxae*), tulang usus (*os ilium*), tulang duduk (*os ischium*),

tulang kemaluan (*os pubis*), tulang selangka (*os sacrum*) dan tulang pinggul (*os coccygis*)

3. *Passenger* (Janin dan Plasenta)

Adasejumlahfaktorpenumpangyangmempengaruhi yaitu ukuran kepala janin, presentasi, dan posisi janin. Karena plasenta juga melalui jalan lahir sehingga dianggap sebagai penumpang dengan janin (Bobak, Lowdermilk & Jensen, 2004).

Bagian terbesar dan keras dari janin adalah kepala janin, letak dan kepala yang besar dapat mempengaruhi proses persalinan, kepala janin pula yang paling rentan mengalami cedera dalam persalinan, sehingga dapat menyebabkan bahaya bagi nyawa dan kehidupan janin berikutnya, kondisi kesehatan yang normal, cacat atau bahkan sampai mengalami kematian. Biasanya, jika kepala janin sudah lahir, maka akan diikuti oleh bagian-bagian kecil janin, seperti badan, tangan, dan kaki.

4. *Psikis* (Psikologi Ibu Bersalin)

Ibumerasasebagai“wanitasejati”,danberbanggahati ketika memasuki masa persalinan karena menganggap dirinya mampu hamil dan melahirkan anak. Perasaan lega muncul ketika kehamilan yang dianggap sebagai sesuatu yang tidak nyata akhirnya menjadi kenyataan ketika akan memasuki proses persalinan.

Peristiwa penting dalam kehidupan ibu dan keluarganya adalah ketika bayi dilahirkan. Dalam

menghadapi persalinan, banyak ibu yang mengalami gangguan psikis berupa kecemasan. Dalam memberikan pertolongan persalinan tenaga kesehatan perlu memberikan perhatian khusus kepada hal tersebut.

Kecemasan dapat berpengaruh pada meningkatnya adrenalin. Adrenalin yang meningkat menyebabkan pembuluh darah menyempit yang berakibat aliran oksigen ke janin berkurang, dan melemahnya kontraksi uterus. Sehingga ibu dapat mengalami gangguan persalinan. (Arya Satyani, 2005)

Kontraksi uterus yang terganggu akibat respon kecemasan yang dialami ibu merupakan bagian dari gangguan psikologis. Sehingga dapat dikatakan bahwa faktor psikologis berpengaruh terhadap terjadinya gangguan persalinan. (Old, et al, 2000)

5. Penolong

Proses penanganan komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dan janin tergantung pada skill penolong persalinan. Penting bagi penolong persalinan memiliki kesiapan dan keterampilan yang mahir, serta menerapkan asuhan sayang ibu pada saat melakukan asuhan.

Prinsip asuhan sayang ibu adalah memperlakukan ibu dengan baik sesuai dengan kebutuhannya, antara lain melakukan pengurangan rasa nyeri, melibatkan suami maupun keluarga sebagai pendamping persalinan. Beberapa penelitian telah menunjukkan, ibu yang

mendapatkan perhatian dan dukungan selama persalinan, serta mengerti dengan baik kemajuan persalinannya, serta asuhan yang akan mereka dapatkan, maka ia akan merasa aman dan proses persalinannya berjalan lancar. (Enkin, et al,2000).

D. Tanda Bahaya Persalinan

Selama proses persalinan penting diketahui oleh ibu hamil maupun keluarganya terkait tanda-tanda bahaya persalinan, sebagai salah satu upaya pencegahan terjadinya kematian pada ibu dan bayi. Adapun tanda bahaya pada masa persalinan adalah :

1. Perdarahan hebat melalui jalan lahir

Biasanya, ibu akan kehilangan 500 ml darah saat persalinan bayi melalui vagina, dan 1000 ml pada persalinan SC.

Perdarahan juga terkadang bisa terjadi setelah plasenta lahir, namun kontraksi rahim lemah sehingga pembuluh darah tempat melekatnya plasenta tidak tertekan dengan baik.

Plasenta previa, hipertensi, kontraksi rahim yang buruk, hingga proses persalinan yang terlalu lama dapat menyebabkan terjadinya perdarahan pada ibu bersalin

2. Air ketuban hijau dan berbau

Normalnya cairan ketuban berwarna bening, bila cairan ketuban berwarna hijau atau coklat, itu

menandakan adanya masalah pada janin. Segera setelah kepala bayi keluar, bersihkan mulut dan hidung dengan handuk bersih atau gunakan alat penghisap untuk menyedot lendir keluar. Tempatkan kepala bayi lebih rendah dari tubuh untuk membantu membersihkan lendir. Jika bayi Anda mengalami kesulitan bernapas, segera lakukan rujukan.

3. Ibu mengalami kejang

Ibu hamil dapat mengalami kejang-kejang saat persalinan dengan tahapan seperti mata kosong, kewaspadaan menurun hingga tubuh bergerak tidak terkendali. Istilah medis untuk kondisi ini adalah eklampsia. Ini adalah komplikasi serius dari preeklampsia. Seseorang dapat mengalami ini bahkan jika mereka tidak pernah mengalami kejang sebelumnya.

4. Tali pusat atau bagian terkecil janin keluar melalui jalan lahir

Tali pusat yang keluar terlebih dahulu dibandingkan kepala janin, dapat menyebabkan tali pusat terjepit oleh kepala, kemudian aliran oksigen ke janin menjadi terhambat dapat menyebabkan kerusakan otak, asfiksia neonatorum bahkan sampai kematian.

5. Ibu gelisah dan mengalami sakit yang hebat

Ibu yang tampak gelisah dan merasakan nyeri yang sangat hebat bisa jadi merupakan tanda terjadinya syok obstetrik pada ibu bersalin, syok obstetri akibat

perdarahan hebat disertai nyeri yang luar biasa merupakan tanda terjadinya ruptur uteri.

6. Ibu tidak kuat mengejan

Gangguan persalinan yang menyebabkan ibu mengalami kesulitan saat persalinan disebut distosia. Saat ibu mengalami distosia, proses persalinan menjadi panjang bahkan terhentinya kemajuan persalinan. Distosia salah satunya karena tenaga yang tidak kuat dari ibu saat mengejan setelah pembukaan serviks lengkap. Saat kemajuan persalinan terhambat dapat berakibat fetal distress bagi janin, perdarahan, juga kesulitan pernafasan spontan pada bayi segera setelah lahir. Saat tenaga ibu tidak kuat mengejan maka dilakukan bantuan persalinan dengan melakukan ekstraksi vakum yang dilakukan oleh dokter.

"Individual, supportive care is key to positive childbirth experience"

—World Health Organization

BAB 5

HAK SEKSUALITAS DAN REPRODUKSI PADA PASANG USIA SUBUR

Masdi Janiarli, SST., M.Kes

A. Kesehatan Reproduksi

1. Pengertian Kesehatan Reproduksi

Menurut WHO, kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya. Sedangkan menurut Depkes RI (2000), 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.

Dalam Konferensi kependudukan di Kairo 1994, disusun pula definisi kesehatan reproduksi yang dilandaskan kepada definisi sehat menurut WHO : keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang utuh, dan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi dan fungsi-fungsi serta proses-prosesnya. Oleh karena itu, kesehatan reproduksi berarti bahwa setiap orang dapat mempunyai kehidupan seks yang memuaskan dan aman, dan bahwa mereka memiliki kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk menentukan apakah mereka ingin melakukannya, bilamana dan berapa sering. Termasuk keadaan akhir ini adalah hak pria dan wanita untuk memperoleh informasi dan mempunyai akses terhadap cara keluarga berencana yang aman, efektif, terjangkau, dan dapat diterima yang menjadi pilihan mereka, serta metode lain yang mereka pilih untuk pengaturan fertilitas yang tidak melawan hukum, dan hak untuk memperoleh pelayanan pemeliharaan kesehatan yang tepat, yang akan memungkinkan para wanita dengan selamat menjalani kehamilan dan melahirkan anak, dan memberikan kesempatan yang terbaik kepada pasangan pasangan untuk memiliki bayi yang sehat.

2. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Secara luas, ruang lingkup kesehatan reproduksi meliputi

1. Kesehatan bayi dan anak.
2. Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi, termasuk PMS- HIV/AIDS.
3. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi.
4. Kesehatan reproduksi remaja.
5. Pencegahan dan penanganan infertilitas.
6. Kanker pada usia lanjut dan osteoporosis.
7. Berbagai aspek kesehatan reproduksi lain, misalnya kanker serviks, mutilasi genital, fistula, dan lain-lain.

Kesehatan reproduksi ibu dan bayi baru lahir meliputi perkembangan berbagai organ reproduksi mulai dari sejak dalam kandungan hingga meninggal. Permasalahan kesehatan reproduksi remaja termasuk pada saat pertama anak perempuan mengalami haid/menarche, hingga menyakut kehidupan remaja memasuki masa perkawinan.

Selain itu seseorang berhak terbebas dari kemungkinan tertulari penyakit infeksi menular seksual yang bias berpengaruh pada fungsi reproduksi. Penerapan pelayanan kesehatan reproduksi oleh Departemen Kesehatan RI dilaksanakan secara integratif

memprioritaskan pada empat komponen kesehatan reproduksi yang menjadi masalah pokok di Indonesia yang disebut paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE), yaitu :

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir.
2. Keluarga berencana.
3. Kesehatan reproduksi remaja.
4. Pencegahan dan penanganan infeksi saluran reproduksi, termasuk HIV/AIDS.

Sedangkan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK) terdiri dari PKRE ditambah kesehatan reproduksi pada usia lanjut (Widyastuti dkk, 2009).

B. Hak Reproduksi Wanita

1. Pengertian Hak Reproduksi Wanita

Menurut Kamus Bahasa Indonesia hak memiliki pengertian tentang sesuatu hal yang benar, milik, kepunyaan, kewenangan, kekuasaan untuk berbuat sesuatu. Reproduksi berasal dari kata re = kembali dan produksi = membuat atau menghasilkan, jadi reproduksi mempunyai arti suatu proses kehidupan manusia dalam menghasilkan keturunan demi kelestarian hidup. Sedangkan menurut UU Kesehatan No 36 Tahun 2009 pada bagian keenam tentang Kesehatan Reproduksi dinyatakan bahwa setiap orang berhak:

1. Menjalani kehidupan reproduksi dan kehidupan seksual yang sehat, aman, serta bebas dari paksaan dan/atau kekerasan dengan pasangan yang sah.
2. menentukan kehidupan reproduksinya dan bebas dari diskriminasi, paksaan, dan/atau kekerasan yang menghormati nilai-nilai luhur yang tidak merendahkan martabat manusia sesuai dengan norma agama.
3. menentukan sendiri kapan dan berapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis serta tidak bertentangan dengan norma agama.
4. memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan.

Pada International Conference on Population and Development (ICPD) Kairo 1994, hak reproduksi dinyatakan sebagai berikut : “ Hak-hak reproduksi berlandaskan pada pengakuan terhadap hak asasi pasangan atau individu untuk secara bebas dan bertanggung jawab menetapkan jumlah, jarak dan waktu kelahiran anaknya dan hak untuk memperoleh informasi serta cara untuk melakukan hal tersebut, dan hak untuk mencapai standar kesehatan reproduksi dan seksual yang setinggi mungkin.” Sedangkan menurut BkkbN (2011) hak-hak reproduksi adalah hak setiap individu dan pasangan untuk menentukan kapan akan melahirkan, berapa jumlah anak dan jarak anak yang

dilahirkan serta memilih upaya untuk mewujudkan hak-hak tersebut (pemakaian kontrasepsi).

Hak-hak reproduksi merupakan hak pria dan wanita untuk memperoleh informasi dan mempunyai akses terhadap berbagai metode keluarga berencana yang mereka pilih, aman, efektif, terjangkau, serta metode-metode pengendalian kelahiran lainnya yang mereka pilih dan tidak bertentangan dengan hukum serta perundang-undangan yang berlaku. Hak-hak ini mencakup, hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai sehingga para wanita mengalami kehamilan dan proses melahirkan anak secara aman, serta memberikan kesempatan bagi para pasangan untuk memiliki bayi yang sehat (Kusmiran, 2012).

Hak reproduksi wanita secara umum diartikan sebagai hak yang dimiliki oleh individu dalam hal ini perempuan yang berkaitan dengan keadaan reproduksinya. Hak-hak reproduksi wanita merupakan hak asasi manusia. Hak-hak reproduksi menurut kesepakatan dalam International Conference on Population and Development (ICPD) 1994 di Kairo bertujuan untuk mewujudkan kesehatan bagi individu secara utuh, baik kesehatan jasmani maupun rohani, meliputi :

1. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi.
2. Hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi.

3. Hak kebebasan berfikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi.
4. Hak untuk dilindungi dari kematian karena kehamilan.
5. Hak untuk menentukan jumlah dan jarak kelahiran anak.
6. Hak atas kebebasan dan keamanan berkaitan dengan kehidupan reproduksinya.
7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan dari perkosaan, kekerasan, penyiksaan, dan pelecehan seksual.
8. Hak mendapatkan manfaat kemajuan ilmu pengetahuan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.
9. Hak atas pelayanan dan kehidupan reproduksinya.
10. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga.
11. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan berkeluarga dan kehidupan reproduksi.
12. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

2. Pemenuhan Hak-hak Reproduksi Wanita

Berdasarkan UU No. 7/1984 tentang pengesahan konvensi mengenai penghapusan segala bentuk diskriminasi terhadap perempuan dan dokumen Kairo dapat disimpulkan hak reproduksi (dan implikasinya pada kesehatan reproduksi) selalu menyangkut dua komponen dasar. Komponen pertama, kebebasan dalam menentukan jumlah anak dan waktu/jarak kelahiran. Arti “kebebasan” ini tidak dapat dilepaskan dari dokumen-dokumen hak asasi manusia lainnya dan bersifat mutlak. Ia harus berdasarkan rasa tanggungjawab, baik terhadap kehidupannya, anaknya maupun masyarakatnya. Tanggung jawab seperti ini hanya akan bisa terwujud kalau perempuan menempati posisi yang kuat, posisi dimana ia dapat bernegosiasi dengan lingkungannya (keluarga, suami serta masyarakat) dan pemerintah. Komponen berikutnya adalah entitlement yang menyangkut erat masalah memperoleh informasi serta pelayanan keluarga berencana. Entitlement merupakan manifestasi dari rasa tanggung jawab masyarakat dan negara, terhadap kehidupan reproduksi perempuan dan memiliki nilai sosial (Adrina dkk, 1998).

C. Pasangan Usia Subur (PUS)

Pengertian Pasangan Usia Subur

Pasangan suami istri yang istrinya berumur antara 15-49 tahun, dan secara operasional pula pasangan suami istri yang istri berumur kurang dari 15 tahun dan

telah kawin atau istri berumur lebih dari 49 tahun tetapi belum menopause (BkbbN, 2011).

D. Keluarga Berencana

1. Pengertian Keluarga Berencana

Adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas (BkbbN, 2011).

2. Jarak Kehamilan

Selama masa subur yang berlangsung 20 sampai 30 tahun hanya sekitar 420 buah ovum yang dapat mengikuti proses pematangan dan terjadi ovulasi. Sedangkan kehamilan berlangsung selama 40 minggu, dengan perhitungan bahwa satu bulan berumur 28 hari. Menurut Manuaba (1998) untuk mendorong kesehatan reproduksi yang optimal ada beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu :

- a. Kehamilan sebaiknya dengan interval lebih dari 2 tahun.
- b. Jangan hamil sebelum berumur 20 tahun atau setelah 35 tahun.
- c. Jumlah kehamilan, kelahiran 2 sampai 3 orang mempunyai optimalisasi kesehatan.

3. Menghentikan/Mengakhiri Kehamilan/Kesuburan

Usia istri di atas 30 tahun, terutama di atas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah memiliki 2 orang anak. Alasan mengakhiri kesuburan adalah :

- a. Karena alasan medis dan alasan lainnya, ibu di atas 30 tahun dianjurkan untuk tidak hamil/tidak punya anak lagi.
- b. Pilihan utama adalah kontrasepsi mantap.
- c. Pil oral kurang dianjurkan karena usia ibu relatif tua dan mempunyai resiko kemungkinan timbulnya akibat sampingan dan komplikasi.

4. Pemilihan Metode Kontrasepsi

Tidak ada satupun metode yang aman dan efektif bagi semua klien. Oleh karena itu berbagai faktor harus dipertimbangkan, seperti status kesehatan, efek samping potensial, konsekuensi kegagalan dan kehamilan yang tidak diinginkan, rencana besarnya jumlah keluarga, persetujuan pasangan, norma budaya dan lingkungan (Pinem, 2009).

E. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pemenuhan Hak-Hak Reproduksi dalam ber-KB pada Wanita PUS

Memiliki anak merupakan salah satu cara untuk memenuhi kewajiban dalam budaya reproduksi. Menanamkan konsep pada kaum perempuan bahwa mengandung dan melahirkan anak adalah kewajiban,

tanpa diimbangi dengan hak dan juga pilihan lainnya. Di banyak negara berkembang, bahkan keputusan untuk menggunakan kontrasepsi pun bukan merupakan keputusan perempuan, meskipun pada akhirnya yang menggunakan adalah perempuan itu sendiri (Mohamad, 1998). Hal ini berkaitan dengan kesehatan seorang wanita yang tergambar dari perilaku hidup sehat yang diterapkannya dalam kehidupan sehari-hari.

Perilaku hidup sehat adalah perilaku-perilaku yang berhubungan dengan upaya atau kegiatan seseorang untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatannya. Meskipun perilaku adalah bentuk respon atau reaksi terhadap stimulus atau rangsangan dari luar organisme (orang), namun dalam memberikan respon sangat tergantung pada karakteristik atau faktor-faktor lain dari orang bersangkutan.

Faktor-faktor yang membedakan tersebut disebut dengan determinan perilaku yang dibedakan menjadi dua, yaitu: faktor internal (tingkat kecerdasan/ pengetahuan, tingkat emosional, jenis kelamin, dan sebagainya) dan faktor eksternal (lingkungan baik lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi, politik, masyarakat dan sebagainya). Kedua faktor tersebut akan dapat terpadu menjadi perilaku yang selaras dengan lingkungannya apabila perilaku yang terbentuk dapat diterima oleh lingkungannya, dan dapat diterima oleh individu yang bersangkutan. Dalam bidang kesehatan masyarakat khususnya pendidikan kesehatan mempelajari perilaku

adalah sangat penting, karena pendidikan kesehatan berfungsi sebagai media atau sarana untuk merubah perilaku individu atau masyarakat sehingga sesuai dengan norma-norma hidup sehat (Notoatmodjo, 2003).

Lawrence Green (1980) seperti dikutip Notoatmodjo (2003) menyatakan, terdapat 3 faktor yang mendasari perilaku pasien yaitu predisposing, enabling, dan reinforcing. Faktor predisposing meliputi pengetahuan dan sikap pasien yang merupakan kognitif domain yang mendasari terbentuknya perilaku baru. Hal lain dari faktor ini adalah tradisi, sistem nilai, dan tingkat sosial ekonomi. Faktor enabling mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas kesehatan, berupa peraturan prosedur tetap dan kesempatan pemberian informasi. Faktor reinforcing meliputi dukungan keluarga, lingkungan dan perilaku petugas kesehatan. Dalam penelitian ini diambil faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pemenuhan hak-hak reproduksi dalam ber-KB adalah faktor predisposing yaitu pengetahuan, sikap, tingkat pendapatan, status wanita dalam keluarga, dan faktor reinforcing yaitu dukungan suami, dan dukungan sosial, sedangkan untuk faktor enabling tidak termasuk karena responden adalah pekerja di fasilitas kesehatan (Rumah Sakit) itu sendiri.

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah merupakan hasil dari tahu, dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan

terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indera manusia, yaitu indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang (Notoatmodjo, 2003).

2. Sikap

Menurut Notoatmodjo (2003), sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka atau tingkah laku yang terbuka. Sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

3. Tingkat Pendapatan

Menurut Depkes RI bekerjasama dengan United Nations Population Fund (2003) faktor diluar kesehatan yang berpengaruh buruk terhadap hak reproduksi salah satunya adalah kemiskinan. Kemiskinan berpengaruh buruk terhadap kemungkinan terpenuhinya derajat kesehatan reproduksi karena menjadi hambatan terhadap akses pelayanan kesehatan, yang pada akhirnya dapat berakibat kesakitan, kecacatan dan kematian (Pinem, 2009).

4. Status Wanita dalam Keluarga

Pada zaman sekarang status wanita juga masih dianggap rendah, tidak setinggi nilai laki-laki dalam kehidupan berkeluarga dan bermasyarakat (Widyastuti dkk, 2009). Makin rendah kedudukan perempuan dalam keluarga dan masyarakat, makin rendah kemungkinan terpenuhinya hak reproduksi. Kedudukan tersebut ditentukan oleh banyak hal seperti budaya dan nilai-nilai yang berlaku di masyarakat mereka tinggal, keadaan sosial ekonomi dan lain-lain (Pinem, 2009).

5. Dukungan Suami

Bentuk peran dan tanggung jawab bersama antara suami dan istri dalam KB dan kesehatan reproduksi akan terwujud karena alasan berikut ini:

1. Suami-istri merupakan pasangan dalam proses reproduksi
2. Suami-istri bertanggung jawab secara sosial, moral dan ekonomi dalam keluarga
3. Suami-istri sama-sama mempunyai hak-hak reproduksi yang merupakan bagian dari hak asasi manusia yang bersifat universal
4. KB dan Kesehatan Reproduksi memerlukan peran dan tanggung jawab bersama suami-istri bukan suami atau istri saja
5. Program KB dan Kesehatan Reproduksi berwawasan gender (Kusmiran, 2012).

6. Dukungan sosial

Menurut Gottlieb (1984) yang dikutip oleh Lubis dan Hasnida (2009) dukungan sosial adalah informasi verbal atau non verbal, saran, bantuan nyata atau tingkah laku diberikan oleh orang-orang yang akrab dengan subjek di dalam lingkungan sosialnya atau yang berupa kehadiran dan hal-hal yang dapat memberikan keuntungan emosional atau berpengaruh pada tingkah laku penerimanya.

BAB 6

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN REPRODUKSI

Fitria Amelia, S.ST., M.Kes

A. Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan Kesehatan Reproduksi.

Berikut adalah faktor yang mempengaruhi pengetahuan kesehatan reproduksi:

1. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Menurut Notoatmodjo (2007), faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang ada dua faktor yaitu faktor internal dan faktor eksternal.

a. Faktor eksternal:

1. Pendidikan. Pendidikan adalah setiap usaha, pengaruh perlindungan, dan bantuan yang diberikan kepada anak yang tertuju pada

kedewasaan. Pendidikan, pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang pada orang lain terhadap sesuatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dialami. Kebudayaan lingkungan sekitar, kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita (Mubarak, dkk., 2007). Pendidikan dapat dilakukan dengan psikoedukasi, karena manfaat dari psikoedukasi adalah peningkatan pengetahuan anggota tentang topik tertentu atau subjek dan kelompok termasuk diskusi tentang pendapat dan ide-ide. Contohnya kelompok diskusi, kelompok belajar dan gugus tugas.

2. Ekonomi. Memenuhi kebutuhan primer dan sekunder, keluarga dengan status ekonomi yang lebih baik mudah tercukupi dibanding dengan keluarga yang berstatus ekonomi rendah, hal ini akan mempengaruhi kebutuhan akan informasi termasuk kebutuhan sekunder.
3. Informasi. Adanya informasi baru mengenai suatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya sikap terhadap hal baru tersebut. Meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika ia mendapatkan informasi

yang cukup baik dari berbagai media maka hal itu dapat meningkatkan pengetahuan seseorang. Informasi, kemudahan untuk memperoleh suatu informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru (Mubarak, dkk., 2007).

4. Lingkungan. Lingkungan memberi pengaruh besar terhadap pengetahuan kita karena lingkungan memberi pengaruh pertama bagi seseorang, dimana seseorang dapat mempelajari hal positif dan negatif tergantung dari lingkungannya. Menurut Mubarak, dkk., (2007) Lingkungan pekerjaan dapat menjadi seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

b. Faktor internal yaitu:

1. Minat. Minat diartikan sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu dengan adanya pengetahuan yang tinggi didukung minat yang cukup bagi seseorang sangatlah mungkin seseorang tersebut akan berperilaku sesuai dengan apa yang diinginkan. Menurut Mubarak, dkk., (2007), minat sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam.

2. **Pengalaman.** Pengalaman sebagai sumber pengetahuan atau sebagai suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh sebab itu pengalaman pribadi dapat dijadikan sebagai salah satu cara untuk memperoleh pengetahuan. Menurut Mubarak, dkk., (2007), pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungan.
3. **Usia.** Seiring dengan bertambahnya usia seseorang berpengaruh dengan penambahan pengetahuan yang telah diperolehnya, tetapi pada usia tertentu atau menjelang usia lanjut kemampuan untuk menerima atau mengingat suatu pengetahuan akan berkurang. Bertambahnya usia seseorang akan terjadi perubahan aspek fisik maupun dan psikologis (mental) (Mubarak, dkk., 2007).

Berbagai faktor dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang, baik faktor internal dan faktor eksternal sama-sama memberikan sumbangsih yang besar terhadap pengetahuan seseorang. Faktor internal terdiri dari minat, pengalaman dan usia. Faktor eksternal terdiri dari pendidikan, ekonomi, informasi dan lingkungan.

2. Faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi

Terdapat Beberapa faktor yang berpengaruh pada kesehatan reproduksi, diantaranya:

a. Faktor sosial ekonomi dan demografi

Menurut Notoatmodjo (2007) faktor sosial ekonomi dan demografi yaitu terutama kemiskinan, lokasi tempat tinggal yang terpencil, tingkat pendidikan yang rendah, ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, serta lokasi tempat tinggal yang terpencil. Menurut Pinem (2009) faktor demografis dapat dinilai dari data: usia pertama melakukan hubungan seksual, usia pertama menikah, usia pertama hamil sedangkan faktor sosial ekonomi dapat dinilai dari tingkat pendidikan, pendidikan yang rendah menyebabkan remaja kurang mampu memenuhi kebutuhan fisik dasar setelah berkeluarga akibatnya akan berpengaruh buruk terhadap kesehatan dirinya sendiri dan berkeluarganya, akses terhadap pelayanan kesehatan, status pekerjaan, tingkat kemiskinan rasio melek huruf, rasio remaja tidak sekolah dan atau melek huruf. Buta huruf, menyebabkan remaja tidak mempunyai akses terhadap informasi yang dibutuhkannya dan kemungkinan tidak/kurang mampu mengambil keputusan yang terbaik untuk kesehatan dirinya.

b. Faktor budaya dan lingkungan.

Yaitu praktek tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, kepercayaan

banyak anak banyak rejeki, informasi tentang reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lainnya, dsb (Notoatmodjo, 2007). Contoh lain adalah gaya hidup suku jawa khususnya kaum wanita yang suka meminum jamu untuk kesehatan organ reproduksi. Faktor budaya dan lingkungan mencakup pandangan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, lingkungan tempat tinggal dan bersosialisasi, lingkungan sosial yang kurang/tidak sehat dapat menghambat, bahkan mengganggu kesehatan fisik, mental dan emosional remaja. Kemudian persepsi masyarakat tentang fungsi, hak dan tanggung jawab reproduksi individu, serta dukungan atau komitmen politik (Pinem, 2009).

c. Faktor psikologis

Menurut Notoatmodjo (2007) dampak pada keretakan orang tua pada remaja, depresi karena ketidakseimbangan hormonal, rasa tidak berharga perempuan pada laki-laki yang membeli kebebasannya secara materi. Faktor psikologis lainnya menurut Pinem (2009) yaitu rasa rendah diri, tekanan teman sebaya, tindak kekerasan di rumah/lingkungan, dan ketidakharmonisan keluarga.

d. Faktor biologis

Menurut Notoatmodjo (2007) faktor biologis yaitu cacat sejak lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual. Faktor biologis juga meliputi: gizi buruk kronis, kondisi anemia dan energi kronis, kelainan bawaan organ reproduksi, kelainan akibat radang panggul, infeksi lain atau keganasan dan pertumbuhan yang terhambat pada remaja perempuan yang dapat mengakibatkan panggul sempit dan resiko untuk melahirkan bayi berat lahir rendah di kemudian hari (Pinem, 2009).

Berdasarkan pendapat dari Notoatmodjo (2007) dan Pinem (2009) tentang faktor yang mempengaruhi pengetahuan dan kesehatan reproduksi ini dapat disimpulkan bahwa yang mempengaruhi pengetahuan kesehatan reproduksi adalah pendidikan, ekonomi, informasi, lingkungan, minat, pengalaman, usia, social ekonomi dan demografi, budaya dan lingkungan, psikologis dan biologis. Dalam penelitian ini faktor yang mempengaruhi pengetahuan kesehatan reproduksi lebih difokuskan pada informasi psikologis dan biologis kesehatan reproduksi.

B. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup kesehatan reproduksi menurut *International Conference Population and Development* (ICPD) tahun 1994 di Kairo terdiri dari:

- a. Kesehatan ibu dan anak
- b. Keluarga berencana
- c. Pencegahan dan penanganan infeksi menular seksual termasuk *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS)
- d. Kesehatan reproduksi remaja

Kesehatan reproduksi remaja berhubungan dengan hak reproduksi. Hak reproduksi didasarkan pada pengakuan akan hak-hak asasi manusia yang diakui di dunia internasional. Hak reproduksi perorangan dapat diartikan bahwa: setiap orang, baik laki-laki maupun perempuan (tanpa memandang perbedaan kelas sosial, suku, umur, agama, dll) mempunyai hak yang sama untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab (kepada diri, keluarga dan masyarakat) mengenai jumlah anak, jarak antar anak, untuk menentukan waktu kelahiran anak dan dimana akan melahirkan (Pinem, 2009).

Hak reproduksi menurut Undang-undang No. 36/2009 meliputi:

1. Menjalani kehidupan reproduksi dan kehidupan seksual yang sehat, aman, serta bebas dari paksaan dan/atau kekerasan dengan pasangan yang sah.
2. Menentukan kehidupan reproduksinya dan bebas dari diskriminasi, paksaan, dan/atau kekerasan yang menghormati nilai-nilai luhur yang tidak merendahkan martabat manusia sesuai dengan norma agama.

Menentukan sendiri kapan dan berapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis serta tidak bertentangan dengan norma agama.

3. Memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggung jawabkan.

Hak-hak reproduksi berdasarkan Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan (ICPD) di Kairo 1994, ditentukan ada 12 hak-hak reproduksi, yaitu:

1. Hak mendapatkan informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi.

Setiap remaja berhak mendapatkan informasi dan pendidikan yang jelas dan benar tentang berbagai aspek terkait dengan masalah kesehatan reproduksi.

2. Hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi.

Setiap remaja memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan dan perlindungan terkait kehidupan reproduksinya termasuk terhindar dari kematian akibat proses reproduksi.

3. Hak untuk kebebasan berpikir tentang kesehatan reproduksi. Setiap remaja berhak untuk berpikir atau mengungkapkan pikirannya tentang kehidupan yang diyakininya. Perbedaan yang ada harus diakui dan tidak boleh menyebabkan terjadinya kerugian atas diri yang bersangkutan. Orang lain dapat saja berupaya mengubah pikiran atau keyakinan tersebut, namun tidak dengan pemaksaan, akan tetapi dengan melakukan upaya komunikasi, informasi, dan edukasi atau advokasi.

Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan dari perkosaan, kekerasan, penyiksaan, dan pelecehan seksual. Remaja laki-laki maupun perempuan berhak mendapatkan perlindungan dari kemungkinan berbagai perlakuan buruk karena akan berpengaruh pada kehidupan reproduksi.

4. Hak mendapatkan manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan yang terkait dengan kesehatan reproduksi. Setiap remaja berhak mendapatkan manfaat dari kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan terkait dengan kesehatan reproduksi, serta mendapatkan informasi yang sejelas-jelasnya dan sebenar-benarnya, dan kemudahan akses

untuk mendapatkan pelayanan informasi tentang kesehatan reproduksi remaja.

5. Hak untuk menentukan jumlah anak dan jarak kelahiran. Setiap orang berhak untuk menentukan jumlah anak yang dimilikinya serta jarak kelahiran yang diinginkan.
6. Hak untuk hidup (hak untuk dilindungi dari kematian karena kehamilan dan proses melahirkan). Setiap perempuan yang hamil dan akan melahirkan berhak untuk mendapatkan perlindungan dalam arti mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik sehingga terhindar dari kemungkinan kematian dalam proses kehamilan dan melahirkan tersebut.
7. Hak atas kebebasan dan keamanan berkaitan dengan kesehatan reproduksi.
8. Hak atas kerahasiaan pribadi dengan kehidupan reproduksinya.
9. Setiap individu harus dijamin kerahasiaan kehidupan kesehatan reproduksinya misalnya informasi kehidupan seksualnya, masa menstruasi, dan lain sebagainya.
10. Hak membangun dan merencanakan keluarga.
11. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

12. Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan berkeluarga dan kehidupan reproduksi.

Hak reproduksi menurut Pinem (2009), setiap orang berhak memperoleh standar pelayanan kesehatan reproduksi yang terbaik. Ini berarti:

1. Penyedia pelayanan harus memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dengan memperhatikan kebutuhan klien, sehingga menjamin keselamatan dan keamanan klien.
2. Laki-laki dan perempuan baik sebagai individu maupun sebagai pasangan, berhak memperoleh informasi lengkap tentang seksualitas, kesehatan reproduksi, manfaat serta efek samping obat-obatan, serta alat dan tindakan medis yang digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi.
3. Adanya hak untuk memperoleh pelayanan Keluarga Berencana yang aman, efektif, terjangkau, dapat diterima, sesuai dengan pilihan, tanpa paksaan dan tidak melawan hukum.
4. Perempuan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya yang memungkinkannya sehat dan selamat dalam kehamilan serta dalam kehamilan serta memperoleh bayi yang sehat.
5. Hubungan suami-istri didasari penghargaan terhadap pasangan masing-masing dan dilakukan dalam situasi

dan kondisi yang diinginkan bersama, tanpa unsur paksaan ancaman dan kekerasan.

6. Para remaja, laki-laki maupun perempuan berhak memperoleh informasi yang tepat dan benar tentang reproduksi remaja, sehingga dapat berperilaku sehat dan menjalankan kehidupan sosial yang bertanggung jawab.
7. Para remaja, laki-laki maupun perempuan, berhak memperoleh informasi yang mudah diperoleh, lengkap dan akurat mengenai penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS.

Jadi dapat disimpulkan hak reproduksi adalah hak mutlak yang dimiliki setiap manusia yang berkaitan dengan kesehatan reproduksinya antara lain menentukan kehidupan reproduksinya, mendapatkan informasi, psikoedukasi serta pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi dengan mudah, akurat, lengkap, tepat dan benar.

- a. Pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi
- b. Pencegahan dan penanganan infertilitas
- c. Kesehatan reproduksi usia lanjut
- d. Deteksi dini kanker saluran reproduksi serta kesehatan reproduksi lainnya seperti kekerasan seksual, sunat perempuan dan sebagainya.

Ruang lingkup masalah kesehatan reproduksi menurut Program Kerja WHO Ke IX ditinjau dari

pendekatan siklus kehidupan keluarga (dalam Mahayana, Rohmah & Ningrum, 2009):

1. Praktik tradisional yang berakibat buruk semasa anak-anak (seperti mutilasi genital, diskriminasi nilai anak, dsb).
2. Masalah kesehatan reproduksi remaja (kemungkinan besar dimulai sejak masa kanak-kanak yang sering kali muncul dalam bentuk kehamilan remaja, kekerasan atau pelecehan seksual dan tindakan seksual tidak aman).
3. Tidak terpenuhinya kebutuhan ber-KB, terkait dengan isu aborsi yang tidak aman.
4. Mortalitas dan morbiditas ibu dan anak (sebagai kesatuan) selama kehamilan, persalinan dan masa nifas, yang diikuti dengan malnutrisi anemia, bayi berat lahir rendah.
5. Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), yang berkaitan dengan Penyakit Menular Seksual (PMS).
6. Kemandulan yang berkaitan dengan ISR/PMS.
7. Sindrom *pre* dan *post* menopause (andropause), dan peningkatan resiko kanker organ reproduksi.
8. Kekurangan hormon yang menyebabkan osteoporosis dan masalah usia lanjut lainnya.

Jadi ruang lingkup kesehatan reproduksi yaitu berkaitan dengan masalah kesehatan ibu dan anak,

kesehatan reproduksi remaja maupun usia lanjut, masalah sindrom pre dan post menopause, kemandulan, ISR/PMS, keluarga berencana, mortalitas dan morbiditas ibu dan anak, kekurangan hormon yang menyebabkan osteoporosis dan masalah usia lanjut lainnya. Dalam penelitian ini, peneliti memfokuskan ruang lingkup kesehatan reproduksi pada pencegahan dan penanganan infeksi menular seksual termasuk *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS), kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi, dan deteksi dini kanker saluran reproduksi.

BAB 7

PERMASALAHAN DALAM KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Ns. Kornelia Romana Iwa, M.Kep.

A. Remaja

1. Pengertian Remaja

Masa remaja merupakan masa peralihan dari anak-anak menuju dewasa. Pada masa ini remaja banyak sekali mengalami masalah, hal ini terjadi karena remaja masih berada pada tahap mencari jati diri mereka sesungguhnya, dan apabila tidak di samping maka akan membuat remaja terjerumus kedalam masalah-masalh yang ada di lingkungan Pertumbuhan dan perkembangan secara fisik, psikologis dan intelektual terjadi saat masa remaja, dan karena rasa ingin tahu yang besar sehingga remaja sangat menyukai tantangan dan cenderung mengambil resiko atas apa yang dia lakukan. Remaja berasal dari

Bahasa latin yaitu “*adolescent*” yang berarti tumbuh menjadi dewasa secara mental, emosi, fisik dan sosial. (Spano, 2004)

World Health Organization (WHO) membatasi usia remaja dalam dua rentang usia yaitu usia 10-14 tahun sebagai remaja awal dan 15-20 tahun remaja akhir, akan tetapi jika dalam rentang usia 10-15 tahun seseorang telah menikah maka tergolong dalam kelompok orang dewasa. Individu yang mengalami perubahan dari masa kanak-kanak menuju dewasa dengan rentang usia 13 dan 20 tahun dikatakan remaja. (Chulani & Gordon, 2014)

Peraturan Menteri RI Nomor 25 tahun 2014 remaja adalah penduduk yang berada dalam rentang usia 10-18 tahun sedangkan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) rentang usia remaja adalah 10-24 tahun dan belum menikah. (Infodatin, 2012)

WHO mendefinisikan remaja dengan lebih konseptual lagi, secara umum diartikan remaja sebagai suatu masa di mana:

- a. **Biologis**, berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tanda seksual sekundernya sampai saat ia mencapai kematangan seksual.
- b. **Psikologis**, remaja mengalami perkembangan psikologis dan pola identifikasi dari kanak-kanak menjadi dewasa.

- c. **Ekonomi**, terjadi peralihan dari ketergantungan social, ekonomi yang penuh kepada keadaan yang relatif lebih mandiri.

Dari berbagai definisi tentang remaja diatas yang harus kita perhatikan seperti apa budaya, gender, latar belakang suku atau ras dan bagaimana pengakuan individu itu sendiri. Hal ini juga sangat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan remaja.

2. Tahapan Remaja

Masa remaja pertumbuhan dan perkembangan terjadi sangat pesat, berdasarkan kematangan psikososial dan seksual, semua remaja akan melewati tahapan sebagai berikut : Masa remaja awal (*early adolescence*): umur 10–13 tahun.

- Tampak dan merasa lebih dekat dengan teman sebaya,
 - Tampak dan merasa ingin bebas,
 - Tampak dan memang lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya dan mulai berpikir khayal (abstrak).
- a. Masa remaja pertengahan (*middle adolescence*): umur 14–16 tahun
- Tampak dan merasa ingin mencari identitas diri,

- Keinginan untuk berkenan atau tertarik pada lawan jenis,
 - Timbul perasaan cinta yang mendalam,
 - Kemampuan berpikir abstrak (berkhayal) makin berkembang,
 - Berkhayal mengenai hal-hal yang berkaitan dengan seksual
- b. Masa remaja akhir (*late adolescence*): umur 17–19 tahun
- Menampakkan pengungkapan kebebasan diri,
 - Selektif dalam mencari teman sebaya,
 - Memiliki citra (gambaran, keadaan, peranan) terhadap dirinya,
 - Dapat mewujudkan perasaan cinta,
 - Memiliki kemampuan berpikir khayal atau abstrak. (Iskandarsyah, 2006)

3. Perkembangan Biologis Remaja

Fase kedua perkembangan remaja adalah perkembangan biologis. Perubahan fisik yang terjadi pada fase ini terlihat pada saat masa pubertas yaitu meningkatnya tinggi dan berat badan serta kematangan sosial. Diantara perubahan fisik itu, yang terbesar pengaruhnya pada perkembangan jiwa remaja adalah pertumbuhan tubuh (badan menjadi semakin panjang dan tinggi). Selanjutnya, mulai berfungsinya alat-alat

reproduksi (ditandai dengan haid pada wanita dan mimpi basah pada laki-laki) dan tanda-tanda seksual sekunder yang tumbuh. (Sarwono, 2006)

B. Permasalahan dalam Kesehatan Reproduksi

Tahun 2000 Pemerintah Indonesia mengangkat Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) menjadi program nasional. Program KRR adalah upaya pelayanan dalam membantu remaja memiliki status kesehatan reproduksi yang baik melalui pemberian informasi, pelayanan konseling, dan pendidikan keterampilan hidup. (Muadz, 2008)

Kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja. Sehat yang dimaksud adalah tidak hanya bebas dari penyakit atau bebas dari kecacatan namun juga sehat secara mental serta sosial-kultural. Remaja harus mengetahui kesehatan reproduksi agar memiliki informasi yang benar mengenai proses reproduksi serta berbagai faktor yang ada disekitarnya. Informasi benar yang diterima remaja, diharapkan remaja memiliki sikap dan tingkah laku yang bertanggung jawab mengenai proses reproduksi. (Depkes RI, 2003)

Masa remaja adalah masa dimana remaja mencari jati diri mereka dengan mencoba banyak hal-hal baru seperti merokok, napza, tawuran, perilaku seks pranikah dan masih banyak lainnya. Perilaku seks bebas

banyak menjadi sorotan di kalangan masyarakat hal ini disebabkan oleh remaja yang kita amati sekarang ini terang-terangan menunjukkan perilaku pacaran berisiko seperti mulai dari berpegangan tangan, ciuman sampai hal-hal yang tidak diinginkan. Kenakalan remaja dalam hal ini seks pranikah adalah masalah dan fenomena kehidupan sosial yang sering kita jumpai saat ini dalam kehidupan masyarakat. (Rahardjo et al., 2017)

Hal diatas merupakan masalah bagi remaja, remaja rentan mengalami masalah yang menimbulkan berbagai perubahan perilaku berisiko pada kehidupan remaja seperti merokok, atau penggunaan obat terlarang dan perilaku seksual yang kurang bertanggung jawab. Hal ini berisiko terhadap penularan penyakit seperti kehamilan tidak diinginkan, HIV AIDS, kehamilan di luar nikah, dan aborsi yang tidak aman yang akan mempengaruhi tingkat kematian ibu di Indonesia. (BKKBN, 2019)

Dengan munculnya berbagai aturan untuk meminimalisir kenakalan remaja khususnya terkait pergaulan bebas tidak membuat remaja dan masyarakat enggan dan takut. Hal ini dilihat dengan masih banyaknya permasalahan terkait seksualitas dan kesehatan reproduksi remaja. Permasalahan yang terkait dengan kesehatan reproduksi antara lain :

1. Perkosaan.

Kejahatan yang berkaitan dengan pemerkosaan 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 seks

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 Immunodeficiency 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 menjalani 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. (Djama, 2017)

Adapun bentuk-bentuk kekerasan seksual yaitu

1. Perkosaan

Dimaknai sebagai serangan dalam bentuk pemaksaan hubungan seksual. Dalam serangan seksual itu ada upaya paksa, kekerasan, tekanan psikologis, penyalahgunaan kekuasaan, atau mengambil kesempatan dari lingkungan yang penuh paksaan. Pencabulan sering diidentikkan dengan perkosaan dalam hukum Indonesia.

2. Intimidasi Seksual

Intimidasi seksual termasuk ancaman atau percobaan perkosaan. Di sini, ada tindakan yang menyerang seksualitas untuk menimbulkan rasa takut atau penderitaan psikis pada korban. Bisa disampaikan langsung atau melalui pesan singkat. Ancaman atau percobaan perkosaan termasuk kategori ini.

3. Pelecehan Seksual

Sebuah tindakan seksual lewat sentuhan fisik atau nonfisik dengan sasaran organ seksual korban. Komnas Perempuan memasukkan siulan, main mata, ucapan bernuansa seksual, dan menunjukkan materi pornografi ke dalam kategori ini

4. Eksploitasi Seksual

Tindakan penyalahgunaan kekuasaan yang timpang, atau penyalahgunaan kepercayaan, untuk tujuan kepuasan seksual, atau untuk memperoleh keuntungan. Bentuk yang kerap terjadi adalah menggunakan kemiskinan keluarga perempuan untuk memasukkannya ke dalam prostitusi atau bisnis pornografi

5. Perdagangan Perempuan

Perdagangan perempuan untuk tujuan seksual, meliputi tindakan merekrut, mengangkut, menampung, mengirim memindahkan, atau menerima seseorang dengan paksaan atau rayuan untuk tujuan prostitusi atau eksploitasi seksual lainnya.

6. Prostitusi Paksa

Situasi dimana korban mengalami tipu daya, ancaman, atau kekerasan untuk menjadi pekerja seks.

7. Perbudakan Seksual

Situasi dimana pelaku merasa menjadi ‘pemilik’ atas tubuh korban sehingga berhak untuk melakukan apapun termasuk memperoleh kepuasan seksual melalui pemerkosaan atau cara lain.

8. Pemaksaan Perkawinan

Pernikahan dini atau pernikahan yang dipaksakan kepada orang yang belum dewasa karena di dalamnya akan ada pemaksaan seksual. Cerai gantung termasuk juga dalam kategori ini.

9. Pemaksaan Kehamilan

Situasi ketika perempuan dipaksa untuk melanjutkan kehamilan yang tidak dia inginkan. Misalnya dialami oleh perempuan korban perkosaan.

10. Pemaksaan Aborsi

Pengguguran kandungan yang dilakukan karena adanya tekanan, ancaman, atau paksaan dari pihak lain.

11. Pemaksaan Kontrasepsi Dan Sterilisasi

Disebut pemaksaan ketika pemasangan alat kontrasepsi atau pelaksanaan sterilisasi tanpa persetujuan utuh dari pasangan, mungkin karena minim informasi atau karena belum cakap secara hukum untuk memberi persetujuan. Bisa menimpa perempuan yang terkena HIV/AIDS.

12. Penyiksaan Seksual

Tindakan khusus menyerang organ atau seksualitas korban, yang dilakukan dengan

sengaja sehingga menimbulkan rasa sakit atau penderitaan hebat.

13. Penghukuman Tidak Manusiawi Dan Bernuansa Seksual

Masuk kategori kekerasan seksual karena cara menghukum yang menyebabkan penderitaan, kesakitan, ketakutan, atau rasa malu yang luar biasa. Termasuk di dalamnya hukuman cambuk atau hukuman lain yang mempermalukan.

14. Praktik Tradisi Bernuansa Seksual yang Membahayakan atau Mendiskriminasi Perempuan

Kebiasaan masyarakat, kadang ditopang alasan agama dan tradisi, yang bernuansa seksual, yang dapat menimbulkan cedera fisik, psikologis atau seksual pada korban dimasukkan Komnas Perempuan sebagai salah satu bentuk kekerasan seksual.

15. Kontrol Seksual

Termasuk lewat aturan diskriminatif beralasan moralitas dan agama. Pandangan yang menuduh perempuan sebagai penyebab kekerasan seksual menjadi landasan untuk mengendalikan seksual perempuan. (Dewi, 2018)

Berdasarkan masalah yang terjadi pada setiap fase kehidupan maka upaya penanganan kesehatan reproduksi yang harus dilakukan adalah :

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 keterampilan
7. Peningkatan penghargaan diri
8. Peningkatan pertahanan terhadap godaan dan ancaman.(Djama, 2017)

BAB 8

REMAJA DAN IBU HAMIL

Ns. Nasrullah, S.Kep., M.Kes.

A. Pengertian Remaja

Remaja berasal dari bahasa aslinya disebut *adolescence*, berasal dari bahasa Latin *adolescere* yang artinya “tumbuh atau tumbuh untuk mencapai kematangan”. (Larson dkk dalam Santrock, 2007). Menurut WHO, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-19 tahun, sedangkan menurut Peraturan Menteri kesehatan RI No 25 tahun 2014, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun dan menurut Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) rentang usia remaja 10-24 tahun dan belum menikah (dalam Kemenkes RI, 2005)

Menurut Sarwono (2005) masa remaja adalah masa peralihan dari anak-anak ke dewasa, bukan hanya dalam artian psikologis, tetapi juga fisik. Bahkan, perubahan-

perubahan fisik yang terjadi itulah merupakan gejala primer dalam pertumbuhan remaja. Sementara itu, perubahan-perubahan psikologis muncul antara lain sebagai akibat dari perubahan-perubahan fisik itu.

Masa remaja secara umum dianggap dimulai dengan pubertas, proses yang mengarah kepada kematangan seksual, atau fertilitas (kemampuan untuk bereproduksi). Masa remaja dimulai pada usia 11 atau 12 sampai remaja akhir atau awal usia dua puluhan, masa tersebut membawa perubahan besar saling bertautan dalam semua ranah perkembangan (Papalia, Old & Feldman, 2008).

Jadi dapat disimpulkan remaja adalah masa peralihan dari masa kanak-kanak menuju masa dewasa dengan mengalami berbagai perubahan fisik yang ditandai dengan perkembangan primer serta sekunder dan perubahan psikologis.

B. Karakteristik Remaja

Pertumbuhan dan perkembangan remaja dapat dilihat berdasarkan perubahan pada dimensi-dimensi berikut :

1. Dimensi fisik

Diantara perubahan-perubahan fisik itu, yang terbesar pengaruhnya pada perkembangan jiwa remaja adalah pertumbuhan tubuh (badan menjadi semakin panjang dan tinggi). Selanjutnya, mulai berfungsinya alat-

alat reproduksi (ditandai dengan haid pada wanita dan mimpi basah pada laki) dan tanda-tanda seksual sekunder yang tumbuh. Perubahan- perubahan fisik itu menyebabkan kecanggungan bagi remaja karena ia harus menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan yang terjadi pada dirinya. Penyesuaian itu tidak selalu dapat dilakukannya dengan mulus, terutama jika tidak ada dukungan dari orang tua (Sarwono, 2005).

2. Dimensi kognitif

Merujuk kepada Piaget, remaja memasuki level tertinggi perkembangan kognitif yaitu operasi formal, ketika mereka mengembangkan kemampuan berpikir abstrak. Pada tahap operasional formal dapat mengintegrasikan apa yang telah mereka pelajari dengan tantangan dimasa mendatang dan membuat rencana untuk masa datang. Kemampuan berpikir abstrak juga memiliki implikasi emosional (Papalia, Old & Feldman, 2008).

3. Dimensi moral

Menurut Monks (2001) Perkembangan pemikiran moral remaja dicirikan dengan mulai tumbuh kesadaran akan kewajiban mempertahankan kekuasaan dan pranata yang ada karena dianggapnya sebagai sesuatu yang bernilai, walau belum mampu mempertanggung jawabkannya secara pribadi. Perkembangan pemikiran moral remaja berdasarkan teori Kohlberg berarti sudah mencapai tahap

konvensional. Pada akhir masa remaja seseorang akan memasuki tahap perkembangan moral disebut tahap pasca konvensional ketika orisinalitas pemikiran moral remaja sudah semakin jelas (Ali dan Asrori, 2014).

4. Dimensi psikologis

Masa remaja merupakan masa gejolak, dimana suasana hati dapat berubah dengan cepat hal ini dikarenakan perkembangan amigdala di dalam otak berkembang lebih awal dari pada korteks prefrontal. Remaja juga mengembangkan sikap egosentrisme yaitu meningkatnya kesadaran diri pada remaja, egosentrisme memiliki dua komponen yaitu remaja memiliki keyakinan bahwa orang lain berminat pada dirinya dan remaja merasa dirinya unik dan tidak terkalahkan (Santrock, 2011).

Jadi karakteristik pertumbuhan dan perkembangan remaja dapat dilihat dari dimensi fisik, dimensi kognitif, dimensi moral dan dimensi psikologis.

C. Kerangka Berpikir

Masa remaja tidak hanya dicirikan dengan pertumbuhan fisik dan perkembangan otak yang signifikan, namun masa remaja juga menjadi jembatan antara anak-anak yang aseksual dan orang dewasa yang seksual (Santrock, 2011). Pertumbuhan fisik yang dialami oleh remaja adalah masa dimana alat-alat kelamin

mencapai kematangannya dan alat-alat kelamin sudah berfungsi secara sempurna.

Masa remaja juga sering disebut dengan masa pubertas. Masa pubertas adalah proses yang mengarah pada kematangan seksual, atau fertilitas (kemampuan untuk bereproduksi). Masa remaja dimulai pada usia 11 atau 12 tahun sampai pada masa remaja akhir atau awal usia dua puluhan, dan masa tersebut membawa perubahan besar saling bertautan dengan semua ranah perkembangan. Dalam proses memasuki masa dewasa memakan waktu yang lebih lama dan lebih rumit. Pubertas dimulai lebih awal dan proses untuk bekerja cenderung terjadi lebih lama (Papalia, Old & Feldman, 2008)

Terjadinya perkembangan pada proses kematangan seksual ini berarti pula karakteristik dari seks primer maupun sekunder semakin berkembang. Karakteristik seks primer adalah organ yang dibutuhkan untuk reproduksi. Pada wanita, organ reproduksi adalah indung telur (ovaries), tuba falopi, uterus, dan vagina. Pada pria testis, penis, skrotum (kantong kemaluan), gelembung sperma dan kelenjar prostat. Karakteristik seks sekunder adalah terjadinya sinyal fisiologis kematangan seksual yang tidak terkait langsung dengan organ seks, misalnya payudara wanita dan lebar bahu pada pria. Karakteristik seks sekunder lainnya adalah perubahan suara dan tekstur kulit, perkembangan muscular dan pertumbuhan

pubik, rambut tubuh, wajah, ketiak dan tubuh (Papalia, Old & Feldman, 2008).

Remaja adalah masa eksplorasi dan eksperimen seksual, masa fantasi dan realitas seksual, masa mengintegrasikan seksualitas kedalam identitas seseorang. Remaja memiliki rasa ingin tahu dan seksualitas yang hampir tidak dapat dipuaskan. Rasa keingintahuan yang dirasakan remaja tidak lepas dari perkembangan kognitif remaja yang belum sempurna seperti prenatal cortex yang meliputi penalaran, pengambilan keputusan dan kendali diri dan corpus callosum yang meningkatkan kemampuan remaja dalam memproses informasi lebih efektif (Santrock, 2011). Meningkatnya kemampuan remaja dalam memproses informasi secara tidak langsung juga meningkatkan pengetahuan remaja, dengan pengetahuan remaja dapat memenuhi rasa keingintahuan tentang seksualitas secara efektif.

Pemenuhan rasa keingintahuan remaja harus dilakukan dengan tepat dan benar agar remaja tidak menjadi bingung. Sebagian remaja mengalami kebingungan untuk memahami tentang apa yang boleh dilakukan dan tidak boleh dilakukan olehnya, antara lain boleh atau tidaknya untuk melakukan pacaran, melakukan onani, nonton bersama atau ciuman. Kebingungan ini akan menimbulkan suatu perilaku seksual yang kurang sehat di kalangan remaja (Pangkahila, dalam Soetjiningsih 2004).

Menurut Kesehatan Kementrian RI (2012) Mengapa remaja perlu mengetahui tentang Kesehatan Reproduksi ? Pertama, karena masa remaja adalah masa peralihan/ perpindahan dari kanak-kanak. Kedua, karena pada awal masa remaja terjadi proses pematangan fisik baik yang langsung dapat dilihat mata (perubahan fisik yang terlihat mata), maupun yang tidak terlihat (di dalam tubuh, perubahan hormon tubuh), seluruhnya disebut proses perkembangan biologis pada remaja. Ketiga, karena perubahan biologis yang terjadi pada masa remaja berjalan dengan cepat dan drastis, yang mempengaruhi fisik, kejiwaan, dan emosi, mengakibatkan masa remaja menjadi masa yang penuh gejolak. Keempat, karena masa remaja selain merupakan masa peralihan dari kanak-kanak, masa remaja juga merupakan masa persiapan menuju ke dewasa. Kelima, karena dengan memiliki pengetahuan yang benar tentang kesehatan reproduksi, maka remaja mengetahui bagaimana cara untuk bersikap dan berperilaku sehat selama masa proses pematangan fisik yang terjadi pada dirinya, khususnya proses pematangan organ-organ reproduksi yang dialami selama masa remajanya. Keenam dengan memiliki pengetahuan tentang kesehatan reproduksi tentunya akan membuat remaja dapat bertumbuh menjadi seorang dewasa yang sehat yang akan memiliki keturunan yang sehat, dan kehidupan yang berkualitas.

Remaja memerlukan informasi tersebut agar waspada dan berperilaku seksual sehat dalam bergaul dengan lawan

jenisnya (Kumala & Adhyantoro, 2012). Rasa bingung yang melanda remaja dapat diartikan bahwa remaja membutuhkan informasi atau pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi yang lebih intensif. Pengetahuan seksual yang benar dapat memimpin remaja ke arah perilaku seksual yang rasional dan bertanggung jawab serta dapat membantu membuat keputusan pribadi yang penting terkait seksualitas, sebaliknya pengetahuan seksual yang salah dapat mengakibatkan kesalahan persepsi tentang seksualitas sehingga selanjutnya akan menimbulkan perilaku seksual yang salah dengan segala akibatnya (Kumala & Adhyantoro, 2012). Menurut hasil penelitian Cahyo, Kurniawan dan Margawati (2008) dan penelitian Wijaya, Agustini dan Tisna MS (2014), dapat disimpulkan bahwa ada faktor enabling yaitu informasi mengenai sarana pelayanan kesehatan reproduksi. Informasi tentang kesehatan reproduksi disebarluaskan dengan pesan-pesan yang kurang jelas dan tidak fokus, terutama bila mengarah pada perilaku seksual.

Pengetahuan kesehatan reproduksi adalah hasil tahu yang terbentuk dari hasil belajar mengenai keadaan sehat yang sempurna baik secara fisik, maupun psikologis dan sosial yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. Dengan adanya pengetahuan kesehatan reproduksi, remaja dapat mengetahui keadaan sehat yang sebenarnya dan menghindari perilaku yang dapat membahayakan kesehatan terutama yang mengancam kesehatan organ reproduksi. World Health Organization

(WHO), (2006) telah membuat daftar indikator kesehatan reproduksi secara global, indikator sebagai penanda status kesehatan dan memberikan gambaran kesehatan reproduksi. Indikator meliputi sebagai berikut: 1) Totally Fertility Rate (TFR) Tingkat kesuburan total. 2) Prevalensi kontrasepsi 3) Angka kematian ibu. 4) Cakupan pelayanan antenatal. 5) Persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih. 6) Ketersediaan pelayanan kebidanan esensial dasar dan ketersediaan perawatan obstetri esensial yang komprehensif. 7) Angka kematian prenatal. 8) Prevalensi berat badan lahir rendah. 9) Prevalensi serologi sifilis positif pada wanita hamil. 10) Prevalensi anemia pada wanita. 11) Persentase penerimaan obstetri dan ginekologi karena aborsi. 12) Prevalensi dilaporkan wanita dengan mutilasi genital. 13). Prevalensi infertilitas pada wanita. 14) Kejadian dilaporkan uretritis pada pria. 15) Prevalensi infeksi HIV pada ibu hamil. 16) Pengetahuan tentang praktik pencegahan terkait HIV.

Pengetahuan kesehatan reproduksi dapat diperoleh dengan psikoedukasi atau pendidikan seks ataupun penyuluhan. Psikoedukasi menurut Lukens dan McFarlane (2004) adalah tritmen yang diberikan secara profesional dimana mengintegrasikan intervensi terapeutik dan edukasi. Istilah psikoedukasi atau pendidikan seks di Indonesia sendiri masih dianggap tabu, meskipun sebenarnya psikoedukasi merupakan hal yang penting yang harus dilakukan terutama oleh orang tua, sekolah

dan pemerintah khususnya sebagai program preventif remaja dengan perilaku seks pranikah, aborsi, KTD, PMS dll. Upaya preventif ini bertujuan untuk menyelamatkan alat reproduksi remaja, sehingga tidak terjadi akibat yang buruk dan dapat meneruskan serta menurunkan generasi yang tangguh pada waktunya berkeluarga nanti. Pelaksanaan upaya preventif tersebut dilakukan dengan meningkatkan hubungan remaja dalam lingkungan, memberi pendidikan seksual yang sehat dan mengikutsertakan dalam aktivitas yang produktif (Manuaba, 2009)

Terbukti sejumlah ahli menyimpulkan bahwa program pendidikan seks yang menekankan pengetahuan kontraseptif tidak meningkatkan insiden hubungan seksual dan cenderung mengurangi resiko kehamilan pada remaja dan penularan infeksi secara seks daripada hanya program pantangan saja (Constantine, Eisenberg, Dworkin, Santelli, Hentz dan Fields dalam Santrock, 2011). Pendidikan seks juga terbukti lebih efektif apabila diberikan kepada remaja sebelum aktif secara seksual (Brown dalam Glasier, Gebbie dan Loudon, 2005). Pendidikan seks yang komprehensif membantu remaja untuk melindungi kesehatan dan kesejahteraan saat mereka tumbuh dan mengambil tanggung jawab keluarga (Wahba dan Fahimi, 2012). Menurut Kumala dan Adhyantoro (2012), dengan pengetahuan kesehatan reproduksi yang memadai dan adanya motivasi untuk menjalani masa remaja secara sehat, para remaja

diharapkan mampu memelihara kesehatan dirinya agar dapat memasuki masa kehidupan berkeluarga sistem reproduksi yang sehat.

Melalui psikoedukasi kesehatan reproduksi remaja di sekolah diharapkan oleh peneliti akan meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi. Di sekolah merupakan tempat yang cukup ideal untuk memberikan pendidikan kesehatan, khususnya kesehatan reproduksi remaja (Duarsa, dalam Soetjiningsih 2004). Pendidikan seks lebih besar kemungkinan berhasil apabila terdapat pendekatan terpadu antara sekolah dan layanan kesehatan (Brown dalam Glasier, Gebbie & Loudon, 2005). Menurut Helweg-Larsen, Andersen, dan Plauborg (dalam Saraswati dan Paramastri 2013) menyatakan bahwa pendidikan kesehatan reproduksi remaja di sekolah sangat penting sebagai awal preventif dalam memberikan alternatif solusi untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi siswa.

BAB 9

ALAT REPRODUKSI WANITA

Siti Utami Dewi, D.Kep., M.Kes.

Sistem atau alat reproduksi wanita menjadi organ penting yang perlu diketahui dan dijaga kesehatannya. Alat reproduksi pada wanita tidak hanya sebatas vagina atau Rahim saja, terdapat organ-organ lain yang memiliki peran masing-masing bagi reproduksi wanita dalam mendukung fungsi hidup orang tersebut. Fungsi organ sistem reproduksi sangat luas terhadap keberlangsungan hidup manusia. Melihat fungsinya yang luas, menjaga Kesehatan organ reproduksi dari serangan penyakit tertentu juga sangatlah penting. Berikut penjelasan alat reproduksi Wanita yang perlu anda ketahui.

A. Pengertian Alat Reproduksi

Reproduksi merupakan kemampuan makhluk hidup untuk menghasilkan keturunan yang akan datang.

Adapun tujuannya adalah mempertahankan serta melestarikan jenis agar tidak punah. Pada manusia untuk menghasilkan keturunan yang baru, reproduksi pada manusia dilakukan dengan cara hubungan seksual. Untuk dapat mengetahui reproduksi pada manusia, kita perlu mengetahui terlebih dahulu organ-organ kelamin yang terlibat serta proses yang berlangsung didalamnya, organ tersebut dinamakan alat reproduksi. Alat atau sistem reproduksi adalah salah satu komponen sistem tubuh yang penting meskipun tidak berperan dalam homeostatis dan esensial bagi kehidupan seseorang. Pada manusia, reproduksi berlangsung secara seksual, organ reproduksi yang dimiliki manusia berbeda antara pria dan Wanita. Sistem reproduksi merupakan salah satu organ tubuh yang sensitif sehingga perlu perawatan khusus, pengetahuan dan perawatan yang baik merupakan faktor penentu dalam memelihara Kesehatan reproduksi (Abrori & Qurbaniah, 2017).

B. Fungsi Alat Reproduksi

Alat reproduksi pada manusia, baik pria maupun Wanita, memiliki struktur organ internal dan eksternalnya masing-masing. Setiap organ dalam sistem tersebut memiliki fungsi yang berbeda-beda pula. Sistem reproduksi pria berfungsi untuk memproduksi dan menyimpan, serta mengantarkan sperma untuk membuahi sel telur. Sedangkan, sistem reproduksi Wanita memiliki fungsi untuk memproduksi sel telur dan menyediakan tempat untuk janin selama kehamilan.

Kedua fungsi tersebut saling melengkapi dalam proses reproduksi.

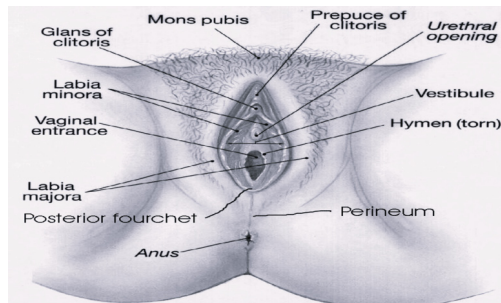
C. Anatomi Alat reproduksi Wanita

1. Alat Genetalia Eksterna

Secara anatomi, alat reproduksi wanita bagian eksterna terdiri dari organ sebagai berikut:

a. Mons veneris/Tundum

Sebuah bantalan lemak yang terletak di depan simfisis pubis, daerah ini ditutupi bulu pada masa pubertas.

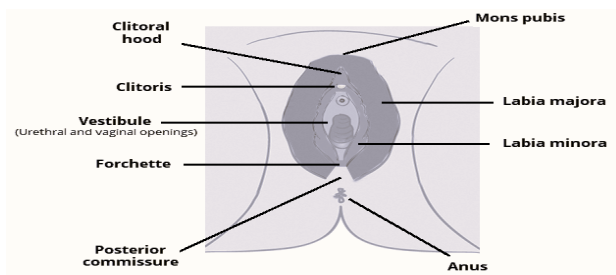


Gambar 9.1: Genetalia Eksterna Wanita
(Sumber: <https://www.academia.edu>)

b. Labia Mayora

Labia mayora disebut juga bibir besar, berbentuk lonjong dan menonjol, berasal dari mons veneris dan berjalan ke bawah dan belakang, pertemuan labia mayora sinistra dan dekstra di bagian posterior membentuk *commissura posterior* batas perineum. Permukaan labia mayora bagian luar ditutupi oleh

kulit yang ditumbuhi rambut dan dibawah kulit terdapat jaringan lemak.



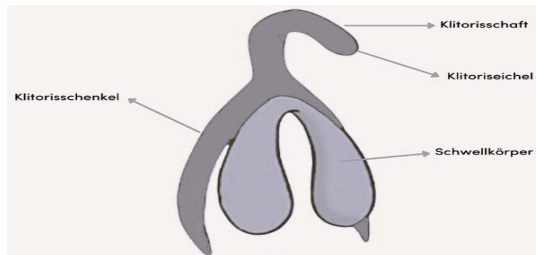
Gambar 9.2: Labia Mayora dan Labia Minora
(Sumber: <https://teachmeanatomy.info>)

c. Labia Minora

Labia minora disebut juga bibir kecil, terletak di bagian medial dari labia mayora, pertemuan labia minora sinistra dan dekstra bertemu diatas (*Preputium clitoridis*) dan di bawah klitoris (*frenulum clitoridis*), di bagian posterior kearah perineum membentuk *frenulum labiorum pudenda*, didepan *frenulum* ini terletak *fossa navikulare*, di bagian sinistra dan dekstra *fossa navikulare* terdapat kelenjar *bartholini*.

d. Klitoris

Klitoris merupakan suatu tunggul yang erektile atau jaringan ereksi yang berfungsi sebagai pusat rangsangan ereksi yang banyak dilalui oleh pembuluh darah dan saraf. Klitoris analog dengan penis laki-laki (Djamhoer et al., 2019).



Gambar 9.3: Klitoris

(Sumber: <https://www.breatheilo.com>)

e. Vestibulum/Vulva

Vestibulum atau vulva merupakan suatu rongga tempat bermuaranya sistem urogenital yakni uretra dan vagina. Batasan vestibulum atau vulva disebelah luar kiri dan kanan dilingkari oleh labia mayora, dan disebelah medial kiri dan kanan ditutupi oleh labia minora (Pearce, 2009)

f. Orificium Vagina

Orifisium vagina merupakan saluran vagina bagian eksternum yang ditutupi oleh hymen (selaput dara). Hymen adalah membrane/ selaput yang melingkari orifisium vagina, lubang selaput dara disebut dengan hiatus himenalis. Bentuk lain hymen yaitu *hymen kribriiformis* (hymen berbentuk saringan), *hymen septum* (hymen yang berbentuk seperti sekat), *hymen imperforata* (hymen tertutup sama sekali) (Manurung et al., 2011).

g. **Perineum**

Menurut kamus Dorland perineum merupakan daerah antara kedua belah paha, antara vulva dan anus. Perineum terletak antara vulva dan anus, Panjang Nya rata-rata 4 cm. pendapat senada juga dijelaskan bahwa perineum adalah regio yang terletak antara vulva dan anus, panjangnya rata-rata 4 cm (Saifuddin, 2014).

2. Alat Genetalia Interna

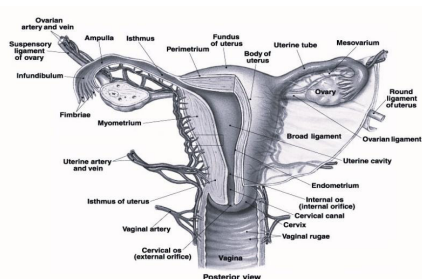
a. **Vagina**

Vagina merupakan suatu saluran muskulo-membranasea yang menghubungkan rahim dengan dunia luar, bagian ototnya berasal dari otot levator ani dan otot sfingter ani (otot dubur) sehingga dapat dikendalikan dan dilatih. Selaput vagina tidak mempunyai lipatan sirkuler (berkerut) yang disebut “rugae”. Dinding depan vagina berukuran 9 cm dan dinding belakangnya 11 cm. selaput vagina tidak mempunyai kelenjar sehingga cairan yang selalu membasahi berasal dari kelenjar rahim atau lapisan dalam rahim. Sebagian dari rahim yang menonjol pada vagina disebut “porsio” (leher rahim). Vagina mempunyai fungsi penting sebagai jalan lahir bagian lunak, sebagai sarana hubungan seksual, saluran untuk mengalirkan lendir dan darah menstruasi. Lendir vagina banyak mengandung glikogen yang dapat pecah oleh bakteri doderlein, sehingga

keasaman cairan vagina sekitar 4,5 yang bersifat asam (Manuaba et al., 2009)

b. Uterus (Rahim)

Uterus adalah organ genitalia feminina interna yang memiliki panjang 8 cm, lebar 5 cm dan tebal 2-3 cm. Bagian-bagian uterus antara lain Corpus uteri, Fundus uteri, Cervix uteri, serta Isthmus uteri yang menjadi penanda transisi antara corpus dan cervix. Bagian memanjang di kedua sisi yang merupakan penghubung antara corpus uteri dan ovarium disebut Tuba uterina. Terdapat dua ruang dalam uterus, yaitu Cavitas uteri di dalam Corpus uteri dan Canalis cervicis di dalam Cervix uteri. Dinding uterus terdiri dari 3 lapisan. Dimulai dari yang terdalam yaitu Tunika mukosa atau endometrium, kemudian lapisan otot yang kuat disebut Tunica muscularis atau miometrium, dan lapisan terluar adalah Tunica serosa atau perimetrium (Paulsen & Waschke, 2013).



Gambar 9.4: Uterus

(Sumber: <https://www.kibrispdr.org>)

c. Tuba Fallopi

Tuba fallopi berasal dari ujung ligamentum latum berjalan ke arah lateral, dengan Panjang sekitar 12 cm, tuba fallopi bukan merupakan saluran lurus, tetapi mempunyai bagian yang lebar sehingga membedakannya menjadi empat bagian. Ujungnya terbuka dan mempunyai fimbriae (rumbai-rumbai), sehingga dapat menangkap ovum saat terjadi pelepasan telur (ovulasi). Saluran telur ini merupakan saluran hasil pembuahan menuju rahim. Tuba fallopi juga merupakan bagian yang paling sensitif terhadap infeksi dan menjadi penyebab utama terjadinya kemandulan. Fungsi tuba fallopi sangat vital dalam proses kehamilan, yaitu menjadi saluran spermatozoa dan ovum, mempunyai fungsi penangkap ovum, tempat terjadinya pembuahan, menjadi saluran dan tempat pertumbuhan hasil pembuahan sebelum mampu menanamkan diri pada lapisan dalam rahim (Manuaba et al., 2009)

d. Ovarium

Ovarium merupakan salah satu organ reproduksi utama pada wanita yang berbentuk seperti kacang kenari. Ovarium terdiri dari dua bagian, yaitu pada sisi kanan dan kiri organ reproduksi wanita. Masing-masing ovarium terletak pada dinding samping rongga pelvis posterior dalam fossa ovarian dan ditahan oleh mesenterium pelvis (Sloane, 2004).

Ovarium berfungsi untuk memproduksi ovum. Satu ovum dikeluarkan setiap pertengahan siklus seksual bulanan dari folikel ovarium dan ditangkap oleh fimbriae yang terbuka pada tuba fallopi. Kemudian ovum bergerak menuju uterus melalui tuba fallopi. Jika ovum tersebut dibuahi oleh sperma, ovum akan berimplantasi di dalam uterus dan berkembang menjadi fetus, plasenta, dan membran fetus yang akhirnya menjadi bayi (Guyton & Hall, 2014).

3. Kelenjar Organ reproduksi Wanita

a. Kelenjar Skene

Kelenjar skene sering disebut dengan kelenjar periuretral (kelenjar prostat wanita), kelenjar ini berlokasi pada dinding depan vagina, di bagian bawah sekitar dari uretra. Kelenjar skene mempunyai fungsi sebagai saluran cairan sama seperti orifisium uretra. Jaringan yang terdapat disekitar kelenjar adalah klitoris yang berada dibagian atas vagina dan pembuluh darah disekitar introitus vagina. Rangsangan yang berulang kali pada kelenjar skene menyebabkan seorang wanita ejakulasi dan skene akan mengeluarkan cairan, dengan demikian kelenjar skene disebut juga *G-spot orgasms* (Manurung et al., 2011).

b. Kelenjar Bartholini

Kelenjar bartholini disebut juga kelenjar vestibular, kelenjar ini terletak pada dua lokasi di kiri dan

kanan dari orifisium vagina dan berada bagian bawah. Kelenjar bartholini homolog dengan kelenjar bulbourethralis berada dekat dengan perineum, sejumlah cairan dari kelenjar tersebut dikeluarkan ketika adanya stimulasi yang dilakukan disekitar vagina. Besar kelenjar bartholini ini berdiameter sekitar 0,5 cm yang ditemukan di labia minora, biasanya tak teraba bila dilakukan palpasi. Setiap kelenjar mengeluarkan lendir ke dalam saluran yang berukuran sekitar 2,5 cm, kedua saluran muncul ke bagian depan di kedua sisi lubang vagina. Fungsinya adalah untuk mempertahankan kelembaban permukaan vestibular mukosa vagina (Prawirohardjo, 2011).

c. Kelenjar payudara

Kelenjar payudara (*mammæ*) merupakan perlengkapan organ reproduksi wanita dan mengeluarkan air susu. Payudara terletak di dalam fascia superfisial di daerah pektoral antara sternum dan aksila dan melebar dari kira-kira iga kedua atau ketiga sampai iga keenam atau ketujuh. Berat dan ukuran payudara berlain-lainan; pada masa pubertas membesar, dan bertambah besar selama hamil dan sesudah melahirkan; dan menjadi atrofi pada usia lanjut. Pembesaran struktur payudara dipengaruhi hormon progesterone dan estrogen. Struktur payudara terdiri dari tiga bagian: corpus, puting susu dan areola (Pearce, 2009).

D. Fisiologi alat reproduksi Wanita

1. Oogenesis

Oogenesis merupakan proses pembentukan ovum yang terjadi di dalam ovarium. Proses tersebut terjadi sejak janin berkembang di dalam kandungan tetapi perkembangan akhir setiap ovum dicapai pada masa pubertas (Campbell & Reece., 2010). Proses terjadinya Oogenesis terdiri dari beberapa tahap yaitu sebagai berikut:

1. Sel primordial mengalami persiapan untuk melakukan proses pembelahan sel, berhubungan dengan sintesis protein di dalam sel dan selanjutnya disebut sebagai oosit primer.
2. Oosit primer mengalami pembelahan secara meiosis I sehingga menghasilkan dua sel yang memiliki ukuran yang tidak sama, sel yang berukuran besar disebut oosit sekunder dan sel yang lebih kecil dinamakan badan polar I.
3. Badan polar I menghasilkan dua sel badan polar II dan sel oosit sekunder menghasilkan satu sel ootid dan satu sel badan polar II.
4. Sel ootid mengalami pematangan dan akan menjadi sel ovum. Sel ootid yang telah matang dan menjadi sel ovum selanjutnya telah siap untuk dibuahi, apabila sel ovum yang matang tersebut tidak dibuahi, maka akan mati dan luruh.

Hormon yang berpengaruh terhadap proses oogenesis meliputi:

1. Follicle stimulating hormone (FSH) berfungsi untuk merangsang pertumbuhan sel-sel folikel sekitar sel ovum
2. Luteinizing hormone (LH) berfungsi merangsang terjadinya ovulasi
3. Estrogen berfungsi merangsang sekresi sel ovum
4. Progesterone berfungsi menghambat sekresi FSH dan LH.

2. Menstruasi

Menstruasi adalah proses keluarnya darah dari dalam rahim yang terjadi karena luruhnya dinding rahim bagian dalam yang mengandung banyak pembuluh darah dan sel telur yang tidak dibuahi. Proses menstruasi dapat terjadi dikarenakan sel telur pada organ wanita tidak dibuahi, hal ini menyebabkan endometrium atau lapisan dinding rahim menebal dan menjadi luruh yang kemudian akan mengeluarkan darah melalui saluran reproduksi wanita (Djamhoer et al., 2019).

Siklus menstruasi terjadi melalui empat fase pada wanita normal yang telah pubertas dan wanita yang tidak hamil, yaitu sebagai berikut:

- Fase menstruasi (deskuamasi), dimana endometrium terlepas dari rahim dan adanya pendarahan selama 4 hari.

- Fase pros menstruum (regenerasi), dimana terjadi proses terbentuknya endometrium secara bertahap selama 4 hari.
- Fase intermenstrual (proliferasi), penebalan endometrium dan kelenjar tumbuhnya lebih cepat.
- Fase premenstrual (sekresi), perubahan kelenjar dan adanya penimbunan glikogen guna mempersiapkan endometrium.

3. Gestasi

Gestasi atau kehamilan merupakan suatu keadaan dimana seorang wanita yang didalam rahimnya terdapat embrio atau fetus. Kehamilan dimulai pada saat masa konsepsi hingga lahirnya janin, dan lamanya kehamilan dimulai dari ovulasi hingga partus yang diperkirakan sekitar 40 minggu dan tidak melebihi 43 minggu (Kuswanti, 2014).

E. Rangkuman

Alat reproduksi wanita merupakan sekelompok organ yang terlibat dalam sistem reproduksi, dalam hal ini untuk mempersiapkan kehamilan hingga melahirkan. Setiap organ reproduksi dirancang dengan fungsinya masing-masing. Organ-organ ini dimiliki wanita sejak lahir, namun kemampuan reproduksinya baru akan dimulai setelah masa pubertas. Gambaran alat reproduksi wanita yang normal terdiri dari genetalia eksterna dan

interna. Organ lain yang menopang alat reproduksi wanita adalah kelenjar asesoris yang bukan merupakan bagian dari anatomi reproduksi, namun berperan penting pada proses reproduksi.

BAB 10

GENDER DAN KESEHATAN DALAM KESEHATAN REPRODUKSI

Dian Permatasari, S.ST., M.Kes

A. Pendahuluan

Pada dasarnya semua makhluk diciptakan berpasangan, misalnya manusia. Manusia diciptakan ada laki-laki ada perempuan yang memiliki derajat, harkat dan martabat yang sama. Walaupun keduanya memiliki bentuk dan fungsi yang berbeda, namun hal tersebut bertujuan agar keduanya saling melengkapi. Namun seiring berjalannya waktu dan kehidupan manusia, keduanya mengalami banyak perubahan status dan peran terutama di dalam kehidupan masyarakat. Proses tersebut lambat laun menjadi sebuah kebiasaan yang membudaya dan berdampak pada terciptanya perlakuan diskriminatif terhadap salah satu jenis kelamin. Oleh karena itu berbagai masalah telah berlangsung lama seperti perjalanan sejarah peradaban manusia, seperti stereotip, subordinasi, marginalisasi, beban ganda, dan kekerasan terutama terjadi pada perempuan seperti pelecehan seksual dan perdagangan perempuan (*trafficking*).

Konsep Gender

Kata *gender* berasal dari bahasa Inggris yang berarti "jenis kelamin". Konsep gender dalam wacana ilmu sosial termasuk konsep yang relatif masih muda.

"Konsep Gender berkembang sejak tahun 1970-an karena dalam kalangan yang berkecimpung dengan masalah kaum perempuan, terdapat ketidakpuasan dengan konsep perempuan dalam pembangunan (woman in development---WID), yang pada dasarnya melihat kaum perempuan terpisah dari kaum laki-laki"

Konsep ini, kemudian berkembang di masyarakat menjadi salah satu perspektif yang digunakan untuk menganalisis masalah sosial, termasuk masalah kesehatan. Namun demikian, di lingkungan masyarakat pada umumnya, masih terdapat sejumlah kesalahpahaman mengenai konsep ini, sehingga seolah-olah konsep ini dimaknai sama dengan konsep seks (jenis kelamin). Padahal, kedua konsep tersebut merupakan dua konsep yang berbeda.

Kesalahpahaman terhadap konsep ini, menyebabkan kekeliruan yang berkepanjangan dalam proses sosialisasi dan optimalisasi pendidikan gender bagi masyarakat Indonesia. Paling tidak, kesalahpahaman ini dapat menyebabkan (a) kesalahan sikap anggota masyarakat terhadap program perjuangan dan penegakan hak-hak perempuan di masyarakat misalnya menganggap bahwa

pendidikan gender sebagai upaya untuk melepaskan kaum perempuan dari tanggung jawabnya sebagai perempuan, (b) kesalahan tempat mengenai duduk persoalan kewanitaan dalam konteks masalah-masalah sosial kemasyarakatan misalnya memaksa perempuan untuk melakukan hal-hal yang tidak diinginkannya, dan (c) mencampuradukkan analisis dan kritikan terhadap berbagai konsep gender, yaitu antara peran gender dengan jenis kelamin dan seolah-olah kedua hal tersebut sebagai sesuatu hal yang sama.

Hal demikian, dapat menyebabkan prasangka yang kurang menguntungkan bagi pengembangan dan pemberdayaan perempuan di Indonesia. Pada bab ini akan diupayakan untuk mengemukakan konsep dan perspektif analisis gender dalam pelayanan kesehatan.

B. Pengertian Gender

Pada awal perkembangannya, kata gender ini, kalau dilihat berdasarkan kamus khusus dalam kamus Bahasa Indonesia, tidak dibedakan dari konsep seks, sehingga terjadi kerancuan pemahaman dan penggunaan konsep gender dan seks di masyarakat. Sementara di lain pihak, menurut Mansour Fakih (Fakih, 2004) belum ada uraian yang mampu menjelaskan secara singkat dan jelas mengenai konsep gender kepada masyarakat, khususnya dikaitkan dengan pentingnya persoalan gender dikaitkan dengan ketidakadilan sosial.

Dalam memahami konsep gender, harus dibedakan dengan konsep seks. Konsep yang kedua ini, mengacu pada pengidentifikasian perbedaan laki-laki dan perempuan dari segi anatomi atau aspek biologi seseorang misalnya perbedaan komposisi kimia dan hormone dalam tubuh, anatomi fisik, reproduksi, dan karakteristik biologis. Lebih tegasnya, pengertian jenis kelamin (seks) merupakan pembagian dua jenis kelamin yang ditentukan secara biologis, yaitu bahwa pria memiliki penis (zakar) serta memproduksi sperma. Sedangkan wanita memiliki alat reproduksi seperti memiliki Rahim, payudara (untuk menyusui), dan vagina (saluran untuk melahirkan), serta memproduksi sel telur. Alat-alat reproduksi tersebut melekat pada pria dan wanita, ketentuan biologis ini sering dikatakan sebagai “kodrat”. Dengan kata lain, jenis kelamin secara permanen tidak berubah dan merupakan ketentuan biologis atau ketentuan kodrat.(Purwaningrum, 2008).

Dilainpihak,terjadiperkembangankonsepgender. Perkembangan konsep ini, sebagai reaksi ketidakpuasan terhadap konsep dan implikasi praktis dari konsep seks yang ada di masyarakat. Selama ini, konsep seks kerap memberikan gambaran tentang peran, status, dan posisi perempuan yang lemah. Padahal, pada sisi tertentu, adanya sebuah kekeliruan pemahaman terhadap makna seks dengan peran sosial individu di masyarakat. Dengan alasan seperti ini, maka sosialisasi dan pengembangan konsep gender menjadi satu kebutuhan yang mendasar.

Gender bukanlah sebagai kodrat biologis, tetapi gender digunakan untuk menunjukkan pembagian kerja yang tepat bagi pria dan wanita. Gender adalah perbedaan-perbedaan sifat wanita dan pria yang tidak hanya mengacu pada perbedaan biologis, tetapi juga mencakup nilai-nilai sosial budaya, Sehingga menimbulkan nilai-nilai lain yang berlanjut menjadi nilai umum terhadap jenis tertentu.

Dalam konsep gender dapat dikatakan bahwa sifat dapat dipertukarkan antara sifat wanita dan pria, berubah dari waktu ke waktu, berbeda dari tempat-tempat lain, dan berbeda dari suatu kelas ke kelas lain. Itulah yang dikenal dengan “gender”.

Sejarah perbedaan gender atau *gender differences* antara pria dan wanita terjadi melalui proses yang sangat Panjang. Oleh karena itu, terbentuknya perbedaan gender dikarenakan oleh banyak hal diantaranya dibentuk, disosialisasikan, dipertukar, bahkan dikonstruksi secara sosial, kultural melalui ajaran keagamaan bahkan oleh negara. Sosialisasi gender yang dilakukan melalui proses yang Panjang tersebut akhirnya dianggap menjadi ketentuan Tuhan, seolah-olah bersifat biologis yang tidak dapat diubah lagi., kodrat pria dan wanita dipahami sebagai perbedaan gender. Misalnya sifat lemah lembut, sifat emosional yang dimiliki oleh kaum wanita dikatakan sebagai kodrat kaum wanita.

Gender dapat dikatakan sebagai hasil interpretasi sosial-kultural terhadap perbedaan kelamin dan

biasanya dapat dilakukan melalui aktivitas, dapat dilihat dan dipergunakan untuk menunjukkan pembagian kerja (*division of labor*) yang dianggap tepat bagi pria dan wanita, sehingga gender sebagai konsepsi mengacu kepada pengertian bahwa dilahirkannya sebagai pria atau wanita keberadaannya berbeda dalam waktu, tempat dan budaya, masyarakat, serta peradaban. Oleh karena itu, konsepsi gender dinamis dan menyesuaikan dengan dinamika peradaban suatu masyarakat. (BKKBN, 2008)

Selain itu, masalah gender berkaitan dengan keyakinan bagaimana seharusnya pria dan wanita diharapkan berpikir dan bertindak sesuai dengan ketentuan sosial-budaya masyarakat, bukan karena perbedaan biologis.

C. Gender dan Kesetaraan Gender

Kata gender digunakan secara sosiologis atau sebagai sebuah kategori konseptual. Di dalam perwujudannya, gender merujuk kepada definisi sosial budaya dari laki-laki dan perempuan serta memberikan peran-peran sosial kepada mereka. Hal ini digunakan untuk memahami realitas sosial dalam hubungannya dengan perempuan dan laki-laki (Surya, 2011)

Menurut Fakih (2004:8), untuk memahami konsep gender harus dibedakan antara kata gender dengan (jenis kelamin). Pengertian jenis kelamin merupakan pensifatan atau pembagian dua jenis kelamin manusia yang ditentukan oleh Tuhan secara biologis, yaitu jenis

kelamin laki-laki dan perempuan. Sedangkan gender memiliki pengertian sebagai sifat yang melekat pada kaum laki-laki atau perempuan yang dikonstruksikan secara sosial maupun secara kultural. Misalnya perempuan dikenal sebagai sosok yang lemah lembut, emosional, cantik dan keibuan, sementara laki-laki dikenal sebagai sosok yang kuat, rasional, jantan dan perkasa. Demikian pula halnya dengan pembagian peran antara kaum laki-laki atau perempuan, di mana Perempuan di anggap hanya memiliki peran pada wilayah domestik (urusan rumah tangga) saja, sementara laki-laki dianggap memiliki peran pada wilayah publik/sosial yang lebih luas. (Dian Permatasari, 2021)

Hilary M. Lips dalam bukunya yang terkenal *Sex and Gender* mengartikan gender sebagai harapan-harapan budaya terhadap laki-laki dan perempuan. Pendapat ini sejalan dengan kaum feminis yang menganggap semua ketetapan masyarakat perihal penetapan seseorang sebagai laki-laki atau perempuan adalah termasuk bidang kajian gender (Abdullah, 2001).

Dari berbagai definisi tentang gender di atas dapat disimpulkan bahwa gender adalah suatu konsep yang digunakan untuk mengidentifikasikan perbedaan peran laki-laki dan perempuan dilihat dari segi pengaruh sosial budaya. Gender dalam arti ini adalah suatu bentuk rekayasa manusia (social construction) bukannya sesuatu yang bersifat kodrati.

Seks atau jenis kelamin adalah hal yang paling sering dikaitkan dengan gender dan kodrat. Dikarenakan adanya perbedaan jenis kelamin, perempuan dan laki-laki secara kodrat memang berbeda satu sama lain. Hubungan antara jenis kelamin (seks) dengan kodrat, secara sederhana dapat kita ilustrasikan seperti ini: ketika dilahirkan, laki-laki atau perempuan secara biologis memang berbeda. Laki-laki penis dan buah zakar sedangkan perempuan memiliki vagina. Pada saat mulai tumbuh besar, perempuan terlihat memiliki payudara, mengalami haid dan memproduksi sel telur. Sementara laki-laki mulai terlihat memiliki jakun dan memproduksi sperma. Secara alamiah, perbedaan-perbedaan tersebut bersifat tetap tidak berubah dari waktu ke waktu dan tidak dapat dipertukarkan fungsinya satu sama lain. Hal-hal seperti ini yang kemudian disebut kodrat (BKKBN, 2008).

Berdasarkan hal tersebut, logikanya seseorang dapat dikatakan melanggar kodrat jika mencoba melawan atau mengubah fungsi-fungsi biologis yang ada pada dirinya. Gender sama sekali berbeda dengan pengertian jenis kelamin. Gender bukan jenis kelamin. Gender bukanlah perempuan ataupun laki-laki. Gender hanya memuat perbedaan fungsi dan peran sosial laki-laki dan perempuan, yang terbentuk oleh lingkungan tempat kita berada. Gender tercipta melalui proses sosial budaya yang panjang dalam satu lingkup masyarakat tertentu,

sehingga dapat berbeda di satu tempat ke tempat lainnya.

D. Bias Gender dan Ketidakadilan Gender

Gender diartikan sebagai konstruksi sosiokultural yang membedakan karakteristik maskulin dan feminin. Maskulin diartikan sebagai karakteristik seksual yang bersifat lelaki-lakian, seperti gagah perkasa, kuat, rasional, jantan bahkan bersifat kasar sedangkan feminin merupakan karakteristik seksual yang bersifat perempuan, seperti lemah-lembut, penyabar, keibuan, dan sejenisnya (Kaplan, C.P., Erickson, P.I., & Reyes, 2004)

Konstruksi sifat feminin dan maskulin diatas telah berdampak pada peran apa yang harus dilakukan oleh laki-laki dan perempuan. berdasarkan sifat feminimnya, perempuan mendapatkan peran di sektor domestik, sedangkan laki-laki dengan sifat maskulinnya mendapatkan peran di sektor publik. pekerjaan domestik diartikan sebagai suatu cara bagi perempuan menghasilkan angkatan kerja bagi kapitalisme dengan melayani rumah dan mensosialisasikan keluarga mereka. pekerjaan domestik itu antara lain, mencuci, menyetrika, memasak, mengasuh anak, yang mana pekerjaan ini sesuai dengan sifat feminin seorang perempuan yaitu membutuhkan kehalusan, kesabaran, kearifan, dan sebagainya. sedangkan peran publik diartikan sebagai pekerjaan diluar rumah yang penuh dengan intrik dan

kekerasan serta memerlukan kekuatan fisik untuk melakukannya. dengan sifat maskulin, maka laki-laki pantas melakukan peran tersebut (Purwaningrum, 2008).

Proses sosialisasi gender yang secara terus menerus dilakukan dalam budaya patriarki telah menciptakan ketidakadilan gender (gender inequalities) yang dapat dialami oleh laki-laki maupun perempuan. ketidakadilan gender merupakan sistem dan struktur di mana baik laki-laki maupun perempuan menjadi korban dari sistem tersebut, (Fakih, 2004)

Ketidakadilan gender terjadi manakala seseorang diperlakukan berbeda (tidak adil) berdasarkan alasan gender. misalnya, seseorang perempuan yang di tolak kerja sebagai supir bus karen supir dianggap bukan pekerjaan untuk perempuan, atau seorang laki-laki yang tidak bisa menjadi guru TK karena dianggap tidak bisa berlemah lembut dan tidak bisa mengurus anak-anak kecil. Namun pada kebanyakan kasus, ketidakadilan gender lebih banyak terjadi pada perempuan. Itulah juga sebabnya masalah yang berkaitan dengan gender sering diidentikkan dengan masalah kaum perempuan.

Bentuk-bentuk ketidakadilan gender:

1. Subordinasi

Penomorduaan atau subordinasi pada dasarnya adalah pembedaan perlakuan terhadap salah satu identitas sosial, dalam hal ini adalah terhadap

perempuan. Penomorduaan terhadap perempuan (subordinasi) merupakan titik pangkal terjadinya ketidakadilan gender. Penomorduaan terjadi karena segala sesuatunya dipandang dari kaca mata/ sudut pandang laki-laki. Artinya menempatkan laki-laki sebagai nomor satu atau lebih penting dibanding perempuan. sebaliknya, ketika terjadi penomorduaan terhadap perempuan menimbulkan anggapan bahwa perempuan menyandang 'label' lemah dan laki-laki kuat.

2. Marginalisasi

Marginalisasi secara umum berarti proses penyingkiran. Namun, dalam literatur studi perempuan sering muncul kerancuan dalam menggunakan konsep ini. Untuk itulah, muncul analisis kritis mengenai konsep marginalisasi oleh Allison scott (Kaplan, C.P., Erickson, P.I., & Reyes, 2004) bahwa berbagai bentuk marginalisasi, yaitu:

- a. Sebagai proses pengucilan (expulsion and/or exclusion), yakni perempuan dikucilkan dari kerja upahan (produksi)
- b. Sebagai proses penggeseran tenaga kerja perempuan kepinggiran (margins) dari pasar tenaga kerja, yakni adanya kecenderungan bagi perempuan untuk bekerja pada jenis-jenis pekerjaan yang mempunyai kelangsungan

hidup tidak stabil, upahnya rendah atau di nilai tidak terampil.

- c. Sebagai proses feminisasi atau segregasi, yakni adanya pemusatan tenaga kerja ke dalam jenis-jenis pekerjaan tertentu, sehingga bisa dikatakan bahwa jenis-jenis pekerjaan tersebut sudah sudah ter feminisasi (di isi semata-mata oleh perempuan). Meskipun feminisasi tidak identik dengan marginalisasi, namun sering kali hasilnya memang demikian. Segregasi yang di maksud adalah pemisahan pekerjaan yang semata-mata dilakukan oleh laki-laki ataupun oleh perempuan.
- d. Sebagai proses ketimpangan ekonomi yang makin meningkat, di mana marginalisasi menunjukkan adanya ketimpangan upah antara laki-laki dengan perempuan.

3. Stereotype

Umumnya stereotype diartikan sebagai pelabelan atau penanda tertentu terhadap suatu kelompok tertentu. Dalam perkembangan selanjutnya stereotype cenderung merupakan suatu bentuk penindasan ideologis dan kultural yang memojokan salah satu jenis kelamin tertentu, terutama kaum perempuan. Label-label tertentu yang diberikan kepada perempuan menyebabkan banyak ketidakadilan yang dapat diterima oleh kaum

perempuan. Misalnya, penandaan yang berawal dari asumsi bahwa perempuan bersolek adalah dalam rangka memancing perhatian lawan jenisnya (Fakih, 2004).

4. Beban Kerja

Ketidakadilan gender yang terjadi pada perempuan bisa berbentuk muatan pekerjaan yang berlebihan. Anggapan yang berkembang hingga saat ini adalah kaum perempuan secara kodrati memiliki tanggung jawab yang besar terhadap rumah tangganya. Artinya seluruh pekerjaan domestik merupakan beban yang harus dikerjakan oleh seorang perempuan. Beban kerja perempuan menjadi semakin bertambah banyak dengan tambahan kegiatan-kegiatan yang dia ikuti di luar rumah. Hal ini disebabkan karena pada saat yang bersamaan perempuan masih terbebani dengan setumpuk tugas dan pekerjaan di dalam rumah tangganya (domestic) (Kaplan, C.P., Erickson, P.I., & Reyes, 2004)

5. Kekerasan

Kekerasan (violence) adalah serangan (assault) adalah fisik maupun integrasi mental psikologis seseorang. Kekerasan terhadap sesama manusia dapat terjadi karena berbagai hal, Namun kekerasan yang terjadi pada salah satu jenis kelamin tersebut disebabkan karena anggapan gender yang disebut sebagai gender-related violence.

Gender merupakan perbedaan mengenai fungsi dan peranan sosial laki-laki dan perempuan yang dibentuk oleh lingkungan tempat kita berada. Gender lebih berkaitan dengan anggapan dan kebiasaan yang berlaku di suatu tempat tentang bagaimana laki-laki dan perempuan dianggap sesuai atau tidak sesuai (tidak lumrah) dengan tata sosial dengan tata nilai sosial dan budaya setempat. Mengenai gender dalam kepemimpinan baik kepemimpinan di lembaga pemerintahan maupun lembaga swasta, kaum laki-laki lebih mendominasi menjadi pemimpin dibandingkan dengan kaum perempuan. Semua ini merupakan pekerjaan rumah bagi kaum perempuan untuk bisa membuktikan kepada masyarakat Indonesia bahwa perempuan juga mampu untuk menjadi seorang pemimpin yang lebih baik dari pada kaum laki-laki.

E. Beberapa Perspektif Gender

Feminisme telah menjadi pergerakan lebih dari seabad, secara konstan berubah dan mengubah bentuknya sendiri, untuk merespons perubahan pada lingkungan dan pergerakan sosial lainnya yang berinteraksi di dalamnya. Pergerakan modern juga mempengaruhi dengan karakter internasionalnya. Gagasan dan praktik gencar dikomunikasikan, tetapi perbedaan pada konteks sosial dan politik menghasilkan berbagai macam feminisme yang berbeda. Beberapa perspektif gender terbagi menjadi 3 teori, yaitu:

1. Teori Fungsionalisme Struktural atau dikenal sebagai teori fungsional,

Menurut Mansour Fakih (1996: 80) tidak secara langsung menyinggung masalah perempuan dalam teorinya. Dalam keyakinan mereka, masyarakat adalah sebuah sistem yang terdiri atas bagian-bagian yang saling berkaitan dan masing-masing bagian secara terus-menerus mencari keseimbangan dan harmoni, dapat menjelaskan tentang posisi perempuan. Kendatipun muncul konflik, namun masalah itu hanyalah sebuah dinamika sosial dalam rangka melestarikan keseimbangan sosial. Oleh karena itu, perbedaan perempuan dan laki-laki, harus dilihat sebagai satu sistem sosial yang saling mendukung dalam menjaga keseimbangan sosial dan kelestarian sosial. Namun, teori ini berpendapat bahwa perempuan harus tinggal di dalam lingkungan rumah tangga karena itu merupakan pengaturan yang paling baik dan berguna bagi keuntungan masyarakat secara keseluruhan.

Menurut Abdullah (2001) berpendapat bahwa pembagian peran secara seksual adalah wajar. Suami (ayah) mengambil peran instrumental seperti membantu memelihara sendi-sendi masyarakat dan keutuhan fisik keluarga dengan jalan menyediakan bahan makanan, tempat perlindungan, dan menjadi penghubung keluarga dengan dunia luar. Sementara istri (ibu) mengambil peran ekspresif seperti membantu mengentalkan hubungan, memberikan dukungan emosional dan

pembinaan kualitas yang menopang keutuhan keluarga, dan menjamin kelancaran urusan rumah tangga. Oleh karena itu, jika ada penyimpangan peran sosial yang dilakukan oleh salah satu anggota keluarga tersebut, dapat menyebabkan adanya ketidakseimbangan dalam keluarga. Teori fungsionalisme berupaya untuk membangun kesimbangan di dalam sebuah sistem tersebut karena kesimbangan dapat terjadi, jika setiap elemen keluarga (sistem) dapat berfungsi sebagaimana perannya semula.(Permatasari and Suprayitno, 2021).

2. Teori Konflik.

Teori ini berangkat dari asumsi bahwa dalam susunan di dalam suatu masyarakat terdapat beberapa kelas yang saling memperebutkan pengaruh dan kekuasaan. Siapa yang memiliki dan menguasai sumber-sumber produksi dan distribusi merekalah yang memiliki peluang untuk memainkan peran utama di dalamnya. Laki-laki dalam sejarah masyarakat patriarki adalah orang yang disertai tugas untuk mengurus alat-alat produksi, maka laki-laki mempunyai kesempatan untuk mengumpulkan kekayaan secara berlebihan. Dengan demikian, maka kekuasaan dalam keluarga, ditentukan oleh laki-laki. Gejala ini, secara tegas diungkapkan oleh Nasaruddin Umar, bahwa hubungan suami-istri ini tak ubahnya seperti hubungan antara borjuis dengan proletariat, hamba dan tuan, atau pemeas dan yang diperas.

Oleh karena itu, menurut Fakih tidak sedikitpun Feminisme Marxis yang mempersoalkan hal-hal yang berhubungan dengan masalah reproduksi (misalnya kehamilan, kelahiran dan mengasuh anak) dan sekaligus seksualitas perempuan dalam sistem produksi (*mode of productions*). Inilah kekhasan perspektif teori konflik dalam memandang masalah perempuan. Menurut perspektif teori konflik, perempuan merupakan kelas sosial tersendiri karena pekerjaan yang mereka lakukan, apakah perempuan sebagai istri, anak perempuan, keponakan perempuan, adik perempuan dari kelas sosial borjuis ataukah mereka itu adalah perempuan sebagai istri, anak perempuan, keponakan perempuan, adik perempuan dari kelas sosial proletar adalah sama sebagai kelas manusia yang bekerja pada *sektor domestic* yaitu sebagai ibu rumah tangga.

3. Teori Psikoanalisis.

Teori ini pertama kali diperkenalkan oleh Sigmund Freud (1856-1939) yang mengungkapkan bahwa perilaku kepribadian laki-laki dan perempuan sejak awal ditentukan oleh perkembangan seksualitas. Dalam uraiannya yang lebih rinci, Freud menjelaskan kepribadian atau tingkah laku seseorang ditentukan oleh interaksi ketiga struktur, yaitu:

a. IDE

sebagai pembawaan sifat-sifat fisik biologis seseorang sejak lahir, termasuk nafsu seksualitas dan insting yang cenderung agresif.

b. EGO

bekerja dalam lingkup nasional dan berupaya menjinakkan keinginan agresif dari id.

c. SUPEREGO

berfungsi sebagai aspek moral dalam kepribadian berupaya mewujudkan kesempurnaan hidup lebih dari sekedar mencari kesenangan dan kepuasan, superego juga selalu mengingatkan ego agar menjalankan fungsinya mengontrol ide.

Menurut Freud, individu yang normal adalah ketika ketiga struktur tersebut bekerja secara proporsional. Kalau satu diantaranya lebih dominan maka pribadi yang bersangkutan akan mengalami masalah. Jika unsur ide lebih dominan, maka individu tersebut akan terjebak menjadi orang hedonis, sedangkan jika superego lebih dominan maka akan menjadi individu yang sangat sulit untuk berkembang, sebab orang seperti ini akan merasa takut dan bergulat terus-menerus dengan dirinya sendiri.

Dalam perkembangannya menjadi manusia dewasa, setiap individu akan melewati berbagai tahap

perkembangan psikoseksual. Secara lebih jelas, dalam teori psikoanalisis, Freud menyebutkan ada lima tahap psikoseksual, sebagai berikut:

- a. Tahap kesenangan berada di mulut (*oral stage*)
terjadi sepanjang tahun pertama seorang bayi. Kesenangan seorang bayi ialah mengisap susu melalui mulut.
- b. Tahap kesenangan berada di dubur (*anal stage*)
tahun kedua seorang bayi, memperoleh kesenangan di sekitar dubur yaitu ketika seorang bayi mengeluarkan kotoran.
- c. Tahap seorang anak memperoleh kesenangan pada saat mulai mengidentifikasi alat kelaminnya (*phallic stage*)
yaitu seorang anak memperoleh kesenangan erotis dari penis bagi anak laki-laki dan klitoris bagi anak perempuan.
- d. Tahap remaja (*latency stage*)
yaitu kelanjutan dari tingkat sebelumnya, ketika kecenderungan erotis ditekan sampai menjelang masa pubertas.
- e. Tahap puncak kesenangan pada daerah kemaluan (*genital stage*) yaitu saat kematangan seksual seseorang.

Menurut Freud, sejak tahap phallic, yaitu anak usia antara 3-6 tahun perkembangan kepribadian anak laki-laki dan anak perempuan mulai berbeda. Perbedaan ini melahirkan pembedaan formasi sosial berdasarkan identitas gender, yakni bersifat laki-laki dan perempuan. Dalam masa ini, anak mengidentifikasikan diri pada peran dan status dirinya, sebagai seorang anak laki-laki atau seorang anak perempuan.

Berdasarkan teori psikoanalisis, laki-laki yang mengalami proses perkembangan psikoseksual yang normal akan menjadi maskulin dan perempuan yang perkembangan psikoseksualnya normal akan menjadi seorang yang feminim. Dalam proses pembangunan, kenyataan yang dapat dilihat dalam setiap masyarakat ialah pentingnya saling ketergantungan serta saling mengisi antara wanita dan pria sebagai warga Negara. Oleh karena itu, dalam perencanaan pembangunan diperlukan peningkatan kualitas wanita sebagai mitra sejajar pria sesuai dengan kebutuhan aktualisasi wanita. Dalam hal ini penting dilakukan analisis gender.(Sudarma, 2009).

F. Analisis Gender Dalam Kesehatan

Mengacu pada pengertian dan perspektif-perspektif gender tersebut, muncul pertanyaan bagaimana masalah kesehatan dilihat dari perspektif gender? Atau bagaimana pendekatan gender dalam melihat praktik pelayanan kesehatan di masyarakat?

Memahami teknik analisis gender (*Gender Analysis Technique*) dalam pelayanan kesehatan ini, setidaknya difokuskan untuk mengetahui (1) situasi aktual wanita dan pria meliputi peranan, tingkat kesejahteraan, kebutuhan dan permasalahan yang dihadapi dalam berbagai unit sosial, budaya dan ekonomi, (2) pembagian beban kerja wanita dan pria yang meliputi tanggung jawab, curahan tenaga dan curahan waktu, (3) saling berkaitan, saling ketergantungan dan saling mengisi antara peranan wanita dan pria khususnya dalam keluarga, dan (4) tingkat akses dan kekuatan kontrol wanita dan pria terhadap sumber produktif maupun sumber daya manusia dalam keluarga.

Sebagaimana dikemukakan sebelumnya, gender adalah sebuah konstruksi sosial atau tafsir sosial terhadap peran gender. Namun, masih banyak penafsiran yang berkembang secara tidak adil, sehingga memberikan tafsiran yang kurang pada tempatnya terhadap masalah-masalah perempuan. (Romulo.H.N, Akbar.S.N., 2014)

1. Menurut estimasi PBB di tahun 2025 dan 2050, baik di Indonesia maupun di Asia Tenggara kelompok penduduk usia tua akan lebih banyak dialami oleh kalangan perempuan.
2. Dua dari tiga wanita di dunia saat ini menderita suatu penyakit yang sangat melemahkan manusia. Gejala-gejala umum penyakit yang mudah menyebar ini mencakup anemia kronik, malnutrisi dan kondisi yang sangat lemah.

3. Wanita juga menghadapi ancaman kesehatan reproduktif yang unik. Tingginya angka penyakit yang dapat dicegah, kematian akibat komplikasi pada kehamilan dan persalinan, aborsi yang tidak aman, penyakit menular seksual dan kanker pada alat reproduksi sering dijumpai pada wanita yang miskin dan tidak memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif.
4. Di lain pihak, peran reproduktif wanita hanya mendapat perhatian apabila angka fertilitas cukup tinggi. Akibatnya, satu-satunya pelayanan kesehatan yang sering diperoleh wanita adalah keluarga berencana, meskipun pelayanan ini lebih menekankan pada control fertilitas bukan pada peningkatan kesehatan wanita.
5. Dalam praktik pelayanan kesehatan, masih ada pandangan bahwa ada pekerjaan perempuan dan pekerjaan laki-laki. Menjadi perawat dan bidan adalah pekerjaan perempuan dan menjadi dokter merupakan pekerjaan laki-laki. Melaksanakan operasi merupakan tugas laki-laki, mungkin benar bila disesuaikan dengan situasi, kondisi dan objek yang dikerjakannya namun, pembagian kerja seperti ini merupakan contoh nyata dari konstruksi sosial dalam pembagian tugas dalam bidang kesehatan.

6. Dalam penanganan kasus HIV/AIDS merupakan satu misteri kesehatan yang belum terpecahkan. Penyebab terjangkitnya HIV/AIDS ini sudah begitu banyak diulas dan dikupas. Namun, demikian, dalam kenyataannya masih banyak anggota masyarakat yang menyalahkan posisi perempuan sebagai penyebab utama berkembangnya virus AIDS ini. (Permatasari and Suprayitno, 2021)
7. Penanganan masalah AIDS ini ditemukan pada masalah maraknya prostitusi. Kelompok orang yang paling tersudutkan dengan isu prostitusi ini yaitu kalangan perempuan. Sedangkan kaum laki-laki, kurang mendapatkan perhatian yang seimbang dengan penilaiannya terhadap kaum perempuan.
8. Pola kesehatan dan penyakit pada laki-laki dan perempuan menunjukkan adanya perbedaan. Misalnya penyakit kardiovaskular ditemukan pada usia lebih tua pada perempuan dibandingkan pada laki-laki. Beberapa penyakit misalnya anemia, gangguan makan, dan gangguan pada otot serta tulang lebih banyak ditemukan pada perempuan daripada laki-laki. Berbagai penyakit atau gangguan hanya menyerang perempuan misalnya gangguan kesehatan yang berkaitan dengan kehamilan dan kanker serviks, sementara

laki-laki hanya dapat terkena kanker prostat.
(miswanto, 2014)

RANGKUMAN

Masalah perempuan di Indonesia merupakan masalah yang sangat krusial. Sampai detik ini, jumlah perempuan miskin, kurang gizi, dan tingkat pendidikan yang rendah masih sangat tinggi. Kondisi seperti ini menyebabkan peran dan posisi perempuan belum dapat dilakukan secara maksimal. Andai mau bekerja pun, mereka masih menghadapi persepsi-persepsi budaya yang menyebabkan perkembangan karirnya terhambat.

Oleh karena itu, dibutuhkan ada upaya pemberdayaan terhadap posisi dan status perempuan di Indonesia saat ini. Melalui pemberdayaan inilah, diharapkan mereka dapat menampilkan peran dan tanggung jawabnya sesuai dengan potensi dan bakatnya masing-masing.

BAB 11

SISTEM REPRODUKSI

Ellyani Abadi, S.K.M., M.Kes

A. Sistem reproduksi manusia

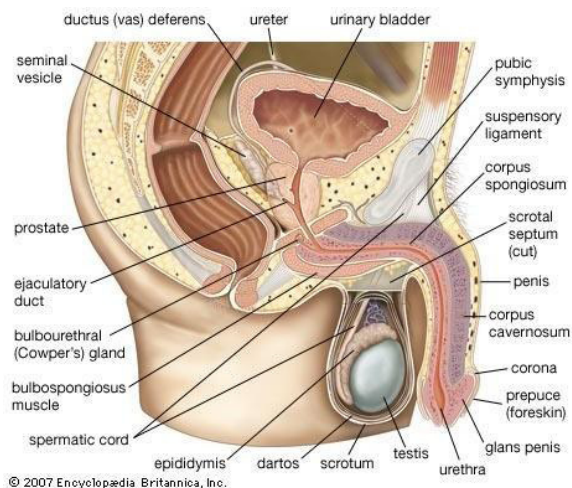
Sistem reproduksi merupakan salah satu komponen sistem tubuh yang penting meskipun tidak berperan dalam homeostasis dan esensial bagi kehidupan seseorang. Pada manusia, reproduksi berlangsung secara seksual. Organ reproduksi yang dimiliki manusia berbeda antara pria dan wanita.

1. Struktur dan fungsi organ reproduksi

Baik pria maupun wanita memiliki organ reproduksi yang terdiri dari dua bagian berdasarkan letaknya, yaitu alat kelamin luar dan dalam.

a. Struktur dan fungsi organ reproduksi pada pria

Organ reproduksi pria berfungsi untuk menghasilkan sperma (*gametogenesis*) dan menyalurkan sperma ke wanita.



Sistem Reproduksi Pria

a) Alat Kelamin Luar

- Penis berfungsi sebagai alat penetrasi pada vagina wanita saat kopulasi (persetubuhan).
- Uretra adalah saluran yang mengantarkan urin dan sperma.
- Skrotum (zakar) merupakan suatu kantong kulit yang membungkus testis dan epididimis.

b) Alat Kelamin Dalam

1) Testis

Testis pada pria berjumlah sepasang, berbentuk oval, dan terletak di skrotum. Di dalam testis terjadi proses pembuatan sel kelamin jantan dan hormon kelamin.

Pada testis terdapat pembuluh halus (*vas seminiferus*) yang mengandung calon sperma pada bagian dindingnya. Diantara *vas seminiferus* terdapat sel bernama sel *interstitial* yang berfungsi menghasilkan hormon kelamin, misalnya testosteron. Selain itu, terdapat sel besar, sel Sertoli yang berguna untuk memberikan makanan bagi sperma.

2) Epididimis

Epididimis merupakan saluran reproduksi yang berfungsi sebagai tempat pematangan sperma. Selain itu, epididimis dibentuk oleh saluran berlekuk-lekuk yang tidak teratur dan juga menjadi tempat penyimpanan sperma sementara. Saluran yang menghubungkan antara epididimis dan testis disebut duktus eferen testis.

Vas deferens

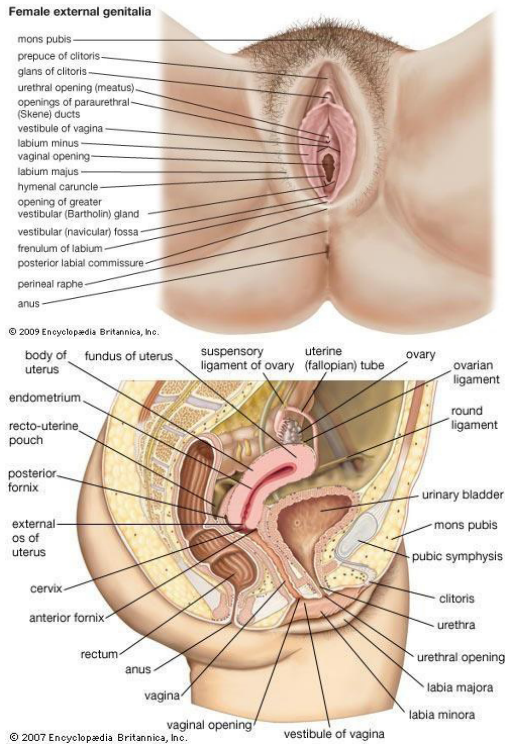
Saluran ini merupakan lanjutan dari epididimis. Fungsinya adalah mengangkut sperma menuju vesikula seminalis (kantong sperma). *Vas deferens* dan saluran dari kelenjar kantong sperma akan bersatu membentuk duktus ejakulatorius yang akhirnya bermuara di uretra.

3) Kelenjar Kelamin

Kelenjar kelamin yang dimiliki oleh seorang pria adalah vesikula seminalis, kelenjar prostat, dan kelenjar bulbouretral (Cowper).

- Vesikula seminalis: sepasang kelenjar yang berfungsi menghasilkan 50-60% dari volume total cairan semen yang berwarna jernih dan kental. Komponen terpenting didalamnya adalah fruktosa dan prostaglandin.
- Kelenjar prostat: kelenjar kelamin terbesar pada pria yang menyumbang 15% dari volume total cairan semen dengan komponen pentingnya adalah asam fosfatase, seng, sitrat, dan protease. Kandungan tersebut membuat cairan semen menjadi lebih encer.
- Kelenjar bulbouretral (Cowper): sepasang kelenjar kecil yang mengeluarkan cairan sebelum penis mengeluarkan sperma dan semen.

b. Struktur dan fungsi organ reproduksi pada wanita



Gambar 2. Sistem Reproduksi Wanita

a) Alat Kelamin Luar

1. Labia mayora (bibir besar), yaitu struktur terbesar alat kelamin luar perempuan yang tebal dan berlapis lemak. Labia mayora ini mengelilingi organ pada alat kelamin luar lainnya dan berakhir menjadi mons pubis.

2. Labia minora (bibir kecil) ialah lipatan kulit yang halus dan tidak memiliki lapisan lemak.
3. Mons veneris adalah tonjolan lemak yang besar sebagai pertemuan antara sepasang labia mayora.
4. Klitoris, disebut juga kelentit. Klitoris berupa tonjolan kecil dan memanjang serta homolog dengan penis pada pria. Sebagian besar tersembunyi di antara kedua labia minora.
5. *Orificium urethrae* adalah muara dari saluran kencing yang terletak dibawah klitoris.
6. Hymen sering disebut sebagai selaput dara.
7. Kelenjar reproduksi

Sama halnya seperti pria, wanita juga memiliki beberapa kelenjar reproduksi, di antaranya adalah kelenjar vestibularis mayor dan minor serta paraurethralis.

b) Alat Kelamin Dalam

Ovarium, disebut indung telur.

Ovarium adalah sepasang organ berbentuk oval yang terletak di rongga perut. Ovarium memiliki struktur berbentuk bulatan-bulatan yang disebut folikel. Tiap folikel mengandung sel telur (*oosit*) yang berada pada lapisan tepi

ovarium. Fungsinya adalah memproduksi telur matang untuk pembuahan dan produksi hormon steroid dalam jumlah besar

Oviduk (*Tuba Fallopi*)

Oviduk merupakan saluran penghubung antara ovarium dan rahim (*uterus*). Di ujungnya terdapat *fimbriae* yang menyerupai jari-jari untuk menangkap telur yang matang. Oviduk ini berfungsi untuk membawa sperma dan telur ke tempat terjadinya pembuahan, yaitu *ampulla tuba*.

c) Rahim (*Uterus*)

Rahim pada wanita hanya ada satu dan tersusun atas otot yang tebal. Rahim bagian bawah memiliki ukuran yang lebih kecil dan biasa disebut sebagai leher rahim (*cervix*). Bagian yang besar dari uterus disebut dengan *corpus uteri*. Terdapat tiga lapisan utama uterus, yaitu *perimetrium*, *miometrium*, dan *endometrium*. *Endometrium* merupakan lapisan yang akan mengalami penebalan dan pengelupasan apabila tidak ada pembuahan. Fungsi utamanya adalah tempat menunjang pertumbuhan dan perkembangan janin.

d) Vagina

Vagina merupakan alat kelamin wanita yang menghubungkan alat kelamin luar dengan rahim. Vagina terdiri atas otot yang membujur ke arah belakang. Dinding vagina banyak memiliki lipatan meskipun lebih tipis dari rahim. Selain itu, lendir yang dihasilkan dari dindingnya berfungsi mempermudah persalinan. Fungsi vagina adalah menahan penis saat berhubungan seksual dan menyimpan semen sementara.

2. Pubertas pada remaja laki-laki dan perempuan

Pubertas merupakan suatu masa di mana seseorang yang belum dewasa memperoleh ciri-ciri fisik dan sifat untuk mampu bereproduksi seksual.

1. Pubertas pada remaja laki-laki

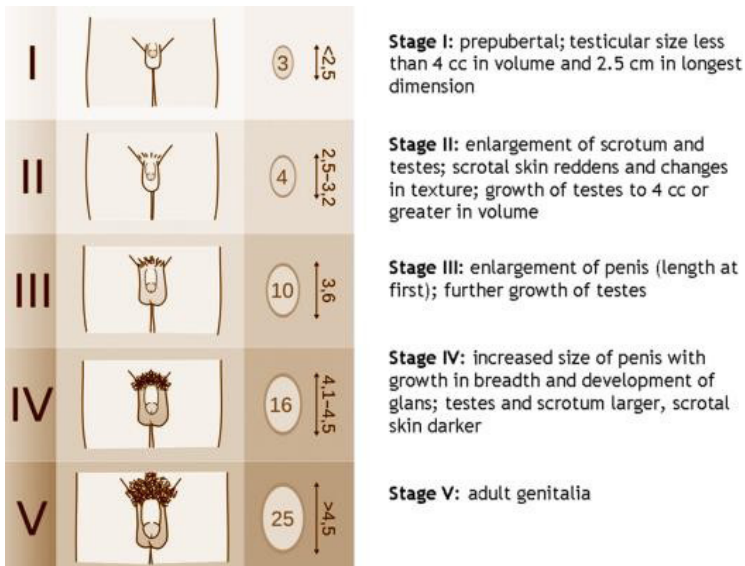
a Perubahan fisik

Tanda fisik pertama akan muncul ketika anak laki-laki berusia antara 10-14 tahun. Menurut Marshall dan Tanner, terdapat 5 tahap perubahan fisik pada pubertas laki-laki seperti dalam tabel berikut:

Tabel 2. Tahap perkembangan alat kelamin dan rambut pubis remaja laki-laki

No	Perkembangan Alat Kelamin			Perkembangan Rambut Pubis		
	Deskripsi	Usia muncul		Deskripsi	Usia muncul	
		Rata- rata	Kisa- ran		Rata- rata	Kisa- ran
1	Praremaja: ukuran serta proporsi testis, skrotum, dan penis sama dengan masa anak-anak	-	-	Praremaja: tidak terdapat rambut pubis	-	-
2	Skrotum dan testis membesar, tekstur kulit skrotum berubah. Panjang testis 2-3,2 cm	11,6	9,5-13,8	Pertumbuhan tipis dari rambut halus, lurus, dan sedikit berpigmen di dasar penis	13,4	11,2-15,6
3	Penis bertambah panjang. Testis dan skrotum membesar. Panjang testis 3,3-4 cm	12,9	10,8-14,9	Rambut menghitam, menebal, dan sebagian besar keriting. Rambut menyebar jarang di sepanjang sambungan pubis	13,9	11,9-16
4	Penis semakin memanjang dan melebar. Pembesaran testis dan skrotum berlanjut. Skrotum menghitam.	13,8	11,7- 15,8	Rambut tampak seperti orang dewasa namun area lebih kecil dari orang dewasa.	14,4	12,2-16,5

5	Ukuran dan bentuk alat kelamin dewasa. Testis >5 cm.	14,9	12,7- 17,1	Penampakan dan jumlah rambut sama seperti orang dewasa.	15,2	13-17,3
---	--	------	------------	---	------	---------



Gambar 3. *Tanner stages* pada remaja laki-laki

Perubahan-perubahan fisik lainnya yang secara umum yang dialami oleh remaja laki-laki adalah tubuh bertambah berat dan tinggi, keringat bertambah banyak, kulit dan rambut mulai berminyak, lengan dan tungkai bertambah panjang, tulang wajah mulai memanjang dan

membesar, bahu dan dada besar membidang, tumbuh jakun, serta suara akan memberat.

b. Pematangan testis

Peristiwa ini mulai terjadi saat sel Leydig memproduksi androgen sehingga terjadilah spermatogenesis atau pembentukan gamet jantan. Kejadian tersebut dipengaruhi oleh hormon gonadotropin seperti FSH (*Follicle-stimulating hormone*) dan LH (*Luteinizing hormone*). Pada masa pubertas akan terjadi peningkatan ukuran testis oleh karena peningkatan massa tubulus seminiferus. Hal tersebut menandakan bahwa proses spermatogenesis dimulai. Rangsang pada sel Leydig meningkatkan kinerja hormon testosterone menjadi sepuluh kali lipat selama pubertas.

c. Mimpi basah

Mimpi basah merupakan salah satu tanda pubertas pada pria. Dalam proses ini akan terjadi pengeluaran cairan sperma yang tidak diperlukan secara alami. Mimpi basah pertama kali terjadi pada remaja laki-laki berusia antara 9-14 tahun. Selanjutnya akan terjadi secara periodik setiap 2-3 minggu. Hal tersebut terjadi karena testis mulai bereproduksi dan menghasilkan sperma. Apabila hasil produksi tersebut tidak dikeluarkan maka akan keluar

sendirinya pada saat tidur baik melalui mimpi atau tidak.

2. Pubertas pada wanita

a. Perubahan fisik

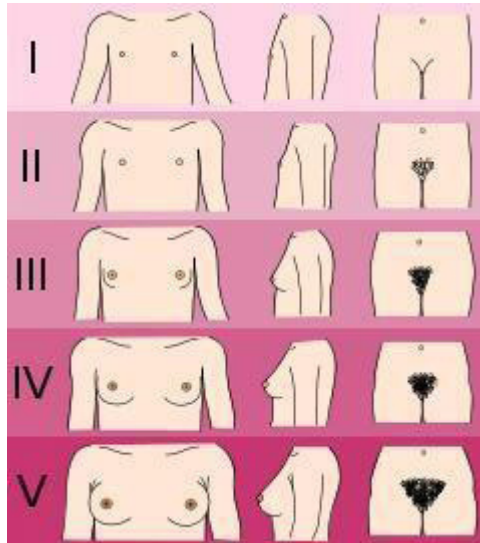
Perubahan-perubahan fisik pada perempuan yang mengalami masa pubertas adalah payudara mulai tumbuh, panggul melebar, menstruasi, indung telur mulai membesar, vagina mulai

mengeluarkan cairan, keringat bertambah banyak, kulit dan rambut mulai berminyak, lengan dan tungkai bertambah panjang, serta tumbuh jerawat pada wajah.

Sama halnya dengan laki-laki, terdapat 5 tahapan perubahan fisik pada perempuan yang mengalami pubertas menurut Marshall dan Tanner. Kelima tahapan tersebut adalah perkembangan payudara dan rambut pubis, antara lain sebagai berikut:

Tabel 3. Tahap perkembangan payudara dan rambut pubis remaja perempuan

Perkembangan Payudara					Perkembangan Rambut Pubis		
No	Usia muncul				Usia muncul		
	Deskripsi	Rata-rata	Kisaran	Deskripsi	Rata-rata	Kisaran	
1	Praremaja: hanya papilla yang terangkat	-	-	Praremaja: tidak terdapat pubis	-	-	
2	Tahap permulaan/pucuk payudara. Payudara dan puting menonjol seperti gundukan kecil.	11,2	9,0-13,3	Pertumbuhan tipis dari rambut halus, lurus di sepanjang labia	11,7	9,3- 14,1	
3	Pembesaran lebih lanjut pada payudara tanpa perbedaan kontur	12,2	10-14,3	Rambut menghitam, menebal, dan sebagian besar keriting. Rambut menyebar jarang di sepanjang sambungan labia	12,4	10,2- 14,6	
4	Puting menonjol untuk membentuk gundukan sekunder di atas payudara	13,1	10,8-15,3	Rambut tampak seperti orang dewasa namun area lebih kecil dari orang dewasa.	13	10,8- 15,1	
5	Tahap penonjolan pada papilla matur: hanya	15,3	11,9-18,8	Penampakan dan jumlah rambut sama seperti orang dewasa.	14,4	12,2- 16,7	



Gambar 4. *Tanner stages* pada remaja perempuan

b. Perkembangan payudara

Perkembangan payudara disebut dengan *thelarche*. Payudara pada perempuan merupakan jaringan reproduksi yang memiliki kepekaan tinggi terhadap suatu rangsang. Kelenjar payudara memiliki massa jaringan kelenjar berlobul yang tertanam dalam jaringan lemak. Di dalam payudara terdapat sekelompok mirip kantong yang berfungsi untuk menghasilkan susu dan disebut alveolus. Pertumbuhan payudara ini dipicu oleh adanya hormon estrogen. Payudara akan terus membesar

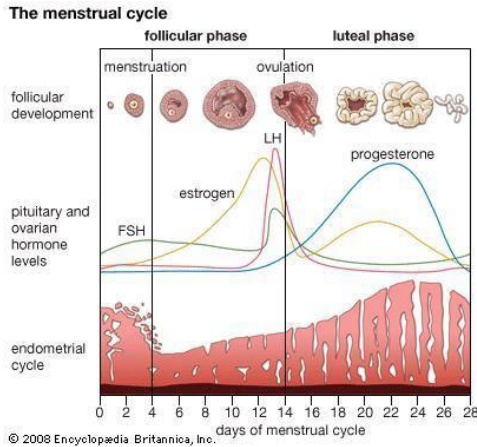
selama beberapa waktu setelah *menarche* atau permulaan menstruasi.

c. Menstruasi

Menstruasi adalah kondisi normal dan terjadi berulang pada perempuan. Peristiwa ini ditandai dengan pengeluaran darah dan lapisan rahim melalui vagina yang teratur. Menstruasi dikendalikan oleh hormon dan aktif terjadi pada masa reproduktif, yaitu sejak pubertas hingga menopause, kecuali selama kehamilan.

Menarche merupakan peristiwa di mana perempuan pertama kali mengalami menstruasi. *Menarche* terjadi pada usia rata-rata ± 13 tahun. Pada tiap siklus haid, terdapat 3-30 folikel yang akan diproses lebih lanjut lagi. Selanjutnya hanya akan ada satu folikel terpilih yang akan dikeluarkan dalam bentuk sel telur (*oosit*). Perdarahan yang terjadi pada kejadian menstruasi menandakan bahwa rahim telah berfungsi.

Proses terjadinya menstruasi dapat dijelaskan melalui gambar berikut:



Gambar 5. Siklus menstruasi

Dari gambar di atas dapat dijelaskan bahwa dalam siklus menstruasi terdapat 4 fase utama pada rahim.

Fase 1: fase menstruasi

Fase ini terjadi pada hari pertama dan berlangsung 3-7 hari sebagai akibat penurunan kadar hormon progesteron. Darah yang keluar berasal dari lapisan endometrium rahim. Rahim

akan berkontraksi untuk membantu mengeluarkan darah. Tidak jarang apabila kontraksinya terlalu kuat akan menyebabkan kram haid (dismenorea) pada perempuan.

Fase 2: fase proliferasi

Fase proliferasi ini berlangsung sejak berhentinya perdarahan hingga hari ke-14. Pada fase ini, endometrium akan tumbuh kembali dan dipersiapkan untuk perlekatan janin apabila terjadi pembuahan. Selanjutnya, pada rentang hari ke-12 sampai 14 akan terjadi pelepasan sel telur (*oosit*) dari ovarium yang disebut *ovulasi*. Proses ovulasi ini dipengaruhi oleh meningkatnya kadar hormon LH yang tajam.

Fase 3: fase sekresi

Pada fase sekresi terjadi pelepasan hormon progesteron sehingga endometrium menjadi tebal dan akan aktif mengeluarkan glikogen (*nutrisi*) yang bertujuan untuk menopang kehidupan janin. Fase ini berlangsung selama 11 hari.

Fase 4: fase pre menstruasi

Fase ini berlangsung selama 3 hari sebelum kembali pada fase menstruasi. Pada umumnya, siklus menstruasi berlangsung normal dan teratur tiap 28 hari.

3. Proses pembuahan (fertilisasi)

Pada proses ini terjadi pertemuan antara sel telur dan sel sperma. Pada saat dilakukan senggama, pria dapat

mengeluarkan ratusan juta sperma. Sperma tersebut tidak dapat langsung membuahi sel telur karena hanya sebagian kecil yang bisa masuk mulut rahim. Sperma dapat bertahan dalam saluran reproduksi wanita \pm 24-48 jam sambil menunggu sel telur diovulasikan.

Sel telur yang diovulasikan akan mendapatkan sejumlah perlindungan dari lapisan *zona pelusida* dan *corona radiata*. Sel telur ini akan bertahan 6-24 jam setelah diovulasikan. Pada saat fertilisasi terjadi, sperma akan mengalami proses kapasitasi ketika bertemu dengan ovum. Kemudian sperma menembus *zona pelusida* sel telur. Saat sperma dapat menembus sel telur, hanya kepala sperma yang bisa masuk. Dari ratusan juta sperma, hanya akan ada satu sperma yang berhasil menembus. Selanjutnya, inti sel sperma memasuki sitoplasma sel telur dan terjadilah peleburan antara inti sperma dengan ovum sehingga terbentuklah zigot. Proses pembuahan ini terjadi di ampulla tuba falopi pada wanita.

4. Kehamilan

a. Fisiologi kehamilan

Setelah terjadi pembuahan, kehamilan dapat terjadi dengan baik apabila terjadi proses perlekatan zigot ke dinding rahim secara sempurna. Kehamilan pada manusia sekitar 38 minggu sejak pembuahan. Zigot tersebut akan membelah dari tahap *morula* (16 sel) yang seperti *mulberry* kemudian membelah lagi menjadi *blastokista* (32-64 sel) melalui proses

blastulasi. Selanjutnya blastokista akan melakukan perlekatan pada dinding uterus yang disebut dengan proses implantasi yang diinduksi dengan enzim proteolitik. Blastokista akan menjadi *trofoblas* (lapisan terluar), *embrioblasto* (sel bagian dalam), dan *blastosol* (rongga berisi cairan).

Fase setelah terbentuk *blastula* adalah fase *gastrula*. Pada fase ini, bintik benih akan mengalami pertumbuhan sel dan terbagi menjadi lapisan-lapisan sel yang berlainan sifat, yaitu lapisan ektoderm, mesoderm, dan endoderm. Endoderm akan berkembang menjadi saluran pencernaan, pernapasan, dan kemih. Mesoderm akan berkembang menjadi sistem pembuluh, kemih-kelamin, dan limpa. Sedangkan lapisan ektoderm akan berkembang membentuk susunan saraf pusat dan tepi, epitel telinga, hidung, dan mata, kulit, enamel gigi, serta kelenjar.

Embrio yang tumbuh akan didukung oleh adanya membran seperti kantong kuning telur, amnion, korion, dan alantois. Kantong kuning telur menyediakan nutrisi utama bagi embrio yang akan mengandung spermatogonium atau oogonium setelah bayi dewasa. Membran amnion merupakan pelindung yang sangat tebal berisi cairan amnion untuk melindungi embrio dari gesekan dan mengatur suhu embrio. Lapisan korion akan menjadi bagian utama plasenta yang melingkupi

amnion dan kantong kuning telur. Sedangkan alantois merupakan membran vaskular kecil yang mula-mula sebagai tempat pembentukan darah dan untuk pernapasan, saluran makanan, serta ekskresi.

Pada peristiwa kehamilan, plasenta akan terbentuk pada bulan ketiga. Fungsinya adalah untuk pertukaran oksigen dan karbondioksida, suplai makanan dari ibu ke janin, mencegah mikroorganisme masuk ke janin, serta menghasilkan hormon yang dibutuhkan untuk memelihara kehamilan.

- b. Kehamilan yang Tidak Diinginkan (KTD) dan Risiko pada Remaja Proses pembuahan dan kehamilan tersebut seharusnya terjadi ketika sistem reproduksi sudah matang sehingga apabila terjadi pada usia remaja akan menimbulkan berbagai macam risiko. Penyebab lainnya adalah kondisi hormonal yang belum stabil dan psikologis yang masih labil. Rahim baru siap melaksanakan fungsinya di atas usia 20 tahun.

Kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) adalah suatu kehamilan yang mana keberadaannya tidak diinginkan yang dapat disebabkan oleh kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, pergaulan bebas, perkembangan teknologi yang direspon secara negatif oleh remaja, perilaku seksual aktif memanjang sebagai

akibat usia menstruasi dini, kegagalan alat kontrasepsi, dan kehamilan akibat pemerkosaan. Didapatkan 15 juta kelahiran per tahun oleh remaja usia 15-19 tahun yang merupakan 10% dari jumlah kelahiran di seluruh dunia. Jumlah kehamilan di bawah usia 20 tahun didapatkan 20% dari jumlah kehamilan di dunia. Sementara itu, di Indonesia terdapat 4,5 juta kelahiran per tahun di mana 17% diakibatkan oleh KTD.

Adanya KTD ini dapat memberikan rasa malu atau perasaan bersalah bagi remaja sehingga tekanan psikologisnya akan bertambah dan dapat menjurus pada kondisi depresi. KTD dan kehamilan usia dini dapat menimbulkan berbagai macam resiko buruk bagi remaja, misalnya aborsi yang tidak aman, gangguan kesehatan seperti kanker serviks, rasa bersalah, depresi, marah pada diri sendiri dan pasangan, ketegangan mental terhadap perubahan peran sosial yang akan dijalani sebagai calon orang tua, tekanan dan pengucilan dari masyarakat, risiko kelainan janin, tingkat kematian bayi dan persalinan meningkat, putus sekolah, serta masa depan terlantar baik bagi calon orang tua dan bayi.

5. Pemeliharaan Organ Reproduksi

Meskipun terkesan sepele, namun pemeliharaan organ reproduksi sangatlah penting. Cara memelihara organ reproduksi secara umum baik bagi perempuan maupun laki-laki adalah sebagai berikut:

- a. Mengganti *underwear* minimal 2 kali sehari
- b. Menggunakan air bersih untuk menjaga kebersihan alat kelamin atau cebok dari arah depan ke belakang
- c. Mencukur atau merapikan rambut kemaluan dan dijaga kebersihannya untuk menghindari jamur atau kutu.

Khusus pada remaja laki-laki dapat dilakukan:

1. Tidak mengenakan celana ketat sehingga mempengaruhi suhu testis
2. Melakukan sunat untuk mencegah penumpukan kotoran.

Pada remaja perempuan, perawatan alat kelamin menjadi lebih diperhatikan terlebih lagi jika sedang dalam kondisi menstruasi yang dapat memudahkan terjadinya infeksi pada pembuluh darah rahim, misalnya pembalut tidak boleh dipakai lebih dari 6 jam. Cara-cara khusus lainnya adalah sebagai berikut:

- a. Tidak memasukkan benda asing ke dalam vagina
- b. Menggunakan celana dalam yang menyerap keringat
- c. Tidak menggunakan celana yang terlalu ketat

- d. Memakai pembilas vagina seperlunya (tidak berlebihan).

6. Penyakit Menular Seksual (PMS)

PMS merupakan istilah terkenal untuk menyebutkan penyakit- penyakit yang dapat ditularkan melalui hubungan seksual. Baik pada laki-laki maupun perempuan, PMS akan menimbulkan gejala tertentu. Sayangnya, pada perempuan gejalanya tidak terlalu dapat dikenali dan sering menjadi sumber penularan. PMS dibagi menjadi PMS mayor dan minor. Di bawah ini merupakan PMS yang paling sering dijumpai dan memiliki risiko yang berbahaya, diantaranya:

a. Gonore

Gonore disebabkan oleh bakteri *Neisseria gonorrhoeae*. Daerah yang paling mudah terinfeksi adalah mukosa vagina terlebih lagi yang belum matur. Masa tunasnya singkat, 2-5 hari, dan pada wanita biasanya tidak memberikan gejala. Gejala umum adalah rasa sakit ketika buang air kecil. Pada laki-laki gejala yang sering dialami adalah *urethritis* dan keluarnya cairan purulen/bernanah dari saluran kemih. Sedangkan pada wanita terdapat keputihan kental warna kuning dan rasa nyeri di rongga panggul. Akibat yang paling berat adalah peradangan panggul dan dapat menyebabkan kemandulan.

b. Sifilis

Sifilis sering disebut dengan penyakit raja singa dan disebabkan oleh kuman jenis *Treponema pallidum* dengan masa tunas sekitar 2-6 minggu. Penyakit ini dapat menjalar ke seluruh tubuh dan dapat ditularkan dari ibu ke janin yang dapat berakibat kecacatan atau keguguran. WHO secara epidemiologi membagi stadium sifilis menjadi stadium dini menular dan stadium lanjut tidak menular. Pada stadium dini menular didapatkan luka pada kemaluan tanpa nyeri dan memberikan keluhan berupa bercak kemerahan yang menyebar luas di seluruh tubuh dan bisa disertai demam. Sedangkan stadium lanjut tidak menular dapat mengakibatkan gangguan saraf, jantung, dan pembuluh darah.

c. Herpes Simpleks Genitalis

PMS ini berupa infeksi yang disebabkan oleh virus *Herpes Simpleks tipe II* yang memberikan gejala berupa bintil berair berkelompok yang sangat nyeri pada kemaluan. Bintil tersebut dapat menjadi kering dan mengerak. Virus dapat sampai pada janin melalui plasenta yang dapat menyebabkan kematian sehingga biasanya pada ibu penderita PMS ini dilakukan operasi cesarean.

d. HIV dan AIDS

AIDS adalah singkatan dari *Acquired Immunodeficiency Syndrome* yang merupakan fase akhir dari infeksi HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Virus ini menyerang sistem kekebalan tubuh sehingga orang yang terinfeksi tidak dapat mengatasi serbuan infeksi lain. HIV hanya berada pada sel darah putih tertentu yaitu sel T4 yang terdapat dalam cairan tubuh.

Penting untuk diperhatikan bahwa HIV tidak menular melalui udara, bersin, dan batuk, bersentuhan dengan penderita seperti bersalaman atau berpelukan, serta gigitan nyamuk dan serangga. Kurangnya pengetahuan ini sering menyebabkan penderita HIV dikucilkan oleh masyarakat luas. Cara penularan utama melalui darah, cairan tubuh, dan berhubungan seksual, serta penularan dari ibu ke bayi. Saat ini, puluhan juta penduduk dunia terinfeksi oleh virus ini dan orang yang tertular HIV positif disebut ODHA (Orang dengan HIV dan AIDS). Penularan HIV juga terkait dengan penggunaan narkotik yang biasanya karena penggunaan jarum suntik bergantian.

Salah satu cara pencegahan adalah dengan melakukan prinsip ABCDE, yaitu:

- A: *Abstinence* (tidak melakukan hubungan seksual risiko tinggi) B: *Be faithful* (setia kepada pasangannya)
- C: *Condom* (pemakaian kondom dengan konsisten dan benar) D: *Drugs* (menghindari penggunaan NAPZA)
- E: *Equipment* (tidak memakai jarum suntik/ peralatan tajam lain yang sudah terinfeksi).

Prinsip ABCD tersebut utamanya ditekankan untuk pencegahan penularan HIV/AIDS. Akan tetapi, bagi remaja negara berkembang di mana pengetahuan tentang kesehatan reproduksi masih terbatas, prinsip tersebut tidak hanya sekedar mencegah penularan HIV/AIDS. Prinsip abstinensia dapat membantu penurunan angka kematian ibu yang sesuai dengan salah satu visi MDGs. Sepertiga kasus kematian ibu tersebut berasal dari kehamilan pada remaja yang masih muda. Dengan digalakkannya abstinensia, diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu, kasus pernikahan dini, aborsi, dan lain-lain.

B. Pertumbuhan dan perkembangan remaja

Masa remaja menjadi masa transisi yang berperan sebagai jembatan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa. Remaja akan mengalami masa pertumbuhan dan perkembangan yang bersifat progresif, teratur,

akumulatif, dan berkesinambungan. Masa remaja identik dengan terjadinya berbagai konflik dan perubahan suasana hati. Masa ini tidak hanya memiliki ciri pertumbuhan fisik dan perkembangan otak yang cukup signifikan. Remaja menjadi masa eksplorasi dan eksperimen seksual di mana mereka merasa ingin tahu dan seksualitas yang hampir tidak dapat dipuaskan. Perubahan tersebut dapat terjadi karena kinerja hipotalamus dan hipofisis.

Terdapat tiga aspek penting terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan remaja sebagai berikut:

1. Aspek Perkembangan Fisik

Perubahan fisik pada remaja terjadi seiring dengan pubertas, terutama pada remaja awal. Perubahan hormonal berlangsung terutama pada masa remaja awal di mana hormon testosteron berperan penting terhadap perkembangan remaja laki-laki dan estradiol terhadap perempuan.

Agar lebih jelas, berikut ini adalah tabel perubahan fisik yang terjadi pada remaja:

Tabel 4. Perubahan fisik yang dipengaruhi hormon pada remaja

Jenis Perubahan	Laki-laki	Perempuan
Hormon	Testosteron	Estrogen dan Progesteron
Tanda	Mimpi basah	Menstruasi
Perubahan Fisik	<ul style="list-style-type: none"> • Tumbuh rambut pubis, di sekitar kaki, tangan, dada, ketiak, dan wajah. • Suara memberat • Badan lebih berotot • Beratbadandantinggi badan bertambah • Buah zakar membesar dan bila terangsang dapat mengeluarkan sperma 	<ul style="list-style-type: none"> • Tinggi badan bertambah • Tumbuh rambut pubis dan sekitar ketiak • Kulit menjadi lebih halus • Suara menjadi lebih halus dan tinggi • Payudara membesar • Pinggul membesar • Paha membulat

2. Aspek Perkembangan Kognitif

Pada aspek kognitif, perkembangan kognisi remaja ada pada tahap operasional formal di mana pemikiran remaja menjadi lebih abstrak, idealis, dan logis.^{34, 40} Hal lain yang terkait dalam aspek perkembangan kognitif remaja adalah egosentrisme remaja yaitu meningkatnya kesadaran diri pada remaja. Egosentrisme ini mengandung

komponen audiens imajiner dan personal fabel. Audiens imajiner menempatkan remaja pada keyakinan bahwa orang lain berminat pada dirinya sehingga memicu tingkah laku ingin diperhatikan. Sedangkan personal fabel memberikan konsep penghayatan bahwa diri remaja unik dan tidak terkalahkan.

Aspek kognitif penting lainnya dalam remaja adalah pengambilan keputusan dan berpikir kritis. Bagi remaja, pengambilan keputusan menjadi kurang lebih bijaksana karena lebih mudah dikuasai oleh emosi yang kuat daripada pengambilan keputusan dalam kondisi yang tenang. Pengambilan keputusan pada remaja bersifat *dual-process* yang dipengaruhi oleh sistem kognitif-analitis dengan pengalaman. Berpikir kritis pada remaja mengakibatkan remaja menuntut bahwa segala sesuatu harus logis dan jelas sehingga mereka akan cenderung mempertanyakan kembali aturan-aturan yang diterimanya.

Dengan demikian, pada tahap sekolah menengah atas sangat diperlukan akses terhadap pelayanan kesehatan dan konseling di samping edukasi formal agar mereka dapat memproses dan mengkritisi informasi yang didapatkan dengan benar. Sangat penting juga untuk membekali remaja dengan berbagai keterampilan yang menunjang untuk mendapatkan pekerjaan yang layak bagi remaja kelak, misalnya dengan pengadaan ekstrakurikuler yang tepat.

3. Aspek Perkembangan Sosio-emosional

Perkembangan aspek ini pada remaja sangat kuat dipengaruhi oleh teman sebaya. Menurut Erikson, pada masa remaja ini terjadi tahap identitas *versus* kebingungan identitas. Ciri khas perkembangan sosial remaja adalah terbentuknya kelompok dengan anggota yang besar namun tidak terlalu akrab pada remaja laki-laki. Sedangkan perempuan akan membentuk kelompok yang lebih kecil namun akrab. Melalui pengelompokan ini akan muncul nilai baru yang diadaptasi seperti memilih teman, penerimaan sosial, dan memilih pemimpin. Pada umumnya, jika mengalami bentrokan remaja akan mengambil langkah berkelahi, bermusuhan, dan mungkin saling menghindar.

Ciri-ciri perkembangan emosi pada masa remaja antara lain:

1. Emosi mudah bergejolak dan meledak-ledak
2. Kondisi emosional berlangsung cukup lama
3. Jenis emosi bervariasi dan kadang bercampur baur
4. Muncul ketertarikan dengan lawan jenis yang melibatkan emosi
5. Menjadi sangat peka terhadap bagaimana orang lain memandang mereka.

C. Pentingnya penyuluhan tentang kesehatan reproduksi di Kecamatan Bandungan

Kecamatan Bandungan merupakan daerah dingin dan terkenal sebagai salah satu obyek wisata di Jawa Tengah. Akan tetapi, tidak bisa dipungkiri bahwa Kecamatan Bandungan ini menjadi salah satu lokasi khusus adanya

praktik pelacuran dan sudah berlangsung sejak lama. Pertimbangan adanya kompleks penajahan seks yang cukup terbuka ini dapat membahayakan kesehatan reproduksi remaja di sekitarnya.

Keberadaan praktik pelacuran, terutama di dekat area sekolah, tidak menutup kemungkinan ranger pengaruhi pengetahuan dan pemahaman remaja pelajar mengenai seksualitas serta perilaku seksualnya. Remaja yang rentan terhadap pengaruh ini adalah remaja yang tinggal di sekitar lokalisasi ataupun yang bersekolah di sekolah sekitar lokalisasi.

Berdasarkan uraian di atas, maka pendidikan kesehatan reproduksi sangat penting terutama bagi para remaja pelajar di sekitarnya. Berbagai cara memberikan pendidikan tentang kesehatan reproduksi dapat dilakukan dengan berbagai cara. Salah satunya adalah dengan memberikan penyuluhan.

Adanya penyuluhan tentang kesehatan reproduksi ini diharapkan dapat memberikan informasi yang benar bagi para remaja. Penyuluhan kesehatan merupakan

salah satu kegiatan pendidikan yang diberikan dengan menyebarkan pesan dan menanamkan keyakinan mengenai kesehatan sehingga masyarakat yang diberikan informasi menjadi lebih mengerti dan mau mengikuti ajarannya. Berikut ini adalah tujuan penyuluhan kesehatan yang dapat dicapai antara lain:

- a. Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga, dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku hidup bersih dan sehat serta berperan sehingga dapat terwujud derajat kesehatan yang optimal.
- b. Terbentuk perilaku sehat pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat agar sesuai dengan konsep hidup sehat secara fisik, mental, dan sosial untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian.

Hal-hal di bawah ini merupakan landasan bahwa remaja membutuhkan penyuluhan kesehatan, yaitu:

1. Remaja memiliki hak untuk mendapat informasi yang cukup mengenai masalah kesehatan reproduksi
2. Remaja harus memiliki kepastian bahwa mereka dapat melindungi diri terhadap KTD dan PMS
3. Remaja memiliki kesempatan untuk membuat keputusan dan mengambil langkah tekanan dari pihak mana pun
4. Remaja memiliki jaminan kerahasiaan atas kehidupan reproduksinya, dan

5. Remaja membutuhkan layanan informasi yang diberikan tanpa adanya proses merasa dihakimi

Pemilihan metode penyuluhan yang paling efektif dapat dilakukan melalui tiga pendekatan, yaitu:

- a. Metode penyuluhan menurut media
 1. Media lisan (percakapan, tatap muka, radio, dan telepon)
 2. Media cetak (gambaran, foto, tulisan, selebaran, poster, dan lain-lain)
 3. Media terproyeksi (presentasi dengan slide dan film)
- b. Metode penyuluhan menurut penyuluh dan sasarannya
 1. Komunikasi langsung (tatap muka)
 2. Komunikasi tidak langsung (surat)
- c. Metode penyuluhan menurut keadaan psikososial sasaran:
 1. Perorangan
 2. Kelompok, ditentukan tergantung besar sedikitnya anggota
 - a) Kelompok kecil, yaitu apabila peserta penyuluhan kurang dari 15 orang dengan metode yang cocok adalah diskusi kelompok atau memainkan peran

- b) Kelompok besar, yaitu apabila peserta penyuluhan lebih dari 15 orang dengan metode yang paling baik adalah ceramah.

Penyuluhan yang paling sering berhasil adalah dengan metode ceramah. Ketika menerima suatu informasi penyuluhan, maka dibutuhkan waktu untuk memprosesnya sebab terdapat 6 tingkatan pemrosesan informasi pada pengetahuan kognitif, yaitu tahu, memahami, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi.

Selain sebagai dampak penyuluhan, tingkat pengetahuan remaja mengenai kesehatan reproduksi dapat dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal.

a. Faktor internal

- 1. Usia
- 2. Jenis kelamin

b. Faktor eksternal

- 1. Paparan informasi, yaitu sumber informasi mengenai kesehatan reproduksi dari berbagai sumber seperti konseling, penyuluhan, internet, media cetak, media elektronik, dan lain-lain.
- 2. Keluarga, terutama dalam komunikasi antara remaja dengan orang tua tentang kesehatan reproduksi agar remaja memperoleh pengetahuan yang benar.

3. Pergaulan

Saat ini pengetahuan tentang reproduksi juga banyak didapat dari diskusi dengan teman sebaya yang belum tentu benar dan informatif.

Dengandemikian, memang sangat diperlukan adanya penyuluhan tentang kesehatan reproduksi bagi remaja terutama yang berada di dekat lokasi. Hal ini juga tidak dapat lepas dari remaja yang memiliki keinginan kuat untuk meningkatkan pengetahuan mereka tentang kesehatan reproduksi. Perlu juga diperhatikan pendidikan kesehatan reproduksi dari berbagai sumber, misalnya materi yang didapat dari sekolah, lingkungan, teman, dan pelayanan kesehatan yang merupakan penyedia sumber informasi paling akurat.

DAFTAR PUSTAKA

- Arya Satyani, 2005. Menjaga Wanita Takut Menghadapi Persalinan Normal. <http://www.dinkes.diy.org>
- Bobak, Irene. M., Lowdermilk., and Jensen. (2004). Buku Ajar Keperawatan Maternitas. Edisi 4. Jakarta : EGC.
- Enkin . M. Et.al. (2000). Antenatal Education in A Guide to effective care in Pregnancy and childbirth (3rd ed). Oxford: Oxford University Press.
- Kamalifard, M. et al. (2012) “The efficacy of massage therapy and breathing techniques on pain intensity and physiological responses to labor pain.,” Journal of caring sciences, 1(2), hal. 73–738. doi: 10.5681/jcs.2012.011.
- Manuaba I.B.G. (2012). Ilmu Kebidanan Penyakit Kandungan dan Keluarga Berencana Untuk Pendidikan Bidan. Jakarta: EGC.
- Marshall, J.E., Raynor, M.D. (2020). Myles’ Textbook for Midwives EBook. Belanda: Elsevier Health Sciences.
- Olds, S.B., London, M.L., & Ladewig, P.A. W., 2000. Maternal Newborn Nursing: A Family and Community

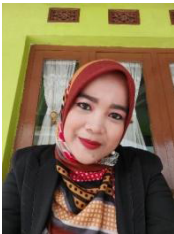
Based Approach. (6th ed), New Jersey: Prentice Hall Health.

Phillips-moore, J. S. (2015) “Birthing outcomes from an Australian HypnoBirthing programme,” (Maret 2022). doi: 10.12968/bjom.2012.20.8.558.

Prawirohardjo, S. (2014). Ilmu Kebidanan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Wiknjosastro H. (2005). Ilmu Kandungan. 3rd ed. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

TENTANG PENULIS



Tating Nuraeni, S.ST., M.Kes, lahir di Majalengka pada tanggal 15 November 1988, menempuh pendidikan D.III Kebidanan Stikes YPIB Majalengka dan melanjutkan D.IV Bidan Pendidik dan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia, saya bekerja sebagai Dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Wiralodra sejak tahun 2015 sampai sekarang dan saya juga sebagai wakil Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat. Saya mengampu mata Kuliah Kesehatan Reproduksi, Surveilans Epidemiologi Kesehatan Masyarakat, Komunikasi Kesehatan dan Sosioantropologi Kesehatan. selain itu saya juga Aktif di Organisasi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia(IAKMI) Kabupaten Indramayu, Organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Kabupaten Indramayu serta Organisasi Ikatan Cendekia Muslim Indonesia (ICMI) Kabupaten Indramayu. Saya mempunyai Hobi olahraga terutama dalam olahraga senam. Saya juga merupakan bidan Praktek Swasta yang ada di kabupaten Indramayu. Saya memiliki dua orang anak yaitu Joko dan Angelina,

Profesi suami saya adalah seorang Perawat yang beralih menjadi Struktural di salah satu Puskesmas Kabupaten Indramayu.



Ernawati, S.Kep,Ns.,M.Kes lahir di Cimpu, Kabupaten Luwu Sulawesi Selatan pada tanggal 25 Maret 1987. Anak bungsu dari 6 bersaudara pasangan Bapak Abd. Hakim dan Ibu Alm.Hanapia. Penulis memulai pendidikan di Madrasah Ibtidaiyah Cimpu, lulus tahun 1999. Setelah lulus di MI, penulis melanjutkan sekolah ke SMP Negeri 1 Kolaka, Sulawesi Tenggara, lulus tahun 2002, kemudian melanjutkan pendidikan di SMA Negeri Kolaka, lulus tahun 2005.

Setelah lulus SMA, penulis melanjutkan Pendidikan S1 Ilmu Keperawatan di STIKES Nani Hasanuddin Makassar, tahun lulus 2009. Kemudian melanjutkan Pendidikan NERS di STIKES Nani Hasanuddin Makassar, lulus tahun 2011. Penulis selanjutnya mengikuti pendidikan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan Keluarga (KesproK) di Universitas Hasanuddin Makassar dan lulus tahun 2013.

Sejak tahun 2010, penulis mulai bekerja di STIKES Nani Hasanuddin Makassar sebagai Dosen Tetap di Jurusan Keperawatan sampai Sekarang. Pada tahun 2021 penulis telah menerbitkan 3 buku bersama tim yaitu yang pertama dengan judul “Post Partum Care: Budaya Masyarakat Banda Naira Dalam Perawatan Ibu Post Partum” , selanjutnya buku yang kedua berjudul “Depresi Post Partum Disorder” dan buku yang ketiga “Ilmu Keperawatan Dasar (Sebagai Bahan Ajar)”.

Penulis berharap bisa selalu menghasilkan karya yang bermanfaat bagi nusa dan bangsa.

Yuniawati Astuti. Lahir di Jakarta 01 Juni 1977. Orang tua saya bernama Alm. Ichwan Syamsudin dan Elly Marliati. Saya merupakan anak sulung dari tiga bersaudara. Saya menikah dengan Agus Hadi Prayitno dan dikarunia 3 orang putra dan putri yang Bernama Maharani Indah Pangastuti, Alm Mahadika Hadi Pangestu dan Iqbaal Fadhlurrohman. Pada saat memasuki usia Sekolah Dasar, saya bersekolah di SDN Cidurian 06 PT dan melanjutkan Pendidikan di SMPN 8 Pegangsaan serta SMAN 27 Jakarta setelah itu melanjutkan di Akademi Keperawatan Mitra Keluarga. Pendidikan tinggi saya melanjutkan Strata 1 dan strata 2 di Universitas Muhammadiyah Prof DR Hamka Jakarta dengan mengambil prodi Kesehatan Masyarakat untuk strata 1 dan strata 2. Saat ini saya masih aktif sebagai dosen tetap di STIKes Sismadi dan SMK Kesehatan Dharma Bakti Pertiwi. Itulah biografi singkat dari saya. Semoga dapat menginspirasi siapapun untuk berkarya.



Siti Pangarsi Dyah Kusuma Wardani, S.SiT., M.K.M. Lahir di Semarang 28 November 1980. Menyelesaikan Pendidikan kebidanan tahun 2002 di Universitas 'Aisyiyah Surakarta, dan melanjutkan pendidikan sebagai Bidan Pendidik di STIKes Mitra RIA Husada

Jakarta tahun 2013. Ketertarikan di bidang pendidikan kebidanan membuatnya melanjutkan Pendidikan S2 Fakultas Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi Universitas Indonesia, dan lulus tahun 2016. Saat ini penulis aktif mengajar di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Wiralodra Indramayu.



Masdi Janiarli, SST., M. Kes., lahir di Desa Batas pada 14 Januari 1990 dari pasangan ayah Abdul Majid, S. Sos (alm) dan ibu Asni. Tahun 2007 sampai dengan tahun 2010 menempuh pendidikan DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Kholisaturrahmi Binjai, kemudian pada tahun 2010 sampai dengan tahun 2012 menempuh pendidikan DIV Bidan Pendidik di Universitas Respati Yogyakarta, pada tahun 2015 sampai 2017 menempuh pendidikan S2 di Universitas Respati Indonesia dengan peminatan kesehatan reproduksi. Saat ini menjadi dosen tetap di Universitas Pasir Pengaraian. Tahun 2017 menjadi best presenter dalam kegiatan Seminar Nasional Aplikasi Sains & Teknologi yang diadakan oleh Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat (LPPM) Universitas Abddurrahman. Aktif menulis artikel di berbagai jurnal ilmiah dan pernah menjadi narasumber dalam kegiatan pengabdian kepada masyarakat.



Kornelia Romana Iwa. Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2006 hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Fani Mitra Karya Makassar pada tahun 2006.

Ns. Kornelia Romaa Iwa, M.Kep lahir di Manggarai Provinsi NTT tepatnya di Mbaumuku, 29 April 1987. Penulis merupakan lulusan Sarjana Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Fani Mitra Karya Makassar pada tahun 2011 dan kemudian melanjutkan Pendidikan S2 di Universitas Diponegoro pada tahun 2015 dan lulus pada tahun 2017. Sejak tahun 2017 penulis menjadi Dosen di Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Santu Paulus Ruteng hingga saat ini. Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Komunitas, Tri Dharma mata kuliah yang dibawakan penulis Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik, , dan Keperawatan Dasar II.



Nasrullah lahir di Desa Mareje Kecamatan Lembar Kabupaten Lombok Barat. Tahun 1990 Anak dari H Saleh Hambali dan Hj Nurhaini dia adalah seorang ayah dari Kakak Edward dan adik Edwin dan suami dari Suci Handayani,M.Pd. Nasrullah merupakan seorang mahasiswa Pascasarjana di universitas Qamarul Huda Badaruddin Bagu UNIQHBA Lombok Tengah, saat ini Nasrullah bekerja sebagai dosen di salah satu perguruan tinggi di Lombok, selain sebagai dosen nasrullah juga aktif bekerja sebagai perawat. Adapun riwayat pendidikan . Nasrullah pernah sekolah di SDN 2 Mareje SMP/MTS ISHLAHIL ATHFAL RUMAK dan melanjutkan ke SMAN 1 Gerung kemudian melanjutkan kuliah S1 dan Profesi Ners di Universitas Islam Sultan Agung Semarang, Nasrullah juga aktif sebagai editor buku dan artikel. Adapun buku yang pernah diedit yaitu, ***Ekologi Sastra, Model-model Pembelajaran: Mengembangkan Kreativitas dan Keaktifan Peserta Didik Di Sekolah.*** Ini adalah buku pertama yang dia tulis semenjak 2020 dia mulai karirnya sebagai penulis karena Nasrullah hobby dengan menulis dan sekarang Nasrullah di sibukkan dengan Tesis, sambil membuat tesis dia sibuk dengan membaca dan menulis jurnal maupun buku.



Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes, lahir di Jakarta pada tahun 1985. Menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan di STIKes Surya Global Yogyakarta (2008), Program Studi Profesi Ners di Universitas Indonesia Maju (2011).

Setelah itu melanjutkan kuliah Magister (S2) Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Manajemen Pelayanan Kesehatan di Universitas Indonesia Maju (2016), dan saat ini sedang menempuh kuliah kembali pada program studi Magister Ilmu Keperawatan dengan peminatan Spesialis Keperawatan Onkologi di Universitas Indonesia.

Pengalaman bekerja penulis pernah menjadi perawat di RS dan Klinik (2008 – 2013), dan pada akhirnya memilih untuk menjadi seorang pengajar di Sekolah Menengah Kejuruan Kesehatan Swasta, kemudian menjadi dosen tetap pada Prodi Ners di STIKes Istara Nusantara Jakarta (2015-2017), pernah mengajar sebagai dosen tamu di Akademi Keperawatan YPDR dan Andalusia, saat ini menjadi dosen tetap di STIKes Fatmawati Jakarta, pada Prodi Diploma Tiga Keperawatan serta menjabat sebagai wakil kepala UPPM dalam bidang Pengabdian Kepada Masyarakat, selain itu juga sebagai editor buku dan jurnal ilmiah Keperawatan Orthopedi (JIKO), aktif pula dalam kegiatan *home care* dengan keahlian terapi komplementer, melakukan penelitian dengan menghasilkan beberapa jurnal ilmiah yang terpublikasi baik nasional maupun

seminar internasional dalam bentuk proceeding dan menghasilkan beberapa karya PkM yang mendapatkan HAKI.



Dian Permatasari lahir di Sumenep tanggal 21 Maret 1984. Wanita yang kerap disapa Dian ini adalah anak dari pasangan Zainal Arifin (ayah) dan Sunaryati (ibu), Dian Permatasari ini istri dari Mahfud Ashadi dan merupakan ibu dari kakak Mulaika Luzamah Ashadi dan Adek Fakhita Nisrina Ashadi. Dian adalah nama pena yang sering digunakan di media sosial. Dian menempuh pendidikan Dasar di SDN Bangkal II Sumenep, untuk selanjutnya SMP 1 Sumenep dan untuk sekolah menengah atas di SMU 1 Muhammadiyah 1 Sumenep, kemudian Dian juga melanjutkan ke jenjang perguruan tinggi Diploma 3 Kebidanan di STIKES Mojopahit Mojokerto dan melanjutkan ke Diploma 4 di Universitas Kaadiri dan untuk jenjang S2 beliau mengambil pendidikan di Universitas Diponegoro dengan "konsentrasi Kesehatan Reproduksi Remaja dan HIV&AIDS". Dimulai dari tahun 2017 sampai sekarang masih aktif sebagai Dosen Kebidanan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja



Ellyani Abadi, S.K.M.,M.Kes., lahir di Kabaena lebih tepatnya di Desa Dongkala, Kec. Kabaena Timur, Kab. Bombana, Sulawesi Tenggara. Ellyani Abadi adalah anak Pertama dari pasangan Abadi dan Marsi. Anak dengan 3 saudara ini, telah menyelesaikan sekolah Dasar di SD Negeri 1 Teomokole (1994-2000), kemudian melanjutkan Studi di Madrasah Tsanawiyah Negeri (MTSN) 1 Kabaena selama 3 tahun (2000-2003) dan SMA Negeri 2 Bau-Bau Program Ilmu Pengetahuan Alam (IPA) selama 3 tahun (2003-2006), kemudian Istri dari Aksarudin, S.Sos melanjutkan pendidikannya di Politeknik Kesehatan Depkes Kendari selama 3 tahun (2006-2009), selanjutnya di S1 Kesehatan Masyarakat peminatan Promosi Kesehatan dan menyelesaikan S2 program studi Kesehatan Masyarakat di STIKES Mandala Waluya Kendari dengan mengambil peminatan Gizi dan Kesehatan Reproduksi. Ibu dari Gibran Rizki Pradipta, Cahaya Rizki Ayesha dan Miracle Rizki Adinda sekarang menjadi Dosen Tetap Program Studi S1 Gizi di kampus Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karya Kesehatan.



Fitra Amelia, S.ST., M. Kes, Penulis menyelesaikan Pendidikan DIII Kebidanan Universitas Indonesia Timur Tahun 2013, kemudian melanjutkan pendidikan DIV Pada Perguruan Tinggi STIKES Mega Rizky Makassar Tahun 2013. pada tahun 2015-2017 penulis melanjutkan Pendidikan S2 di STIKES Indonesia Maju.

Sejak tahun 2017 penulis mulai aktif mengajar sebagai dosen bidan, dan saat ini penulis aktif mengajar di STIKES Citra Delima Bangka Belitung. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan Internasional lainnya.