

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA (KRR)

Editor: dr. Agustiawan, AMRSPH



Kurnia Indriyanti Purnama Sari, S.ST., M.Kes
Vera Virgia, S.ST., M.Kes
Lia Fitria, S.ST., M.Keb

Ns. Lisnawati Nur Farida, M.Kep
Hilda Sulistia Alam, SST., M.Tr.Keb
Sulastry Pakpahan, SST., M.Keb
Patemah, S.SiT., M.Kes

Ns. Nedra Wati Zaly, S.Kep., M.Kep
Syastriani Isna Putri Syarif, S.ST., M.Keb
Hariyani Sulistyoningsih, S.K.M., M.K.M.
Nadirahilah., S.Si., M.K.M

Teti Rahmawati, S.Kp., M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom



BUNGA RAMPAI

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA (KRR)

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA (KRR)

Kurnia Indriyanti Purnama Sari, S.ST., M.Kes
Vera Virgia, S.ST., M.Kes
Lia Fitria, S.ST., M.Keb
Ns. Lisnawati Nur Farida, M.Kep
Hilda Sulistia Alam, SST., M.Tr.Keb
Sulastry Pakpahan, SST., M.Keb
Patemah, S.SiT., M.Kes
Ns. Nedra Wati Zaly, S.Kep., M.Kep
Syastriani Isna Putri Syarif, S.ST., M.Keb
Hariyani Sulistyoningsih, S.K.M., M.K.M.
Nadirahilah., S.Si., M.K.M
Teti Rahmawati, S.Kp., M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom

Editor:
dr. Agustawan, AMRSPH

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA (KRR)

Kurnia Indriyanti Purnama Sari, S.ST., M.Kes
Vera Virgia, S.ST., M.Kes
Lia Fitria, S.ST., M.Keb
Ns. Lisnawati Nur Farida, M.Kep
Hilda Sulistia Alam, SST., M.Tr.Keb
Sulastry Pakpahan, SST., M.Keb
Patemah, S.SiT., M.Kes
Ns. Nedra Wati Zaly, S.Kep., M.Kep
Syastriani Isna Putri Syarif, S.ST., M.Keb
Hariyani Sulistyoningsih, S.K.M., M.K.M.
Nadirahilah., S.Si., M.K.M
Teti Rahmawati, S.Kp., M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom

Editor:

dr. Agustiawan, AMRSPH

Tata Letak :

Suci Haryanti

Desain Cover:

Syahrul Nugraha

Ukuran :

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman :

vi, 255

ISBN :

978-623-362-601-9

Terbit Pada :

Juli 2022

Hak Cipta 2022 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami haturkan atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk book chapter dapat dipublikasikan dan dapat sampai di hadapan pembaca. Book chapter ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir memberi kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan **Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)**.

Sistematika buku Keselamatan dan Kesehatan Kerja ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Buku ini terdiri atas 12 BAB yang dibahas secara rinci, diantaranya: mengenai reproduksi remaja, penyakit seksual, masalah psikologi, persiapan pranikah, dan sebagainya. Hal-hal ini sering dianggap tabu untuk dibahas di kalangan masyarakat, padahal hal tersebut sangat penting untuk dibahas.

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada Penerbit Media Sains Indonesia sebagai inisiator book chapter ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Pekanbaru, Juni 2022

Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA.....	1
Definisi Kesehatan Reproduksi	1
Definisi Remaja.....	3
Definisi Kesehatan Reproduksi Remaja.....	3
Sasaran Kesehatan Reproduksi Remaja.....	5
Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja.....	6
Kesehatan Reproduksi dalam Siklus Hidup Perempuan	7
Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi	8
Hak Kesehatan Reproduksi (ICPD CAIRO 1994)	10
2 PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK DAN REMAJA	17
Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan	17
Tahapan Pertumbuhan dan Perkembangan pada Anak dan Remaja.....	21
Fase-Fase Perkembangan Anak dan Remaja	32
Tugas-Tugas Perkembangan Anak dan Remaja.....	33
3 MENSTRUASI	39
Pendahuluan	39
Anatomi Fisiologi Reproduksi Perempuan	40
Organ Reproduksi Luar	41
Organ Reproduksi Dalam.....	43

	Fisiologi Siklus Menstruasi	46
4	KEKURANGAN GIZI PADA WANITA USIA SUBUR	53
	Pendahuluan	53
	Kekurangan Energi Kronis (KEK)	54
	Anemia	59
	Defisiensi Kalsium	64
5	INFEKSI MENULAR SEKSUAL	73
	Pendahuluan	73
	Program Pencegahan & Pengendalian IMS	76
	Penanganan Kasus IMS	80
	Penanganan Berdasarkan Pendekatan Sindrom ...	81
	Kriteria Obat untuk IMS	83
	Komponen Penatalaksanaan IMS.....	83
	Informasi yang Perlu ditanyakan Kepada Pasien	84
6	HIV DAN AIDS	91
	Pendahuluan	91
	Pengertian HIV dan AIDS	92
	Penyebab, Faktor Risiko dan Penularan HIV dan AIDS.....	94
	Gejala HIV dan AIDS.....	95
	Penularan HIV	98
	Dianogsis HIV dan AIDS	100
	Komplikasi HIV dan AIDS	107
	Pengobatan HIV Dan AIDS.....	110
	Pencegahan HIV Dan AIDS	116

7	PENYALAHGUNAAN NAPZA	131
	Pengertian NAPZA.....	131
	Istilah yang Sering Digunakan dalam NAPZA.....	133
	Penggolongan NAPZA	134
	Penggolongan Narkotika	135
	Penggolongan Psikotropika	136
	Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Penyalahgunaan NAPZA.....	137
	Deteksi Dini.....	143
	Pemeriksaan Fisik dan Psikologis	144
	Dampak Penyalahgunaan NAPZA	144
	Upaya Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA	147
8	KONTRASEPSI	155
	Pendahuluan	155
	Definisi Kontrasepsi.....	155
	Tujuan Kontrasepsi	156
	Cara Kerja Kontrasepsi	156
	Jenis Metode Kontrasepsi	159
9	ABORSI YANG TIDAK AMAN	173
	Pengertian Aborsi.....	173
	Aborsi dari Segi Hukum di Indonesia.....	174
	Dampak Aborsi yang Tidak Aman	177
	Alasan Melakukan Tindakan Aborsi Provokatus.....	179
	Upaya Mencegah Aborsi yang Tidak Aman.....	181

10	KURSUS PRANIKAH.....	187
	Pendahuluan	187
	Persiapan Pranikah.....	189
	Kursus Pranikah bagi Pasangan Muslim.....	196
11	PROGRAM KESEHATAN PEDULI REMAJA DI SEKOLAH.....	209
	Definisi Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)	209
	Tujuan dan Sasaran PKPR.....	209
	Jenis Kegiatan PKPR.....	211
12	POSYANDU REMAJA	235
	Konsep Dasar Posyandu Remaja.....	235
	Pembentukan dan Pengorganisasian Posyandu Remaja	239
	Jenis Kegiatan Posyandu Remaja.....	243
	Penyelenggaraan Posyandu Remaja	249
	Pembinaan Posyandu Remaja	251

KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA

Kurnia Indriyanti Purnama Sari, S.ST., M.Kes
STIKES Dian Husada Mojokerto

Definisi Kesehatan Reproduksi

Menjaga kesehatan reproduksi adalah hal yang sangat penting terutama bagi para remaja karena pada masa remaja adalah waktu terbaik untuk membangun kebiasaan baik terutama dalam menjaga kebersihan yang menjadi aset sangat penting dalam jangka panjang khususnya remaja putri. Pengetahuan masalah reproduksi tidak hanya wajib bagi remaja putri saja tetapi juga bagi remaja laki-laki juga harus mengetahui dan mengerti cara hidup dengan reproduksi yang sehat agar tidak terjerumus ke pergaulan yang salah yang merugikan bagi remaja.

Menjaga kesehatan reproduksi agar lebih sehat yaitu dengan menerapkan pola makan sehat, olahraga serta dengan mengkonsumsi vitamin dan suplemen makanan.

Menurut WHO, Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam suatu yang berkaitan dengan system reproduksi, fungsi dan prosesnya (Dr. Andi Maryam et al., 2021).

Menurut ICPD Tahun 1994 menyatakan pengertian dari kesehatan reproduksi adalah keadaan sempurna fisik, mental dan kesejahteraan social dan tidak semata-mata ketiadaan penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berkaitan dengan system reproduksi dan fungsi serta proses (Ratu Matahari S. K. M, 2018).

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 antara keluarga dengan masyarakat dan lingkungan (Pulungan et al., 2020).

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 (Ratu Matahari S. K. M, 2018).

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 (Permatasari et al., 2022).

Definisi Remaja

Menurut WHO (Sarwono 2002, dalam Sumiati, dkk 2009: 9-10) ada tiga kriteria remaja yaitu biologis, psikoloik, dan sosial ekonomi dengan batasan usia 10-20 tahun, berikut beberapa definisi tersebut berbunyi:

Individu berkembang dari saat pertama kali ia menunjukkan tanda-tandaseksual sekundernya sampai saat ia mencapai kematangan seksual.

Individu mengalami perkembangan psikologi dan pola identifikasi darikanak-kanak menjadi dewasa.

Terjadi peralihan dari ketergantungan sosial ekonomi yang penuh kepadakeadaan yang relatif lebih mandiri (Nessi Meilan et al., 2019).

Menurut monks dalam (Drs. Suyahman, 2021) memberi batasan usia remaja yaitu diantara 12-21 tahun dimana 12-15 tahun merupakan masa remaja awal, 15- 18 tahun remaja pertengahan, selanjutnya 18-21 masa remaja akhir. Sedangkan menurut Hurlock ia membagi masa remaja menjadi dua bagian, yaitu masa remaja awal antara 13-16 tahun dan masa remaja akhir 17- 18 tahun (Muhith, n.d.).

Definisi Kesehatan Reproduksi Remaja

Kesehatan Reproduksi Remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem, fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja. Pengertian sehat disini tidak semata-mata bebas penyakit atau bebas dari kecacatan namun juga sehat secara mental serta sosial-kultural.

A. Perubahan Fisik Masa Remaja dalam Kesehatan Reproduksi

Menurut (Heri Zan Pieter et al., n.d.) perubahan fisik masa remaja merupakan perubahan fisik berhubungan dengan aspek anatomi dan aspek fisiologis, dimana kelenjar hipofise pada remaja menjadi matang dan mengeluarkan beberapa hormone, seperti hormone gonadotropine yang berfungsi mempercepat pematangan sel telur dan sel sperma, serta mempengaruhi kelenjar suprenalis, testosteron, dan esterogen. Dampak dari produksi hormon tersebut adalah:

1. Ukuran otot bertambah besar dan semakin kuat
2. Testosteron menghasilkan sperma dan esterogen memproduksi sel telur.
3. Munculnya tanda-tanda kelamin sekunder seperti pembesaran payudara, perubahan suara, mimpi basah, tumbuhnya rambut-rambut halus di sekitar kemaluan, ketiak, dan bulu mata (Herri Zan Pieter, 2018).

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

1. Munculnya tanda-tanda seks primer; terjadi haid yang pertama (*menarche*) pada remaja perempuan dan mimpi basah pada remaja laki-laki.

2. Munculnya tanda-tanda seks sekunder, yaitu:
 - a. Pada remaja laki-laki; tumbuhnya jakun, penis dan buah zakar bertambah besar, terjadinya ereksi dan ejakulasi, suara bertambah besar, dada lebih besar, badan berotot, tumbuh kumis diatas bibir, cambang dan rambut di sekitar kemaluan dan ketiak.
 - b. Pada remaja perempuan; pinggul melebar, pertumbuhan rahim dan vagina, tumbuh rambut di sekitar kemaluan dan ketiak, payudara membesar

B. Tujuan Kesehatan Reproduksi Remaja

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

Sasaran Kesehatan Reproduksi Remaja

Menurut (Dr. Andi Maryam et al., 2021) Terdapat dua sasaran Kesehatan Reproduksi yang akan dijangkau dalam memberikan pelayanan, yaitu sasaran utama dan sasaran antara:

1. Sasasarn Utama
 - a. Laki-laki dan perempuan usia subur, remaja putra dan putri yang belum menikah.

b. Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja.

- 1) Seksualitas.
- 2) Beresiko/menderita HIV/AIDS.
- 3) Beresiko dan pengguna NAPZA

2. Sasaran Antara

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

- 1) Kader Kesehatan,
- 2) Tokoh Masyarakat.
- 3) Tokoh Agama
- 4) LSM.

Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja

Upaya promosi dan pencegahan masalah kesehatan reproduksi juga perlu diarahkan pada masa remaja, dimana terjadi peralihan dari masa anak menjadi dewasa, dan perubahan-perubahan dari bentuk dan fungsi tubuh terjadi dalam waktu relatif cepat. Hal ini ditandai dengan berkembangnya tanda seks sekunder dan berkembangnya jasmani secara pesat, menyebabkan remaja secara fisik mampu melakukan fungsi proses reproduksi tetapi belum dapat mempertanggung jawabkan akibat dari proses reproduksi tersebut. Informasi dan penyuluhan, konseling dan pelayanan klinis perlu ditingkatkan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi remaja ini. Selain itu lingkungan keluarga dan masyarakat harus ikut peduli dengan kondisi remaja ini sehingga dapat membantu memberikan jalan keluar bila remaja mengalami masalah tidak malah di salahkan, tetapi perlu diarahkan dan dicarikan jalan keluar yang baik dengan mengenalkan tempat-tempat pelayanan kesehatan reproduksi remaja

untuk mendapatkan konseling ataupun pelayanan klinis sehingga remaja masih dapat melanjutkan kehidupannya (Susanty et al., 2021).

Kesehatan Reproduksi dalam Siklus Hidup Perempuan

Konsep Kesehatan Reproduksi menggunakan pendekatan siklus kehidupan perempuan (*life-cycle-approach*) atau pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan sejak dari janin sampai liang kubur (from womb to tomb) atau biasa juga disebut dengan “*Continuum of care women cycle*”. Kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan sepanjang siklus kehidupan perempuan hal ini disebabkan status kesehatan perempuan semasa kanak-kanak dan remaja mempengaruhi kondisi kesehatan saat memasuki masa reproduksi yaitu saat hamil, bersalin, dan masa nifas. Hambatan sosial, budaya, dan ekonomi yang dialami sepanjang hidup perempuan merupakan akar masalah yang mendasar yang menyebabkan buruknya kesehatan perempuan saat hamil, bersalin, dan masa nifas. Tingkat pendidikan, kualitas dan kuantitas makanan, nilai dan sikap, sistem kesehatan yang tersedia dan bisa diakses, situasi ekonomi, serta kualitas hubungan seksualnya mempengaruhi perempuan dalam menjalankan masa reproduksinya (Eneng Daryanti & Lina Marlina, 2021). Perhatikan tabel berikut:

Tabel Siklus Hidup Perempuan

Masa Konsepsi	Masa setelah bersatunya sel telur dengan sperma kemudian janin akan tumbuh menjadi morulla, blastula, gastrula, neurulla yang akhirnya menjadi janin dan dengan terbentuknya placenta akan terjadi interaksi antara ibu dan janin.
Masa bayi dan anak	Masa bayi dan anak adalah masa pertumbuhan dan perkembangan yang sangat

	cepat, Tumbuh kembang motorik kasar dan motorik halus akan berjalan dengan baik bila kesehatan bayi dan anak dalam keadaan prima
Masa Remaja	Masa remaja pada masa ini terjadi perubahan fisik dan psikologis. Perubahan fisik yang terjadi diantaranya adalah tumbuhnya rambut kemaluan (pubeshe), buah dada mulai tumbuh (thelarche), pertumbuhan tinggi badan yang cepat (maximal growth), mendapatkan haid yang pertama kali (menarche)
Masa Reproduksi	Masa dimana perempuan menjalankan tugas kehidupannya yaitu mulai hamil, melahirkan, masa nifas dan menyusui dan masa antara yaitu merencanakan jumlah atau jarak anak dengan menggunakan alat kontrasepsi.
Masa Usia Lanjut	Masa usia lanjut yaitu masa dimana hormone Estrogen sudah mulai menurun atau habis dikarenakan produksi sel telur juga sudah mulai menurun atau habis. Dengan menurunnya hormone estrogen akan terjadi perubahan fisik dan psikologis pada perempuan diantaranya perubahan pada organ reproduksi, perubahan pada metabolisme tubuh dan turunya massa tulang (osteoporosis)

Sumber : (Ratu Matahari S. K. M, 2018)

Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Menurut (Febriyeni et al., 2020) Ruang lingkup kesehatan reproduksi mencakup keseluruhan kehidupan manusia sejak lahir sampai mati (life cycle approach) agar di peroleh 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.

1. Konsepsi

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

2. Bayi dan Anak

Pemberian ASI eksklusif dan penyapihan yang layak, 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

Hak Kesehatan Reproduksi (ICPD CAIRO 1994)

1. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi.
2. Hak mendapat pelayanan dan kesehatan reproduksi
3. Hak untuk kebebasan berfikir dan membuat keputusan tentang kesehatan reproduksinya.
4. Hak untuk memutuskan jumlah dan jarak kelahiran anak.
5. Hak untuk hidup dan terbebas dari resiko kematian karena kehamilan, kelahiran karena masalah jender.
6. Hak atas kebebasan dan pelayanan dalam pelayanan kesehatan reproduksi.

7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk yang menyangkut kesehatan reproduksi.
8. Hak untuk mendapatkan manfaat dari hasil kemajuan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan reproduksi.
9. Hak atas kerahasiaan pribadi dalam menjalankan kehidupan dalam reproduksinya.
10. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga.
11. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam berpolitik yang bernuansa kesehatan reproduksi.
12. Hak atas kebebasan dari segala bentuk diskriminasi dalam kesehatan reproduksi (Widiastuti et al., 2021).

Diatas telah dijelaskan hak-hak reproduksi menurut ICPD tahun 1994, sedangkan Hak- Hak Kesehatan Reproduksi menurut Depkes RI (2002) hak kesehatan reproduksi dapat dijabarkan secara praktis, antara lain:

1. Setiap orang berhak memperoleh standar pelayanan kesehatan reproduksi yang terbaik. Ini berarti penyedia pelayanan harus memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dengan memperhatikan kebutuhan klien, sehingga menjamin keselamatan dan keamanan klien.
2. Setiap orang, perempuan, dan laki-laki (sebagai pasangan atau sebagai individu) berhak memperoleh informasi selengkap-lengkapny tentang seksualitas, reproduksi dan manfaat serta efek samping obat-obatan, alat dan tindakan medis yang digunakan untuk pelayanan dan/atau mengatasi masalah kesehatan reproduksi.
3. Setiap orang memiliki hak untuk memperoleh pelayanan KB yang, efektif, terjangkau, dapat diterima, sesuai dengan pilihan, tanpa paksaan dan tidak melawan hukum.

4. Setiap perempuan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya, yang memungkinkannya sehat dan selamat dalam menjalani kehamilan dan persalinan, serta memperoleh bayi yang sehat.
5. Setiap anggota pasangan suami-isteri berhak memiliki hubungan yang didasari penghargaan.
6. Terhadap pasangan masing-masing dan dilakukan dalam situasi dan kondisi yang diinginkan bersama tanpa unsur pemaksaan, ancaman, dan kekerasan.
7. Setiap remaja, lelaki maupun perempuan, berhak memperoleh informasi yang tepat dan benar tentang reproduksi, sehingga dapat berperilaku sehat dalam menjalani kehidupan seksual yang bertanggung jawab.
8. Tiap laki-laki dan perempuan berhak mendapat informasi dengan mudah, lengkap, dan akurat mengenai penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS.
9. Pemerintah, lembaga donor dan masyarakat harus mengambil langkah yang tepat untuk menjamin semua pasangan dan individu yang menginginkan pelayanan kesehatan reproduksi dan kesehatan seksualnya terpenuhi.
10. Hukum dan kebijakannya harus dibuat dan dijalankan untuk mencegah diskriminasi, pemaksaan dan kekerasan yang berhubungan dengan seksualitas dan masalah reproduksi.
11. Perempuan dan laki-laki harus bekerja sama untuk mengetahui haknya, mendorong agar pemerintah dapat melindungi hak-hak ini serta membangun dukungan atas hak tersebut melalui pendidikan dan advokasi.

12. Konsep-konsep kesehatan reproduksi dan uraian hak-hak perempuan ini diambil dari hasil kerja International Women's Health Advocates Worldwide (Rima Wirenviona et al., 2020).

Daftar Pustaka

- Dr. Andi Maryam, S. S. T. S. K. M. M. K., Putri Santy, S. S. T. M. P. H., Regina Ona Adesta, S. K. N. M. K., Anindita Dyah Sekarpuri, S. P. M. S. R., Sri Hartini Rachmad, B. S. S. S. M. P. S. M. A., Ns. Muaningsih, M. K. S. K. M., Emanuela Natalia Nua, S. K. N. M. K., Martina Ekacahyaningtyas, S. K. N. M. K., Nusdin, S. K. N. M. K., & Dr. dr. H. Nasrudin Andi Mappaware, S. O. G. M. (2021). *Perempuan Dan Permasalahannya Dalam Sistem Reproduksi*. Media Sains Indonesia. https://books.google.co.id/books?id=0t0_EAAAQBAJ
- Drs. Suyahman, M. S. M. H. (2021). *Perkembangan Peserta Didik*. Penerbit Lakeisha. <https://books.google.co.id/books?id=PVgjEAAAQBAJ>
- Eneng Daryanti, S. S. T. M. K., & Lina Marlina, S. S. T. M. K. (2021). *Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga*. Langgam Pustaka . <https://books.google.co.id/books?id=fbdVEAAAQBAJ>
- Febriyeni, F., Medhyna, V., Sari, N. W., Sari, V. K., Nengsih, W., Delvina, V., Miharti, S. I., Fitri, N., Zuraida, Z., & Meilinda, V. (2020). *Kesehatan Reproduksi Wanita*. Yayasan Kita Menulis. <https://books.google.co.id/books?id=MAQPEAAAQAJ>
- Heri Zan Pieter, S. P., Janiwarti B., S., & Ns. Marti Saragih, S. K. (n.d.). *Pengantar Psikopatologi untuk Keperawatan*. Kencana. <https://books.google.co.id/books?id=5qRPDwAAQBJ>
- Herri Zan Pieter, S. P. (2018). *Pengantar Psikologi untuk Kebidanan*. Kencana. <https://books.google.co.id/books?id=ADa2DwAAQBJ>
- Muhith, A. (n.d.). *Pendidikan Keperawatan Jiwa: Teori dan Aplikasi*. Penerbit Andi. <https://books.google.co.id/books?id=Yp2ACwAAQBJ>

- Nessi Meilan, S. S. T. M. K., Dra. Hj. Maryanah, A. M. K. M. K., & Willa Follona, S. S. T. M. K. (2019). *Kesehatan Reproduksi Remaja: Implementasi PKPR dalam Teman Sebaya*. WINEKA MEDIA. <https://books.google.co.id/books?id=RteJDwAAQBJ>
- Permatasari, D., Hutomo, C. S., Istiqomah, B. T., Purba, J., Akhlaq, M. N. E., Sirait, H., Argaheni, N. B., Zubaeda, Z., Gultom, L., & Karim, A. (2022). *Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Yayasan Kita Menulis. <https://books.google.co.id/books?id=nT1vEAAAQBJ>
- Pulungan, P. W., Rusmini, R., Zuheriyatun, F., Faizah, S. N., Kurniasih, H., Winarso, S. P., Aini, F. N., Amalia, R., Lubis, R. I. P., & Utami, V. N. (2020). *Teori Kesehatan Reproduksi*. Yayasan Kita Menulis. <https://books.google.co.id/books?id=micKEAAAQBJ>
- Ratu Matahari S. K. M, F. P. U. S. K. M. M. K. (2018). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Infeksi Menular Seksual*. Pustaka Ilmu. <https://books.google.co.id/books?id=6mlNEAAAQBJ>
- Rima Wirenviona, S. S. T. M. K., Anak Agung Istri Dalem Cinthya Riris, S. S. T. M. K., & Dr. Rr. Iswari Hariastuti, D. M. K. (2020). *Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Airlangga University Press. <https://books.google.co.id/books?id=Ssf0DwAAQBAJ>
- Susanty, S. D., Hutomo, C. S., Mirania, A. N., Yuniarti, E., Sinaga, L. R. V, Saragih, E., Louis, S. L., Argaheni, N. B., & Simarmata, J. (2021). *Kesehatan Reproduksi Masyarakat*. Yayasan Kita Menulis. https://books.google.co.id/books?id=e_NNEAAAQBJ
- Widiastuti, A., Azizah, N., Indryani, I., Ismawati, I., Tahir, A., Haslan, H., Kurniasih, H., Hutomo, C. S., Sumiyati, S., & Bayu, N. (2021). *Epidemiologi Kesehatan Reproduksi*. Yayasan Kita Menulis. <https://books.google.co.id/books?id=AAU5EAAAQBJ>

Profil Penulis



Kurnia Indriyanti Purnama Sari

Penulis lahir di Semarang, 13 Juli 1982 dari Ayah bernama Budiono Sudarso dan Ibu Sri Hartati (Alm). Penulis tinggal di Kecamatan Tanggulangin Kabupaten Sidoarjo provinsi Jawa Timur..

Pada Tahun 2005 penulis telah menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Departemen kesehatan Malang. Pada tahun 2008 penulis telah menyelesaikan pendidikan Diploma IV Bidan Pendidik di di Politeknik Kesehatan Kemenkes Departemen kesehatan Malang dan pada tahun 2012 penulis telah menyelesaikan pendidikan Magister Kesehatan Kedokteran Keluarga di Universitas Negeri Sebelas Maret Surakarta.

Karirnya dimulai sebagai dosen tetap yayasan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dian Husada Mojokerto pada tahun 2008 sampai dengan sekarang. Pada tahun 2009-2013 Penulis pernah menjadi pengelola Program Studi alih jenjang Diploma III Kebidanan, pada tahun 2015 sampai dengan sekarang penulis sebagai Ketua Program Studi Kebidanan. Penulis juga sebagai pengurus Organisasi IBI Ranting Institusi Kabupaten Mojokerto.

Mata kuliah sesuai dengan bidang keahlian yang menjadi tanggungjawab penulis di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dian Husada Mojokerto adalah Asuhan Kebidanan ibu Nifas, Asuhan Ibu Bersalin, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana, Psikologi Kebidanan, Psikologi keperawatan dan Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal.

PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK DAN REMAJA

Vera Virgia, S.ST., M.Kes
Stikes Dian Husada Mojokerto

Konsep Pertumbuhan dan Perkembangan

Ada beberapa pendapat yang berbeda untuk memberi arti dari istilah pertumbuhan dan perkembangan. Untuk menghindari perbedaan penafsiran dari kedua istilah tersebut maka berikut ini dijelaskan pengertian pertumbuhan dan perkembangan.

A. Pertumbuhan

Pertumbuhan berkaitan dengan perubahan kuantitatif yang menyangkut peningkatan ukuran dan struktur biologis. Pertumbuhan adalah perubahan secara fisiologis sebagai hasil dari proses pematangan fungsi-fungsi fisik secara normal pada anak yang sehat dalam menjalani kehidupannya. Pertumbuhan dapat juga diartikan sebagai proses transmisi dari konstitusi fisik (keadaan tubuh atau jasmani) yang hereditas dalam bentuk proses aktif secara berkesinambungan. Pertumbuhan dapat diartikan juga perubahan fisik dan peningkatan ukuran (M. Ismail Makki, 2019).

Hasil dari pertumbuhan tersebut dapat diamati seperti bertambahnya ukuran-ukuran kuantitatif badan anak, seperti panjang, tinggi, berat. Pertumbuhan jasmani ini dapat diteliti dengan mengukur berat, panjang dan ukuran lingkaran, seperti lingkaran kepala, dada pinggul, lengan, berat badan dan lainlain. Dalam pertumbuhannya, setiap bagian tubuh itu mempunyai perbedaan tempo kecepatan. Umpamanya, pertumbuhan alat kelamin berlangsung sangat lambat pada masa kanak-kanak, akan tetapi mengalami perkembangan yang pesat pada masa pubertas. Namun sebaliknya pertumbuhan susunan saraf pusat paling cepat pada masa kanak-kanak kemudian menjadi lambat pada akhir masa kanak-kanak, dan relatif berhenti pada masa pubertas.

Pertumbuhan jasmani berakar pada organisme yang selalu berproses untuk menjadi (*the process of coming into being*). Organisme merupakan sistem yang mekar secara kontinu yang selalu beroperasi atau berfungsi, bersifat dinamis kecuali pada organ tertentu perubahan tersebut dibatasi. Perbedaan kecepatan tumbuh pada masing-masing bagian tubuh mengakibatkan adanya perbedaan dalam proporsi tubuh sehingga menimbulkan perbedaan pula dalam fungsinya. Umpamanya: kepala seorang bayi relatif lebih besar, sedangkan kaki dan tangannya relatif pendek jika dibandingkan dengan keadaan orang dewasa. Pada usia 2 tahun pertengahan badan berada di sekitar pusar, sedangkan pada orang dewasa pertengahan badannya berada di atas tulang kemaluannya (Suyahman, 2021). Contoh yang lain pertumbuhan indra penglihatan lebih cepat dari pertumbuhan otot-otot tangan dan kaki. Pertumbuhan tersebut dapat berjalan secara normal atau kurang normal.

B. Perkembangan

Perkembangan adalah peningkatan kompleksitas fungsi dan kemajuan keterampilan yang dimiliki individu untuk beradaptasi dengan lingkungan. Perkembangan merupakan aspek perilaku dari pertumbuhan, misalnya individu mengembangkan kemampuan untuk berjalan, berbicara, dan berlari dan melakukan suatu aktivitas yang semakin kompleks (Lalu Juntra Utama et al., 2021). Pengertian dari istilah perkembangan dapat dikemukakan bahwa perkembangan diartikan sebagai “pola gerakan atau perubahan yang dimulai pada waktu konsepsi dan berlanjut sepanjang siklus hidup”. Sebagian besar perkembangan mencakup pertumbuhan, walaupun ia mencakup penurunan. Pola gerakan bersifat kompleks karena merupakan hasil dari beberapa proses biologis, kognitif, dan sosial-emosional. Perkembangan juga dapat diartikan sebagai “perubahan yang progresif dan kontinu dalam organisasi organisme mulai dari lahir sampai meninggal”. Perubahan tersebut meliputi dua faktor yakni akibat kematangan dan pengalaman. Pengertian lain dari perkembangan adalah “perubahan-perubahan yang dialami individu atau organisme menuju tingkat kedewasaannya atau kematangannya (maturation) yang berlangsung secara sistematis, progresif dan berkesinambungan, baik dalam hal yang menyangkut fisik (jasmaniah) maupun psikis (rohaniah) (Drs. Suyahman, 2021). Pengertian perkembangan menurut (Dr. M. Shoffa Saifillah Al-Faruq & Dr. Sukatin, 2020) secara sistematis, progresif dan berkesinambungan dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Sistematis berarti perubahan dalam perkembangan itu bersifat saling kebergantungan atau saling mempengaruhi antara bagian-bagian organisme (fisik dan psikis) dan merupakan satu kesatuan yang harmonis. Psikologi Perkembangan Remaja prinsip ini adalah kemampuan anak untuk berjalan seiring dengan matangnya otot-otot kaki, dan keinginan remaja untuk memperhatikan lawan jenisnya seiring dengan matangnya organ seksual yang dimilikinya.
2. Progresif, berarti perubahan yang terjadi bersifat maju, meningkat dan mendalam (meluas) baik secara kuantitatif (fisik) maupun kualitatif (psikis). Contohnya, seperti terjadi perubahan proporsi dan ukuran fisik anak dari pendek menjadi tinggi dan dari kecil menjadi besar, selanjutnya perubahan pengetahuan dan kemampuan anak dari yang sederhana sampai kepada yang kompleks.
3. Berkesinambungan, berarti perubahan pada bagian atau fungsi organisme itu berlangsung secara beraturan atau berurutan, tidak terjadi secara kebetulan atau meloncatloncat. Contohnya, anak memiliki kemampuan untuk berjalan, dia harus menguasai tahapan perkembangan sebelumnya, yaitu kemampuan duduk, merangkak dan berdiri.

Istilah pertumbuhan dan perkembangan keduanya mengacu pada proses dinamis. Pertumbuhan dan perkembangan walaupun sering digunakan secara bergantian, keduanya memiliki makna yang berbeda. Pertumbuhan dan perkembangan merupakan proses yang berkelanjutan, teratur, dan berurutan yang dipengaruhi oleh faktor maturasi, lingkungan, dan genetik (Lalu Juntra Utama et al., 2021).

Tahapan Pertumbuhan dan Perkembangan pada Anak dan Remaja

Pada masa anak-anak dibagi menjadi 2 tahapan yaitu masa kanak-kanak dini (2-6 tahun) dan akhir masa kanak-kanak. Masa kanak-kanak dini merupakan masa prasekolah/prakelompok. Anak mulai berusaha mengendalikan lingkungannya dan menyesuaikan diri secara sosial. Keterampilan fisik sudah mulai tampak berupa aktivitas aktif. Sedangkan masa kanak-kanak akhir merupakan periode dimana kematangan organ seksual mulai terjadi dan memasuki masa remaja yang berbeda-beda untuk setiap jenis kelamin. Perempuan mengalaminya pada usia 6–13 tahun, sedangkan laki-laki pada usia 12–14 tahun. Perkembangan utamanya adalah sosialisasi pada masa sekolah atau kelompok (Rahma et al., 2021).

Masa remaja merupakan masa transisi perkembangan antara masa anak dan masa dewasa, dimulai dengan pubertas, ditandai dengan perubahan yang pesat dalam berbagai aspek perkembangan, baik fisik maupun psikis. Perubahan fisik yang terjadi pada remaja 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.

WHO menetapkan batas usia 10-20 tahun sebagai batasan usia remaja. WHO menyatakan walaupun definisi di atas terutama di dasarkan pada usia kesuburan (fertilitas) wanita, batasan tersebut berlaku juga untuk remaja pria dan WHO membagi kurung usia dalam dua

bagian, yaitu remaja awal 10-14 tahun dan remaja akhir 15-20 tahun

A. Perubahan Fisik pada Anak dan Remaja

1. Perubahan Fisik pada anak

Pertumbuhan selama periode ini rata-rata 3-3,5 kg dan 6cm atau 2,5 inchi pertahunnya. Lingkar kepala tumbuh hanya 2-3 cm selama periode ini, menandakan pertumbuhan otak yang melambat karena proses mielinisasi sudah sempurna pada usia 7 tahun. Anak laki-laki usia 6 tahun, cenderung memiliki berat badan sekitar 21 kg, kurang lebih 1 kg lebih berat daripada anak perempuan. Rata-rata kenaikan berat badan anak usia sekolah 6 – 12 tahun kurang lebih sebesar 3,2 kg per tahun. Periode ini, perbedaan individu pada kenaikan berat badan disebabkan oleh faktor genetik dan lingkungan (Lalu Juntra Utama et al., 2021).

Pada masa ini, ada perubahan fisik pada anak yang terjadi meliputi:

- a. Pertambahan tinggi dan berat badan
- b. Perubahan perkembangan pada motorik halus
- c. Pertumbuhan gigi sekunder dan kendali jari dan pergelangan tangan.

2. Perubahan Fisik pada Remaja

Perubahan fisik yang terjadi pada remaja 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 (Muri'ah & Dr. Khusnul Wardan, 2020).

Perubahan fisik pada remaja pria meliputi:

- a. Membesarnya ukuran penis dan buah pelir
- b. Tumbuhnya bulu kapuk disekitar kemaluan, ketiak, dan diwajah.
- c. Perubahan suara menjadi agak membesar
- d. Terjadnya ejakulasi pertama biasanya melalui maturbasi atau onani atau "*web dream*" (mimpi basah).

Sementara perubahan fisik pada remaja wanita ditandai dengan

- a. Menstruasi pertama
- b. Mulai membesarnya payudara
- c. Tumbuhnya bulu kapuk di sekitar ketiak dan kelamin.
- d. Membesarnya/atau melebarnya ukuran pinggul. Puncak pertumbuhan fisik masa pubertas adalah pada usia 11,5 tahun pada remaja wanita, dan usia 13,5 tahun bagi remaja pria.

B. Perubahan Kognitif pada anak dan Remaja

1. Perkembangan kognitif pada anak

Menurut Piaget perkembangan kognitif pada anak terdiri dari beberapa tahapan:

a. *Concrete operational* (7 – 11 tahun)

Fase ini, pemikiran meningkat atau bertambah logis dan koheren. Anak mampu mengklasifikasi benda dan perintah dan menyelesaikan masalah secara konkret dan sistematis berdasarkan apa yang mereka terima dari lingkungannya. Kemampuan berpikir anak sudah rasional, imajinatif, dan dapat menggali objek atau situasi lebih banyak untuk memecahkan masalah. Anak sudah dapat berpikir konsep tentang waktu dan mengingat kejadian yang lalu serta menyadari kegiatan yang dilakukan berulang-ulang, tetapi pemahamannya belum mendalam, selanjutnya akan semakin berkembang di akhir usia sekolah atau awal masa remaja.

b. *Formal operation* (11 – 15 tahun)

Tahapan ini ditunjukkan dengan karakteristik kemampuan beradaptasi dengan lingkungan dan kemampuan untuk fleksibel terhadap lingkungannya. Anak remaja dapat berpikir dengan pola yang abstrak menggunakan tanda atau simbol dan menggambarkan kesimpulan yang logis. Mereka dapat membuat dugaan dan mengujinya dengan pemikiran yang abstrak, teoritis, dan filosofis. Pola berpikir logis membuat mereka mampu berpikir tentang apa yang orang lain juga memikirkannya dan berpikir untuk memecahkan masalah (Lalu Juntra Utama et al., 2021).

Kemampuan membaca biasanya berkembang dengan baik di akhir masa kanak-kanak dan bacaan yang dibaca anak biasanya dipengaruhi oleh keluarga. Setelah usia 9 tahun, kebanyakan anak termotivasi oleh dirinya sendiri. Mereka bersaing dengan diri sendiri dan mereka senang membuat rencana kedepan, mencapai usia 12 tahun, mereka termotivasi oleh dorongan di dalam diri, bukan karena kompetisi dengan teman sebaya. Mereka senang berbicara, berdiskusi mengenai berbagai subjek dan berdebat.

Menurut (Parnawi, 2021) adapun perubahan kognitif pada masa anak-anak yaitu:

- a. Mampu berfikir logis
- b. Memahami benda dan pikiran
- c. Membayangkan suatu peristiwa tanpa harus mengalaminya terlebih dahulu
- d. Memahami bahwa tinjauan orang lain berbeda dengan mereka
- e. Menggunakan kognisi untuk memecahkan masalah

2. Perkembangan Kognitif pada Remaja

Menurut (Octavia, 2020) Perkembangan kognitif adalah perkembangan kemampuan (kapasitas) individu untuk memanipulasi dan menyimak informasi. Menurut Jean Piaget, perkembangan kognitif remaja berada pada tahap “formal operation stage” yaitu tahap ke empat atau terakhir dari tahapan perkembangan kognitif. Tahapan berpikir formal ini terdiri atas 2 periode, yaitu:

- a. *Early formal operation thought*, yaitu kemampuan remaja untuk berpikir dengan cara hipotetis yang menghasilkan pikiran-pikiran sukarela (bebas) tentang berbagai kemungkinan yang tidak terbatas. Dalam periode awal ini remaja mempersepsi dunia sangat bersifat subjektif dan idealistik.
- b. *Late Formal Operation Thought*, yaitu remaja mulai menguji pikirannya yang berlawanan dengan pengalamannya dan mengembalikan keseimbangan intelektualnya. Melalui rekomendasi (penyesuaian terhadap informasi atau hal baru), remaja mulai menyesuaikan terhadap bencana atau kondisi pancaroba yang telah dialaminya.

C. Perkembangan Moral

1. Perkembangan Moral Anak

Perkembangan moral anak menurut Kohlberg yang dikutip (Rachmawati et al., 2021) didasarkan pada perkembangan kognitif anak dan terdiri atas tiga tahapan utama, yaitu: (1) *preconventional*; (2) *conventional*; (3) *postconventional*.

a. Fase *Preconventional*

Anak belajar baik dan buruk, atau benar dan salah melalui budaya sebagai dasar dalam menetapkan nilai moral. Fase ini terdiri dari tiga tahapan. Tahap satu didasari oleh adanya rasa egosentris pada anak, yaitu kebaikan adalah seperti apa yang saya mau, rasa cinta dan kasih sayang akan menolong memahami tentang kebaikan, dan sebaliknya ekspresi kurang perhatian bahkan membencinya akan membuat mereka mengenal keburukan.

Tahap dua, yaitu orientasi hukuman dan ketaatan dan ketaatan, baik dan buruk sebagai suatu konsekuensi dan tindakan. Tahap selanjutnya, yaitu anak berfokus pada motif yang menyenangkan sebagai suatu kebaikan. Anak menjalankan aturan sebagai sesuatu yang memuaskan mereka sendiri, oleh karena itu hati-hati apabila anak memukul temannya dan orangtua tidak memberikan sanksi. Hal ini akan membuat anak berpikir bahwa tindakannya bukan merupakan sesuatu yang buruk.

b. *Fase Conventional*

Pada tahap ini, anak berorientasi pada mutualitas hubungan interpersonal dengan kelompok. Anak sudah mampu bekerjasama dengan kelompok dan mempelajari serta mengadopsi norma-norma yang ada dalam kelompok selain norma dalam lingkungan keluarganya. Anak mempersepsikan perilakunya sebagai suatu kebaikan ketika perilaku anak menyebabkan mereka diterima oleh keluarga atau teman sekelompoknya. Anak akan mempersepsikan perilakunya sebagai suatu keburukan ketika tindakannya mengganggu hubungannya dengan keluarga, temannya, atau kelompoknya. Anak melihat keadilan sebagai hubungan yang saling menguntungkan antar individu. Anak mempertahankannya dengan menggunakan norma tersebut dalam mengambil keputusannya, oleh karena itu penting sekali adanya contoh karakter yang baik, seperti jujur, setia, murah hati, baik dari keluarga maupun teman kelompoknya.

c. Fase *Postconventional*

Anak usia remaja telah mampu membuat pilihan berdasar pada prinsip yang dimiliki dan yang diyakini. Segala tindakan yang diyakininya dipersepsikan sebagai suatu kebaikan. Ada dua fase pada tahapan ini, yaitu orientasi pada hukum dan orientasi pada prinsip etik yang umum. Pada fase pertama, anak menempatkan nilai budaya, hukum, dan perilaku yang tepat yang menguntungkan bagi masyarakat sebagai sesuatu yang baik. Mereka mempersepsikan kebaikan sebagai sesuatu yang dapat mensejahterakan individu. Tidak ada yang dapat mereka terima dari lingkungan tanpa membayarnya dan apabila menjadi bagian dari kelompok mereka harus berkontribusi untuk pencapaian kelompok. Fase kedua dikatakan sebagai tingkat moral tertinggi, yaitu dapat menilai perilaku baik dan buruk dari dirinya sendiri. Kebaikan dipersepsikan ketika mereka dapat melakukan sesuatu yang benar. Anak sudah dapat mempertahankan perilaku berdasarkan *standard* moral yang ada, seperti menaati aturan dan hukum yang berlaku di masyarakat.

2. Perkembangan Moral Remaja

Melalui pengalaman atau berinteraksi sosial dengan orang tua, guru, teman sebaya, atau orang dewasa lainnya, tingkat moralitas remaja sudah lebih matang jika dibandingkan dengan usia anak. Mereka sudah lebih mengenal tentang nilai-nilai moral atau konsep-konsep moralitas seperti kejujuran, keadilan, kesopanan, dan kedisiplinan.

Pada masa ini muncul dorongan untuk melakukan perbuatan-perbuatan yang dapat dinilai baik oleh orang lain. Remaja berperilaku bukan hanya untuk memenuhi kepuasan fisiknya, tetapi psikologis (rasa puas dengan adanya penerimaan dan penilaian positif dari orang lain tentang perbuatannya).

D. Perubahan Psikososial pada Anak dan Remaja

1. Perubahan Psikososial pada Anak

Pendekatan Erikson dalam membahas proses perkembangan anak adalah dengan menguraikan lima tahapan perkembangan psikososial, yaitu: percaya versus tidak percaya (0–1 tahun), Otonomi versus rasa malu dan ragu (1–3 tahun), Inisiatif versus rasa bersalah (3–6 tahun), *Industry versus inferiority* (6–12 tahun), Identitas versus kerancuan peran (12–18 tahun).

a. *Industry versus inferiority* (6-12 tahun)

Anak akan belajar untuk bekerjasama dengan bersaing dengan anak lainnya melalui kegiatan yang dilakukan, baik dalam kegiatan akademik maupun dalam pergaulan melalui permainan yang dilakukan bersama. Otonomi mulai berkembang pada anak di fase ini, terutama awal usia 6 tahun dengan dukungan keluarga terdekat. Perubahan fisik, emosi, dan sosial pada anak yang terjadi mempengaruhi gambaran anak terhadap tubuhnya (*body image*). Interaksi sosial lebih luas dengan teman, umpan balik berupa kritik dan evaluasi dari teman atau lingkungannya mencerminkan penerimaan dari kelompok akan membantu anak semakin mempunyai konsep diri yang positif.

Perasaan sukses dicapai anak dengan dilandasi adanya motivasi internal untuk beraktivitas yang mempunyai tujuan. Kemampuan anak untuk berinteraksi sosial lebih luas dengan teman dilingkungannya dapat memfasilitasi perkembangan perasaan sukses (*sense of industry*).

Perasaan tidak adekuat dan rasa *inferiority* atau rendah diri akan berkembang apabila anak terlalu mendapat tuntutan dari lingkungannya dan anak tidak berhasil memenuhinya. Harga diri yang kurang pada fase ini akan mempengaruhi tugas-tugas untuk fase remaja dan dewasa. Pujian atau penguatan (*reinforcement*) dari orangtua atau orang dewasa terhadap prestasi yang dicapainya menjadi begitu penting untuk menguatkan perasaan berhasil dalam melakukan sesuatu.

b. Identitas versus kerancuan peran (12-18 tahun)

Anak remaja akan berusaha untuk menyesuaikan perannya sebagai anak yang sedang berada pada fase transisi dari kanak-kanak menuju dewasa. Mereka menunjukkan perannya dengan bergaya sebagai remaja yang sangat dekat dengan kelompoknya, bergaul dengan mengadopsi nilai kelompok dan lingkungannya, untuk dapat mengambil keputusannya sendiri. Kejelasan identitas diperoleh apabila ada kepuasan yang diperoleh dari orangtua atau lingkungan tempat ia berada, yang membantunya melalui proses pencarian identitas diri sebagai anak remaja, sedangkan ketidakmampuan dalam

mengatasi konflik akan menimbulkan kerancuan peran yang harus dijalankannya (Supartini, 2004).

Menurut Erikson, tugas utama anak usia sekolah adalah pada fase *industry versus inferiority*. Pada masa ini, anak-anak mulai membentuk dan mengembangkan rasa kompetensi dan ketekunan. Anak usia sekolah termotivasi oleh berbagai kegiatan yang membuatnya merasa berguna. Mereka berfokus pada upaya menguasai berbagai keterampilan yang akan membuat mereka berfungsi di dunia dewasa. Meskipun berjuang keras untuk sukses, anak pada usia ini selalu dihadapkan pada kemungkinan gagal yang dapat menimbulkan perasaan inferior. Anak-anak yang dapat mencapai sukses pada tahap sebelumnya akan termotivasi untuk tekun dan bekerjasama dengan anak-anak yang lain untuk mencapai tujuan umum (Dr. M. Shoffa Saifillah Al-Faruq & Dr. Sukatin, 2020).

2. Perubahan Psikososial pada Remaja

Perkembangan Sosial pada masa remaja berkembang “*social cognition*” yaitu kemampuan untuk memahami orang lain. Remaja memahami orang lain sebagai individu yang unik, baik menyangkut sifat-sifat pribadi, minat nilai-nilai maupun perasaan. Pemahamannya ini, mendorong remaja untuk menjalin hubungan sosial yang lebih akrab dengan mereka (terutama teman sebaya), baik melalui jalinan persahabatan maupun percintaan (pacaran).

Dalam hubungan persahabatan, remaja memilih teman yang memiliki kualitas psikologis yang relatif sama dengan dirinya, baik menyangkut interes, sikap, nilai, dan kepribadian(Dr. Ahmad Susanto, 2018).

Pada masa ini juga berkembang sikap ‘*conformity*’ yaitu kecenderungan untuk menyerah atau mengikuti opini, pendapat, nilai, kebiasaan, kegemaran (hobby) atau keinginan orang lain (teman sebaya). Perkembangan sikap konformitas pada remaja dapat memberikan dampak yang positif maupun yang negatif bagi dirinya.

Penyesuaian sosial ini dapat diartikan sebagai “kemampuan untuk mereaksi secara tepat terhadap realitas sosial, situasi, dan relasi. Remaja dituntut untuk memiliki kemampuan penyesuaian sosial ini, baik dalam lingkungan keluarga, sosia, dan masyarakat.

Fase-Fase Perkembangan Anak dan Remaja

Fase perkembangan dapat diartikan sebagai penahapan atau periode rentang perjalanan kehidupan individu yang diwarnai ciri-ciri khusus atau pola-pola tingkahlaku tertentu. Mengenai periode perkembangan ini, ada beberapa pendapat. Elizabeth Hurlock mengemukakan penahapan perkembangan individu, yakni sebagai berikut:

1. Tahap I: Fase *prenatal* (sebelum lahir), mulai masa konsepsi sampai proses kelahiran, yaitu sekitar 9 bulan.
2. Tahap II: *Infancy* (orok), mulai lahir sampai usia 10 atau 14 hari
3. Tahap III: *Babyhood* (bayi). Mulai dari 2 minggu sampai usia 2 tahun.

4. Tahap IV: *Childhood* (kanak-kanak), mulai 2 tahun sampai masa remaja (puber)
5. Tahap V : *Adolescence/puberty*, mulai usia 11 atau 13 tahun sampai usia 21 tahun.
 - a. *Pre adolescence*, pada umumnya wanita usia 11-13 tahun sedangkan pria lebih lambat dari itu,
 - b. *Early adolescence*, pada usia 16-17 tahun,
 - c. *Late adolescence*, masa perkembangan yang terakhir sampai masa usia kuliah di perguruan tinggi. (Apriza et al., 2020)

Tugas-Tugas Perkembangan Anak dan Remaja

1. Tugas-tugas perkembangan Anak

Pada masa ini anak memasuki masa belajar di dalam dan diluar sekolah. Anak belajar di sekolah, tetapi membuat latihan pekerjaan rumah yang mendukung hasil belajar disekolah. Aspek perilaku banyak dibentuk melalui penguatan (*reinforcement*) verbal, keteladanan, dan identifikasi. Anak-anak pada masa ini harus menjalani tugas-tugas perkembangan, yaitu:

- a. Mempelajari keterampilan fisik yang diperlukan untuk permainan yang umum.
- b. Membentuk sikap sehat mengenai dirinya sendiri.
- c. Belajar bergaul dan menyesuaikan diri dengan teman-teman seusianya.
- d. Mulai mengembangkan peran sosial pria atau wanita yang tepat.
- e. Mengembangkan keterampilan dasar: membaca, menulis, dan berhitung.
- f. Mengembangkan pengertian atau konsep yang diperlukan untuk kehidupan sehari-hari.

- g. Mengembangkan hati nurani, nilai moral, tata dan tingkatan nilai sosial.
- h. Meperoleh kebebasan pribadi.
- i. Mengembangkan sikap terhadap kelompok-kelompok sosial dan lembaga- lembaga (Rinda Fauzian, 2020).

2. Tugas-tugas Perkembangan Remaja

Berkaitan dengan tugas perkembangan remaja Menurut Hurlock (1990), seluruh tugas perkembangan pada masa remaja dipusatkan pada penanggulangan sikap dan pola perilaku yang kekanak-kanakan dan mengadakan persiapan untuk menghadapi masa dewasa.

Menurut Havighurst, tugas-tugas perkembangan remaja adalah sebagai berikut:

- a. Mencapai hubungan baru dan yang lebih matang dengan teman sebaya baik pria maupun wanita.
- b. Mencapai peran sosial sebagai pria atau wanita.
- c. Menerima keadaan fisiknya dan menggunakan secara efektif
- d. Mencapai kemandirian emosional dari orang tua dan orang dewasa lainnya
- e. Mencapai jaminan kemandirian ekonomi.
- f. Memilih dan mempersiapkan karier (pekerjaan)
- g. Mempersiapkan pernikahan dan hidup berkeluarga
- h. Mengembangkan keterampilan intelektual dan konsep-konsep yang diperlukan bagi warga negara.

- i. Mencapai tingkah laku yang bertanggung jawab secara sosial
- j. Memperoleh perangkat nilai dan sistem etika sebagai petunjuk/pembimbing dalam bertingkah laku.
- k. Beriman dan bertakwah kepada tuhan yang Maha Esa (Rinda Fauzian, 2020).

Dari beberapa tugas-tugas perkembangan remaja tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa jenis perkembangan remaja itu pada dasarnya mencakup segala persiapan diri untuk memasuki jenjang dewasa, yang intinya bertolak dari tugas perkembangan fisik dan tugas perkembangan sosio-psikologis.

Daftar Pustaka

- Apriza, A., Fatmayanti, A., Ulfiana, Q., Ani, M., Dewi, R. K., Amalia, R., Astuti, A., Harwijayanti, B. P., Mukhoirotin, M., & Pertami, S. B. (2020). *Konsep Dasar Keperawatan Maternitas*. Yayasan Kita Menulis. <https://books.google.co.id/books?id=bJ4MEAAQBAJ>
- Dr. Ahmad Susanto, M. P. (2018). *Bimbingan dan Konseling di Sekolah: Konsep, Teori, dan Aplikasinya*. Kencana. <https://books.google.co.id/books?id=TuNiDwAAQBAJ>
- Dr. M. Shoffa Saifillah Al-Faruq, M. P. I., & Dr. Sukatin, S. P. I. M. P. I. (2020). *Psikologi Perkembangan*. Deepublish. <https://books.google.co.id/books?id=ki0yEAAAQBAJ>
- Drs. Suyahman, M. S. M. H. (2021). *Perkembangan Peserta Didik*. Penerbit Lakeisha. <https://books.google.co.id/books?id=PVgjEAAAQBAJ>
- Lalu Juntra Utama, S. S. T. M. S., Yohanes Don Bosko Demu, S. K. M. M. P. H., & Indonesia, M. S. (2021). *Dasar-Dasar Penanganan Gizi Anak Sekolah*. Media Sains Indonesia. <https://books.google.co.id/books?id=tFosEAAAQBAJ>
- M. Ismail Makki, M. P. (2019). *KONSEP DASAR BELAJAR DAN PEMBELAJARAN*. Duta Media Publishing. <https://books.google.co.id/books?id=GXz7DwAAQBAJ>
- Muri'ah, P. D. R. H. S., & Dr. Khusnul Wardan, M. P. (2020). *PSIKOLOGI PERKEMBANGAN ANAK DAN REMAJA*. Literasi Nusantara. <https://books.google.co.id/books?id=xGb5DwAAQBAJ>
- Octavia, S. A. (2020). *Motivasi Belajar Dalam Perkembangan Remaja*. Deepublish. <https://books.google.co.id/books?id=QmrSDwAAQBAJ>

- Parnawi, A. (2021). *Psikologi Perkembangan*. Deepublish.
- Rachmawati, D. W., Ghozali, M. I. A., Nasution, B., Firmansyah, H., Asiah, S., Ridho, A., Damayanti, I., Siagian, R., Aradea, R., & Marta, R. (2021). *TEORI & KONSEP PEDAGOGIK*. Penerbit Insania.
<https://books.google.co.id/books?id=z4VZEAAAQBAJ>
- Rahma, R. A., Sucipto, S., Ishaq, M., Affriyenni, Y., & Hidayati, S. (2021). *Pengembangan Metode Pembelajaran Jarak Jauh Pada Masa Pandemic Covid-19 Melalui Virtual Learning Dalam Optimalisasi Perkembangan Anak Usia Dini*. Bayfa Cendekia Indonesia.
- Rinda Fauzian, M. P. (2020). *Pengantar Psikologi Perkembangan*. CV Jejak (Jejak Publisher).
<https://books.google.co.id/books?id=wBcREAAAQBAJ>
- Suyahman, M. S. (2021). *Perkembangan Peserta Didik*. Penerbit Lakeisha.

Profil Penulis



Vera Virgia

Lahir di Jombang, 30 Agustus 1986. Dosen Stikes Dian Husada Mojokerto. Menyelesaikan pendidikan Kesehatan D3 Kebidanan tahun 2008 dan D4 Bidan Pendidik di Stikes Husada Jombang pada tahun 2009 serta menyelesaikan pendidikan S2 Magister Kedokteran Keluarga Di Universitas Sebelas Maret Tahun 2011. Mulai tahun 2010- sekarang menjadi dosen tetap di Stikes Dian Husada Mojokerto. Penulis mengajar mahasiswa kebidanan dan mengajar pada mahasiswa Keperawatan di Stikes Dian Husada Mojokerto. Penulis aktif dalam organisasi Ikatan Bidan Indonesia hingga sekarang dan penulis saat ini menjabat sebagai Sekretaris Badan Penjaminan Mutu di Stikes Dian Husada. Penulis pernah menjadi Narasumber/fasilitator di acara seminar kesehatan “Cegah Stunting dengan Menjaga 1000 Hari Pertama Kehidupan”. Penulis juga aktif dalam melaksanakan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat setiap tahun, dan penulis juga pernah mendapatkan hibah penelitian nasional. Selain itu, penulis aktif menulis di berbagai jurnal ilmiah. Buku yang pernah ditulis: Asuhan Neonatus, Bayi dan Balita Untuk Mahasiswa Kebidanan. Penulis berharap semoga selalu bisa menghasilkan karya dan buku yang sudah ditulis bisa bermanfaat bagi dosen, Mahasiswa dan Masyarakat umum.

Email Penulis: cadhlaq@gmail.com

MENSTRUASI

Lia Fitria, S.ST., M.Keb

Universitas Ibrahimy Sukorejo, Situbondo – Jawa Timur

Pendahuluan

Remaja merupakan proses masa perubahan dari anak – anak menuju dewasa yang meliputi perubahan biologis, psikologis dan social. Pada umumnya masa remaja di sebagian besar masyarakat dan budaya, dimulai pada usia 10 – 13 tahun dan berakhir 18 – 22 tahun (Notoatmodjo, 2011). Salah satu tanda dari pubertas pada remaja putri adalah dimulainya siklus menstruasi. Menstruasi dapat terjadi pada usia 11 – 16 tahun (Noeschi & Wahyurini , 2015). Menstruasi sebagai proses alamiah yang akan terjadi pada setiap remaja, dimana terjadinya proses pengeluaran darah dan itu menandakan bahwa organ kandungan telah berfungsi dengan matang. Menstruasi biasanya berlangsung selama 5 – 7 hari dengan kisaran darah yang keluar saat menstruasi adalah 35 – 50 ml dan tanpa bekuan darah (Hanifa, 2012).

Menstruasi merupakan perubahan fisiologis dalam tubuh perempuan yang terjadi secara berkala dan dipengaruhi oleh hormon reproduksi baik FSH - Estrogen atau LH - Progesteron. Hal ini biasa terjadi setiap bulan sejak *menarche* sampai *menopause*. Pada perempuan siklus menstruasi rata-rata terjadi sekitar 28 hari, walaupun hal ini berlaku umum, tetapi tidak semua perempuan memiliki siklus menstruasi yang sama,

kadang - kadang siklus terjadi setiap 21 hari hingga 30 hari (Mihm, Gangooly, & Muttukrishna, 2011).

Siklus menstruasi bervariasi pada tiap perempuan dan hampir 90% wanita memiliki siklus 25 - 35 hari dan hanya 10% yang memiliki siklus 28 hari. Perhitungan dalam satu siklus adalah pendarahan dimulai dari hari pertama yang kemudian dihitung sampai dengan hari terakhir yaitu satu hari sebelum pendarahan menstruasi bulan berikutnya dimulai. Pada beberapa perempuan memiliki siklus yang tidak teratur dan hal ini bisa menjadi indikasi adanya masalah kesuburan panjang siklus menstruasi dihitung dari hari pertama periode menstruasi (Reynolds, et al., 2018).

Anatomi Fisiologi Reproduksi Perempuan

Sistem reproduksi perempuan pada dasarnya terdiri dari organ reproduksi dalam (Internal) dan luar (Eksternal) yang memiliki fungsi berbeda - beda. Organ reproduksi dalam (internal) membentuk semua jalur reproduksi yang terdiri dari indung telur (ovarium) untuk menghasilkan telur, saluran rahim (tuba falopii) sebagai tempat berlangsungnya pembuahan, rahim termasuk leher rahim (uterus) tempat berkembangnya embrio menjadi janin dan vagina yang merupakan jalan lahir bagi janin. Organ reproduksi luar (eksternal) terdiri dari vulva, yang terdiri dari labia mayora, labia minora, mons pubis, klitoris, Glandula vestibularis mayor/kelenjar Bartholini, Glandula vestibularis minor. Vulva berfungsi sebagai jalan masuk sperma ke dalam tubuh wanita dan sebagai cara melindungi tubuh organ reproduksi dalam dari berbagai organisme penyebab infeksi (Puppo, 2011).

Organ Reproduksi Luar

(Puppo, 2011)

1. Mons pubis

Mons pubis merupakan tonjolan yang berlemak di sebelah ventral simfisis dan daerah supra pubis. Sebagian besar mons pubis terisi oleh lemak, jumlah jaringan lemak bertambah pada saat pubertas dan dapat berkurang setelah menopause. Saat dewasa, mons pubis tertutup oleh rambut kemaluan yang kasar.

2. Labia mayora

Organ yang terdiri atas dua lipatan yang memanjang berjalan ke kaudal dan dorsal dari mons pubis dan keduanya menutup rima pudendi (pudendal cleft). Permukaan dalamnya licin dan tidak mengandung rambut. Kedua labia mayora di bagian ventral menyatu dan terbentuk komisura anterior. Jika dilihat dari luar, labia mayora dilapisi oleh kulit yang mengandung banyak kelenjar lemak dan tertutup oleh rambut setelah masa pubertas.

3. Labia minora

Organ yang terdiri atas dua lipatan kulit kecil terletak di antara kedua labia mayora pada kedua sisi introitus vagina. Kedua labium minus membatasi suatu celah yang disebut sebagai vestibulum vagina. Labia minora ke arah dorsal berakhir dengan bergabung pada *aspectus medialis* labia mayora dan di sini pada garis mereka berhubungan satu sama lain berupa lipatan transversal yang disebut *frenulum labii*. Sementara itu, ke depan masing-masing minus terbagi menjadi bagian lateral dan medial. *Pars lateralis* kiri dan kanan bertemu membentuk sebuah lipatan di atas (menutup) glans klitoris disebut *preputium klitoridis*.

Kedua *pars medialis* kiri dan kanan bergabung di bagian kaudal klitoris membentuk frenulum klitoris. Labia minora tidak mengandung lemak dan kulit yang menutupnya berciri halus, basah dan agak kemerahan.

4. Klitoris

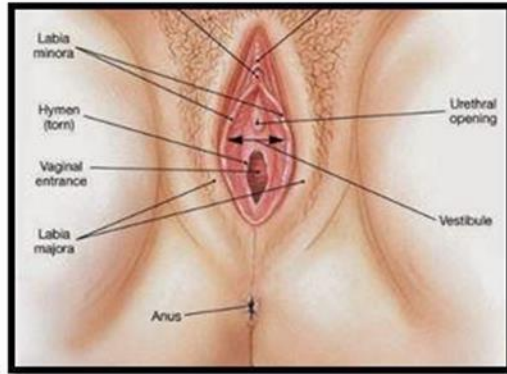
Terletak dorsal dari komisura anterior labia mayora dan hampir keseluruhannya tertutup oleh labia minora. Klitoris mempunyai tiga bagian yaitu krura klitoris, korpus klitoris dan glans klitoris. Klitoris tampaknya berfungsi sebagai pusat saraf untuk koitus. Stimulasi seksual menyebabkan pembengkakan dan pembesaran pembuluh darah. Ini membuat klitoris sangat sensitif terhadap gesekan penis yang dimasukkan. Orgasme pada wanita terdiri dari refleks yang mengakibatkan kontraksi kuat baik sukarela maupun otot-otot tak sadar dari pelvis dan viscera panggul. Mungkin hasil dari stimulasi klitoris bahkan tanpa adanya vagina.

5. Glandula vestibularis mayor/kelenjar Bartholini

Kelenjar yang bentuknya bulat/ovoid yang ada sepanjang dan terletak dorsal dari bulbus vestibule atau tertutup oleh bagian posterior bulbus vestibuli.

6. Glandula vestibularis minor

Glandula vestibularis minor mengeluarkan lendir ke dalam vestibulum vagina untuk melembapkan labia minora dan mayora serta vestibulum vagina. Organ ini adalah daerah dengan peninggian di daerah dengan peninggian di daerah median membulat terletak ventral dari simfisis pubis. Sebagian besar terisi oleh lemak. Setelah pubertas, kulit diatas tertutup rambut kasar.



Gambar 3.1 Struktur Anatomi Reproduksi Luar

Organ Reproduksi Dalam

(Rosner, Samardzic, & Sarao, 2021)

1. Vagina

Vagina adalah saluran muskulomembran yang membentang dari vulva ke serviks uterus. Di luar, vagina berhubungan erat ke kandung kemih dan uretra. Uretra terletak pada dua pertiga bagian bawah vagina dan trigonum kandung kemih terhadap sepertiga bagian atas. Jaringan memisahkan struktur ini disebut septa urethrovaginal dan vesicovaginal, masing-masing, dan terdiri dari jaringan pendukung fascia endopelvic. Itu dinding vagina posterior berhubungan dengan cul-de-sac peritoneum (kantong Douglas) di sepertiga atas, ke ampula rektum di sepertiga tengahnya, dan ke tubuh perineal di sepertiga bawahnya. Pada introitus, vagina berhubungan lateral dengan otot bulbocavernous. Secara superior, vagina bagian atas menyatu dengan leher rahim, yang diproyeksikan ke dalamnya dinding anteriornya. Sebagai hasil dari pengaturan ini, dinding posterior vagina lebih panjang dari dinding anterior sekitar 2-3 cm.

Relung vagina Kubah di atas serviks disebut forniks, yang paling dalam adalah forniks posterior. Panjang vagina biasanya 8-10 cm.

2. Himen

Adalah lipatan mukosa yang menutupi sebagian dari introitus vagina. Himen tidak dapat robek disebut hymen imperforatus. Terdapat beberapa bentuk himen antara lain himen anular, himen septal, himen kribiformis, himen parous.

3. Uterus dan Tuba fallopi

Uterus terdiri dari dua bagian: serviks uterus dan uterus tubuh. Serviks berbentuk silinder dan menunjuk ke bawah dan ke belakang. Itu mengukur Panjang 2,5 – 3 cm dan diameter 2-3 cm pada wanita dewasa tanpa tulang, tetapi ukurannya ukurannya bisa sangat bervariasi di antara wanita. Serviks terhubung ke tubuh rahim oleh isthmus. Vagina menempel pada leher rahim di sekitar bagian tengahnya (panjang) dan membagi serviks menjadi bagian - bagian vagina dan supravaginal. Di tengah dari bagian vagina serviks ada celah kecil, os eksternal, oleh dimana rongga uterus berkomunikasi dengan vagina. Kanal serviks memanjang dari os eksternal ke os internal anatomi, di mana ia terhubung dengan rongga rahim. Kanalis servikal berbentuk spindle, berukuran sekitar 8 mm pada lebar terbesarnya. Serviks mengeluarkan lendir yang mengalami perubahan siklus. Berikut menstruasi, jumlah lendir yang dikeluarkan oleh kelenjar endoserviks berkurang dan itu kental. Jumlah lendir meningkat hingga 30 kali lipat sebagai tanggapan terhadap peningkatan kadar estrogen selama paruh kedua fase folikuler.

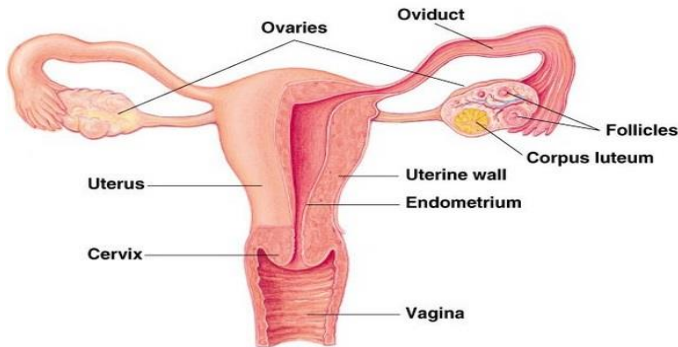
Uterus memiliki Panjang tubuh 7 - 7,5 cm, lebar 4,5 - 5 cm dan Ketebalan 5 - 3 cm. Itu terletak di panggul antara kandung kemih dan rektum. Itu bagian cephalic disebut fundus. Di kedua sisi fundus adalah uterus tanduk di mana saluran tuba bergabung dengan rahim. Rahim tersusun terutama sel otot polos dibungkus peritoneum di luar. Di bagian dalam uterus ada rongga yang dilapisi endometrium. Ini seperti celah dan segitiga bentuk. Rahim memiliki potensi luar biasa untuk tumbuh. Itu bisa tumbuh dari 50 - 100 g dalam keadaan tidak hamil hingga lebih dari 1 kg selama kehamilan. Uterus endometrium juga berubah di bawah pengaruh hormon ovarium, berkembang dari ketebalan kurang dari 5 mm selama fase folikuler awal dan dalam wanita menopause, hingga lebih dari 10 mm di bawah pengaruh estrogen.

Saluran tuba (tuba fallopi) menghubungkan ovarium dengan uterus. Mereka panjangnya sekitar 10-12 cm. Fungsi reproduksi mereka melibatkan pengumpulan sel telur dan transportasi, transportasi sperma, membantu pembuahan dan embrio awal pengembangan, dan transportasi konsepsi ke rahim. Saluran tuba adalah di bawah pengaruh hormon ovarium: motilitasnya berubah karena viskositasnya dari cairan tuba dan aksi siliaris sel mukosa berubah secara siklikal.

4. Ovarium

Ukuran dan bentuk ovarium tergantung umur dan stadium siklus menstruasi. Bentuk ovarium sebelum ovulasi adalah ovoid dengan permukaan licin dan berwarna merah muda keabu - abuan. Setelah berkali-kali mengalami ovulasi, maka permukaan ovarium tidak rata/licin karena banyaknya jaringan parut (cicatrix) dan warnanya berubah menjadi abu - abu. Pada dewasa muda ovarium berbentuk ovoid

pipih dengan panjang kurang lebih 4 cm, lebar kurang lebih 2 cm, tebal kurang lebih 1 cm dan beratnya kurang lebih 7 gram. Posisi ovarium tergantung pada posisi uterus karena keduanya dihubungkan oleh ligament - ligamen.



Gambar 3.2 Struktur Anatomi Reproduksi Dalam
(Sumber: Sobotta. Atlas Anatomi Manusia. EGC)
(PABST & PUTZ, 1997)

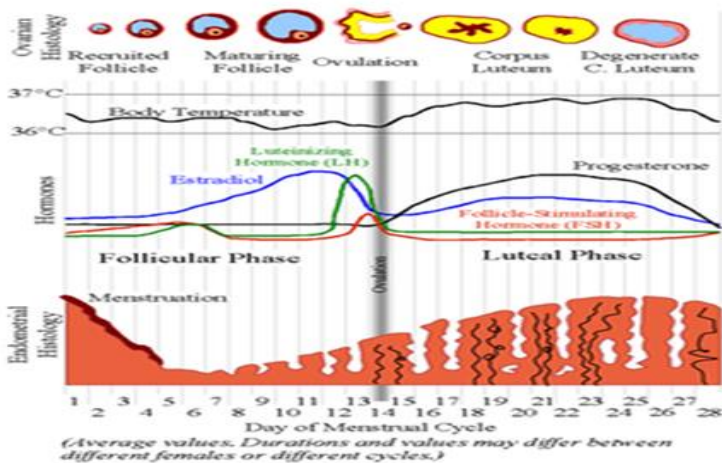
Fisiologi Siklus Menstruasi

Sistem reproduksi perempuan, tidak seperti laki - laki, menunjukkan perubahan siklus teratur yang secara teleologis dapat dianggap sebagai persiapan berkala untuk kehamilan dan pembuahan. Pada primata dan manusia, siklusnya adalah siklus menstruasi, dan cirinya yang paling mencolok adalah perdarahan pervaginam berkala yang terjadi dengan keluarnya lendir rahim (menstruasi). Panjang siklus sangat bervariasi, tetapi angka rata-rata adalah 28 hari dari awal satu periode menstruasi ke awal berikutnya. Dengan penggunaan umum, hari-hari siklus diidentifikasi dengan angka yang dimulai dengan hari pertama menstruasi. Ini dimulai saat pubertas, mulai dari usia 10 hingga 16 tahun, dan berakhir saat menopause pada usia rata-rata 51 tahun (Thiyagarajan, Basit, & Jeanmonod, 2022).

Folikel adalah mesin dari siklus ovarium. Hormon serum berubah selama siklus menstruasi. Fase folikuler Siklus menstruasi dimulai dengan hari pertama haid tetapi pertumbuhan folikel dimulai selama beberapa hari terakhir fase luteal siklus menstruasi sebelumnya. Menjelang akhir fase luteal sebelumnya, plasma kadar progesteron, estrogen dan inhibin A menurun karena kematian corpus luteum, dan peningkatan FSH terjadi (hari 1-4). FSH memulai rekrutmen kohort folikel (folikel antral). Folikel ini mulai mengembangkan dan mengeluarkan hormon steroid serta memperoleh FSH dan LH reseptor. Dari pertengahan fase folikuler dan seterusnya, kadar estrogen meningkat terus, mengarah ke lonjakan estradiol. Sejalan dengan peningkatan ini, ada peningkatan kadar 17- α -hidroksi progesteron, testosteron, androstenedion dan inhibin. Tingkat FSH mulai menurun karena umpan balik negatif estrogen dan khususnya inhibin B yang disekresi oleh mengembangkan folikel. Menanggapi penurunan FSH, pengembangan folikel yang berdekatan dihambat (hari 5-7). Ini mengarah ke fase preovulasi (hari 8-12) di mana FSH mulai naik lagi. Di akhir fase itu LH lonjakan, memicu ovulasi. Setelah lonjakan, kadar LH, FSH dan estradiol turun dengan cepat dan kadar progesteron dan inhibin A mulai meningkat. Paruh pertama siklus selesai. Panjang fase folikuler bervariasi dan tergantung pada tingkat pematangan folikel preantral utama. Ovulasi Sebelum ovulasi, sekresi estrogen oleh folikel preovulasi meningkat secara dramatis dan memulai lonjakan LH. Prasyarat untuk lonjakan adalah tingkat estradiol > 650 pmol / l atau dua kali lipat dari tingkat estradiol sebelumnya selama 48–50 jam. LH memulai proses luteinisasi sel granulosa dan sekresi progesteron. Selama 34-36 jam setelah timbulnya gelombang LH, ovulasi terjadi. Puncak lonjakan LH adalah 10-16 jam sebelum ovulasi. Lonjakan LH juga memulai kembalinya meiosis di oosit, diikuti oleh pelepasan tubuh

kutub pertama. Sebelum ovulasi, tonjolan kecil pada folikel dinding, yang disebut stigma, muncul dan mewakili lokasi di mana pecah terjadi dengan pelepasan kompleks oosit-kumulus. Mekanisme persisnya pecahnya folikel tidak diketahui tetapi diyakini melibatkan proteolitik Enzim, seperti kolagenase, plasmin dan prostaglandin. Dalam beberapa siklus, ovum tidak dilepaskan, yang telah memunculkan konsep luteinized unruptured follicle syndrome (LUFS), tetapi prosesnya tampak sama sering pada wanita subur, dan juga infertil. Namun, wanita dirawat dengan tinggi dosis inhibitor prostaglandin sintetase seperti indometasin dapat berkembang folikel yang tidak rusak luteinized. Wanita yang mencari kesuburan disarankan untuk menghindari penggunaan obat-obatan yang menghambat sintesis prostaglandin di pertengahan siklus sesaat sebelum ovulasi. Fase luteal Setelah ovulasi, folikel mengalami perubahan yang nyata pada struktur dan fungsi. Sel-sel granulosa berubah: mereka membesar dan menjadi sel granulosa-lutein, dikelilingi oleh sel theca-lutein yang baru terbentuk. Mereka mengandung pigmen kuning (lipofuscin), karenanya dinamai lutein. Fase luteal dari siklus ini ditandai dengan meningkatnya progesteron plasma dan 17- α konsentrasi hidroksiprogesteron yang memuncak sekitar delapan hari setelah LH lonjakan, naiknya estradiol luteal dan kadar estron yang memuncak untuk kedua kalinya, hingga tingkat agak lebih rendah, dan kemudian puncak preovulasi. Pada fase luteal, inhibin. Perubahan level sejajar dengan naik turunnya progesteron dan estradiol. FSH, LH, testosteron dan androstenedion menurun ke level terendah di siklus. Nadir FSH dan LH adalah karena umpan balik negatif dari estradiol, progesteron dan inhibin A, dan menghentikan kohort folikel baru berkembang.

Meskipun tingkat estradiol relatif tinggi, itu tidak menghasilkan lonjakan LH dan FSH karena tingginya kadar progesteron. Jika kehamilan tidak terjadi, fungsi corpus luteum mulai menurun dengan cepat sembilan hingga 11 hari setelah ovulasi, suatu proses yang dikenal sebagai luteolisis. Ini mengarah pada pembentukan bekas luka berserat, corpus albicans. Tingkat estradiol, progesteron dan menghambat Jatuh, FSH mulai meningkat dan sekelompok folikel baru direkrut. Fungsi corpus luteum adalah (1) untuk mengeluarkan progesteron, (2) untuk menyiapkan endometrium prima-estrogen untuk menerima sel telur yang dibuahi, dan (3) untuk mempertahankan kehamilan dini. Korpus luteum terutama di bawah pengaruh LH. Namun, LH atau human chorionic gonadotropin (hCG) administrasi selama fase luteal wanita normal dapat memperpanjang kehidupan fungsional corpus luteum dan sekresi progesteron hingga dua minggu tambahan. Panjang fase luteal relatif konstan pada sekitar 13-15 hari.



Gambar 3.3 Proses Siklus Menstruasi
(Sumber: Wikimedia, 2022)

Daftar Pustaka

- Hanifa, W. (2012). *Ilmu Kebidanan Edisi Keempat*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Mihm, M., Gangooly, S., & Muttukrishna, S. (2011). The normal menstrual cycle in women. *J. Animal Reproduction Science* , 229 – 236.
- Noeschi, K., & Wahyurini , O. D. (2015). Perancangan Buku Visual Informasi Kesehatan Reproduksi, Menstruasi dan Pubertas untuk Remaja Putri Usia 12-15 Tahun. *JURNAL SAINS DAN SENI ITS*, F70 - F75.
- Notoatmodjo, S. (2011). *Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- PABST, R., & PUTZ, R. (1997). *SOBOTTA. ATLAS ANATOMI MANUSIA*. Jakarta: EGC.
- Puppo, V. (2011). Embryology and anatomy of the vulva: the female orgasm and women's sexual health. *European Journal Of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 3 - 8.
- Reynolds, T. A., Makhanova, A., Marcinkowska, U. M., Jasienska, G., McNulty, J. K., Eckel, L. A., . . . Maner, J. K. (2018). Progesterone and women's anxiety across the menstrual cycle. *elsevier*, 34 - 40.
- Rosner, J., Samardzic, T., & Sarao, M. S. (2021). *Physiology, Female Reproduction*. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).
- Thiyagarajan, D. K., Basit, H., & Jeanmonod, R. (2022). *Physiology, Menstrual Cycle*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Profil Penulis



Lia Fitria

Penulis menyelesaikan Pendidikan D3 Kebidanan di Universitas PGRI Adi Buana Surabaya (2008), D4 Kebidanan di Stikes Insan Unggul Surabaya (2010), S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung (2017). Saat ini mengabdikan diri di Universitas Ibrahimy Situbondo Jawa Timur di Fakultas Ilmu Kesehatan sebagai dosen. Implementasi dalam melaksanakan tri dharma perguruan tinggi yaitu dengan bertanggung jawab untuk memberikan dukungan dan memfasilitasi pengajaran, pembelajaran pada program kebidanan, penelitian dan pengabdian masyarakat khususnya di asuhan kebidanan komplementer yang islami dan berbasis Kesehatan keluarga.

Email Penulis: leeafitria@gmail.com

KEKURANGAN GIZI PADA WANITA USIA SUBUR

Ns. Lisnawati Nur Farida, M.Kep

(Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati Jakarta)

Pendahuluan

Usia subur merupakan waktu ketika sistem reproduksi wanita sedang berada pada puncaknya. Usia ini dimulai pada akhir masa remaja, yaitu usia 15 hingga 49 tahun. Pada rentang usia ini kemungkinan terjadinya kehamilan sangat tinggi. Di Indonesia, wanita usia subur (WUS) merupakan kelompok yang menjadi sasaran dalam upaya perbaikan gizi, karena pemenuhan kebutuhan gizi sangat penting untuk mendukung kesehatan secara fisik dan mental wanita yang sedang aktif pada usia ini. Populasi yang dikategorikan sebagai kelompok wanita usia subur meliputi remaja putri, wanita tidak hamil, wanita hamil, ibu nifas, hingga wanita menjelang masa menopause. Pemenuhan gizi pada wanita usia subur menjadi bagian yang penting dalam persiapan kehamilan. Kecukupan gizi pada wanita sebelum hamil akan menunjang kesehatan saat hamil serta perkembangan janin, termasuk mempersiapkan kebutuhan bagi ibu di masa nifas dan menyusui. Apabila kebutuhan gizi ini tidak terpenuhi, maka berbagai masalah kesehatan pada saat hamil hingga nifas dan masalah saat menyusui lebih mungkin terjadi.

Kekurangan Energi Kronis (KEK)

1. Definisi

Kekurangan gizi merupakan masalah yang masih banyak dijumpai di Indonesia dan sering terjadi pada wanita usia subur. Salah satunya adalah kurang energi kronik (KEK). Kurang energi kronik merupakan suatu kondisi yang menggambarkan keadaan seorang individu yang mengalami kurangnya asupan makanan sesuai angka kebutuhan gizi individu. Kondisi ini sering menyerang wanita usia subur yang berusia antara 15-49 tahun. Meskipun telah mengalami penurunan sejak tahun 2013 hingga tahun 2018, namun prevalensi KEK pada wanita usia subur masih tergolong cukup tinggi. Tercatat pada tahun 2013 proporsi wanita usia subur yang hamil dengan KEK sebanyak 24,3% dan yang tidak hamil sebanyak 20,8%. Sedangkan pada tahun 2018 menjadi 17,3% pada ibu hamil usia 15-49 tahun, dan 14,5% pada wanita yang tidak hamil (Riskesdas, 2018).

Kurang Energi Kronik menggambarkan suatu kondisi dimana asupan energi dan protein yang tidak adekuat. Salah satu indikator untuk mendeteksi risiko KEK dan status gizi WUS adalah dengan melakukan pengukuran antropometri yaitu dengan melakukan pengukuran lingkaran lengan atas (LILA) pada lengan tangan yang tidak sering melakukan aktivitas yang berat. Nilai ambang batas yang digunakan di Indonesia adalah nilai rerata LILA < 23,5cm yang menggambarkan terdapat risiko kekurangan energi kronik pada wanita usia subur.

2. Faktor yang mempengaruhi KEK

Kekurangan Energi Kronis pada wanita usia subur dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya:

a. Pola Makan

Wanita usia subur dengan pola makan yang kurang baik dapat mengakibatkan WUS tersebut tidak tercukupi kebutuhan nutrisinya sesuai angka kebutuhan gizi (AKG) yang direkomendasikan sehingga berpotensi terjadi gangguan gizi atau kekurangan gizi. Kebiasaan pola makan yang tidak memenuhi standar, jika berlangsung lama maka akan meningkatkan risiko mengalami KEK dibandingkan individu dengan pola makan yang baik. Apabila dijumpai WUS dengan pola makan yang baik namun tetap mengalami KEK, dapat diindikasikan bahwa asupan makanan yang dikonsumsi oleh WUS tersebut tidak adekuat. Makanan yang adekuat pada WUS adalah makanan yang dikonsumsi setiap harinya, dapat memenuhi kebutuhan zat gizi yang diperlukan oleh tubuh baik secara kualitas maupun kuantitasnya (Alam, Ansyar, & Satrianegara, 2020).

b. Riwayat pendidikan

Riwayat pendidikan seseorang merupakan suatu unsur penting yang dapat mempengaruhi status gizi dan kesehatannya. Masalah gizi dan kesehatan seringkali terjadi karena adanya ketidaktahuan dan kurang informasi tentang pentingnya pemenuhan gizi untuk kesehatan tubuh sehingga berdampak pada kesadaran dan kemauan berperilaku mengkonsumsi gizi seimbang dalam kehidupannya. Namun faktanya masih dijumpai WUS dengan tingkat pendidikan tinggi, memiliki pekerjaan yang mapan, mempunyai fasilitas rumah yang memadai namun WUS tersebut berisiko KEK. Kondisi ini dapat disebabkan karena pendidikan yang memadai

meningkatkan peluang beraktifitas di luar rumah lebih besar sehingga berdampak pada peningkatan beban kerja yang membuat stress, pola hidup dan pola makan yang tidak teratur (Alam et al., 2020).

c. Pekerjaan

Wanita usia subur yang bekerja mempunyai waktu lebih sedikit dalam menyiapkan makanan yang berpengaruh pada jumlah makanan yang dikonsumsi sehingga berpengaruh pada status gizinya. Pekerjaan juga berhubungan dengan pendapatan keluarga yang berpengaruh pada daya beli bahan makanan yang bergizi. Penelitian menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan suami dengan kejadian KEK khususnya pada ibu hamil. Semakin tinggi tingkat pendapatan suami maka status gizi pada ibu akan semakin baik, dan semakin kecil risiko mengalami KEK (Mahirawati, 2014).

d. Paritas

Paritas merupakan salah satu faktor penyebab tidak langsung terjadinya KEK khususnya pada ibu hamil. Paritas adalah jumlah anak yang dilahirkan oleh seorang ibu. Ibu hamil yang mempunyai paritas lebih dari 4 orang lebih berisiko KEK dibandingkan dengan ibu yang mempunyai paritas kurang dari 4 orang. Paritas ibu yang tinggi atau terlalu sering hamil dapat menguras cadangan zat gizi tubuh. Jarak kehamilan yang terlalu dekat menyebabkan ibu tidak memiliki kesempatan untuk memperbaiki kondisi kesehatan fisik setelah melahirkan (Devi, 2021).

e. Umur Ibu

Umur merupakan salah satu faktor penting dalam proses kehamilan hingga persalinan. Penelitian menunjukkan bahwa ibu hamil yang berumur kurang dari 20 tahun atau lebih dari 35 tahun memiliki risiko KEK yang lebih tinggi. Ibu hamil yang umurnya terlalu muda dapat meningkatkan risiko KEK secara signifikan. Kondisi ini disebabkan karena kehamilan pada ibu yang berumur muda menyebabkan terjadinya kompetisi makanan antara janin dengan ibu yang masih dalam masa pertumbuhan. Sedangkan ibu yang berumur lebih dari 35 tahun memerlukan tambahan energi yang besar karena fungsi organ yang semakin melemah (Syakur, Usman, & Dewi, 2020).

3. Dampak KEK pada wanita usia subur

Wanita usia subur yang menderita KEK akan mengalami berat badan kurang atau rendah, serta produktivitasnya akan terganggu karena tidak dapat bergerak aktif sebab kekurangan gizi. KEK juga akan berdampak pada proses kehamilan, melahirkan, serta mempengaruhi berat badan bayi. Ibu hamil yang berisiko KEK kemungkinan akan mengalami kesulitan dalam persalinan, meningkatkan risiko pendarahan, dan berpeluang melahirkan bayi dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) yang akhirnya dapat mengakibatkan kematian pada ibu dan/atau bayi. Selain itu, bayi yang dilahirkan dari ibu dengan KEK akan berisiko mengalami anemia, mudah terinfeksi, dan berisiko mengalami hambatan pertumbuhan otak janin.

4. Upaya Pencegahan dan Penanggulangan KEK

Upaya penanggulangan masalah KEK dapat dilakukan dengan program Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dalam bentuk biskuit yang dibagikan kepada seluruh WUS dan ibu hamil yang mengalami KEK, pemberian tablet Fe atau penambah darah untuk mencegah terjadinya anemia pada ibu hamil, serta melakukan program konseling kepada Wanita Usia Subur (WUS) mengenai masalah kesehatan reproduksi, kesiapan sebelum hamil, persalinan, nifas dan konseling pemilihan alat kontrasepsi. Selain program PMT, terdapat program nasional yaitu program Pekan Seribu Hari Kehidupan (HPK) yaitu program untuk menyelamatkan kehidupan ibu dan bayi yang dimulai dari seribu HPK yaitu setiap sebulan sekali di setiap Puskesmas semua ibu hamil, bersalin, nifas, bayi, dan balita harus dilayani ditimbang berat badan dan dilihat status gizinya (Muhamad & Liputo, 2017)

Selain mengikuti program yang dilakukan oleh puskesmas dan pemerintah, WUS dan ibu hamil perlu melakukan perbaikan gizi secara mandiri. Asupan nutrisi merupakan faktor utama penyebab KEK pada ibu hamil. Gizi ibu hamil dikatakan sempurna jika makanan yang dikonsumsi mengandung zat gizi yang seimbang, jumlahnya sesuai dengan kebutuhan dan tidak berlebihan. Makanan yang baik dan seimbang akan menghindari masalah di saat hamil, melahirkan bayi yang sehat, dan memperlancar ASI. Apabila konsumsi energi kurang, maka energi dalam jaringan otot/lemak akan digunakan untuk menutupi kekurangan tersebut. Kekurangan energi akan menurunkan kapasitas kerja, hal ini biasanya terjadi sebagai proses kronis dengan akibat penurunan berat badan (Muhamad & Liputo, 2017).

Anemia

1. Definisi

Anemia merupakan suatu kondisi dimana kadar hemoglobin (Hb) kurang dari nilai normal. Anemia memengaruhi kehidupan hampir setengah milyar WUS di seluruh dunia. Remaja dan WUS berisiko mengalami anemia pada saat hamil. Kondisi ini dapat berdampak negatif terhadap pertumbuhan dan perkembangan janin, serta berpotensi menimbulkan komplikasi kehamilan dan persalinan, bahkan dapat menyebabkan kematian ibu dan bayi baru lahir. Anemia defisiensi besi merupakan kasus anemia yang paling sering dijumpai. Data WHO menyebutkan prevalensi anemia defisiensi besi sebesar 35-75% di negara-negara berkembang, dan mayoritas terjadi pada anak-anak dan WUS (Wijayanti & Fitriani, 2019).

2. Faktor yang mempengaruhi kejadian anemia

a. Kekurangan zat gizi

Lebih dari 50 persen kasus anemia yang terjadi di seluruh dunia secara langsung disebabkan karena kurangnya asupan zat besi dan kekurangan salah satu atau lebih zat gizi mikro yang berperan dalam metabolisme zat besi, eritropoiesis serta pembentukan hemoglobin. Faktor gizi lainnya yang turut berkontribusi yaitu kurangnya asupan zat gizi seperti energi, protein, zat besi, asam folat, vitamin A, vitamin B, vitamin C, dan seng. Rendahnya asupan zat gizi makro dan mikro dapat memengaruhi proses metabolisme zat besi, eritropoesis maupun pembentukan Hb. Rendahnya ketersediaan biologik (bioavailabilitas) dan adanya gangguan absorpsi baik salah satu maupun beberapa zat gizi

yang dikonsumsi dapat menjadi penyebab masih tingginya prevalensi anemia pada wanita (Wijayanti & Fitriani, 2019).

b. Faktor infeksi

Penyakit infeksi seperti TBC, cacing usus dan malaria juga penyebab terjadinya anemia karena menyebabkan terjadinya peningkatan penghancuran sel darah merah dan terganggunya eritrosit (Sudikno & Sandjaja, 2016).

c. Tingkat Ekonomi

Pada umumnya perilaku seseorang dibidang kesehatan dipengaruhi oleh latar belakang sosial ekonomi. WHO melaporkan bahwa tingkat ekonomi berperan sebagai latar belakang (underlying factor) dari faktor lainnya dalam menyebabkan kematian. Disamping penyebab medis, faktor status ekonomi juga mempunyai peranan penting. Tingkat kemiskinan negara berkembang dapat menjadi penyebab terberat penyakit anemia dan mempunyai dampak yang serius pada sebagian besar negara didunia. Sekitar 2/3 wanita usia subur yang bekerja dinegara berkembang diperkirakan menderita anemia dibanding negara maju. Asupan gizi sangat ditentukan oleh daya beli keluarga untuk menentukan menu makanan sehari-hari. Status sosial ekonomi berguna untuk memastikan apakah ibu berkemampuan membeli dan memilih makanan yang bervariasi gizi tinggi. Pada masyarakat dengan status sosial ekonomi rendah, pemanfaatan fasilitas kesehatan oleh masyarakat masih jauh dari optimal sehingga akan menyulitkan upaya pencegahan dan penanganan kasus anemia (Hidayah, 2016)

d. Usia

Usia wanita yang terlalu muda (<20 tahun) tidak tahu atau belum siap memperhatikan lingkungan disekitarnya. Sedangkan wanita yang usianya diatas 35 tahun lebih cenderung mengalami anemia, hal ini disebabkan karena pengaruh turunnya cadangan zat besi dalam tubuh (Hidayah, 2016)

e. Umur Kehamilan

Wanita hamil akan terjadi perubahan fisiologi diantaranya pada sistem peredaran darah. Untuk memenuhi kebutuhan darah bagi ibu hamil dan janinnya, maka akan terjadi proses pengenceran darah (hemodilusi). Akibatnya kandungan zat besi dalam darah akan mengalami perubahan yang cenderung menurun jumlahnya. Kebutuhan zat besi pada setiap trimester tidak sama, hal ini sesuai dengan bertambahnya usia kehamilan untuk memenuhi kebutuhan janin untuk bertumbuh, pertumbuhan plasenta, dan peningkatan volume darah ibu (Hidayah, 2016)

3. Dampak anemia pada wanita usia subur

Anemia yang dialami remaja putri dan WUS tidak hanya berdampak langsung, tetapi juga berdampak hingga kehidupan generasi berikutnya apabila WUS tersebut hamil (Kemenkes RI, 2018). Anemia dapat menyebabkan berbagai dampak buruk pada remaja putri dan WUS, diantaranya:

- a. Menurunkan daya tahan tubuh sehingga penderita anemia mudah terkena penyakit infeksi
- b. Menurunnya kebugaran dan ketangkasan berpikir karena kurangnya oksigen ke sel otot dan sel otak.

- c. Menurunnya prestasi belajar dan produktivitas kerja/kinerja.

Dampak anemia pada remaja putri dan WUS akan terbawa hingga dia menjadi ibu hamil anemia yang dapat mengakibatkan:

- a. Meningkatkan risiko Pertumbuhan Janin Terhambat (PJT), prematur, BBLR, dan gangguan tumbuh kembang anak diantaranya stunting dan gangguan neurokognitif.
 - b. Perdarahan sebelum dan saat melahirkan yang dapat mengancam keselamatan ibu dan bayinya.
 - c. Bayi lahir dengan cadangan zat besi (Fe) yang rendah akan berlanjut menderita anemia pada bayi dan usia dini.
 - d. Meningkatnya risiko kesakitan dan kematian neonatal dan bayi.
4. Upaya pencegahan dan penanggulangan anemia

Merujuk pada pedoman pencegahan dan penanggulangan anemia Kemenkes RI (2018), upaya pencegahan dan penanggulangan anemia dilakukan dengan memberikan asupan zat besi yang cukup ke dalam tubuh untuk dalam tubuh untuk meningkatkan pembentukan hemoglobin. Upaya yang dapat dilakukan adalah:

- a. Meningkatkan asupan makanan sumber zat besi
Meningkatkan asupan makanan sumber zat besi dengan pola makan gizi seimbang, yang terdiri dari aneka ragam makanan, terutama sumber pangan hewani yang kaya zat besi (besi heme) dalam jumlah yang cukup sesuai AKG. Selain itu juga perlu meningkatkan sumber pangan nabati yang kaya zat besi (besi non-heme), walaupun

penyerapannya lebih rendah dibanding dengan hewani. Makanan yang kaya sumber zat besi dari hewani contohnya hati, ikan, daging, dan unggas. Sedangkan dari nabati yaitu sayuran hijau tua dan kacang-kacangan. Untuk meningkatkan penyerapan zat besi dari sumber nabati juga perlu mengkonsumsi buah-buahan yang mengandung vitamin C, seperti jeruk dan jambu. Penyerapan zat besi dapat dihambat oleh zat lain seperti tanin, fosfor, serat, kalsium, dan filtrate.

b. Fortifikasi bahan makanan dengan zat besi

Fortifikasi bahan makanan yaitu menambahkan satu atau lebih zat gizi kedalam pangan untuk meningkatkan nilai gizi pada pangan tersebut. Penambahan zat gizi dilakukan pada industri pangan, untuk itu disarankan membaca label kemasan untuk mengetahui apakah bahan makanan tersebut sudah difortifikasi dengan zat besi. Makanan yang sudah difortifikasi di Indonesia antara lain tepung terigu, beras, minyak goreng, mentega, dan beberapa snack. Zat besi dan vitamin mineral lain juga dapat ditambahkan dalam makanan yang disajikan di rumah tangga dengan bubuk tabur gizi atau dikenal juga dengan *Multiple Micronutrient Powder*.

c. Suplementasi zat besi

Pada keadaan dimana zat besi dari makanan tidak mencukupi kebutuhan terhadap zat besi, perlu didapat dari suplementasi zat besi. Pemberian suplementasi zat besi secara rutin selama jangka waktu tertentu bertujuan untuk meningkatkan kadar hemoglobin secara cepat, dan perlu dilanjutkan untuk meningkatkan simpanan zat besi di dalam tubuh.

Suplementasi Tablet Tambah Darah (TTD) pada remaja putrid dan WUS merupakan salah satu upaya pemerintah Indonesia untuk memenuhi asupan zat besi. Pemberian TTD dengan dosis yang tepat dapat mencegah anemia dan meningkatkan cadangan zat besi di dalam tubuh. Berdasarkan penelitian di Indonesia dan di beberapa negara lain, pemerintah menetapkan kebijakan program pemberian TTD pada remaja putri dan WUS dilakukan setiap 1 kali seminggu dan sesuai dengan Permenkes yang berlaku. Pemberian TTD untuk remaja putri dan WUS diberikan secara *blanket approach*. Pendekatan selimut bertujuan mencakup seluruh sasaran program. Dalam hal ini, seluruh remaja putri dan WUS diharuskan minum TTD untuk mencegah anemia dan meningkatkan cadangan zat besi dalam tubuh tanpa dilakukan skrining awal pada kelompok sasaran.

Defisiensi Kalsium

1. Definisi

Kekurangan zat gizi mikro yaitu vitamin & mineral merupakan salah satu tanda *hidden hunger* atau kelaparan tersembunyi. Zat gizi mikro dibutuhkan oleh tubuh dalam kuantitas yang kecil, tetapi keberadaannya sangat penting guna keberlangsungan metabolisme di dalam tubuh. Zat gizi mikro penting untuk mempertahankan hidup dan fungsi fisiologis tubuh yang optimal. Salah satu zat gizi mikro yang penting utk wanita usia subur adalah kalsium.

Pada wanita, jumlah kalsium yang dibutuhkan lebih tinggi dari pada pria. Hal ini dikarenakan kalsium bagi wanita diperlukan untuk menjaga tingkat estrogen dalam tubuh yang dibutuhkan pada masa menstruasi

dan menopause, serta wanita juga mengalami kehamilan dimana kalsium juga akan di serap oleh janin. Sehingga jumlah kebutuhan kalsium yang diperlukan wanita sangat besar (Salmiati, 2019).

2. Faktor yang mempengaruhi defisiensi kalsium

Selain karena kurangnya konsumsi makanan sumber kalsium, rendahnya asupan kalsium pada WUS juga dapat disebabkan karena penyerapan kalsium yang kurang maksimal. Penyerapan kalsium merupakan proses yang kompleks, dan dipengaruhi oleh banyak faktor, antara lain jumlah kalsium dalam makanan, ketersediaan kalsium (kalsium dapat terikat oleh fitat dan oksalat), umur, dan zat gizi lainnya.

Faktor-faktor yang membantu penyerapan kalsium adalah vitamin D, keasaman lambung, laktosa, dan kebutuhan tubuh akan kalsium. Faktor yang menghambat penyerapan kalsium adalah asam oksalat, asam fitat, lemak, dan ketidakstabilan emosi. Keadaan sosial ekonomi wanita usia subur yang sebagian besar tergolong menengah ke bawah sehingga mempengaruhi kebiasaan dan pemilihan bahan makanan yang akan dikonsumsi.

Pengaturan makanan mempunyai peranan penting, sebaiknya mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang sekaligus memenuhi kebutuhan nutrisi dengan unsur kaya kalsium dan rendah lemak. Konsumsi kafein lebih dari dua cangkir perhari berhubungan dengan rendahnya Densitas Mineral Tulang (DMT) (Salmiati, 2019)

3. Dampak kekurangan kalsium pada wanita usia subur

Kekurangan kalsium berpotensi untuk meningkatkan kejadian osteoporosis, mempercepat kejadian menopause, meningkatkan kejadian penyakit

kardiovaskuler, meningkatkan risiko kanker kolorektal, dan meningkatkan risiko kejadian arterosklerosis (Prasetyo & Khoiriani, 2021). Kekurangan kalsium dapat membuat otot jantung lemah dalam memompa darah, dan akan berpengaruh pada tekanan darah. Kurangnya asupan kalsium dapat meningkatkan produksi parathyroid hormone (PTH) untuk menjaga agar kalsium dalam tubuh tetap seimbang. Parathyroid hormone menstimulasi pengeluaran kalsium dari tulang kemudian masuk kedalam darah. Kalsium dalam darah akan mengikat asam lemak bebas sehingga pembuluh darah menjadi tebal. Hal tersebut menyebabkan aliran darah menjadi tidak lancar dan mengurangi elastisitas jantung, sehingga dapat menyebabkan tekanan darah menjadi meningkat (Nugraheni, Rahayuning, & Nugraheni, 2018)

Pada remaja putri, semakin rendah konsumsi kalsium maka akan semakin berat dysmenorrhea yang dialami. Kalsium merupakan zat gizi mikro yang memiliki peran dalam mengurangi Dysmenorrhea. Penelitian mengenai suplementasi kalsium yang dilakukan di Metropolitan Hospital di New York, Amerika Serikat, menunjukkan bahwa 75% penderita *Pre-Menstrual Syndrome* (PMS) berkurang sakitnya. Pembengkakan dan rasa sakit pada payudara berkurang, begitu pun dengan sakit kepala dan kejang perut (Dysmenorrhea). Pada waktu otot berkontraksi, kalsium berperan dalam interaksi protein di dalam otot, yaitu aktin dan myosin. Bila kalsium dalam darah kurang, maka otot tidak bisa mengendur sesudah kontraksi. Tubuh akan kaku dan dapat menimbulkan kejang (Dewantari, 2013).

Kalsium juga dikaitkan dengan kesehatan reproduksi, utamanya pre-eklamsia/eklamsia, berat badan lahir rendah (BBLR) serta kelahiran premature. Konsumsi kalsium dapat menurunkan risiko terjadinya pre-eklamsia/eklamsia secara bermakna. Kalsium juga meningkatkan pH tubuh, yang menguntungkan bagi sperma dan telur yang sudah dibuahi.

4. Upaya pencegahan dan penanggulangan defisiensi kalsium

Pada saat dewasa terutama wanita berusia subur konsumsi kalsium tetap harus dipertahankan sebanyak 800-1000 mg kalsium/hari. Hal ini dilakukan karena pada masa tersebut hormon estrogen sedang bekerja secara maksimal, sehingga absorpsi kalsium akan sangat baik dan cadangan kalsium akan mampu untuk mempertahankan tulang untuk mencegah terjadinya osteoporosis. Suplementasi kalsium diperlukan mengingat asupan diet harian dari makanan belum mencukupi kebutuhan kalsium harian. Suplementasi kalsium cukup murah namun sering menyebabkan keluhan berupa perut seperti konstipasi dan keram. Cara untuk menghindari keluhan ini adalah kalsium harus dikonsumsi bersama makanan, karena absorpsi kalsium akan optimal pada saat ini.

Selain suplementasi kalsium, diperlukan juga konsumsi vitamin D. Vitamin D membantu absorpsi kalsium di usus. Dengan adanya defisiensi vitamin D absorpsi kalsium di usus tidak akan maksimal dan terjadi peningkatan kerja osteoklas, sehingga kalsium akan terus dikeluarkan dari tulang. Pada wanita usia subur dosis anjuran vitamin D adalah sebesar 200 IU. Vitamin D tidak hanya diperoleh dalam bentuk suplemen. Vitamin D juga dapat diperoleh melalui paparan sinar matahari pagi atau sore yang dapat

mengubah pro vitamin D menjadi vitamin D dibawah kulit. Oleh karena itu memperbanyak aktivitas fisik yang melatih ketahanan tulang seperti berjalan di sore atau pagi hari sangat dianjurkan (Audina, 2019).

Daftar Pustaka

- Alam, S., Ansyar, D. I., & Satrianegara, M. F. (2020). Eating pattern and educational history in women of childbearing age. *Al-Sihah: The Public Health Science Journal*, 12(1), 81. <https://doi.org/10.24252/as.v12i1.14185>
- Audina, M. (2019). Suplementasi Kalsium Dan Vitamin D Pada Wanita Usia Subur Sebagai Pencegahan Osteoporosis Postmenopause. *Jurnal Kedokteran Ibnu Nafis*, 8(2), 35–40.
- Devi, T. E. R. (2021). Karakteristik Ibu Hamil Dengan KEK Di PUSKESMAS Sumberberas Banyuwangi 2021. *Professional Health Journal*, 3(1), 9–18. <https://doi.org/10.54832/phj.v3i1.172>
- Dewantari, N. M. (2013). Peranan Gizi Dalam Reproduksi. *Jurnal Skala Husada*, 10(2), 219–224.
- Hidayah, N. (2016). Analysis of Risk Factros of Anaemia Among Women in Reproductive Age in Jepang Pakis Village Kudus District. *The 3rd Universty Research Colloquium*, 70–78.
- Kemenkes RI. (2018). Pedoman Pencegahan dan penanggulangan Anemia pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS). In *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- Mahirawati, V. K. (2014). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kekurangan Energi Kronis (Kek) Pada Ibu Hamil Di Kecamatan Kamoning Dan Tambelangan, Kabupaten Sampang, Jawa Timur. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 17(2), 193–202. Retrieved from <https://media.neliti.com/media/publications/20898-ID-related-factors-of-chronic-energy-deficiency-at-pregnant-woman-in-kamoning-and-t.pdf>.
- Muhamad, Z., & Liputo, S. (2017). The local Goverment polys. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 7(2), 113–122. Retrieved from <http://jurnal.unismuhpalu.ac.id/index.php/PJKM>

- Nugraheni, F. R., Rahayuning, D., & Nugraheni, S. A. (2018). Hubungan Asupan Mineral, Indeks Massa Tubuh Dan Persentase Lemak Tubuh Terhadap Tekanan Darah Wanita Usia Subur (Studi di Wilayah Kerja Puskesmas Ngemplak Simongan Semarang). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(5), 1689–1699.
- Prasetyo, T. J., & Khoiriani, I. N. (2021). Konsumsi Pangan dan Densitas Gizi Wanita Dewasa Usia 19-49 Tahun di Indonesia. *Jurnal Dunia Gizi*, 3(2), 105–113. <https://doi.org/10.33085/jdg.v3i2.4746>
- Riskesdas. (2018). Laporan Nasional RISKESDAS 2018. In *Kementerian Kesehatan RI*.
- Salmiati, R. H. R. (2019). Deteksi dini faktor-faktor yang berhubungan dengan status kepadatan mineral tulang pada wanita usia subur di kota pekanbaru. *MENARA Ilmu Vol. XIII No.2 Januari 2019, XIII(2)*, 102–114.
- Sudikno, S., & Sandjaja, S. (2016). Prevalensi Dan Faktor Risiko Anemia Pada Wanita Usia Subur Di Rumah Tangga Miskin Di Kabupaten Tasikmalaya Dan Ciamis, Provinsi Jawa Barat. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 7(2), 71–82. <https://doi.org/10.22435/kespro.v7i2.4909.71-82>
- Syakur, R., Usman, J., & Dewi, N. I. (2020). Factors Assosiated To The Prevalence Of Chronic Energy Deficiency (CED) At Pregnant Women In Maccini Primary Health Care Of Makassar. *Komunitas Kesehatan Masyarakat*, 1(2), 54–58.
- Wijayanti, E., & Fitriani, U. (2019). Profil Konsumsi Zat Gizi Pada Wanita Usia Subur Anemia. *Media Gizi Mikro Indonesia*, 11(1), 39–48. <https://doi.org/10.22435/mgmi.v11i1.2166>

Profil Penulis



Lisnawati Nur Farida

Penulis merupakan alumni dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, program Studi Ilmu Keperawatan. Penulis juga melanjutkan pendidikan Ners di almamater yang sama. Ketertarikan dalam dunia pendidikan menjadikan penulis memilih untuk berkarir sebagai dosen.

Penulis merupakan dosen tetap di program studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Fatmawati Jakarta, sejak 2012 hingga saat ini. Keperawatan Maternitas merupakan bidang kekhususan dalam keperawatan yang menarik perhatian penulis untuk mendalami bidang tersebut. Tahun 2015 penulis melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Indonesia dengan kekhususan keperawatan maternitas. Penulis aktif dalam penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dalam kaitannya menyelesaikan masalah-masalah kesehatan pada wanita usia produktif seperti pada kelompok remaja, ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui, maupun masalah pada wanita menjelang menopause. Selain itu, untuk meningkatkan profesionalisme sebagai dosen, penulis terlibat dalam penulisan beberapa buku yang bertema kesehatan reproduksi maupun keperawatan secara umum.

Penulis dapat dihubungi melalui email: lisnanurfarida@gmail.com.

INFEKSI MENULAR SEKSUAL

Hilda Sulistia Alam, SST., M.Tr.Keb
Politeknik Baubau

Pendahuluan

Sistem Reproduksi merupakan salah satu komponen sistem tubuh yang penting meskipun tidak berperan dalam homeostatis dan esensial bagi kehidupan seseorang. Proses reproduksi berlangsung secara seksual khususnya pada manusia. Alat reproduksi merupakan salah satu organ tubuh yang sensitif serta perlu perawatan khusus. Adanya kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi sejak 1998 istilah Penyakit Menular Seksual (*Sexually Transmitted Disease*) berubah menjadi Infeksi Menular Seksual (*Sexually Transmitted Infection*) agar menjangkau penderita asimtomatik. Infeksi Menular Seksual (IMS) merupakan infeksi yang ditularkan satu orang ke orang lainnya yang sebagian besar melalui hubungan seksual. Cara hubungan seksual tidak hanya terbatas secara genito-genital saja, tetapi dapat juga secara orogenital, anogenital sehingga kelainan yang timbul ini tidak terbatas hanya pada daerah genital, tetapi juga pada daerah ekstra genital (Frieden et al., 2015).

Seiring dengan perkembangan di bidang sosial, demografi serta meningkatnya migrasi penduduk, populasi berisiko tinggi tertular IMS juga meningkat pesat. Infeksi menular seksual menimbulkan beban morbiditas dan mortalitas terutama di negara berkembang dengan sumber daya yang terbatas, baik secara langsung berdampak pada

kualitas hidup dan kesehatan reproduksi (Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2015). IMS banyak terjadi pada biseksual yang merupakan ketertarikan secara seksual terhadap laki-laki dan perempuan. Dewasa muda yang awalnya biseksual, 60-70% akan seterusnya menjadi biseksual sedangkan 30-40% akan mengalami transisi menjadi lesbian atau homoseksual. Sebanyak 31,5% MSM (*Male Sex Male*) di Cina merupakan biseksual dengan insidensi HIV lebih tinggi secara signifikan pada biseksual dibanding MSM (Rosario et al., 2006). Data lain menunjukkan bahwa risiko penularan IMS di antara perempuan bergantung pada dua faktor utama: (1) PMS spesifik yang memungkinkan dan (2) praktik seksual yang melibatkan lesbian. Penularan virus IPMS hanya membutuhkan kontak kulit ke kulit atau mukosa yang terjadi dalam konteks hubungan seks antar perempuan. Lebih banyak data diperlukan tentang IMS, skrining Pap smear dan risiko kanker serviks pada lesbian untuk memperkirakan risiko penularan IMS di antara lesbian. (Putri et al., 2022)

Tabel 6.1
Patogen Penyebab dan Jenis IMS yang ditimbulkan

PATOGEN	MANIFESTASI KLINIS DAN PENYAKIT
INFEKSI BAKTERI	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	GONORE Laki-laki: uretritis, epididimitis, orkitis, kemandulan Perempuan: servitis, endometritis, salpingitis, bartolinitis, penyakit radang panggul, kemandulan, ketuban pecah dini, perihepatitis Laki-laki & perempuan: proktitis, faringitis, infeksi gonokokus diseminata
<i>Chlamydia trachomatis</i>	KLAMIDIOSIS (INFEKSI KLAMIDIA) Laki-laki: uretritis, epididimitis, orkitis, kemandulan Perempuan: servitis, endometritis, salpingitis, penyakit radang panggul, kemandulan, ketuban pecah dini, perihepatitis, umumnya asimtomatik Laki-laki & perempuan: proktitis, faringitis, sindrom Reiter Neonatus: konjungtivitis, pneumonia
<i>Chlamydia trachomatis</i> (galur L1-L3)	LIMFOGRANULOMA VENEREUM Laki-laki & perempuan: ulkus, bubo inguinalis, proktitis
<i>Treponema pallidum</i>	SIFILIS Laki-laki & perempuan: ulkus durum dengan pembesaran kelenjar getah bening lokal, erupsi kulit, kondiloma lata, kerusakan tulang, kardiovaskular dan neurologis Perempuan: abortus, bayi lahir mati, kelahiran prematur
<i>Haemophilus ducreyi</i>	CHANCROID (ULKUS MOLE) Laki-laki & perempuan: ulkus genitalis yang nyeri, dapat disertai dengan bubo
<i>Klebsiella</i> (<i>Calymmatobacterium</i>) <i>granulomatis</i>	GRANULOMA INGUINALE (DONOVANOSIS) Laki-laki & perempuan: pembengkakan kelenjar getah bening dan lesi ulseratif didaerah inguinal, genitalia dan anus.
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Laki-laki: duh tubuh uretra (uretritis non-gonore) Perempuan: servitis dan uretritis non-gonore, mungkin penyakit radang panggul
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Laki-laki: duh tubuh uretra (uretritis non-gonokokus) Perempuan: servitis dan uretritis non-gonokokus, mungkin penyakit radang panggul

	MANIFESTASI KLINIS DAN PENYAKIT
INFEKSI VIRUS	
<i>Human Immunodeficiency Virus (HIV)</i>	INFEKSI HIV / ACQUIRED IMMUNE DEFICIENCY SYNDROME (AIDS) Laki-laki & perempuan: penyakit yang berkaitan dengan infeksi HIV, AIDS
<i>Herpes simplex virus (HSV) tipe 2 dan tipe 1</i>	HERPES GENITALIS Laki-laki & perempuan: lesi vesikular dan/atau ulseratif di daerah genitalia dan anus Neonatus: herpes neonatus
<i>Human papillomavirus (HPV)</i>	KUTIL KELAMIN Laki-laki: kutil di daerah penis dan anus, kanker penis dan anus Perempuan: kutil di daerah vulva, vagina, anus, dan serviks; kanker serviks, vulva, dan anus Neonatus: papiloma laringis
Virus hepatitis B	HEPATITIS VIRUS Laki-laki & perempuan: hepatitis akut, sirosis hati, kanker hati
Virus moluskum kontagiosum	MOLUSKUM KONTAGIOSUM Laki-laki & perempuan: papul multipel, diskret, berumbilikasi di daerah genitalia atau generalisata
INFEKSI PROTOZOA	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	TRIKOMONIASIS Laki-laki: urethritis non-gonokokus, seringkali asimtomatik Perempuan: vaginitis dengan duh tubuh yang banyak dan berbusa, kelahiran prematur Neonatus: bayi dengan berat badan lahir rendah
INFEKSI JAMUR	
<i>Candida albicans</i>	KANDIDIASIS Laki-laki: infeksi di daerah glans penis Perempuan: vulvo-vaginitis dengan duh tubuh vagina bergumpal
INFESTASI PARASIT	
<i>Phthirus pubis</i>	PEDIKULOSIS PUBIS Laki-laki & perempuan: papul eritematosa, gatal, terdapat kutu dan telur di rambut pubis
<i>Sarcoptes scabiei</i>	SKABIES Papul gatal, di tempat predileksi, terutama malam hari

Sumber: Pedoman Nasional IMS, 2016

Program Pencegahan & Pengendalian IMS

1. Mengurangi morbiditas dan mortalitas berkaitan dengan IMS

Infeksi menular seksual, selain infeksi HIV menimbulkan beban morbiditas dan mortalitas terutama di negara sedang berkembang dengan sumber daya yang terbatas, baik secara langsung yang berdampak pada kualitas hidup, kesehatan reproduksi dan anak-anak, serta secara tidak

langsung melalui perannya dalam mempermudah transmisi seksual infeksi HIV dan dampaknya terhadap perekonomian perorangan maupun nasional.

Spektrum gangguan kesehatan yang ditimbulkan IMS mulai dari penyakit akut yang ringan sampai lesi yang terasa nyeri serta gangguan psikologis. Misalnya, infeksi oleh *N. gonorrhoeae* menimbulkan nyeri saat berkemih (disuria) pada laki-laki, dan nyeri perut bagian bawah akut ataupun kronis pada perempuan. Tanpa diobati, infeksi oleh *T. pallidum*, meskipun tidak nyeri pada stadium awal, namun dapat menimbulkan berbagai kelainan neurologis, kardiovaskular serta gangguan tulang di kemudian hari, serta abortus pada perempuan hamil dengan infeksi akut. Transmisi dapat terjadi melalui kontak seksual dengan lesi infeksius, dari ibu ke fetus, transfusi darah, dan sering melalui ketidakutuhan kulit yang kontak dengan lesi infeksius. Sifilis dibedakan menjadi beberapa stadium, yaitu primer, sekunder, laten, dan tersier. (Dougan et al., 2008). *Chancroid*. dapat menimbulkan ulkus dengan rasa nyeri hebat dan bila terlambat diobati dapat menyebabkan destruksi jaringan, terutama pada pasien imunokompromais. Infeksi herpes genitalis menimbulkan gangguan psikoseksual karena bersifat rekurens dan menimbulkan rasa nyeri, terutama pada pasien muda. Biaya yang dikeluarkan, termasuk biaya langsung baik medis dan non medis, serta biaya tidak langsung akibat waktu yang hilang untuk melakukan aktivitas produktif (waktu untuk pergi berobat, waktu tunggu di sarana pelayanan kesehatan, serta waktu untuk pemeriksaan tenaga kesehatan).

2. Mencegah Infeksi HIV

Mencegah dan mengobati IMS dapat mengurangi risiko penularan HIV melalui hubungan seks, terutama pada populasi yang paling memungkinkan untuk memiliki banyak pasangan seksual, misalnya penaja seks dan pelanggannya. Keberadaan IMS dengan bentuk inflamasi atau ulserasi akan meningkatkan risiko masuknya infeksi HIV saat melakukan hubungan seks tanpa pelindung antara seorang yang telah terinfeksi IMS dengan pasangannya yang belum tertular. Penggunaan kondom sangat efektif mencegah penularan IMS (Agustina et al., n.d.). Peningkatan transmisi HIV juga disebabkan *T. pallidum* menurunkan CD4 pada pasien HIV dan meningkatkan viral load HIV (Zetola & Klausner, 2007). Laki-laki dengan HIV positif memiliki risiko 3 kali lipat terinfeksi sifilis (Funnye & Akhtar, 2003). Ulkus genitalis atau seseorang dengan riwayat pernah menderita ulkus genitalis diperkirakan meningkatkan risiko tertular HIV 50-300 kali setiap melakukan hubungan seksual tanpa pelindung. Inflamasi dan sel CD4 yang menuju daerah ulkus juga meningkatkan kemungkinan transmisi atau akuisisi HIV (Zetola & Klausner, 2007). Sifilis sering ditemukan pada pasien diikuti infeksi baru HIV (Dhaliwal et al., 2012).

3. Mencegah Komplikasi Serius pada Kaum Perempuan

Infeksi menular seksual merupakan penyebab kemandulan yang paling dapat dicegah, terutama pada perempuan. Antara 10%-40% perempuan dengan infeksi *Chlamydia* yang tidak diobati akan mengalami penyakit radang panggul (PRP). Kerusakan tuba falopii pasca infeksi berperan dalam kasus kemandulan perempuan (30%-40%). Terlebih lagi, perempuan dengan PRP berkemungkinan 6-10 kali

mengalami kehamilan ektopik dibandingkan dengan yang tidak menderita PRP dan 40%-50% kehamilan ektopik disebabkan oleh PRP yang diderita sebelumnya. MDG bertujuan untuk menurunkan angka kematian ibu sebesar 75% pada tahun 2015. Pencegahan PRP berperan dalam pencapaian tujuan ini melalui pencegahan kematian ibu akibat kehamilan ektopik. Pencegahan infeksi human papillomavirus (HPV) akan menurunkan angka kematian, perempuan akibat kanker serviks, yang merupakan kanker terbanyak pada perempuan. Semakin baik persepsi seseorang akan manfaat pencegahan penularan IMS dengan menggunakan kondom, semakin besar pula kesadaran untuk mengimplementasikannya

4. Mencegah efek Kehamilan yang Buruk

Infeksi menular seksual yang tidak diobati seringkali dihubungkan dengan infeksi kongenital atau perinatal pada neonates terutama di daerah dengan angka infeksi yang tinggi. Perempuan hamil dengan sifilis dini yang tidak diobati, sebanyak 25% mengakibatkan janin lahir mati dan 14% kematian neonatus, keseluruhan menyebabkan kematian perinatal sebesar 40%. Kehamilan pada perempuan dengan infeksi gonokokus yang tidak diobati sebesar 35% akan menimbulkan abortus spontan dan kelahiran premature serta sampai 10% akan menyebabkan kematian perinatal. Dalam ketiadaan upaya pencegahan 30% sampai 50% bayi yang lahir dari ibu dengan gonore tanpa pengobatan dan sampai 30% bayi yang lahir dari ibu dengan klamidiosis tanpa diobati akan mengalami oftalmia neonatorum yang dapat mengakibatkan kebutaan. Penularan penyakit ini bisa terjadi pada ibu hamil ke janin yang

dikandungnya atau pada saat inpartu (proses kelahiran) (Effendi et al., 2021)

5. Tatalaksana IMS yang efektif merupakan dasar pengendalian IMS karena dapat mencegah komplikasi dan sekuele, mengurangi penyebaran infeksi di masyarakat, serta merupakan peluang untuk melakukan edukasi terarah mengenai pencegahan infeksi HIV. Bila hal tersebut dilakukan terhadap para pasien, maka hal ini dapat mempengaruhi perilaku seksual dan kebiasaan mereka dalam upaya mencari pengobatan.

Protokol pengobatan yang tepat dan baku sangat dianjurkan untuk menjamin pengobatan yang adekuat di semua tingkat pelayanan kesehatan. Pengobatan baku ini akan memudahkan pelatihan dan supervisi terhadap para petugas kesehatan, memperlambat timbulnya resistensi antimikroba terhadap kuman penyebab IMS, misalnya terhadap *Neisseria gonorrhoeae* (*N.gonorrhoeae*) dan *Haemophilus ducreyi* (*H.ducreyi*), dan juga merupakan salah satu faktor penting dalam mempromosikan pemakaian obat yang rasional.

Penanganan Kasus IMS

Penanganan kasus IMS merupakan layanan pada seorang dengan sindrom yang berhubungan dengan IMS atau dengan hasil positif pada pemeriksaan laboratorium untuk satu atau lebih IMS. Komponen penanganan kasus IMS harus dilakukan secara paripurna meliputi: **anamnesis, pemeriksaan klinis, diagnosis yang tepat, pengobatan dini dan efektif, edukasi pasien, penyediaan dan anjuran untuk penggunaan kondom, notifikasi dan penanganan pasangan seksnya**

Dengan demikian, penanganan kasus yang efektif tidak hanya terdiri dari terapi antimikroba untuk memperoleh kesembuhan dan mengurangi penularan, namun secara menyeluruh dan meliputi layanan terhadap kesehatan reproduksi pasien.

Penanganan Berdasarkan Pendekatan Sindrom

Diagnosis etiologis IMS masih merupakan masalah yang terdapat di banyak tempat berkaitan dengan kendala waktu, ketersediaan sumber daya, pembiayaan, dan keterjangkauan pengobatan. Masalah lain yang tidak kalah penting muncul akibat beragamnya tingkat sensitivitas dan spesifisitas hasil tes laboratorium yang akan mengurangi kepercayaan masyarakat terhadap hasil tes laboratorium. Bilamana fasilitas laboratorium tersedia, juga diperlukan petugas laboratorium yang terampil dan terlatih untuk dapat melaksanakan semua prosedur teknis laboratoris. Semua kelengkapan ini wajib ditunjang dengan fasilitas uji mutu eksternal yang memadai. Hanya ada beberapa fasilitas kesehatan di Indonesia yang memiliki sarana laboratorium dan kemampuan sumber daya manusia yang memadai untuk melakukan diagnosis IMS secara etiologis. Dalam mengatasi hal tersebut telah dilaksanakan dan dikembangkan penatalaksanaan kasus IMS berdasarkan pendekatan sindrom untuk semua fasilitas kesehatan dasar.

Penanganan kasus IMS berdasarkan pendekatan sindrom dilaksanakan melalui identifikasi sekelompok keluhan dan gejala sebagai sindrom yang mudah dikenali, dan selanjutnya ditetapkan pengobatannya terhadap sebagian besar atau hampir semua mikro-organisme yang diyakini sebagai penyebab sindrom tersebut. *World Health Organization* (WHO) telah mengembangkan satu perangkat yang sudah disederhanakan dan mudah

dimengerti (dalam bentuk bagan alur atau algoritme) untuk memandu para petugas kesehatan dalam melakukan penatalaksanaan kasus IMS dengan pendekatan sindrom.

IMS dengan pendekatan sindrom untuk duh tubuh uretra pada pria dan ulkus genital baik pada pria maupun wanita telah terbukti manfaatnya dan memadai untuk dilaksanakan. Cara ini telah berhasil mengobati sebagian besar orang yang terinfeksi dengan IMS dengan cara murah, sederhana dan sangat berhasil guna.

Namun perlu disadari bahwa masih ada keterbatasan dari bagan alur duh tubuh vagina, khususnya pada infeksi serviks (gonokok maupun klamidia). Umumnya sindrom duh tubuh vagina pada populasi dengan prevalensi rendah dan pada remaja wanita, disebabkan radang vagina yang bersifat endogen dari pada IMS. Walaupun telah dilakukan beberapa upaya untuk meningkatkan sensitivitas dan spesifisitas bagan alur duh tubuh vagina untuk mendiagnosis infeksi serviks, yaitu dengan melakukan penilaian terhadap beberapa faktor risiko yang bersifat spesifik, namun sensitivitas dan spesifisitasnya tetap saja rendah.

Selain itu, penilaian faktor risiko melalui beberapa pertanyaan yang didasarkan pada kondisi demografis seperti faktor umur, dan status perkawinan, akan cenderung salah mengelompokkan para remaja ke dalam kelompok berisiko menderita radang serviks. Oleh karena itu, perlu dilakukan identifikasi beberapa faktor risiko utama lainnya pada kelompok remaja setempat yang kemudian dinilai untuk mendapatkan faktor risiko yang dianggap paling sesuai untuk daerah tersebut. Khusus untuk kelompok remaja akan lebih tepat bila didasarkan pada faktor risiko yang berkaitan dengan pola perilaku seksual setempat.

Kriteria Obat untuk IMS

1. Angka kesembuhan/kemajuan tinggi (sekurang-kurangnya 95% di wilayah tersebut)
2. Harga murah
3. Toksisitas dan toleransi masih dapat diterima
4. Pemberian dalam dosis tunggal
5. Cara pemberian per oral
6. Tidak menjadi kontraindikasi untuk ibu hamil dan menyusui

Obat-obatan yang digunakan sebaiknya termasuk dalam Daftar Obat Esensial Nasional (DOEN), dan dalam memilih obat-obatan tersebut harus dipertimbangkan tingkat kemampuan pasien

Komponen Penatalaksanaan IMS

1. Anamnesis tentang Riwayat infeksi/penyakit
2. Pemeriksaan fisik dan pengambilan specimen/bahan pemeriksaan
3. Diagnosis yang tepat
4. Pengobatan yang efektif
5. Nasehat yang berkaitan dengan perilaku seksual
6. Penyediaan kondom dan anjuran pemakaiannya
7. Penatalaksanaan mitra seksual
8. Pencatatan dan pelaporan kasus
9. Tindak lanjut klinis secara tepat

Informasi yang Perlu ditanyakan Kepada Pasien

1. Keluhan utama
2. Keluhan tambahan
3. Riwayat perjalanan penyakit
4. Siapa menjadi pasangan seksual tersangka (wanita/pria penjaja seks, teman, pacar, suami/isteri)
5. Kapan kontak seksual tersangka dilakukan
6. Jenis kelamin pasangan seksual
7. Cara melakukan hubungan seksual (genito-genital, orogenital, anogenital)
8. Penggunaan kondom (tidak pernah, jarang, sering, selalu)
9. Riwayat dan pemberi pengobatan sebelumnya (dokter/bukan dokter/sendiri)
10. Hubungan keluhan dengan keadaan lainnya – menjelang/sesudah haid; kelelahan fisik/psikis; penyakit: diabetes, tumor, keganasan, lain-lain); penggunaan obat: antibiotika, kortikosteroid, kontrasepsi); pemakaian alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR); rangsangan seksual; kehamilan; kontak seksual
11. Riwayat IMS sebelumnya dan pengobatannya
12. Hari terakhir haid
13. Nyeri perut bagian bawah
14. Cara kontrasepsi yang digunakan dan mulai kapan

Tabel 6.2 Pengobatan Duh Tubuh Uretra

PENGobatan URETRITIS GONOKOKUss ssS	PENGobatan URETRITIS NON-GONOKOKUS
Sefiksım 400 mg, dosis tunggal, per oral	Azitromisin 1 g, dosis tunggal, per oral
	Doksisiklin* 2x100 mg, per oral, 7
Pilihan pengobatan	
Kanamisin 2 g, injeksi IM, dosis tunggal	
Seftriakson 250 mg, injeksi IM, dosis	
* Tidak boleh diberikan kepada anak di bawah 12 tahun	

Sumber: *Pedoman Nasional IMS, 2016*

Tabel 6.3 Pengobatan Duh Tubuh Uretra Persisten

PENGobatan URETRITIS GONOKOKUS	PENGobatan URETRITIS NON-GONOKOKUS
Sefiksım 400 mg, dosis tunggal, per oral	Azitromisin 1 g, dosis tunggal, per oral, Doksisiklin* 2x100 mg/hari, per oral, 7 hari
Pilihan pengobatan lainnya	
Kanamisin 2 g, injeksi IM, dosis tunggal	
Seftriakson 250 mg, injeksi IM, dosis tunggal	
PENGobatan TRIKOMONIASIS	
<u>Dianjurkan:</u> Metronidazol 2 g dosis tunggal	
<u>Pilihan lain:</u> Metronidazol 2 x 500 mg/hari, per oral, selama 7 hari	
* Tidak boleh diberikan kepada anak di bawah 12	

Sumber: *Pedoman Nasional IMS, 2016*

Tabel 6.4 Rincian Pengobatan Ulkus Genitalis

	Sifilis stadium 1 & 2	<i>Chancroid</i> (ulkus mole)	Herpes genitalis episode	Herpes genitalis rekurens	Limfogranuloma venereum
Obat yang dianjurkan	Benzatin - benzilpenisilin 2,4 juta IU, dosis tunggal, injeksi intramuskular	Siprofloksasi n *, 2x500 mg/hari, per oral, selama 3 hari ATAU Eritromisin base, 4x500 mg/hari, per oral, selama 7 hari ATAU Aзитromisin 1 g, per oral, dosis tunggal ATAU	Asiklovir, 5x200 mg/hari, per oral, selama 7 hari, ATAU Asiklovir 3x400 mg/hari selama 7 hari ATAU Valasiklovir, 2x500 mg/hari, per oral, selama 7 hari,	Asiklovir, 5x200 mg/hari, per oral, selama 5 hari ATAU Asiklovir 3x400 mg/hari selama 5 hari ATAU Valasiklovir, 2x500 mg/hari, per oral, selama 5 hari,	Doksisiklin *, 2x100 mg/hari, per oral, selama 14 hari, ATAU Eritromisin base 4x500 mg/hari, per oral, selama 14 hari
Obat pilihan lain	Penisilin- prokain injeksi IM 600.000 U/hari selama 10 hari	Seftriakson 250 mg, injeksi intra muskuler, dosis tunggal			

	Sifilis stadium 1 & 2	<i>Chancroid</i> (ulkus mole)	Herpes genitalis episode	Herpes genitalis rekurens	Limfogranuloma venereum
Alergi penisilin dan tidak hamil	Doksisiklin* 2X100 mg/hari per oral, selama 30 hari ATAU Eritromisin 4 x 500 mg/hari selama 30 hari				
*Tidak boleh diberikan kepada ibu hamil/menyusui atau anak berumur kurang dari 12					

Sumber: *Pedoman Nasional IMS, 2016*

Daftar Pustaka

- Agustina, S. A., Kesehatan, F., Achmad, J., Yogyakarta, Y., Brawijaya, J., Barat, R., Gamping, A., & Yogyakarta, S. (n.d.). *HUBUNGAN KOMPONEN HEALTH BELIEF MODEL DENGAN UPAYA PENCEGAHAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL PADA IBU RUMAH TANGGA MELALUI PENGGUNAAN KONDOM*.
- Dhaliwal, S., Patel, M., & Menter, A. (2012). Secondary syphilis and HIV. In *Bayl Univ Med Cent* (Vol. 25, Issue 1).
- Dougan, S., Evans, B. G., Macdonald, N., Goldberg, D. J., Gill, O. N., Fenton, K. A., & Elford, J. (2008). HIV in gay and bisexual men in the United Kingdom: 25 years of public health surveillance. In *Epidemiology and Infection* (Vol. 136, Issue 2, pp. 145–156). <https://doi.org/10.1017/S0950268807009120>
- Effendi, A., Silvia, E., Hamzah, S., Ridhwan, M. A., Kedokteran, S., & Kedokteran, F. (2021). *Pola Penyakit Infeksi Menular Seksual di Poliklinik Kulit Dan Kelamin RSP Bintang Amin Periode 2 Januari 2016-31 Desember 2020* (Vol. 2, Issue 2).
- Frieden, T. R., Harold Jaffe, D. W., Rasmussen, S. A., Leahy, M. A., Martinroe, J. C., Spriggs, S. R., Doan, Q. M., King Terraye M Starr, P. H., Roper, W. L., Hill, C., Matthew Boulton, C. L., Arbor, A., Virginia Caine, M. A., Jonathan Fielding, I. E., Remington, P. L., & William Schaffner, W. (2015). *Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015 Morbidity and Mortality Weekly Report CONTENTS (Continued) Centers for Disease Control and Prevention MMWR Editorial and Production Staff (Serials) MMWR Editorial Board*.

Funnye, A. S., & Akhtar, A. J. (2003). *SYPHILIS AND HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS CO-INFECTION*.

Kementerian Kesehatan Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, I. R. (2015). buku pedoman nasional tatalaksana ims 2016 ok.indd. In *Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual*.

Putri, A. H., Hutapea, R., Dermatologi, D., Venereologi, D., Kedokteran, F., Utara, S., Dermatologi, S., Sakit, R., Pusat, U., Adam, H., & Medan, M. (2022). TINJAUAN PUSTAKA Risiko Infeksi Menular Seksual pada Homoseksual. *Anatomica Medical Journal Fakultas Kedokteran*, 5(1).
<http://jurnal.umsu.ac.id/index.php/AMJ>

Rosario, M., Schrimshaw, E. W., Hunter, J., & Braun, L. (2006). Sexual identity development among lesbian, gay, and bisexual youths: Consistency and change over time. *Journal of Sex Research*, 43(1), 46–58.
<https://doi.org/10.1080/00224490609552298>

Zetola, N. M., & Klausner, J. D. (2007). Syphilis and HIV infection: An update. In *Clinical Infectious Diseases* (Vol. 44, Issue 9, pp. 1222–1228).
<https://doi.org/10.1086/513427>

Profil Penulis



Hilda Sulistia Alam

Lahir di Bandung, 14 Juni 1990. Lahir dari Ayah bersuku Buton dan Ibu bersuku Sunda. Tinggal di Baubau sebuah kota kecil di Propinsi Sulawesi Tenggara menghabiskan waktu kecil di kota ini bersama kedua orangtua yang bertugas sebagai PNS. Penulis menyelesaikan pendidikan (D-3) di Akademik Kebidanan Yayasan Kesehatan Nasional Baubau pada tahun 2012. Pada tahun 2012 Penulis bekerja di salah satu Rumah Sakit Bersalin Swasta di Kota Baubau sebelum melanjutkan pendidikan (D-4). Gelar Sarjana Sains Terapan diperoleh pada tahun 2014 dari STIKes Jendral Achmad Yani Cimahi. Menyelesaikan pendidikan (S-2) terapan kebidanan di STIKes Dharma Husada Bandung pada tahun 2019.

Saat ini penulis sebagai dosen tetap Yayasan Kesehatan Nasional Baubau di Politeknik Baubau sejak 2014-sekarang serta mengemban tugas tambahan sebagai Kepala Pusat Penelitian dan Pengabdian Masyarakat di Politeknik Baubau. Pengampu mata kuliah: Dasar Asuhan Kebidanan, Gizi dalam Kesehatan Reproduksi, serta Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Ketertarikan akan menulis dimulai dengan diterbitkannya Buku Pertama yang berjudul “Upaya Mengurangi Nyeri Persalinan dengan Metode Akupresur”. Riwayat Pelatihan bidang kesehatan yang diikuti: IUD terkini, Implant terkini, Kondom perempuan dan Laki-laki terkini, Iva Test dan Papsmear terkini, HIV-VCT-PMTCT, Preseptor Mentor, *Water Birth*, *Lotus Birth*, ABPK (Alat Bantu Pengambilan Keputusan), *Midwifery Update* dan Akupresur serta

Email: hildasulistialam@gmail.com

HIV DAN AIDS

Sulastry Pakpahan, SST., M.Keb

Prodi Kebidanan Tarutung Poltekkes Kemenkes Medan

Pendahuluan

HIV merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat global yang utama, sejauh ini telah merenggut 36,3 juta [27,2-47,8 juta] nyawa. Belum ada obat untuk HIV, tetapi obat-obatan dapat mengendalikan infeksi dan mencegah perkembangan penyakit. Meningkatnya akses ke pencegahan, diagnosis, pengobatan dan perawatan HIV yang efektif, termasuk untuk infeksi oportunistik, infeksi HIV telah menjadi kondisi kesehatan kronis yang dapat dikelola, memungkinkan orang yang hidup dengan HIV untuk menjalani hidup yang panjang. Diperkirakan ada 37,7 juta [30,2-45,1 juta] orang yang hidup dengan HIV pada akhir tahun 2020, lebih dari dua pertiganya (25,4 juta) berada di wilayah Afrika. Pada tahun 2020, 680.000 [480.000-1,0 juta] orang meninggal karena penyebab terkait HIV dan 1,5 juta [1,0-2,0 juta] orang tertular HIV. (WHO, 2021)

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan RI tahun 2019, terdapat 50.282 kasus infeksi HIV di Indonesia. Dari jumlah tersebut, kasus HIV paling sering terjadi pada heteroseksual, homoseksual, pengguna NAPZA suntik, dan pekerja seks. Sementara itu, jumlah penderita AIDS di Indonesia cenderung meningkat. Di tahun 2019,

tercatat ada lebih dari 7.000 penderita AIDS dengan angka kematian mencapai lebih dari 600 orang. (Kemenkes RI, 2020)

Human Immunodeficiency Virus (HIV) merusak dan melemahkan sistem kekebalan, individu yang terinfeksi secara bertahap terjadi penurunan daya tahan tubuh sehingga sangat mudah untuk terinfeksi berbagai macam penyakit lain. Fungsi kekebalan biasanya diukur dengan jumlah CD4. Tahap paling lanjut dari infeksi HIV adalah *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS), yang membutuhkan jangka waktu bertahun-tahun untuk berkembang jika tidak diobati (tergantung pada daya tahan individunya). Penderita HIV memerlukan pengobatan dengan *Antiretroviral* (ARV) untuk menurunkan jumlah virus HIV di dalam tubuh agar tidak masuk ke dalam stadium AIDS, sedangkan penderita AIDS membutuhkan pengobatan ARV untuk mencegah terjadinya infeksi oportunistik dengan berbagai komplikasinya.

Penyakit HIV/AIDS tidak hanya terjadi pada orang dewasa dan lanjut usia tetapi juga dapat menyerang bayi baru lahir, anak-anak dan remaja. Besarnya angka kejadian HIV pada orang dewasa menunjukkan bahwa penderita tertular pada usia remaja dan mulai terdeteksi pada usia dewasa, karena masa inkubasi HIV membutuhkan waktu bertahun-tahun. Pengaruh negatif yang tidak dapat dikendalikan oleh remaja dapat membawa remaja ke dunia pergaulan bebas dan berdampak pada kenakalan remaja antara lain tindakan penyalahgunaan narkoba, seks bebas dan berujung pada infeksi HIV.

Pengertian HIV dan AIDS

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah virus yang merusak sistem kekebalan tubuh khususnya sel darah putih yang disebut sel limfosit T (CD4). Sel darah putih

sangat penting dan berperan besar dalam membantu tubuh melawan penyakit. HIV menghancurkan sel CD4 ini sehingga melemahkan kekebalan seseorang terhadap infeksi oportunistik dan rentan terhadap berbagai penyakit seperti tuberkulosis, infeksi jamur, infeksi bakteri parah dan beberapa jenis kanker. (WHO, 2022).

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) adalah sekumpulan gejala yang timbul karena turunnya kekebalan tubuh yang disebabkan infeksi oleh HIV. HIV yang tidak segera ditangani akan berkembang menjadi kondisi serius yang disebut AIDS (*acquired immunodeficiency syndrome*). AIDS adalah stadium akhir dari infeksi HIV. Pada tahap ini, kemampuan tubuh untuk melawan infeksi sudah hilang sepenuhnya. (Kemenkes RI, 2020)

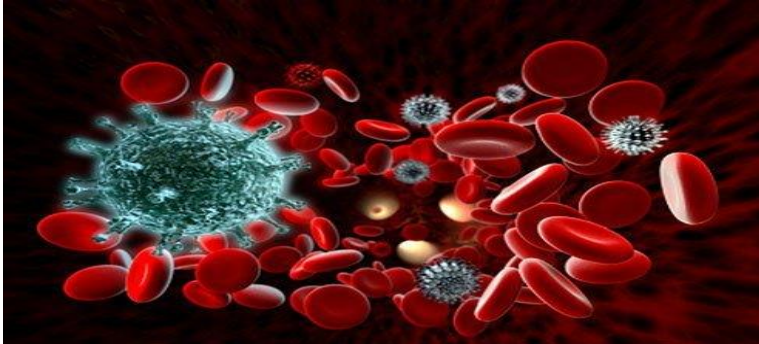
HIV merupakan penyakit seumur hidup. Dengan kata lain, virus HIV akan menetap di dalam tubuh penderita seumur hidupnya. Meski belum ada metode pengobatan

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) adalah virus yang merusak sistem kekebalan tubuh yaitu sel limfosit T (CD4).

AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) adalah sekumpulan infeksi penyakit yang timbul karena sistem imun tubuh yang rusak disebabkan HIV

untuk mengatasi HIV, tetapi ada obat yang bisa memperlambat perkembangan penyakit ini dan dapat meningkatkan harapan hidup penderita.

Penyebab, Faktor Risiko dan Penularan HIV dan AIDS



Gambar 1. *Human Immunodeficiency Virus (HIV)*

Penyakit HIV disebabkan oleh *human immunodeficiency virus* atau HIV, sesuai dengan nama penyakitnya. Virus HIV terbagi menjadi dua tipe utama, yaitu HIV-1 dan HIV-2. Pada 90% kasus, infeksi HIV disebabkan oleh HIV-1. Bila tidak diobati, HIV dapat makin memburuk dan berkembang menjadi AIDS.

Perilaku dan kondisi yang menempatkan individu pada risiko yang lebih besar tertular HIV meliputi: (WHO, 2021)

1. Melakukan hubungan seks anal atau vagina tanpa pengaman/ kondom dengan berganti-ganti pasangan;
2. Mengalami infeksi menular seksual (IMS) lain seperti sifilis, herpes, klamidia, gonore dan vaginosis bakteri;
3. Berbagi jarum suntik yang terkontaminasi, alat suntik dan peralatan suntik lainnya serta larutan obat saat menyuntikkan obat;
4. Menerima suntikan yang tidak aman, transfusi darah dan transplantasi jaringan, dan prosedur medis yang melibatkan pemotongan atau penindikan yang tidak steril; dan
5. Mengalami cedera tertusuk jarum suntik yang tidak disengaja, termasuk di antara petugas kesehatan

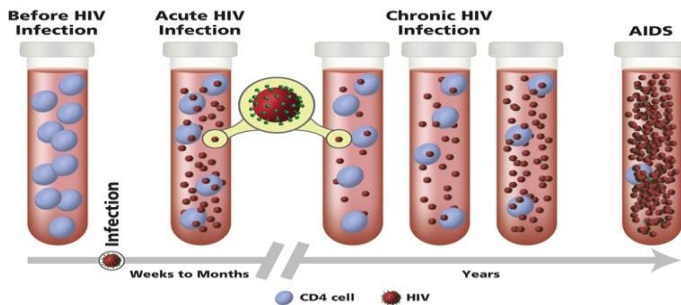
Gejala HIV dan AIDS

Penderita infeksi pada awalnya menunjukkan sedikit atau tanpa gejala selama bertahun-tahun sebelum berubah menjadi AIDS. AIDS didiagnosis ketika jumlah sel T CD4 turun di bawah 200 atau memiliki komplikasi terdefinisi AIDS, seperti infeksi serius atau kanker. Gejala awal kebanyakan penderita mengalami flu ringan termasuk demam, sakit kepala, ruam dan sakit tenggorokan pada 2–6 minggu setelah terinfeksi HIV. Flu bisa disertai dengan gejala lain dan dapat bertahan selama 1–2 minggu. Namun, beberapa bulan pertama ini adalah saat virus paling menular. Setelah flu membaik, gejala lain mungkin tidak akan terlihat selama bertahun-tahun meski virus HIV terus merusak kekebalan tubuh penderitanya, sampai HIV berkembang ke stadium lanjut menjadi AIDS.

Seiring perkembangan penyakit, gejala akan meluas dan lebih jelas. Ini bisa termasuk pembengkakan kelenjar getah bening, penurunan berat badan, demam, diare dan batuk. HIV melemahkan kemampuan tubuh untuk melawan infeksi lain, dan tanpa pengobatan orang akan menjadi lebih rentan terhadap penyakit parah lainnya seperti tuberkulosis, meningitis kriptokokus, infeksi bakteri dan beberapa jenis kanker termasuk limfoma dan sarkoma.

Pada kebanyakan kasus, seseorang baru mengetahui bahwa dirinya terserang HIV setelah memeriksakan diri ke dokter akibat terkena penyakit parah yang disebabkan oleh melemahnya daya tahan tubuh. Penyakit parah yang dimaksud antara lain diare kronis, pneumonia, atau toksoplasmosis otak. Gejala HIV dibagi berdasarkan

tahap perkembangan penyakitnya, yaitu:(Mayo Clinic, 2022)



Gambar 2. Tahapan Infeksi HIV

A. Tahap 1: Infeksi HIV Akut

Tahap pertama HIV adalah tahap infeksi akut, yang terjadi pada beberapa bulan pertama setelah seseorang terinfeksi HIV. Pada tahap ini, sistem kekebalan tubuh orang yang terinfeksi membentuk antibodi untuk melawan virus HIV.

Gejala pada tahap ini muncul 2–4 minggu setelah infeksi terjadi. Penderita umumnya tidak menyadari telah terinfeksi HIV, karena gejala yang muncul mirip dengan gejala penyakit flu, serta dapat hilang dan kambuh kembali. Pada tahap ini, jumlah virus di dalam aliran darah cukup tinggi sehingga penularan infeksi lebih mudah terjadi.

Gejala tahap infeksi akut bisa ringan hingga berat dan dapat berlangsung hingga beberapa hari hingga beberapa minggu. Gejalanya meliputi:

1. Demam hingga menggigil
2. Sakit kepala
3. Pembengkakan kelenjar getah bening, seringkali merupakan salah satu tanda pertama infeksi HIV
4. Diare

5. Muncul ruam di kulit
6. Muntah
7. Nyeri pada sendi dan otot
8. Sakit tenggorokan dan sariawan
9. Penurunan berat badan

Tahap 2: Infeksi HIV Kronis (Masa Laten)

Setelah beberapa bulan, infeksi HIV memasuki tahap laten. Infeksi tahap laten bisa berlangsung sampai beberapa tahun atau dekade. Pada tahap ini, virus HIV tetap aktif merusak daya tahan tubuh, tetapi berkembang biak dalam jumlah yang lebih sedikit.

Gejala infeksi HIV pada tahap laten bervariasi. Beberapa penderita bahkan tidak merasakan gejala apa pun pada tahap ini. Namun, sebagian lainnya mengalami sejumlah gejala berikut:

1. Berat badan menurun
2. Berkeringat di malam hari
3. Batuk
4. Diare
5. Mual dan muntah
6. Herpes zoster
7. Pembengkakan kelenjar getah bening
8. Sakit kepala
9. Kelelahan

B. Tahap 3: AIDS

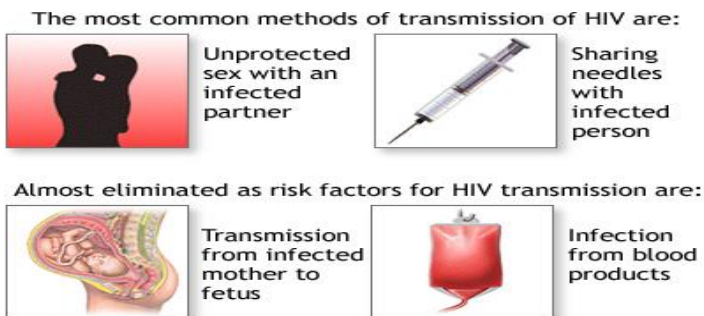
Infeksi tahap laten yang terlambat ditangani akan membuat HIV makin berkembang. Kondisi ini membuat infeksi HIV memasuki tahap ketiga, yaitu AIDS. Proses ini dapat terjadi dalam kurun waktu 8-

10 tahun. Pada tahap ini, sistem kekebalan tubuh sudah rusak parah sehingga penderita akan lebih mudah terserang infeksi lain. Hal ini disebut infeksi oportunistik.

Gejala AIDS meliputi:

1. Berat badan turun tanpa diketahui sebabnya
2. Berkeringat di malam hari
3. Demam berulang
4. Diare kronis
5. Bintik-bintik putih atau lesi di lidah, mulut, kelamin, dan anus
6. Infeksi jamur di mulut, tenggorokan, atau vagina
7. Pembengkakan kelenjar getah bening, di ketiak, leher, dan selangkangan
8. Gangguan saraf, seperti sulit berkonsentrasi, lupa ingatan, dan kebingungan
9. Kelelahan yang terus – menerus
10. Mudah marah dan depresi
11. Ruam kulit atau benjolan
12. Sesak napas

Penularan HIV



Gambar 3. Penularan HIV

HIV menular melalui kontak dengan cairan tubuh penderita seperti darah, sperma, cairan vagina, cairan anus, penggunaan jarum suntik, serta ASI. Penularan ini dapat terjadi melalui cara berikut:

1. Hubungan seks

Infeksi HIV dapat terjadi melalui hubungan seks baik melalui vagina maupun dubur (seks anal). Meski sangat jarang, HIV juga dapat menular melalui seks oral. Namun, penularan lewat seks oral hanya terjadi bila terdapat luka terbuka di mulut penderita, misalnya akibat gusi berdarah atau sariawan.

2. Penggunaan jarum suntik

Berbagi penggunaan jarum suntik dengan penderita HIV adalah salah satu cara yang dapat membuat seseorang tertular HIV. Penularan bisa terjadi jika berbagi pakai jarum suntik ketika menggunakan NAPZA atau saat membuat tato.

3. Transfusi darah

Penularan HIV dapat terjadi saat seseorang menerima donor darah dari penderita HIV. Namun, kemungkinan terjadinya penularan ini cukup rendah. Hal ini karena sekarang pendonor darah harus melewati skrining HIV dan infeksi lainnya terlebih dahulu.

4. Kehamilan dan menyusui

HIV dapat ditularkan dari ibu ke anaknya selama kehamilan dan persalinan. Virus HIV juga dapat menular pada proses melahirkan, atau melalui air susu ibu saat proses menyusui.

Perlu diketahui, HIV tidak menular melalui udara, air, keringat, air mata, air liur, gigitan nyamuk, sentuhan fisik atau berbagi benda pribadi, makanan dan air. Penderita HIV yang memakai ART dan penekan virus tidak

menularkan HIV ke pasangan seksual mereka. Oleh karena itu, akses dini ke ART dan dukungan untuk tetap menggunakan pengobatan sangat penting tidak hanya untuk meningkatkan kesehatan orang dengan HIV tetapi juga untuk mencegah penularan HIV.

Dianogsis HIV dan AIDS

Untuk mendeteksi seseorang terinfeksi HIV dilakukan tes HIV. Skrining dilakukan dengan mengambil sampel darah atau urine pasien untuk diteliti di laboratorium. Tes HIV harus mengikuti prinsip berupa 5 komponen dasar yang telah disepakati secara global yaitu 5C (*informed consent, confidentiality, counseling, correct test results, connections to care, treatment and prevention services*).

1. *Informed Consent*, adalah persetujuan akan suatu tindakan pemeriksaan laboratorium HIV yang diberikan oleh pasien/klien atau wali/pengampu setelah mendapatkan dan memahami penjelasan yang diberikan secara lengkap oleh petugas kesehatan tentang tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien/klien tersebut.
2. *Confidentiality*, adalah Semua isi informasi atau konseling antara klien dan petugas pemeriksa atau konselor dan hasil tes laboratoriumnya tidak akan diungkapkan kepada pihak lain tanpa persetujuan pasien/klien. Konfidensialitas dapat dibagikan kepada pemberi layanan kesehatan yang akan menangani pasien untuk kepentingan layanan kesehatan sesuai indikasi penyakit pasien.
3. *Counselling*, yaitu proses dialog antara konselor dengan klien bertujuan untuk memberikan informasi yang jelas dan dapat dimengerti klien atau pasien. Konselor memberikan informasi, waktu, perhatian dan keahliannya, untuk membantu klien mempelajari

keadaan dirinya, mengenali dan melakukan pemecahan masalah terhadap keterbatasan yang diberikan lingkungan. Layanan konseling HIV harus dilengkapi dengan informasi HIV dan AIDS, konseling pra-Konseling dan Tes pasca-tes yang berkualitas baik.

4. *Correct test results.* Hasil tes harus akurat. Layanan tes HIV harus mengikuti standar pemeriksaan HIV nasional yang berlaku. Hasil tes harus dikomunikasikan sesegera mungkin kepada pasien/klien secara pribadi oleh tenaga kesehatan yang memeriksa.
5. *Connections to, care, treatment and prevention services.* Pasien/klien harus dihubungkan atau dirujuk ke layanan pencegahan, perawatan, dukungan dan pengobatan HIV yang didukung dengan sistem rujukan yang baik dan terpantau.

Diagnosis HIV menggunakan tes cepat yang memberikan hasil pada hari yang sama dan dapat dilakukan di rumah, meskipun tes laboratorium diperlukan untuk memastikan infeksi. Identifikasi dini ini sangat meningkatkan pilihan pengobatan dan mengurangi risiko penularan ke orang lain termasuk pasangan seksual atau pengguna narkoba.(WHO, 2022)

Jenis tes untuk mendeteksi HIV adalah:

1. Tes diagnosis HIV

Diagnosis HIV dapat ditegakkan dengan menggunakan 2 metode pemeriksaan, yaitu pemeriksaan serologis dan virologis.

- a. Metode pemeriksaan serologis

Antibodi dan antigen dapat dideteksi melalui pemeriksaan serologis. Tes ini bertujuan untuk mendeteksi antibodi yang dihasilkan tubuh untuk

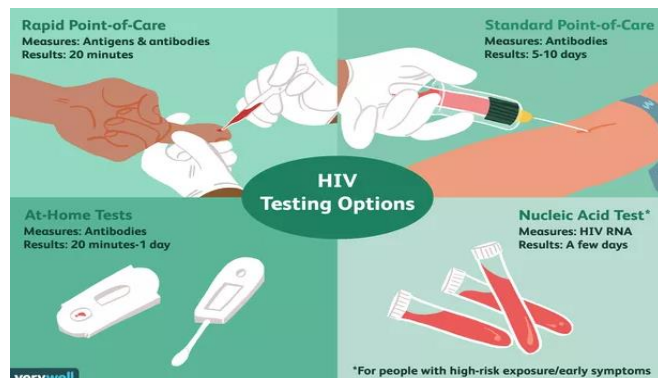
melawan infeksi HIV. Meski akurat, perlu waktu 2–8 minggu setelah terinfeksi. Tujuannya adalah agar jumlah antibodi dalam tubuh cukup tinggi untuk terdeteksi saat pemeriksaan. Adapun metode pemeriksaan serologis yang sering digunakan adalah

- 1) *Rapid Immunochromatography Test* (tes cepat)
- 2) *EIA (enzyme immunoassay)*

Secara umum tujuan pemeriksaan tes cepat dan EIA adalah sama, yaitu mendeteksi antibodi saja (generasi pertama) atau antigen dan antibodi (generasi ketiga dan keempat). Metode western blot sudah tidak digunakan sebagai standar konfirmasi diagnosis HIV lagi di Indonesia. (Kemenkes RI, 2019)

- 3) Tes kombinasi antigen-antibodi.

Tes ini bertujuan untuk mendeteksi protein p24 yang menjadi bagian dari virus HIV. Tes antigen dapat dilakukan 2–4 minggu setelah pasien terinfeksi.



Gambar 2. Tes HIV

Bila hasil skrining menunjukkan pasien terinfeksi HIV (HIV positif), maka pasien perlu menjalani tes lebih lanjut. Selain untuk memastikan hasil skrining, tes tersebut bertujuan untuk mengetahui tahap infeksi yang diderita pasien dan menentukan metode pengobatan yang tepat.

b. Metode pemeriksaan virologis *Polymerase Chain Reaction* (PCR)

Pemeriksaan virologis dilakukan dengan pemeriksaan DNA HIV dan RNA HIV. Tes ini disebut juga sebagai tes RNA. Tes ini mendeteksi keberadaan virus HIV di dalam tubuh dan dapat dilakukan 10 hari setelah terinfeksi. Saat ini pemeriksaan DNA HIV secara kualitatif di Indonesia lebih banyak digunakan untuk diagnosis HIV pada bayi. Pada daerah yang tidak memiliki sarana pemeriksaan DNA HIV, untuk menegaskan diagnosis dapat menggunakan pemeriksaan RNA HIV yang bersifat kuantitatif atau merujuk ke tempat yang mempunyai sarana pemeriksaan DNA HIV dengan menggunakan tetes darah kering (*dried blood spot* [DBS]).

Pemeriksaan virologis digunakan untuk mendiagnosis HIV pada:

- 1) Bayi berusia dibawah 18 bulan.
- 2) Infeksi HIV primer.
- 3) Kasus terminal dengan hasil pemeriksaan antibodi negatif namun gejala klinis sangat mendukung ke arah AIDS.
- 4) Konfirmasi hasil inkonklusif atau konfirmasi untuk dua hasil laboratorium yang berbeda.

Beberapa tes tersebut antara lain:

1) Hitung Sel CD4

CD4 adalah bagian dari sel darah putih yang dihancurkan oleh HIV. Makin sedikit jumlah CD4, makin besar pula kemungkinan seseorang menderita AIDS. Pada kondisi normal, jumlah CD4 berada dalam rentang 500–1400 sel/mm³. Infeksi HIV berkembang menjadi AIDS bila hasil hitung sel CD4 di bawah 200 sel/mm³.

2) Pemeriksaan *Viral Load* (HIV RNA)

Pemeriksaan viral load bertujuan untuk menghitung kira-kira seberapa banyak jumlah virus di dalam tubuh penderita HIV. Selain itu, tes ini bertujuan untuk menilai efektivitas terapi HIV. Jumlah virus di dalam tubuh digambarkan dengan jumlah RNA (materi genetik virus). Jumlah RNA yang lebih dari 100.000 kopi/mL darah bisa menandakan infeksi HIV baru saja terjadi, atau infeksi sudah lama terjadi dan tidak tertangani. Sementara itu, jumlah RNA di bawah 10.000 kopi/mL darah menandakan perkembangan virus tidak terlalu cepat. Meski begitu, jumlah virus dalam rentang ini tetap dapat menyebabkan kerusakan secara perlahan pada sistem kekebalan tubuh. Terapi HIV akan diteruskan sampai hasil tes viral load tidak terdeteksi atau kurang dari 20 kopi/mL. Hasil tes viral load yang tidak terdeteksi dapat menurunkan kemungkinan komplikasi penyakit ini secara signifikan.

Hasil pemeriksaan HIV dikatakan positif apabila:

- 1) Tiga hasil pemeriksaan serologis dengan tiga metode atau reagen berbeda menunjukkan hasil reaktif.
 - 2) Pemeriksaan virologis kuantitatif atau kualitatif terdeteksi HIV.
2. Diagnosis HIV pada anak > 18 bulan, remaja dan dewasa

Tes untuk diagnosis HIV dilakukan dengan tes antibodi menggunakan strategi III (pemeriksaan dengan menggunakan 3 jenis tes antibodi yang berbeda sensitivitas dan spesivitasnya). Hasil pemeriksaan anti-HIV dapat berupa reaktif, non-reaktif (negatif), dan tidak dapat ditentukan (indeterminate). Hasil yang belum terkonfirmasi didapatkan jika tes HIV pertama reaktif namun pemeriksaan tambahan tidak dilakukan pada kunjungan yang sama untuk konfirmasi diagnosis HIV. Hal ini terjadi pada daerah yang menerapkan satu kali pemeriksaan, suatu pendekatan yang dinamakan “tes untuk triase”. Konselor dan penyedia layanan tes bertanggung jawab menjelaskan bahwa hasil yang didapatkan bukan merupakan diagnosis HIV dan memerlukan konfirmasi serta merujuk klien dengan hasil reaktif ke tempat dimana diagnosis HIV dapat ditentukan. Pasien dimotivasi untuk sesegera mungkin ke fasilitas pemeriksaan selanjutnya. Berikut adalah interpretasi hasil dan tindak lanjut yang perlu dilakukan.

Tabel. 2 Kriteria Interpretasi Tes HIV

Hasil tes	Kriteria	Tindak lanjut
Positif	Bila hasil A1 reaktif, A2 reaktif dan A3 reaktif	Rujuk ke Pengobatan HIV
Negatif	<ul style="list-style-type: none"> • Bila hasil A1 non reaktif • Bila hasil A1 reaktif tapi pada pengulangan A1 dan A2 non-reaktif • Bila salah satu reaktif tapi tidak berisiko 	<ul style="list-style-type: none"> • Bila tidak memiliki perilaku berisiko, dianjurkan perilaku hidup sehat • Bila berisiko, dianjurkan pemeriksaan ulang minimum 3 bulan, 6 bulan dan 12 bulan dari pemeriksaan pertama sampai satu tahun
Indeterminate	<ul style="list-style-type: none"> • Bila dua hasil tes reaktif • Bila hanya 1 tes reaktif tapi mempunyai risiko atau pasangan berisiko 	<ul style="list-style-type: none"> • Tes perlu diulang dengan spesimen baru minimal setelah dua minggu dari pemeriksaan yang pertama. • Bila hasil tetap indeterminate , dilanjutkan dengan pemeriksaan PCR.

Hasil tes	Kriteria	Tindak lanjut
		<ul style="list-style-type: none"> Bila sarana pemeriksaan PCR tidak memungkinkan, rapid tes diulang 3 bulan, 6 bulan, dan 12 bulan dari pemeriksaan yang pertama. Bila sampai satu tahun hasil tetap “indeterminate” dan faktor risiko rendah, hasil dapat dinyatakan sebagai negatif

Komplikasi HIV dan AIDS

Infeksi HIV membuat sistem kekebalan tubuh melemah, sehingga tubuh menjadi lebih rentan terserang berbagai penyakit. Infeksi penyakit yang dapat terjadi pada penderita HIV/AIDS yaitu: (Mayo Clinic, 2022)

1. Toksoplasmosis

Toksoplasmosis adalah infeksi parasit yang disebabkan oleh *Toxoplasma gondii*, parasit yang disebarkan terutama oleh kucing. Toksoplasmosis dapat menyebabkan penyakit jantung, dan kejang ketika menyebar ke otak.

2. Candidiasis

Candidiasis adalah infeksi akibat jamur *Candida*, yang menyebabkan radang dan ruam pada sejumlah area tubuh.

3. Tuberkulosis (TBC)

Tuberkulosis adalah infeksi oportunistik pada paru-paru yang sering menyerang penderita HIV,. TBC menjadi penyebab utama kematian penderita AIDS.

4. *Cytomegalovirus*

Cytomegalovirus adalah infeksi yang disebabkan oleh salah satu kelompok virus herpes, ditularkan melalui cairan tubuh seperti air liur, darah, urine, sperma dan ASI. Infeksi ini dapat menyebabkan kerusakan pada mata, saluran pencernaan, dan paru-paru.

5. Meningitis kriptokokus

Meningitis kriptokokus adalah peradangan pada selaput dan cairan yang mengelilingi otak dan tulang belakang (meninges) yang disebabkan oleh jamur.

6. Kriptosporidiosis

Kriptosporidiosis adalah infeksi akibat parasit yang hidup di dalam sistem pencernaan.

A. Komplikasi lain karena HIV/AIDS adalah:

1. *Wasting syndrome*

Wasting syndrome adalah kondisi penurunan berat badan yang signifikan, disertai dengan diare, kelemahan dan demam kronis.

2. Gangguan neurologis

Meski AIDS tidak menginfeksi sel saraf, tetapi penderitanya dapat gangguan neurologis (saraf) seperti kebingungan, pelupa, kecemasan, depresi, mudah marah, bahkan sulit berjalan. Gangguan neurokognitif terkait HIV (HIV-associated neurocognitive disorders/HAND) dapat terjadi dari gejala ringan perubahan perilaku dan penurunan fungsi mental hingga demensia parah yang menyebabkan kelemahan dan ketidakmampuan saraf untuk berfungsi dengan baik.

3. HIVAN

HIVAN (*HIV-associated nephropathy*) adalah peradangan pada filter di ginjal. Kondisi ini menyebabkan gangguan pada proses pembuangan cairan dan limbah sisa metabolisme dari tubuh.

4. Penyakit liver/hati

Penyakit hati juga merupakan komplikasi pada penderita HIV/AIDS, terutama pada penderita hepatitis B atau hepatitis C

B. Kanker yang umum terjadi pada HIV/AIDS

1. Limfoma

Kanker ini dimulai pada sel darah putih. Tanda awal yang paling umum adalah pembengkakan kelenjar getah bening tanpa rasa sakit di leher, ketiak, atau selangkangan.

2. Sarkoma Kaposi.

Merupakan sebuah tumor dinding pembuluh darah. Gejala Sarkoma Kaposi biasanya muncul lesi merah muda, merah atau ungu pada kulit dan mulut. Pada penderita dengan warna kulit yang lebih gelap, lesi mungkin terlihat coklat tua atau hitam. Sarkoma Kaposi juga dapat mempengaruhi organ dalam, termasuk saluran pencernaan dan paru-paru.

3. Kanker terkait HPV.

Ini adalah kanker yang disebabkan oleh infeksi human papillomavirus (HPV), termasuk diantaranya kanker anal, mulut dan serviks.

Pengobatan HIV Dan AIDS

Meskipun belum ada obat untuk HIV namun penderita yang telah terdiagnosis HIV harus segera mendapatkan pengobatan berupa terapi antiretroviral (ARV) untuk memperlambat perkembangan virus, memulihkan kekebalan tubuh dan mencegah penularan. Infeksi HIV dapat dikendalikan dengan pemberian obat ARV yang dikonsumsi seumur hidup dengan tingkat kepatuhan yang tinggi (>95%). Obat ARV perlu diberikan sedini mungkin setelah memenuhi persyaratan terapi untuk mencegah pasien masuk ke stadium lebih lanjut. ARV bekerja mencegah virus HIV bertambah banyak sehingga tidak menyerang sistem kekebalan tubuh. (Kemenkes, 2017) ARV bekerja dengan menghilangkan unsur yang dibutuhkan oleh virus HIV untuk menggandakan diri dan mencegah virus HIV menghancurkan sel CD4.

A. Indikasi untuk memulai terapi ARV

1. Semua pasien dengan stadium 3 dan 4, berapapun jumlah CD4 atau;
2. Semua pasien dengan CD4 < 350 sel/ml, apapun stadium klinisnya;
3. Semua pasien dibawah ini apapun stadium klinisnya dan berapapun jumlah CD4:
 - a. Semua pasien ko-infeksi TB
 - b. Semua pasien ko-infeksi HBV
 - c. Semua ibu hamil
 - d. ODHA yang memiliki pasangan dengan status HIV negative (sero discordant)
 - f. Populasi kunci (penasun, waria, LSL, WPS)

- g. Pasien HIV (+) yang tinggal pada daerah epidemi meluas seperti Papua dan Papua Barat

Obat ARV lini pertama yang tersedia di Indonesia

- Tenofovir (TDF) 300 mg
- Lamivudin (3TC) 150 mg
- Zidovudin (ZDV/AZT) 100 mg
- Efavirenz (EFV) 200 mg dan 600 mg
- Nevirapine (NVP) 200 mg
- Kombinasi dosis tetap (KDT):
 - TDF+FTC 300mg/200mg
 - TDF+3TC+EFV 300mg/150mg/600mg

Rejimen yang digunakan di tingkat FKTP adalah rejimen lini pertama dengan pilihan:

- TDF + 3TC (atau FTC) + EFV
- TDF + 3TC (atau FTC) + NVP
- AZT + 3TC + EFV
- AZT + 3TC + NVP

Pemerintah menyediakan sediaan Kombinasi Dosis Tetap (KDT)/*Fixed Dose Combination* (FDC) untuk rejimen TDF + 3TC (atau FTC) + EFV. Sediaan KDT ini merupakan obat pilihan utama, diberikan sekali sehari sebelum tidur. Panduan obat ARV untuk profilaksis pasca pajanan (PPP) dapat dilihat pada tabel berikut:(Kemenkes, 2017)

Tabel 1. Panduan obat ARV untuk PPP

Orang yang terpapar	Paduan ARV	
Remaja dan dewasa	Pilihan	TDF + 3TC (FTC) + LPV/r
	Alternatif	TDF + 3TC (FTC) + EFV ATAU AZT + 3TC + LPV/r
Anak (≤ 10 tahun)	Pilihan	AZT + 3TC + LPV/r
	Alternatif	TDF + 3TC (FTC) + LPV/r Dapat menggunakan EFV/NVP untuk NNRTI

Tabel 2.

Dosis Obat untuk PPP HIV bagi Dewasa dan Remaja

Nama obat ARV	Dosis
Tenofovir (TDF)	300 mg sekali sehari
Lamivudin (3TC)	150 dua kali sehari atau 300mg sekali sehari
Emtricitabin (FTC)	200 mg sekali sehari
Zidovudin (AZT)	300 mg dua kali sehari
Lopinavir/ritonavir (LPV/r)	200 mg/50mg dua kali sehari

Selama mengonsumsi obat ARV, dokter akan memonitor viral load dan sel CD4 untuk menilai respons pasien terhadap pengobatan. Hitung sel CD4 akan dilakukan tiap 3–6 bulan, sedangkan pemeriksaan viral load dilakukan sejak awal pengobatan dan dilanjutkan tiap 3–4 bulan selama masa pengobatan.

Pasien harus segera mengonsumsi ARV begitu didiagnosis menderita HIV agar perkembangan virus HIV dapat dikendalikan. Menunda pengobatan dapat membuat virus terus merusak sistem kekebalan tubuh dan meningkatkan risiko infeksi berkembang menjadi AIDS. Selain itu, penting bagi pasien untuk mengonsumsi ARV sesuai petunjuk dokter. Melewatkan konsumsi obat akan membuat virus HIV berkembang lebih cepat dan memperburuk kondisi pasien.

Bila pasien melewatkan jadwal konsumsi obat, segera minum begitu ingat dan tetap ikuti jadwal konsumsi berikutnya. Pasien HIV juga dapat mengonsumsi lebih dari satu obat ARV dalam sehari. Penderita HIV perlu mengetahui efek samping yang mungkin timbul akibat mengonsumsi ARV, antara lain: Pusing, Sakit kepala, Mual dan muntah, Diare, Mulut kering, Tulang rapuh, Kadar gula darah tinggi, Kadar kolesterol tidak normal, Kerusakan jaringan otot (*rhabdomyolysis*), Penyakit jantung, Sulit tidur, Tubuh terasa lelah.

Pada kondisi pemeriksaan viral load dapat dilakukan rutin, pemeriksaan CD4 direkomendasikan untuk dilakukan pada saat didiagnosis HIV, 6 bulan setelah pengobatan, sampai indikasi menghentikan kotrimoksazol

B. Indikasi memulai terapi ARV pada remaja (10-18 tahun)

Remaja merupakan kelompok usia dengan karakteristik yang khas. Perubahan pada aspek fisik, *neurodevelopmental*, emosi, dan sosial sebagai periode transisi dari masa kanak menuju dewasa terjadi dengan cepat. Karakteristik tersebut menjadi tantangan tersendiri dalam tata laksana infeksi HIV. Kelompok remaja merupakan kelompok dengan akses dan cakupan terapi HIV yang rendah, angka *loss to follow up* yang tinggi, serta risiko resistensi yang tinggi karena ketidakpatuhan pengobatan.

Isu kepatuhan pengobatan merupakan hal utama yang perlu dipertimbangkan saat memulai terapi ARV. Remaja seringkali memiliki berbagai masalah psikososial yang menjadi hambatan kepatuhan pengobatan. Pengenalan, penilaian, dan konseling terhadap hambatan pengobatan harus terintegrasi

dalam pelayanan HIV pada kelompok remaja. Dukungan psikososial multidisiplin untuk meningkatkan kepatuhan pengobatan sangat dibutuhkan dalam mengoptimasi manfaat terapi ARV pada kelompok remaja.

Bukti yang mendukung inisiasi dini terapi ARV pada remaja yang terinfeksi saat perinatal maupun karena perilaku sendiri masih terbatas. Pelaksanaan inisiasi dini terapi ARV pada remaja selaras dengan rekomendasi inisiasi terapi ARV pada dewasa sehingga mempermudah pelaksanaan operasional program di lapangan, meskipun tetap memiliki risiko efek samping pada organ yang masih berkembang dan resistensi ARV karena ketidakpatuhan pengobatan. (Kemenkes RI, 2019)

Terapi ARV harus diberikan pada seluruh remaja terinfeksi HIV tanpa melihat stadium klinik dan status imunosupresi

C. Panduan terapi ARV lini pertama pada remaja (10-19 tahun)

Pemilihan paduan terapi ARV pada remaja berperan penting untuk membina kepatuhan terapi. Penggunaan paduan terapi ARV dalam bentuk kombinasi dosis tetap yang diberikan satu kali sehari diharapkan dapat menurunkan resistensi dan *loss to follow up*. Paduan terapi ARV lini pertama pada remaja terinfeksi HIV yang direkomendasikan oleh WHO tahun 2013 adalah TDF+3TC(atau FTC)+EFV. Efavirenz dengan dosis standar memiliki efek samping pada sistem saraf pusat yang dapat menurunkan kualitas hidup serta kepatuhan terapi.

Studi tentang paduan terapi ARV pada remaja masih terbatas. Dua telaah sistematis yang bertujuan untuk mencari pilihan paduan terapi ARV pada remaja hanya menemukan satu uji klinis yang populasinya termasuk remaja. Uji klinis acak PENPACT-1 membandingkan paduan terapi ARV berbasis PI dan NNRTI sebagai paduan terapi ARV lini pertama pada negara dengan pendapatan tinggi dan menengah. Pada akhir pengamatan tidak terdapat perbedaan luaran keamanan maupun keefektifan dari kedua paduan terapi ARV tersebut. Uji klinis acak tersebut memiliki beberapa bias, di antaranya sub populasi remaja hanya diwakili oleh sebagian kecil subjek dalam studi. Paduan terapi ARV yang digunakan dari kelompok NNRTI pada uji klinis PENPACT-1 lebih banyak menggunakan NVP atau nelvinafir, tidak sesuai dengan rekomendasi paduan NNRTI saat ini. Penggunaan paduan terapi ARV berbasis PI akan mempersulit pelaksanaan operasional di lapangan karena banyaknya diversifikasi paduan terapi ARV menurut usia. Paduan terapi ARV lini pertama untuk remaja terdiri atas 3 paduan ARV. Paduan tersebut harus terdiri dari 2 obat kelompok NRTI+1 obat kelompok NNRTI:

1. TDF+3TC(atau FTC)+EFV dalam bentuk kombinasi dosis tetap merupakan pilihan paduan terapi ARV lini pertama pada remaja (sangat direkomendasikan, kualitas bukti rendah).
2. TDF+3TC (atau FTC) +EFV dapat digunakan sebagai alternatif paduan terapi ARV lini pertama pada remaja (rekomendasi sesuai kondisi, kualitas bukti rendah).

D. Obat HIV Darurat

Upaya darurat jika merasa telah terpapar virus HIV (misalnya karena berhubungan seks dengan penderita HIV) harus segera berkonsultasi dengan dokter. Dokter akan meresepkan obat *post-exposure prophylaxis* (PEP). Obat PEP adalah kombinasi tiga obat antiretroviral yang bertujuan untuk mencegah perkembangan infeksi HIV. Obat profilaksis pasca pajanan (PEP) dapat segera menghentikan infeksi. PEP harus dimulai dalam waktu 72 jam setelah terpapar dengan virus agar efektif. Ini hanya disarankan setelah paparan risiko yang lebih tinggi, terutama jika pasangan seksual diketahui positif HIV. PEP melibatkan pengobatan HIV setiap hari selama 1 bulan. (The NHS Constitution for England, 2021)

Bagi yang berisiko tinggi terinfeksi HIV tetapi terkonfirmasi negatif, dokter dapat memberikan obat *pre-exposure prophylaxis* (PrEP). Jika didiagnosis positif HIV, maka pasangan juga perlu untuk menjalani tes HIV. Bila didiagnosis HIV pada masa kehamilan, diskusikan dengan dokter terkait langkah penanganan selanjutnya, perencanaan persalinan, dan cara untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke janin.

Pencegahan HIV Dan AIDS

Belum ada tersedia vaksin efektif untuk mencegah HIV dan tidak ada obat untuk HIV/AIDS, karena itu diperlukan strategi pencegahan penyebaran HIV, diantaranya:

1. Pemberian profilaksis Pra Pajanan HIV atau *Pre-Exposure Prophylaxis* HIV (PrEP)



Gambar 3. Obat PrEP

Untuk pasien HIV-negatif dengan perilaku berisiko tinggi, PrEP dengan menggunakan obat antiretroviral merupakan cara yang sudah terbukti untuk mencegah infeksi baru HIV. Kombinasi obat oral emtricitabine plus tenofovir disoproxil fumarate (Truvada) dan emtricitabine plus tenofovir alafenamide fumarate (Descovy) dapat mengurangi risiko infeksi menular seksual pada orang yang berisiko sangat tinggi. PrPP dapat mengurangi risiko tertular HIV dari seks sekitar 99% dan dari penggunaan narkoba suntikan setidaknya 74%.

Pedoman CDC terbaru tahun 2010 merekomendasikan PrEP setiap hari (*daily*) dengan kombinasi dosis tetap tenofovir disoproxil fumarate (TDF) 300 mg dan emtricitabine (FTC) 200 mg oral sekali sehari untuk populasi MSM, heteroseksual pria/wanita, pengguna obat suntik yang memiliki risiko substansial untuk penularan HIV serta kepada pasien yang mempunyai partner HIV positif (HIV-serodiscordant couples). Penggunaan PrEP pada remaja belum disarankan karena masih kurangnya bukti yang mendukung efikasi maupun keselamatan. (US Public Health Service, 2017).

Sedangkan pedoman BHIVA/BASHH tahun 2019 merekomendasikan PrEP dengan kombinasi TDF 300 mg - FTC 200 mg sekali sehari *daily* atau secara *on-demand* kepada subjek MSM dengan risiko substansial penularan HIV, heteroseksual pria dan wanita, transgender, dan HIV-negatif MSM usia muda (15-25 tahun). (Brady *et al.*, 2019). Pemberian tenofovir secara tunggal dapat diberikan pada heteroseksual pria/wanita jika mengalami kontraindikasi FTC. Cara pemberian PrEP *on-demand* meliputi dosis awal dua tablet kombinasi TDF-ETC diminum 2 - 24 jam sebelum senggama kemudian diikuti tablet ketiga dosis tunggal 24 jam dan tablet keempat dosis tunggal 48 jam kemudian. Regimen *on-demand* PrEP tidak direkomendasikan kepada individu dengan infeksi hepatitis B kronis. Pedoman saat ini tidak memberi durasi khusus tentang pemberian PrEP. Selama pasien yang bersangkutan mempunyai atau menjalani kehidupan yang berisiko substansial untuk akuisisi HIV, PrEP hendaknya tetap dilanjutkan. Obat tenofovir dan emtricitabine generik maupun kombinasi tenofovir/emtricitabine paten (Truvada) sudah tersedia di Indonesia melalui resep dokter sehingga strategi PrEP sudah dapat diaplikasikan pada pasien-pasien yang termasuk pada populasi yang berisiko substansial terhadap akuisisi HIV.

2. Pencegahan Penularan HIV pada pasangan serodiskordan

Orang dengan HIV yang mempunyai pasangan seksual non-HIV (pasangan serodiskordan) harus diinformasikan bahwa terapi ARV juga bertujuan untuk mengurangi risiko penularan pada pasangannya. Orang HIV tersebut dengan CD4 < 350 sel/mm³, atau menderita TB paru aktif, atau hepatitis B, atau sedang hamil atau menyusui, dan yang akan

memulai terapi ARV, perlu ditekankan informasi pencegahan penularan sehingga kepatuhan terhadap ARV menjadi lebih baik. Jika orang dengan HIV yang mempunyai pasangan serodiskordan tersebut mempunyai jumlah CD4 > 350 sel/mm³ atau tidak mempunyai indikasi memulai ARV lainnya, sebaiknya ditawarkan untuk memulai terapi ARV segera dengan tujuan menurunkan

penularan HIV kepada pasangannya. Upaya pencegahan dengan menggunakan antiretroviral ini merupakan bagian dari *Treatment as Prevention* (TasP) yang di Indonesia diadaptasi dengan SUFA.

Sangat penting untuk disadari bahwa penurunan jumlah virus akibat ARV harus disertai dengan penurunan perilaku berisiko, penggunaan ARV secara konsisten dan tepat, penggunaan kondom yang konsisten, perilaku seks dan NAPZA yang aman, pengobatan IMS yang konsisten dengan paduan yang tepat mutlak diperlukan untuk pencegahan penularan HIV. Upaya ini yang disebut dengan *positive prevention*.

Untuk menghindari penularan HIV ini dikenal dengan konsep “ABCDE”, sebagai berikut: (Kemenkes RI, 2020)

a. A (*Abstinence*)

Tidak melakukan hubungan seks bagi yang belum menikah (Absen seks)

b. B (*Be Faithful*)

Bersikap saling setia kepada satu pasangan seks. Hindari perilaku berganti-ganti pasangan.

c. C (*Condom*)

Cegah penularan HIV melalui hubungan seksual dengan menggunakan kondom. Gunakan kondom yang baru tiap berhubungan seks, baik melalui vagina maupun melalui dubur. Bila memilih kondom berpelumas, pastikan memilih pelumas yang berbahan dasar air. Hindari kondom dengan pelumas yang berbahan dasar minyak, karena dapat membuat kondom bocor.

d. D (*Drug No*)

Dilarang menggunakan narkoba. Menghindari penggunaan narkoba, terutama melalui jarum suntik, bisa mencegah seseorang terinfeksi HIV. Selain itu, menghindari berbagi pakai jarum suntik juga dapat mencegah infeksi virus hepatitis B.

e. (*Education*)

Pemberian edukasi dan informasi yang benar mengenai HIV, cara penularan, pencegahan, dan pengobatannya terutama bagi anak remaja

Langkah dini yang paling efektif untuk mencegah terjadinya penularan HIV adalah dengan mencegah perempuan usia reproduksi tertular HIV. Komponen ini dinamakan pencegahan primer. Pendekatan pencegahan primer bertujuan untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi secara dini, bahkan sebelum terjadinya hubungan seksual. Hal ini berarti mencegah perempuan muda pada usia reproduksi, ibu hamil dan pasangannya untuk tidak terinfeksi HIV. Dengan demikian, penularan HIV dari ibu ke bayi dijamin bisa dicegah. (Kemenkes RI, 2015)

Kegiatan yang dapat dilakukan untuk pencegahan primer antara lain:(Kemenkes RI, 2015)

- a. KIE tentang HIV-AIDS dan kesehatan reproduksi, baik secara individu atau kelompok dengan sasaran khusus perempuan usia reproduksi dan pasangannya.
- b. Dukungan psikologis kepada perempuan usia reproduksi yang mempunyai perilaku atau pekerjaan berisiko dan rentan untuk tertular HIV (misalnya penerima donor darah, pasangan dengan perilaku/pekerjaan berisiko) agar bersedia melakukan tes HIV.
- c. Dukungan sosial dan perawatan bila hasil tes positif.

Kegiatan pencegahan penyakit diarahkan untuk peningkatan gaya hidup sehat melalui penyelenggaraan KIE, *Life skill education*, pendidikan kelompok sebaya, konseling, peningkatan penggunaan kondom pada perilaku seksual rawan tertular dan menularkan HIV dan PMS, pengurangan dampak buruk (*harm reduction*) pada pengguna narkoba suntik, penatalaksanaan IMS pada kegiatan klinik IMS, pemeriksaan berkala, pengobatan dengan sindrom dan etiologi, skrining pengamanan donor, ekwaspadan universal pada setiap kegiatan medis dan pencegahan penularan dari ibu HIV+ kepada anaknya.

Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA) atau *Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission* (PMTCT) (Kemenkes, 2017)

Salah satu cara penularan HIV adalah dari ibu HIV positif ke bayinya, yang dapat berlangsung mulai dari kehamilan, persalinan maupun menyusui. Penularan intrauterine terjadi melalui transmisi melalui darah melintasi plasenta atau infeksi naik ke cairan dan membran ketuban.

Penularan selama persalinan terjadi melalui kontak antara darah bayi dan ibu, cairan ketuban dan sekresi servikovaginal melalui kulit mukosa di antara jalan lahir. Penularan selama persalinan juga dapat terjadi melalui peningkatan infeksi pada serviks dan transfusi darah ibu yang disebabkan oleh kontraksi rahim saat melahirkan. Faktor penyebab penularan yang terpenting adalah jumlah virus dalam darah sehingga perlu mendeteksi ibu hamil HIV positif dan memberikan pengobatan ARV seawal mungkin sehingga kemungkinan bayi tertular HIV menurun.

Empat metode komprehensif untuk mencegah penularan HIV secara vertikal adalah:

1. Pencegahan primer infeksi HIV pada wanita usia reproduksi
2. Pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan pada wanita terinfeksi
3. Pencegahan transmisi vertikal HIV dari ibu kepada bayi
4. Penyediaan terapi, perawatan dan dukungan yang baik bagi ibu dengan HIV, serta anak dan keluarganya

Pelaksanaan kegiatan PPIA diintegrasikan pada layanan KIA, Keluarga Berencana (KB) dan Konseling Remaja. Adapun panduan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak yaitu:

1. Pemberian KIE tentang HIV-AIDS dan IMS serta kesehatan reproduksi, baik secara individu atau kelompok kepada masyarakat dengan sasaran khusus perempuan usia reproduksi;
2. Memberikan pelayanan KB serta konseling mengenai perencanaan kehamilan dan pemilihan metode kontrasepsi yang sesuai dan kehidupan

seksual yang aman termasuk penanganan komplikasi KB kepada PUS dengan HIV;

3. Tes HIV dan sifilis diintegrasikan dalam pelayanan antenatal terpadu kepada semua ibu hamil mulai dari kunjungan pertama sampai menjelang persalinan;
4. Di daerah epidemi terkonsentrasi dengan tenaga kesehatan yang terbatas jumlahnya maka perawat dan bidan di Pustu, Polindes/Poskesdes yang sudah dilatih, dapat melakukan tes HIV dan sifilis untuk skrining pada ibu hamil di layanan antenatal. Jika hasil tes HIV I dan/atau sifilis adalah reaktif (positif), maka ibu hamil dirujuk ke puskesmas yang mampu memberikan layanan lanjutan dengan melengkapi alur diagnosis;
5. Pada ANC terpadu berkualitas dilakukan:
 - a. Anamnesis lengkap dan tercatat;
 - b. Pemeriksaan kehamilan tercatat di kartu ibu meliputi:
 - 1) T1: Tinggi dan berat badan
 - 2) T2: Tekanan darah dan denyut nadi ibu
 - 3) T3: Tentukan status gizi ibu (ukur lingkaran lengan atas / LILA)
 - 4) T4: Tinggi fundus uteri
 - 5) T5: Tentukan presentasi janin dan DJJ
 - 6) T6: Tentukan status imunisasi tetanus
 - 7) T7: Tablet tambah darah (tablet besi)
 - 8) T8: Tes darah, urin dan sputum (darah: gol. darah, Hb; GDS,

- 9) malaria, sifilis dan HIV; urin: proteinuri; sputum: BTA
 - 10) T9: Tatalaksana kasus ibu hamil
 - 11) T10: Temu wicara dan konseling
- c. Hasil pemeriksaan di atas menentukan tatalaksana, temuwicara dan konseling yang dilakukan
 - d. Bila pada pemeriksaan ditemukan malaria, HIV, sifilis dan TB harus dilakukan pengobatan
6. Setiap ibu hamil penderita HIV harus mendapatkan terapi ARV. Kehamilan dengan HIV merupakan indikasi pemberian ARV dan diberikan langsung seumur hidup tanpa terputus. Pemberian ARV pada ibu hamil tidak ada bedanya dengan pasien lainnya;
 7. Setiap ibu hamil HIV harus diberikan konseling mengenai:
 - a. Pilihan pemberian makanan bagi bayi.
 - b. Persalinan aman serta KB pasca persalinan.
 - c. Pemberian profilaksis ARV dan kotrimoksazol pada anak.
 - d. Asupan gizi.
 - e. Hubungan seksual selama kehamilan (termasuk penggunaan kondom secara teratur dan benar).
 8. Konseling menyusui diberikan secara khusus sejak perawatan antenatal pertama dengan menyampaikan pilihan yang ada, yaitu ASI eksklusif atau susu formula eksklusif. Pilihan yang diambil haruslah ASI saja atau susu formula saja (bukan *mixed feeding*). Tidak dianjurkan untuk mencampur ASI dengan susu formula.

9. Pelaksanaan persalinan ibu hamil HIV dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan
10. Persalinan baik pervaginam atau melalui bedah sesarea dilakukan berdasarkan indikasi medis ibu/bayinya dan menerapkan kewaspadaan standar untuk pencegahan infeksi. Ibu hamil HIV dapat bersalin secara pervaginam bila ibu telah minum ARV teratur > 6 bulan atau diketahui kadar viral load < 1000 kopi/mm³ pada minggu ke-36;
11. Semua bayi lahir dari ibu HIV harus diberi ARV Profilaksis (Zidovudin) sejak hari pertama (umur 12 jam) selama 6 minggu;
12. Pemberian kotrimoksazol profilaksis bagi bayi yang lahir dari ibu dengan HIV dimulai pada usia enam minggu, dilanjutkan hingga diagnosis HIV dapat disingkirkan atau hingga usia 12 bulan;
13. Semua bayi lahir dari ibu HIV harus dirujuk ke rumah sakit terdekat untuk pemantauan dan mendapatkan perawatan lanjutan
14. Pemberian imunisasi tetap dilakukan mengikuti standar pemberian imunisasi pada anak. Semua vaksinasi tetap diberikan seperti pada bayi lainnya, termasuk vaksin hidup (BCG, Polio oral, campak), kecuali bila terdapat gejala klinis infeksi HIV;
15. Pada tempat yang mempunyai akses pemeriksaan PCR, pemeriksaan early infant diagnosis (EID) atau diagnosis HIV dini pada bayi dengan metoda kertas saring perlu dilakukan untuk memastikan apakah bayi tertular atau tidak;

16. Bila tidak memiliki akses pemeriksaan PCR, maka diagnosis HIV pada bayi dapat ditegakkan dengan tes antibodi HIV pada usia setelah 18 bulan atau dilakukan diagnosis presumtif;
17. Memberikan dukungan keperawatan bagi ibu selama hamil, bersalin dan bayinya;
18. Pada ibu hamil, bila tidak tersedia RPR, pemeriksaan sifilis dapat dilakukan dengan tes cepat TPHA /TP-Rapid;
19. Sifilis pada kehamilan merupakan indikasi untuk pengobatan.
20. Setiap ibu hamil dengan tes serologi postisif (dengan metode apapun) minimal diobati dengan suntikan 2,4 juta UI Benzatin benzyl Penicillin IM. Bila memungkinkan diberikan 3 dosis dengan selang 1 minggu, sehingga total 7,2 juta unit;
21. Terapi dengan Benzatin benzyl Penicillin didahului dengan skin test. Diberikan dengan dua dosis terbagi di bokong kanan dan bokong kiri;
22. Pemantauan tumbuh kembang anak pada bayi lahir dari ibu HIV dan sifilis;
23. Edukasi dan anjuran tes HIV dan sifilis bagi pasangan ibu hamil HIV dan sifilis

Semua Ibu hamil dengan HIV harus diberikan terapi ARV tanpa harus menunggu pemeriksaan CD4

3. Pencegahan Pasca Paparan HIV (PPP)

Pencegahan pasca paparan (PPP) adalah pemberian ARV dalam waktu singkat untuk mengurangi kemungkinan didapatnya infeksi HIV setelah terpapar

ketika bekerja atau setelah kekerasan seksual. PPP sebaiknya ditawarkan pada kedua kelompok pajanan tersebut dan diberikan sesegera mungkin dalam waktu 72 jam setelah paparan.

Penilaian kebutuhan PPP harus berdasarkan status HIV sumber paparan jika memungkinkan, dan pertimbangan prevalensi dan epidemiologi HIV di tempat tersebut. PPP tidak diberikan jika orang yang berisiko terpapar sebenarnya HIV positif atau sumber paparannya HIV negatif. Lamanya pemberian PPP HIV adalah 28-30 hari. Pilihan obat PPP harus didasarkan pada paduan ARV lini pertama yang digunakan, juga mempertimbangkan kemungkinan resistansi ARV pada sumber paparan. Oleh karena itu, sebelum pemberian PPP sebaiknya diketahui jenis dan riwayat ARV sumber paparan, termasuk kepatuhannya. Untuk pilihan obat PPP dapat dilihat pada tabel berikut (Kemenkes RI, 2019)

Tabel 3. Pilihan Paduan Untuk PPP

Orang yang terpajan	Paduan ARV	
Remaja dan dewasa	Pilihan	TDF + 3TC + LPV/r
	Alternatif	TDF + 3TC + EFV AZT + 3TC + LPV/r
Anak (< 10 tahun)	Pilihan	AZT + 3TC + LPV/r
	Alternatif	TDF + 3TC + LPV/r Dapat menggunakan EFV/NVP untuk NNRTI

Daftar Pustaka

- Brady, M. *et al.* (2019) 'BHIVA/BASHH guidelines on the use of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) 2018', *HIV medicine*, 20, pp. s2–s80. doi: 10.1111/hiv.12718.
- Kemenkes (2017) 'Progam Pengendalian HIV AIDS dan PIMS Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama', *Kementerian Kesehatan RI*, 4247608(021), pp. 613–614.
- Kemenkes RI (2015) *Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak*. Jakarta. Available at: https://siha.kemkes.go.id/portal/files_upload/Pedoman_Manajemen_PPIApdf.pdf.
- Kemenkes RI (2019) *Kepmenkes RI No. HK.01.07/Menkes/90/2019 Tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata Laksana HIV*. Available at: https://siha.kemkes.go.id/portal/files_upload/PNPK_HIV_Kop_Garuda__1_.pdf.
- Kemenkes RI (2020) 'Infodatin HIV AIDS', *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, pp. 1–8. Available at: <https://pusdatin.kemkes.go.id/resources/download/pusdatin/infodatin/infodatin-2020-HIV.pdf>.
- Mayo Clinic (2022) *HIV/AIDS*. Available at: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/hiv-aids/symptoms-causes/syc-20373524> (Accessed: 11 April 2022).
- The NHS Constitution for England (2021) *HIV and AIDS*. Available at: <https://www.nhs.uk/conditions/hiv-and-aids/treatment/> (Accessed: 12 April 2022).
- US Public Health Service (2017) *Preexposure Prophylaxis For The Prevention Of HIV Infection In The United States – 2017 Update, Tetrahedron Letters*. doi: 10.1016/S0040-4039(01)91800-3.

WHO (2021) *HIV/AIDS*. Available at:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids#> (Accessed: 10 May 2022).

WHO (2022) *HIV/AIDS*. Available at:
https://www.who.int/health-topics/hiv-aids#tab=tab_1 (Accessed: 15 May 2022).

Profil Penulis



Sulastry Pakpahan

Lahir di sebuah kota kecil yaitu Tarutung, Kabupaten Tapanuli Utara, menghabiskan masa studi SD sampai SPK di Tapanuli Utara. Tertarik dalam dunia kesehatan dan lulus pendidikan DIV Kebidanan tahun 2006 dari Unpad Bandung. Selanjutnya mengambil jurusan S2 Kebidanan pada tahun 2008 dan berhasil menyelesaikan studi pada tahun 2010 dari Unpad Bandung. Saat ini aktif sebagai dosen Prodi Kebidanan Tarutung Poltekkes Kemenkes Medan. Penulis terlibat dalam penelitian, menulis artikel jurnal dan naskah buku, sebagai kontribusi dalam mewujudkan Tri Dharma Perguruan Tinggi. Email: lastry@gmail.com

PENYALAHGUNAAN NAPZA

Patemah, S.SiT., M.Kes

STIKES Widyagama Husada Malang

Pengertian NAPZA

NAPZA adalah perpanjangan dari kata Narkotika, Psikotropika dan Zat Psikoaktif (Zat Adiktif. NAPZA sering di kenal dengan NARKOBA (Narkotika dan Bahan/Obat Berbahaya). Penjelasan dari Napza adalah sebagai berikut:

1. Narkotika adalah sesuatu zat atau obat dari hasil tumbuhan atau bukan tumbuhan baik sintetis ataupun semi sintetis yang dapat berakibat terjadinya penurunan kesadaran atau terjadinya perubahan kesadaran, mengurangi rasa nyeri sampai terjadi menghilangnya perasaan nyeri, hilangnya rasa, pada seseorang yang bisa mengakibatkan timbulnya sifat ketergantungan.
2. Psikotropika adalah zat atau obat yang alamiah ataupun yang sintetis yang bukan narkoba yang khasiatnya psikoaktif yang kerjanya melalui pusat otak yang mengakibatkan adanya perubahan yang khas pada pola aktifitas dan pola perilaku individu.
3. Zat Psikoaktif (Zat Adiktif) adalah bahan-bahan aktif yang bekerja pada system saraf pusat yang bila di konsumsi oleh organisme yang hidup akan mengakibatkan reaksi biologis pada tubuh yang akan menimbulkan suatu sifat ketergantungan (adiksi)

yang akan sulit untuk dihentikan yang menimbulkan efek keinginan untuk mengkonsumsi secara terus-menerus, akan tetapi tidak akan menghilangkan kesadaran bagi penggunanya (Depkes, 2016). Bila penggunaan zat adiktif ini di hentikan, maka akan menimbulkan dampak suatu rasa lelah yang luar biasa atau rasa sakit yang luar biasa. Zat adiktif bukan zat yang tergolong narkotika dan psikotropika akan tetapi bila dikonsumsi terus menerus akan menimbulkan sifat ketagihan.

Contoh yang termasuk golongan zat adiktif yaitu:

1. Kopi dan teh. Bahan ini mengandung kafein yang bisa membuat tubuh segar dan terjaga dan meningkatkan konsentrasi dengan cara meningkatkan kewaspadaan pada otak.
2. Rokok. Bahan baku rokok berasal dari tumbuhan tembakau yang banyak mengandung zat yang berbahaya. Salah satu kandungan yang ada dalam tembakau adalah nikotin. Nikotin yang ada dalam tembakau bersifat adiktif atau menyebabkan timbulnya kecanduan. Terjadinya kecanduan di karenakan nikotin memancing otak untuk melepaskan neurotransmitter yang mirip seperti dopamine. Neurotransmitter akan menimbulkan rasa puas dan senang dalam sesaat dan singkat, sehingga otak akan merasa selalu kekurangan dopamine. Kondisi ini akan menyebabkan kecanduan nikotin sehingga semakin lama akan membutuhkan dosis yang semakin tinggi.
3. Minuman keras/miras (minuman beralkohol) adalah cairan yang tidak berwarna dan mudah menguap serta mudah terbakar yang didapatkan dari hasil fermentasi karbohidrat yang bersifat sedative, hipnotik dan depresan.

4. Zat lain yang bisa menyebabkan terjadinya adiksi yaitu golongan obat steroid.

Istilah yang Sering Digunakan dalam NAPZA

1. Penyalahgunaan napza adalah keadaan dimana pemakaian narkotika atau psikotropika yang tidak mendapatkan pengawasan dan sepengetahuan dokter.
2. Ketergantungan (adiksi dan dependensi) adalah kondisi dimana individu membutuhkan suatu zat tertentu agar individu itu dapat berfungsi secara wajar dalam kehidupan.

Ada 2 (dua) jenis ketergantungan yaitu:

- a. Ketergantungan fisik: yaitu kondisi dimana tubuh akan menimbulkan gejala fisik yang tidak baik apabila penggunaan suatu zat NAPSA di kurangi dosisnya atau di hentikan pemberiannya. misalkan penggunaan heroin yang di hentikan akan menimbulkan gejala sakit sendi dan otot, kulit berkeriat, perut mengalami kram dan sebagainya.
 - b. Ketergantungan psikis: yaitu kondisi seseorang yang merasakan “rindu” untuk mengkonsumsi zat tersebut walaupun kondisi saat itu tidak mengalami ketergantungan fisik. kondisi psikis ini seakan tersugesti untuk berniat menggunakan kembali.
3. Toleransi adalah kondisi di mana penggunaan ukuran dosis zat yang digunakan semakin lama akan semakin meningkat yang bertujuan untuk menimbulkan efek yang sama.
 4. Overdosis adalah kondisi dimana dosis obat yang dikonsumsi tidak dapat dikontrol yang di karenakan adanya toleransi, yang berakibat terjadinya gejala dalam tubuh berupa keracunan, koma hingga terjadi kematian pada penggunaanya.

5. Sindrom putus zat (*Withdrawal syndrome*) adalah kondisi dimana seseorang pengguna yang mengurangi jumlah dosis yang digunakan yang sebelumnya zat yang di konsumsi secara rutin dan akan menimbulkan gejala yang spesifik pada tubuh pengguna
6. *Craving* adalah suatu keadaan dimana seseorang sangat membutuhkan dan menginginkan suatu obat.

Penggolongan NAPZA

Tiga penggolongan dalam proses pembuatan Narkotika dan Psikotropika yaitu (Pastika, 2006):

1. Alami

Proses pembuatan secara alami yaitu suatu proses pengambilan zat yang alami yang langsung pada sumbernya tanpa melalui proses produksi atau suatu fermentasi. Contoh dari zat alami yaitu tumbuhan ganja, dari kafein, kokain, opium, mescaline dan lain sebagainya.

2. Semi Sintesis

Semi sintesis adalah kondisi dimana proses pembuatan suatu zat yang melalui fermentasi. Contoh pembuatan secara semi sintesis yaitu morfin, codein, heroin dan lain-lainnya

3. Sintesis

Sintesis adalah zat/obat yang dikembangkan untuk tujuan keperluan yang berhubungan dengan medis dan suatu penelitian yang diperlukan untuk mengurangi rasa sakit (obat analgesik), menekan batuk yaitu obat antitusif seperti metadon, meperidine, deksafetamoinpethidin, amfetamin yang digunakan oleh tenaga kesehatan (dokter) untuk menyembuhkan pecandu sebagai suatu terapi.

Tiga penggolongan menurut efek yang disebabkan oleh NAPZA yaitu:

1. Depresan

Depresan adalah suatu zat yang berfungsi untuk mengurangi aktifitas dari fungsional tubuh. Jenis obat Depresan ini bila dikonsumsi maka pengguna akan merasakan perasaan nyaman tenang, hingga bisa tertidur bahkan sampai tidak sadar. Contohnya yaitu Codein, obat Sedative, Morfin, Opium, Heroin.

2. Stimulan

Stimulan adalah suatu zat atau obat yang bisa membuat tubuh terasa segar dan meningkatkan gairah dan semangat tubuh untuk aktifitas. Contoh dari obat jenis stimulant yaitu: Kokain, Amfetamin, Kafein, Ekstasi.

3. Halusinogen

Halusinogen adalah Zat atau obat yang bila dikonsumsi akan menimbulkan terjadinya halusinasi yang akan merubah sifat dan perasaan serta pikiran yang berakibat mengganggu seluruh perasaan. Contoh zat atau obat halusinogen adalah Mescaline, Ganja/Cannabis, dan lain-lain.

Penggolongan Narkotika

Ada 3 (tiga) golongan Narkotika yang di jelaskan sebagai berikut:

1. Narkotika Golongan I

Narkotika yang termasuk golongan I contohnya adalah kokain, heroin dan ganja. Narkotika jenis ini hanya digunakan dengan tujuan untuk suatu pengembangan ilmu dan pengetahuan. Narkotika ini tidak digunakan untuk terapi karena narkotika ini mempunyai efek terjadinya ketergantungan yang sangat tinggi.

2. Narkotika Golongan II

Narkotika jenis golongan II ini contohnya yaitu: petidin, morfin, turunan/garam yang masuk dalam golongan tersebut. Narkotika jenis ini biasanya digunakan sebagai terapi untuk alternative terakhir dari pengobatan yang lain, dan juga digunakan untuk pengembangan suatu ilmu pengetahuan. Narkotika jenis ini juga menimbulkan potensi yang tinggi untuk terjadinya ketergantungan.

3. Narkotika golongan III

Narkotika jenis golongan III ini contohnya adalah: kodein serta garam-garam narkotika. Narkotika jenis ini digunakan dengan tujuan sebagai suatu terapi, dan atau untuk pengembangan suatu ilmu pengetahuan. Jenis ini mempunyai potensi yang ringan untuk terjadinya ketergantungan.

Penggolongan Psikotropika

Ada 3 macam golongan-golongan psikotropika yaitu:

1. Psikotropika golongan I

Yang termasuk Psikotropika golongan I, sebagai contoh yaitu: MDMA (ekstasi), Meskalina/peyot, Lisergik dietilamide/LSD. Psikotropika jenis ini hanya digunakan untuk keperluan pengembangan suatu ilmu pengetahuan dan bukan untuk digunakan sebagai terapi karena mempunyai potensi yang tinggi untuk terjadinya suatu ketergantungan.

2. Psikotropika golongan II

Psikotropika yang termasuk dalam golongan II ini contohnya adalah: fensklidin, amfetamin, metilfenidat (ritalin), metakualon. Psikotropika jenis berkehasiat sebagai pengobatan dan terapi dalam kesehatan, selain itu juga digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan. Psikotropika ini juga mempunyai efek potensi yang kuat untuk terjadinya ketergantungan.

3. Psikotropika golongan III

Psikotropika jenis ini contohnya adalah flunitrazepam, amobarbitol. Psikotropika golongan ini berkhasiat sebagai pengobatan suatu penyakit dan terapi dan untuk potensi sindrom ketergantungan yang sedang. Selain itu juga digunakan untuk pengembangan suatu ilmu.

4. Psikotropika golongan IV

Psikotropika yang termasuk dalam lingkup ini adalah diazepam, lorazepam, barbital, bromazepam, fenobarbital, nitrazepam. Psikotropika ini sangat berkhasiat untuk suatu pengobatan yang digunakan dalam suatu terapi serta digunakan sebagai pengembangan sebuah ilmu pengetahuan. Psikotropika ini mempunyai sifat yang sedang terhadap sindrom ketergantungan.

Faktor-Faktor Penyebab Terjadinya Penyalahgunaan NAPZA

1. Faktor penyebab dan resiko

Ada 3 kelompok faktor terjadinya penyalahgunaan NAPZA yaitu:

a. Faktor individu

Yang masuk dalam faktor individu yaitu sebagai berikut:

1) Penyakit jasmaniah

Penyakit jasmaniah adalah kondisi seseorang yang abnormal sehingga membutuhkan suatu obat analgesik yang kuat untuk mengatasi keluhan yang dirasakan.

2) Kepribadian dengan resiko tinggi

Yang termasuk dalam kepribadian yang resiko tinggi adalah:

- a) Sifat pemalu dan pendiam
- b) sifat yang mudah mengalami kecewa dan cenderung untuk agresif
- c) Percaya diri yang kurang dalam menjalankan tugas-tugas yang menjadi tanggungjawabnya.
- d) Penilaian pada diri sendiri yang negative (*low self-esteem*). Contohnya perasaan tidak mampu dalam mengerjakan suatu tugas.
- e) Sikap seseorang yang membangkang /memberontak terhadap suatu peraturan yang sudah ditetapkan organisasi atau tata tertib yang tidak dipatuhi.
- f) Suatu perilaku yang anti social. sangat tidak suka dengan kegiatan yang sosial.
- g) Sifat yang kurang /tidak sabar untuk menunggu atau selalu menuntut
- h) Seseorang yang mudah merasa jenuh dan bosan
- i) Adanya hambatan suatu perkembangan psikoseksual dimana berakibat terjadinya suatu kegagalan dan terjadinya ketidaksanggupan untuk membentuk identifikasi dari seksualnya (citra seseorang sebagai perempuan atau laki-laki).

- j) Pada usia yang sangat dini sudah melakukan aktifitas yang harusnya tidak dilakukan contohnya yaitu merokok
 - k) Dalam keluarga sebagai orang tua salah satunya sebagai orang penyalahgunaan zat terlarang
 - l) kecenderungan dalam hidup mempunyai suatu gangguan jiwa seperti mudah cemas, sikap apatis (tidak respon), depresi, gangguan psikotik, kurang mampu untuk menghadapi kondisi stress.
 - m) Religius yang rendah.
- 3) Motivasi tertentu
- a) Mempunyai sikap diri yang merasa bebas merdeka
 - b) Selalu punya keinginan untuk mengetahui kondisi siapapun dan apapun sehingga terasa puas dengan keinginannya yang tercapai
 - c) Berusaha untuk diterima disuatu kelompok
 - d) Ketidakmampuan menerima kenyataan sehingga melepas tanggungjawabnya atau melarikan diri dari tugasnya karena merasa mengalami kegagalan, malu, kecewa, tidak mampu, dll.
 - e) Peningkatan yang berhubungan dengan kemampuan diri dengan seksual
 - f) Penggunaan obat yang menunjukkan lambang kemoderenan dan keperkasaan

b. Faktor zat

Faktor ini berhubungan dengan

- 1) Adanya peredaran gelap dalam penyediaan obat
- 2) Adanya perolehan obat yang mudah yang tidak melewati ijin atau resep

c. Faktor lingkungan

Lingkungan juga menjadi pemicu terhadap terjadinya penyalahgunaan NAPZA. Faktor ini meliputi:

- 1) Lingkungan Keluarga
 - a) Ketidakharmonisan dalam keluarga atau disfungsi dalam suatu keluarga
 - b) Kurangnya komunikasi dalam keluarga terutama sebagai orang tua dalam kehidupan sehari-hari, contohnya tidak ada senda gurau dalam keluarga sehingga menimbulkan individual yang tinggi yang tidak saling menghargai
 - c) Sebagai orang tua bersikap otoriter dalam keluarga, tidak ada toleransinya
 - d) Penekanan keluarga yang terlalu disiplin dan ketat dalam bersikap pada anak-anaknya (Kiling, 2015).
- 2) Lingkungan sekolah
 - a) Jarak sekolah yang terlalu dekat dengan tempat hiburan atau dengan orang-orang yang mengedarkan NAPZA
 - b) Kedisiplinan yang kurang dalam sekolah

- c) Kurangnya tempat dan fasilitas untuk mengembangkan minat dan bakat bagi siswa siswi sekolah
 - d) Di sekolah ada siswa sebagai pengguna NAPZA
- 3) Lingkungan teman sebaya
- a) Dalam kelompok sebaya terjadi suatu penekanan yang kuat untuk menggunakan NAPZA
 - b) Teman sebagai pengguna atau yang menjadi pengedar akan memberikan ancaman yang berhubungan dengan fisik bagi teman yang tidak mau menggunakan NAPZA
- 4) Lingkungan masyarakat luas
- Kondisi lingkungan ini berhubungan dengan situasi ekonomi, sosial, politik yang tidak mampu atau kurang mendukung

2. Tingkat pemakaian

Dalam penggunaan NAPZA ada beberapa bentuk tingkatannya yaitu:

- a. Pemakaian yang coba-coba (*experimental use*) yaitu: kondisi dimana seseorang hanya ingin tahu dan merasakan NAPZA yang akhirnya akan menentukan pilihan berhenti dan tidak ingin lagi atau justru ingin meningkatkan penggunaan karena untuk memenuhi rasa ingin tahunya.
- b. Pemakaian social/rekreasi (*social/recreational use*) yaitu: suatu keadaan dimana para pengguna mengkonsumsi sebagai forum rekreasi atau penggunaan disaat ada suatu pesta berlangsung. Kondisi ini akan membuat pengguna untuk

berhenti dan tidak mengkonsumsi lagi atau justru ingin melanjutkan konsumsi dan meningkatkan ke tahap selanjutnya.

- c. Pemakaian Situasional (*situasional use*) yaitu: pada keadaan ini pengguna mengkonsumsi karena untuk menghilangkan perasaan yang berhubungan dengan situasi hati dan pikiran misalkan sedang sedih, tegang, merasa kecewa, dll
- d. Penyalahgunaan (*abuse*) yaitu: suatu keadaan di mana pengguna menggunakan NAPZA ke arah yang bersifat patologik. Kondisi ini di tandai dengan intoksikasi sepanjang hari, ketidakmampuan untuk menghentikan atau mengurangi, usaha pengendalian yang berulang kali, dan keinginan terus mengkonsumsi walaupun kondisi kesehatan fisiknya sakit. Kondisi ini akan mengakibatkan adanya gangguan fungsional atau gangguan okupasional yang akan ditandai dengan adanya perilaku yang agresif yang diluar kewajaran, tidak terselesaikannya tugas dan relasi dalam keluarga, suka bolos saat sekolah, hubungan antar teman yang tidak harmonis, sering bertindak kriminal yang melanggar hukum.
- e. Ketergantungan (*dependence use*) yaitu: kondisi dimana telah terjadi keadaan toleransi serta gejala terjadinya putus zat, dimana kondisi ini terjadi bila pengguna ingin menghentikan atau mengurangi dosis pemakaiannya.

Deteksi Dini

Bukan hal yang mudah untuk melakukan deteksi dini pada penyalahgunaan NAPZA, tapi hal ini sangat perlu dilakukan untuk mencegah keberlanjutan terjadinya suatu masalah. Deteksi dini ini bisa dilihat dengan terjadinya gejala secara umum yaitu:

1. Adanya suatu perubahan perilaku, sikap atau kebiasaan sehari-hari.
2. Terjadi penurunan dalam prestasi belajar
3. Adanya sikap yang selalu membantah dengan guru dan sering terjadi perkelahian antar teman
4. Timbulnya perilaku yang berhubungan dengan kriminal seperti merampok, mencuri, menjambret, menodong, menarget, dll
5. Adanya perubahan pada kebiasaan tertentu misalkan suka memakai bentuk kaca mata warna hitam, memakai jaket yang tebal tapi tidak pada waktunya dan tempat
6. Adanya perubahan dalam berteman dan jarang mau untuk memperkenalkan teman-temannya
7. Adanya perubahan pada pola tidur yaitu sering bergadang di waktu malam dan berganti sering tidur pada siang hari
8. Mulai muncul kebiasaan yaitu melupakan tanggungjawab tugas rutinitas dalam rumah
 - a. Perubahan kebiasaan suka menginap/tidur di rumah sahabat dan suka pulang pada larut malam
 - b. Adanya kebiasaan sering ke pesta-pesta, mall, atau ke diskotik

- c. Ada perubahan pada kondisi fisik yang ditandai dengan:
 - 1) Terjadi penurunan kondisi fisik
 - 2) Tubuh tampak lemas dan kurus
 - 3) Penurunan pada pola makan
 - 4) Menurunnya penampilan diri yaitu rambut tidak rapi, gigi kotor, pakaian kumal dan sembarangan.
- d. Ditemukan pernah atau sedang dalam kondisi mabuk atau sedang transaksi jual beli NAPZA

Pemeriksaan Fisik dan Psikologis

1. Ditemukannya tanda-tanda bekasnya injeksi /suntikan di vena pada area paha, lengan, kaki dan ada pula pada bagian alat reproduksi pria yaitu dorsum penis
2. Kemungkinan terjadi komplikasi medik yaitu TBC, endocarditis, pleuritis, hepatitis, HIV/AIDS, bronkhopneunomia, penyakit kelamin, dll
3. Ada kemungkinan akan terjadi gejala putus zat/overdosis yaitu adanya keabnormalan pada kulit, hati, paru-paru, kesadaran, cara berjalan, paru-paru, pernafasan, pupil mata, jantung, tensi, nadi, dll
4. Kemungkinan ditemukan adanya suatu gangguan jiwa atau disertai dengan adanya depresi, anxietas, gangguan psikotik atau pemusatan pola perhatian, munculnya pribadi yang anti sosial

Dampak Penyalahgunaan NAPZA

Penyalahgunaan NAPZA akan menimbulkan dampak yang berupa suatu gangguan fisik yang diakibatkan oleh komplikasi medik, terjadinya gangguan pada mental dan emosional serta kehidupan social yang semakin buruk. Beberapa komplikasi dari penyalahgunaan NAPZA yaitu:

1. Komplikasi medik

Penyebab komplikasi ini adalah sebagai berikut:

- a. Akibat zat itu sendiri yaitu kondisi intoksikasi dan suatu gejala karena putus obat yaitu:
 - 1) Opioida yaitu bisa menyebabkan terjadinya impotensi, gangguan haid, kemandulan, dan bisa mengalami obtipasi kronis
 - 2) Alkohol yaitu bisa menyebabkan kardiomiopati, kecacatan pada janin, dimensia, adanya kerusakan pada jaringan otak, gangguan pada metabolisme lemak, sirosis hepatis, perdarahan lambung, gastritis, dan perlemakan hati.
 - 3) Ganja yaitu bisa terjadi bronchitis, menurunnya daya imunitas sehingga memudahkan terjadinya infeksi, gangguan pada sirkulasi darah coroner, gangguan pada fungsi kognitif, terjadi atrofi pada jaringan otak dan bisa terjadi kemandulan.
 - 4) Kokain yaitu bisa menyebabkan ulserasi dan terjadi perforasi pada septum hidung, aritmia pada jantung, penurunan berat badan karena tidak adanya nafsu makan yang berlanjut akan terjadi malnutrisi dan terjadinya anemia
 - 5) Amfetamin yaitu menyebabkan kondisi yang sama dengan kokain.
 - 6) Inhalansia yaitu terjadi toksik pada otot jantung, ginjal, sumbu tulang, otak dan hati
 - 7) Kafein bisa menyebabkan peningkatan tekanan darah, gangguan pada jantung, gastritis atau tukak lambung

- 8) Nikotin yaitu bisa menyebabkan terjadinya bronchitis, kanker paru dan bronkhiektasis
- 9) Halusinogen yaitu bisa menyebabkan aberasi suatu kromosan dan mengakibatkan terjadinya kecatatan pada bayi

b. Akibat bahan campuran atau pelarut

Akibatkan ini biasanya terjadi pada pengguna yang melakukan suntik parenteral. contohnya akan terjadinya emboli yang bisa mengakibatkan infark paru atau terjadi emboli pada pembuluh darah pada mata yaitu retina yang mengakibatkan terjadinya kebutaan

c. Akibat pemakaian jarum suntik yang tidak steril

Akibat penggunaan jarum bergantian diantar para pengguna akan menyebabkan kondisi jarum tidak steril dan akan berakibat terjadinya penularan penyakit yaitu Virus HIV, penyakit Hepatitis B dan C, terjadinya abses, sepsis, selulitis, tromboflebitis, endocarditis.

d. Akibat pertolongan yang salah

Ketidaktahuan pertolongan pertama pada keluarga pada kondisi yang tidak sadar sering diberikan minuman yang akan mengakibatkan terjadinya pneumonia paru (Utami, 2013).

e. Akibat cara hidup yang kurang bersih

Kehidupan yang kurang kebersihan akan menimbulkan penyakit kulit (kudis, panu, dll), penyakit gigi.

2. Gangguan mental emosional

Penggunaan NAPZA bisa menimbulkan sindrom amotivasional yaitu keadaan pengguna yang bersikap

acuh tak acuh dengan lingkungan. Penggunaan NAPZA bisa mengakibatkan terjadinya gangguan mental dan emosional (Baskara *et al.*, 2015). Contohnya pada pengguna ganja pada jangka waktu yang panjang akan berakibat pada gangguan berhitung, membaca, terhambatnya ketrampilan social.

3. Memburuknya kehidupan sosial

Pemakaian NAPZA yang kronis akan mengakibatkan ketidakmampuan untuk mempertimbangkan berfikir tata nilai, penurunan etika atau moral, sering berbohong dan mencuri, suka bertindak kriminal, hubungan dalam keluarga tidak baik, mulai melakukan penjualan barang dalam rumah tanpa ijin, prestasi dalam sekolah terjadi kemunduran dan bahkan akan berakhir dengan berhenti sekolah/kerja sehingga menjadikan pengangguran (Taylor, 2006).

Upaya Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA

Upaya untuk mencegah penyalahgunaan NAPZA bisa dilakukan dengan beberapa jalur yaitu:

1. Melalui Keluarga

Upaya yang bisa dilakukan dalam keluarga yaitu (Isnaini *et al.*, 2011):

- a. Mengurus anak-anak dengan sikap yang baik dan penuh dengan rasa kasih sayang
- b. Menciptakan suasana keluarga yang hangat dan romantic serta bersahabat di rumah
- c. Meluangkan waktu dalam keluarga untuk bisa duduk bersama dan bercanda
- d. Orang tua menjadi figure atau contoh yang positif atau baik bagi keluarganya

- e. Memberikan suatu informasi yang tepat dan benar tentang dampak dan akibat yang terjadi pada penyalahgunaan NAPZA
- f. Mengembangkan suatu komunikasi yang positif atau baik dalam bertoleransi dalam keluarga
- g. Menerima dan mengerti kondisi setiap anak dengan kelebihan dan kekurangannya.
- h. Meningkatkan kehidupan religious dalam segi keagamaan
- i. Melakukan diskusi dengan keluarga dan anak-anak untuk meningkatkan pemahaman tentang masalah NAPZA
- j. Meningkatkan sikap positif orang tua pada anak-anaknya

2. Melalui Sekolah

Beberapa hal yang bisa dilakukan sekolah yaitu (Uno, 2007):

- a. Pemilihan sekolah di jauhkan pada tempat yang rawan terjadinya penggunaan NAPZA
- b. Meningkatkan keharmonisan suasana sekolah/akademik antara guru dan murid
- c. Membuat kedisiplinan dalam sekolah yang tidak meningkatkan ketegangan dalam pembelajarn
- d. Membentuk strategi pembelajaran yang bisa menciptakan kemandirian siswa didik
- e. Meningkatkan sikap positif sebagai guru misalkan meningkatkan kesabaran, komunikatif dalam mendidik siswa didik
- f. Membuat kegiatan ekstrakurikuler misalkan kesenian, olahraga, dan lain-lain

3. Melalui Lembaga keagamaan

Pembuatan jadwal untuk kegiatan keagamaan untuk memberikan informasi atau seminar tentang NAPZA melalui guru agama

4. Melalui organisasi masyarakat, Organisasi Wanita, Organisasi Pemuda dan sebagai sasarannya yaitu para pemuda dan pemudi serta masyarakat.

Kondisi ini bisa dilakukan dengan merangkul para pengguna NAPZA untuk duduk Bersama dan berdiskusi tentang penggunaan NAPZA yang ada di lingkungannya agar semua menjadi baik (Kumalasari, 2012).

5. Melalui kawan yang bukan pengguna NAPZA

Seorang sahabat bisa membantu sahabatnya untuk berhenti menggunakan NAPZA dengan catatan sahabat tidak tertarik untuk menggunakannya, bila dia merasa tertarik untuk ikut menggunakannya maka akan lebih baik bila menjahui sahabat sebagai pengguna NAPZA. Sebaliknya jika dia yakin bisa menghentikannya maka tetaplah menjadi sahabat yang baik yang bisa membantu sahabat untuk keluar menjadi pengguna NAPZA.

6. Melalui Media Masa

Sasaran melalui media massa adalah masyarakat secara luas dengan memberikan penyuluhan yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat. pengetahuan yang perlu ditingkatkan yaitu informasi tentang penyalahgunaan NAPZA yang berakibat kurang baik bagi kesehatannya.

A. Upaya Rehabilitasi

Dalam upaya rehabilitasi maka orang tua harus berdiskusi dahulu dengan anak yang sedang terkena kasus NAPZA, jadi tidak boleh adanya pemaksaan rehabilitasi.

Ada beberapa macam rehabilitasi yaitu:

1. Rehabilitasi fisik yaitu suatu rehabilitasi yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan fisik dan jasmani, yang bisa dilakukan di fasilitas kesehatan seperti Rumah sakit, puskesmas, klinik dokter.
2. Rehabilitasi mental yaitu suatu rehabilitasi untuk membantu mengatasi kondisi depresi, kegelisahan, gangguan jiwa dan gangguan kepribadian yang perlu pengobatan secara farmakoterapi yang menjadi wewenang dokter ahli jiwa. Selain terapi farmakoterapi maka perlu dilakukan terapi konseling dan psikologi baik secara individual ataupun secara kelompok dan terapi keluarga. Terapi ini juga bisa dilakukan di fasilitas psikiatri yang ada di rumah sakit.
3. Rehabilitasi sosial yaitu rehabilitasi yang bertujuan untuk memberikan suatu keterampilan yang berhubungan dengan sosial sehingga bisa diterima kembali di komunitas terutama di masyarakat dan keluarga.
4. Rehabilitasi edukasional yaitu suatu rehabilitasi dengan tujuan untuk membantu para penyalahgunaan NAPZA yang mempunyai kemampuan intelektual dan finansial keinginan untuk melanjutkan sekolah sesuai dengan minat dan bakat yang dimiliki.

5. Rehabilitasi vokasional yaitu sebuah rehabilitasi yang bertujuan untuk membantu meningkatkan keterampilan yang bisa digunakan untuk bekerja bagi mereka yang mempunyai keinginan untuk bekerja kembali.
6. Rehabilitasi agama yaitu rehabilitasi yang bertujuan untuk memberikan peningkatan kemampuan untuk bangkit kembali dari segi kemampuan mental spiritual untuk mendekatkan diri dan mengingat adanya Tuhan Yang Maha Kuasa yang pengasih dan penyayang

B. Pelaksanaan Rehabilitasi

Ada 2 (dua) jenis dalam pelaksanaan suatu rehabilitasi yaitu:

1. Rehabilitasi non-panti (Non Residensi) yaitu rehabilitasi yang dilakukan dimana yang bersangkutan tidak menginap di tempat rehabilitasi tetapi diperbolehkan untuk pulang yang disebut dengan reabilitasi secara rawat jalan.
2. Rehabilitasi Panti (Residensi) yaitu rehabilitasi yang diberikan dengan melakukan perawatan secara rawat inap di pusat rehabilitasi.

Daftar Pustaka

- Baskara, A., Soetjipto, H. P., & Atamimi, N. (2015). Kecerdasan emosi ditinjau dari keikutsertaan dalam program meditasi. *Jurnal Psikologi*, 35(2), 101-115.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2006). *NAPZA Informasi Bagi Tenaga Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan.
- Isnaini, Y., Hariyono, W., & Ken Utami, I. (2011). Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Keinginan Untuk Sembuh Pada Penyalahguna Napza Di Lembaga Pemasyarakatan Wirogunan Kota Yogyakarta. *Kes Mas: Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Daulan*, 5(2), 24856.
- Kiling, Beatriks Novianti & Kiling, Indra Yohanes. (2015). Tinjauan Konsep Diri dan Dimensinya Pada Anak dalam Masa Kanak-Kanak Akhir. *Jurnal Psikologi Pendidikan & Konseling*, 1(2), 116–124.
- Kumalasari, F., & Ahyani, L. N. (2012). Hubungan antara dukungan sosial dengan penyesuaian diri remaja di panti asuhan. *Jurnal Psikologi: PITUTUR*, 1(1), 19-28.
- Pastika, M. (2006). *Kamus Narkoba*. Jakarta: BNN RI.
- Syasra, P. A. (2011). Hubungan antara Dukungan Sosial Keluarga dengan Motivasi Kesembuhan Pasien Tuberkulosis di Kota Pekanbaru. *Skripsi Universitas Islam Riau Pekanbaru*.
- Taylor, S. E. (2006). *Health psychology*. Tata McGraw-Hill Education.
- Uno Hamzah, B. (2007). *Teori motivasi dan pengukurannya*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Utami, N. M. S. N. (2013). Hubungan antara dukungan sosial keluarga dengan penerimaan diri individu yang mengalami asma. *Jurnal Psikologi Udayana*, 1(1), 12-21.

Profil Penulis



Patemah

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kesehatan dimulai pada tahun 1990 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Perawat Kesehatan di SPK Kepanjen dan berhasil lulus pada tahun 1993. Penulis kemudian melanjutkan Pendidikan Bidan dan berhasil lulus pada tahun 1994. Kemudian penulis melanjutkan studi DIII Kebidanan di Celaket Malang dan lulus pada tahun 2001. Selanjutnya penulis melanjutkan studi DIV Kebidanan di pendidikan Diploma IV Kebidanan di Universitas Ngudi Waluyo tahun 2003 dan berhasil lulus pada tahun 2004. Penulis kemudian melanjutkan studi S2 di prodi MKIA di Universitas Diponegoro Semarang dan lulus pada tahun 2013.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan dan Pendidikan. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Selain menulis buku, penulis juga mengembangkan diri dan ilmu pengetahuan di bidang praktisi di ATMA HOME CARE.

Email Penulis: patemah@widyagamahusada.ac.id

KONTRASEPSI

Ns. Nedra Wati Zaly, S.Kep., M.Kep

Institut Kesehatan dan Teknologi PKP DKI Jakarta

Pendahuluan

Upaya mengatur jarak kelahiran dapat dilakukan dengan menggunakan kontrasepsi yang dapat mencegah terjadinya konsepsi. Pengaturan jarak kelahiran sangat penting untuk mendukung kesehatan ibu dan anak. Salah satu program pemerintah sejak tahun 1970 adalah program KB (Keluarga Berencana). Program tersebut bertujuan untuk mengendalikan pertambahan jumlah penduduk, membatasi angka kelahiran, dan mengatur jarak kelahiran sehingga dapat menciptakan keluarga sehat sejahtera. Program ini juga diharapkan dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi karena kehamilan yang tidak diinginkan ataupun jarak kelahiran yang terlalu dekat. Upaya dalam mendukung program tersebut adalah dengan menggunakan alat kontrasepsi untuk menunda kehamilan dan menjarangkan atau mengatur jarak kelahiran.

Definisi Kontrasepsi

Istilah kontrasepsi berasal dari kata *kontra* dan *konsepsi*. Kontra berarti “mencegah” atau “melawan”, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma sehingga terjadi kehamilan.

Jadi, dapat disimpulkan kontrasepsi adalah menghindari /mencegah terjadinya pertemuan antara sel telur yang matang dengan sel sperma sehingga tidak terjadinya kehamilan (Matahari et al., 2018).

Tujuan Kontrasepsi

Tujuan kontrasepsi antara lain untuk menunda kehamilan, mengatur jarak kelahiran dan mengakhiri kesuburan. Penundaan kehamilan sebaiknya dilakukan pada wanita yang usianya belum mencapai 20 tahun. Wanita yang usianya dibawah 20 tahun sebaiknya menunda kehamilan. Rentang usia reproduksi yang sehat dan aman bagi wanita untuk mengalami kehamilan dan persalinan adalah 20 tahun hingga 35 tahun (Dorland & Newman, 2010). Pengaturan jarak kelahiran sangatlah penting bagi wanita usia subur agar dapat menghindari risiko bagi ibu dan bayi. Jarak kelahiran yang ideal adalah lebih dari 24 bulan. Jarak kelahiran yang optimal dapat dilakukan dengan meningkatkan pemanfaatan kontrasepsi modern (Zaly & Raharja, 2020). Fase mengakhiri kehamilan disarankan pada pasangan usia subur yang sudah memiliki anak dan usia wanita sudah lebih dari 30 tahun. Kehamilan pada usia lebih dari 35 tahun dapat menyebabkan kehamilan dengan risiko tinggi pada ibu dan anak (Matahari et al., 2018).

Cara Kerja Kontrasepsi

Cara kerja dari kontrasepsi adalah dapat mencegah masuknya sperma ke vagina, mencegah masuknya sperma ke uterus, membunuh atau melemahkan sperma sehingga tidak dapat masuk ke rahim, menghambat terjadinya ovulasi, mengganggu dan mencegah terjadinya nidasi di dalam *cavum uteri*, mencegah masuknya sel telur ke dalam tuba (Rukanda, 1993 dalam Rahman, 2017).

Pemilihan metode kontrasepsi merupakan keputusan penting. Metode yang tidak efektif untuk seseorang dapat menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan. Metode yang tidak aman bagi pengguna bisa menimbulkan akibat medis yang tidak menguntungkan. Metode yang tidak sesuai dengan gaya hidup pribadi seseorang tidak mungkin digunakan dengan benar atau konsisten. Individu sendiri harus membuat keputusan tentang metode kontrasepsi yang akan digunakan, dengan mempertimbangkan perasaan dan sikap pasangannya (Rahman, 2017).

Cara kerja dari kontrasepsi hormonal adalah menekan ovulasi, mencegah implantasi, menyebabkan lendir serviks mengental sehingga sulit untuk dilalui oleh sperma, dan juga mengganggu pergerakan tuba sehingga mengganggu transplanti sel telur (Sulistiyawati, 2011). Berbeda dengan AKDR (Alat Kontrasepsi Dalam Rahim) yang dimasukkan ke dalam uterus. AKDR menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba faloppi, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu, mencegah implantasi telur dalam uterus (Matahari et al., 2018).

Ada beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam memilih kontrasepsi. Metode kontrasepsi yang terbaik adalah kontrasepsi yang memiliki syarat sebagai berikut:

1. Aman atau tidak berbahaya

Metode kontrasepsi dapat dikatakan aman apabila tidak menimbulkan efek samping yang dapat membahayakan penggunanya. Setiap jenis kontrasepsi memiliki efek samping yang berbeda. Oleh karena itu pasangan sebaiknya melakukan konsultasi pada para ahli terlebih dahulu untuk mencegah hal yang tidak diinginkan akibat penggunaan kontrasepsi.

Jadi, pengguna harus bijak dalam memilih jenis kontrasepsi yang diinginkan agar sesuai dengan kemampuan tubuh (Hartanto, 2004).

2. Dapat diandalkan

Setiap jenis metode kontrasepsi memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing. Ada jenis kontrasepsi yang memiliki jangka waktu panjang dan ada juga yang memiliki jangka waktu yang pendek. Pengguna dapat menyesuaikan dengan keinginan atau kesibukan yang dimiliki sehingga kontrasepsi yang digunakan dapat memiliki efek yang baik.

3. Sederhana

Metode kontrasepsi sederhana adalah suatu cara yang dapat dikerjakan sendiri oleh pengguna kontrasepsi tanpa pemeriksaan medis terlebih dahulu. Semakin sederhana jenis kontrasepsi yang digunakan, semakin sedikit tindakan medis yang digunakan, sebaliknya semakin komplis jenis kontrasepsi yang digunakan, kemungkinan tindakan medis yang digunakan akan lebih banyak.

4. Murah

Pemilihan jenis kontrasepsi harus didasarkan pada kebutuhan dan keinginan sehingga jenis kontrasepsi yang digunakan tidak berlebihan (Hartanto, 2004).

5. Pemakaian jangka lama

Metode yang biasa digunakan untuk pemakaian jenis kontrasepsi jangka panjang disebut dengan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) yang merupakan alat kontrasepsi untuk menunda, menjarangkan kehamilan, serta menghentikan kesuburan, yang digunakan dengan jangka panjang yang meliputi IUD, implant dan kontrasepsi mantap.

Jenis Metode Kontrasepsi

Ada berbagai jenis kontrasepsi dengan manfaat dan kekurangannya masing-masing. Dengan mengetahui semua jenis kontrasepsi dapat menentukan jenis apa yang paling tepat untuk digunakan.

A. Metode Kontrasepsi Alamiah

Metode kontrasepsi alamiah adalah metode-metode yang tidak membutuhkan alat ataupun bahan kimia (yang menjadi ciri khas metode perintang) juga tidak memerlukan obat-obatan (sebagaimana metode hormonal) (Anggraini & Martini, 2012).

Adapun manfaat metode kontrasepsi alamiah antara lain:

1. Dapat digunakan baik untuk menghindari atau untuk menginginkan kehamilan.
2. Tidak ada efek samping.
3. Meningkatkan pengetahuan mengenai fungsi reproduksi manusia.
4. Menumbuhkan kepercayaan diri, tidak tergantung pada kontrasepsi.
5. Meningkatkan keterlibatan pihak pria, dalam kerja sama, komunikasi dan membagi tanggung jawab pasangan tersebut dalam KB.
6. Dapat disediakan sebagai pelayanan yang terpisah atau sebagai dari program kesehatan dan KB.
7. Tidak tergantung pada tenaga medik
8. Ekonomis: tidak perlu membeli alat kontrasepsi.

Macam-macam metode kontrasepsi alamiah antara lain:

1. Metode Kalender (Ogino – Knaus)

Metode ini dapat efektif digunakan dengan menentukan masa ovulasi dari data haid yang dicatat selama 6 –12 bulan terakhir. Selanjutnya, wanita dapat menentukan masa suburnya dengan cara mengurangi 18 hari dari siklus haid terpendek untuk menentukan awal dari masa suburnya dan mengurangi 11 hari dari siklus haid terpanjang, untuk menentukan akhir dari masa suburnya.

Penentuan masa subur secara tradisional didasarkan pada 3 asumsi (Hartanto, 2004):

- a. Ovulasi terjadi pada hari ke-14 tambah kurang 2 hari sebelum permulaan haid berikutnya.
- b. Spermatozoa bertahan hidup 2 – 3 hari.
- c. Ovum hidup selama 24 jam

2. Metode suhu badan basal = metode termometer

Metode suhu basal dengan mengukur peningkatan suhu badan basal $0,2 - 0,5^{\circ}\text{C}$ pada waktu ovulasi. Peningkatan suhu badan basal mulai 1 – 2 hari setelah ovulasi, dan disebabkan oleh peninggian kadar hormon progesteron. Termometer yang digunakan termometer khusus dengan kalibrasi yang diperbesar (basal termometer), meskipun termometer biasa dapat juga dipakai. Waktu pengukuran harus pada saat yang sama setiap pagi dan setelah tidur nyenyak sedikitnya 3 – 5 jam serta masih dalam keadaan istirahat mutlak. Pengukuran dilakukan dengan cara: oral (3 menit), rektal (1 menit), dan vaginal.

Faktor-faktor yang mempengaruhi suhu badan basal Hartanto, 2004).:

- a. Influenza atau infeksi traktus respiratorius lain
- b. Infeksi/penyakit-penyakit lain yang meninggikan suhu badan
- c. Inflamasi lokal lidah, mulut atau daerah anus
- d. Faktor-fakor situasional seperti mimpi buruk, jet lag
- e. Jam tidur yang irreguler
- f. Pemakaian minuman panas atau dingin sebelum pengambilan suhu badan basal
- g. Pemakaian selimut elektrik
- h. Kegagalan membaca termometer dengan tepat/baik

3. Metode lendir serviks (*billings*)

Perubahan siklus dari lendir serviks yang terjadi karena perubahan kadar estrogen. Ciri-ciri lendir serviks pada berbagai fase dari siklus haid:

- a. Fase 1: haid, hari 1- 5, lendir dapat ada atau tidak, dan tertutup oleh darah haid, wanita merasakan basah dan licin (lubrikatif).
- b. Fase 2: pasca haid, hari 6 – 10, tidak ada lendir atau hanya sedikit sekali, wanita merasakan kering.
- c. Fase 3: awal pra ovulasi, hari 11 – 13, lendir tampak keruh, kuning atau putih, wanita merasakan lembab.
- d. Fase 4: segera sebelum, pada saat dan sesudah ovulasi, hari 14 –17, lendir tampak jernih, licin, basah, dan dapat diregangkan, konsistensi lendir seperti putih telur, wanita

- merasakan lubrikatif dan atau basah, disebut sebagai *peak symptom*.
- e. Fase 5: pasca ovulasi, hari 18 – 21, lendir = sedikit, keruh, dan liat, wanita merasakan lembab.
 - f. Fase 6: akhir pasca ovulasi atau segera pre haid, hari 27 – 30, lendir tampak jernih dan seperti air, wanita merasakan lembab dan atau basah.

Apabila menggunakan metode ini, abstinens dimulai pada hari pertama diketahui adanya lendir setelah haid dan berlanjut sampai dengan hari ke-4 setelah gejala puncak (*peak symptom*) (Hartanto, 2004).

4. Senggama Terputus (*coitus interruptus*)

Senggama terputus merupakan suatu metode kontrasepsi dimana senggama diakhiri sebelum terjadi ejakulasi intra vaginal. Ejakulasi terjadi jauh dari genitalia eksterna wanita (Hartanto, 2004). Senggama terputus adalah metode kontrasepsi tradisional dimana pria mengeluarkan alat kelaminnya (penis) dari vagina sebelum pria mencapai ejakulasi (Anggraini dan Martini, 2012).

Metode ini tidak memerlukan alat/murah, tidak menggunakan zat-zat kimiawi, selalu tersedia setiap saat, dan tidak memiliki efek samping. Adapun keterbatasan metode ini adalah angka kegagalan cukup tinggi yakni 16 – 23 kehamilan per 100 wanita per tahun dan juga berkurangnya kenikmatan seksual berkurang bagi suami istri, sehingga dapat mempengaruhi kehidupan perkawinan.

5. Metode Amenore Laktasi (MAL)

Kontrasepsi MAL mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) eksklusif untuk menekan ovulasi. Metode ini memiliki tiga syarat yang harus dipenuhi yakni (1) Ibu belum mengalami haid, (2) Bayi disusui secara eksklusif dan sering, sesuai kebutuhan bayi, dan (3) Bayi berusia kurang dari 6 bulan.

Metode ini sangat bermanfaat bagi ibu dan bayi dapat mendorong ibu memberikan pola menyusui yang benar. Risiko kehamilan tinggi bila ibu tidak memenuhi persyaratan dengan benar (Matahari et al., 2018).

B. Metode Kontrasepsi Sederhana dengan Alat

Metode ini kontrasepsi sederhana dengan alat terdiri dari Mekanis/Barrier dan Kimiawi. Contoh kontrasepsi dengan alat mekanis antara lain kondom pria, kondom wanita, diafragma, kap serviks, dan spons. Penggunaan alat ini untuk menghalangi masuknya spermatozoa ke dalam traktus genitalia interna wanita dan immobilisasi/spermatozoa oleh spermisidanya (Sulistyawati, 2011). Kontrasepsi dengan alat kimiawi adalah penggunaan spermisida. Spermisida adalah bahan kimia (biasanya nonoksinol) yang digunakan untuk menonaktifkan atau membunuh sperma. Dikemas dalam bentuk aerosol (busa), tabler vaginal, supositoria, atau dissolvable film dan krim (Sulistyawati, 2011).

Kondom untuk wanita tidak hanya berfungsi untuk mencegah kehamilan, tetapi juga merupakan alat yang efektif melawan HIV, gonore, klamidia, dan trikomoniasis; apabila digunakan dengan benar. Dibanding dengan kondom untuk pria, kondom ini memungkinkan risiko lebih kecil terhadap penyakit

seksual yang ditularkan lewat kulit, seperti HPV atau kutil genitalia karena alat ini menutupi sebagian besar area terpajan dan menjadi penghalang antara introitus, vulva, dan pangkal penis (Sulistyawati, 2011).

Spermisida adalah bahan kimia aktif untuk membunuh sperma, berbentuk cairan, krim atau tisu vagina yang harus dimasukkan ke dalam vagina 5 menit sebelum senggama. Tipe spermisida mencakup foam aerosol, krim, vagina supositoria, jeli, spone (busa) yang dimasukkan sebelum melakukan hubungan seksual. Gerakan pada waktu berhubungan akan menyebarkan busa sehingga busa akan meliputi leher rahim dan mencegah masuknya sperma ke dalam rahim (Anggraini dan Martini, 2012).

C. Metode Kontrasepsi Hormonal

1. Kontrasepsi hormonal oral (pil)

Adalah kontrasepsi berupa pil atau obat yang berbentuk tablet berisi hormon estrogen dan atau progesteron (Anggraini dan Martini, 2012).

Jenis kontrasepsi hormonal oral terdiri dari:

- a. Pil oral kombinasi (POK) adalah pil kontrasepsi yang mencegah terjadinya ovulasi dan mempunyai efek lain terhadap traktus genitalis, seperti menimbulkan perubahan pada lendir serviks, pada motilitas tuba falopi dan uterus
- b. Mini pil adalah pil kontrasepsi yang mengandung progestin saja, tanpa estrogen.
- c. *Morning after pill* (Post Coital Pill) adalah pil atau obat yang harus dimulai dalam waktu beberapa jam atau diberikan esok paginya setelah senggama dengan tujuan untuk mencegah terjadinya nidasi.

Manfaat dari kontrasepsi hormonal oral (Sulistyawati, 2011) antara lain:

- a. Memiliki efektivitas tinggi (hampir menyerupai efektivitas tubektomi) apabila digunakan setiap hari (1 kehamilan per 1000 wanita dalam tahun pertama penggunaan).
- b. Risiko terhadap kesehatan sangat kecil.
- c. Tidak mengganggu hubungan seksual.
- d. Siklus haid menjadi teratur, jumlah darah haid menjadi berkurang (mencegah anemia), dan tidak terjadi nyeri haid.
- e. Dapat digunakan dalam jangka panjang selama masih ingin menggunakannya untuk mencegah kehamilan.
- f. Dapat digunakan dari usia remaja hingga menopause.
- g. Mudah dihentikan setiap saat, dan kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan.
- h. Dapat digunakan sebagai kontrasepsi darurat.
- i. Dapat membantu mencegah terjadinya kehamilan ektopik, kanker ovarium, kanker endometrium, penyakit radang panggul, kelainan jinak pada payudara, dismenore, dan jerawat

Kelemahan atau keterbatasan dari kontrasepsi hormonal oral antara lain (Anggraini dan Martini, 2012):

- a. Mahal dan membosankan karena harus menggunakan setiap hari.
- b. Mual, terutama dalam 3 bulan pertama

- c. Perdarahan bercak atau perdarahan sela, terutama 3 bulan pertama.
- d. Pusing.
- e. Nyeri payudara.
- f. Berat badan naik sedikit
- g. Amenore.
- h. Dapat mengurangi ASI pada wanita menyusui.
- i. Pada sebagian kecil wanita dapat menimbulkan depresi sehingga libido berkurang.
- j. Meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, sehingga meningkatkan risiko stroke dan gangguan pembekuan darah.
- k. Tidak mencegah infeksi menular seksual, HBV, HIV/AIDS.

2. Kontrasepsi suntik

Adalah cara untuk mencegah terjadinya kehamilan dengan melalui suntikan hormonal. Terdapat 2 jenis alat kontrasepsi suntik yang sering digunakan di Indonesia yaitu Suntik Kombinasi yang diberikan sekali tiap bulan dan Suntikan Progestin yang diberikan 3 bulan sekali (DMPA) (Anggraini dan Martini, 2012).

Keuntungan dari kontrasepsi hormonal suntik antara lain:

- a. Sangat efektif
- b. Pencegahan kehamilan jangka panjang
- c. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri

- d. Tidak mengandung estrogen, sehingga tidak berdampak serius terhadap penyakit jantung dan gangguan pembekuan darah
- e. Tidak memiliki pengaruh terhadap produksi ASI
- f. Membantu mencegah kanker endometrium dan kehamilan ektopik
- g. Menurunkan kejadian tumor jinak payudara
- h. Mencegah beberapa penyebab penyakit radang panggul
- i. Menurunkan krisis anemia bulan sabit (*sickle cell*).

Ada pun keterbatasan dari kontrasepsi hormonal suntik antara lain:

- a. Sering ditemukan gangguan haid, seperti siklus haid yang memendek atau memanjang, perdarahan yang banyak atau sedikit, perdarahan tidak teratur atau perdarahan bercak (*spotting*), atau tidak haid sama sekali.
- b. Klien sangat bergantung pada sarana pelayanan kesehatan (harus kembali untuk disuntik) dan harus dilakukan secara teratur sesuai jadwal.
- c. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu sebelum suntikan berikutnya.
- d. Sering menimbulkan efek samping masalah berat badan.
- e. Tidak menjamin perlindungan terhadap penularan infeksi menular seksual, hepatitis B, atau infeksi virus HIV
- f. Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian penggunaan dikarenakan belum habisnya pelepasan obat suntikan dari deponya (tempat suntikan).

- g. Terjadi perubahan pada lipid serum pada penggunaan jangka panjang.
- h. Gangguan jangka panjangnya yaitu dapat sedikit menurunkan kepadatan tulang (densitas) dan juga dapat menimbulkan kekeringan pada vagina, (jarang), sakit kepala, gugup, atau jerawat. menurunkan libido, gangguan emosi (Sulistiyawati, 2011).

3. Kontrasepsi Implan

Kontrasepsi implan dapat menekan ovulasi, mengentalkan lendir serviks, menjadikan selaput rahim tipis dan atrofi, dan mengurangi transportasi sperma. Implan dimasukkan di bawah kulit dan dapat bertahan hingga 3-7 tahun, tergantung jenisnya. Keuntungan kontrasepsi ini antara lain mengurangi risiko penyakit radang panggul simptomatik, dapat mengurangi risiko anemia defisiensi besi, tidak mengganggu hubungan seksual, tidak perlu rutin ke pelayanan kesehatan untuk waktu yang lama setelah pemasangan.

Efek samping yang biasa di alami adalah perubahan pola haid (pada beberapa bulan pertama: haid sedikit dan singkat, haid tidak teratur lebih dari 8 hari, haid jarang, atau tidak haid; setelah setahun: haid sedikit dan singkat, haid tidak teratur, dan haid jarang), sakit kepala, pusing, perubahan suasana perasaan, perubahan berat badan, jerawat (dapat membaik atau memburuk), nyeri payudara, nyeri perut, dan mual (Matahari et al., 2018).

D. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

AKDR adalah suatu alat kontrasepsi berupa benda kecil dari plastik yang lentur dan sebagian besar memiliki lilitan tembaga (Copper, Cuprum, CU) atau yang mengandung hormon. Ada dua jenis AKDR yakni *Un-mediated IUD* dan *Mediated IUD*. Contoh *Un-mediated IUD* adalah Lippes Loop yang diperkenalkan pada awal tahun 1960-an dan dapat dibiarkan *in-utero* selama-lamanya sampai menopause, sepanjang tidak ada keluhan dan atau persoalan bagi akseptornya. Sedangkan contoh *Mediated IUD* adalah Copper IUD dan IUD yang mengandung hormon (Anggraini dan Martini, 2012). Kontrasepsi ini dapat digunakan untuk waktu yang lama dan tidak ada biaya tambahan setelah pemasangan. Namun perlu prosedur pemasangan yang harus dilakukan oleh tenaga kesehatan.

Jenis AKDR *Un-mediated IUD* memiliki keuntungan khusus bagi kesehatan yakni mengurangi risiko kanker endometrium. Risiko bagi kesehatan yakni dapat menyebabkan anemia bila cadangan besi ibu rendah sebelum pemasangan dan dapat menyebabkan penyakit radang panggul bila ibu sudah terinfeksi klamidia atau gonorea sebelum pemasangan. Efek samping yang sering dialami adalah terjadi perubahan pola haid terutama dalam 3-6 bulan pertama (haid memanjang dan banyak, haid tidak teratur, dan nyeri haid). Sedangkan jenis AKDR *Mediated IUD* memiliki keuntungan khusus bagi kesehatan yakni mengurangi risiko anemia defisiensi besi, dapat mengurangi risiko penyakit radang panggul, dan mengurangi nyeri haid dan gejala endometriosis. Tidak ada risiko bagi kesehatan. Efek samping yang sering dialami adalah terjadinya perubahan pola haid (haid sedikit dan singkat, haid tidak teratur, haid jarang, haid memanjang, atau

tidak haid), jerawat, sakit kepala, pusing, nyeri payudara, mual, kenaikan berat badan, perubahan suasana perasaan, dan kista ovarium (Matahari et al., 2018).

E. Metode Kontrasepsi Mantap

Kontrasepsi mantap merupakan Kontrasepsi dengan Metode Operasi. Kontrasepsi dengan metode operasi dibagi menjadi dua, yaitu: Tubektomi/metode operasi wanita (MOW) dan Vasektomi/metode operasi pria (MOP). Tubektomi adalah setiap tindakan yang dilakukan ada kedua saluran telur wanita yang mengakibatkan orang yang berangkutan tidak akan mendapat keturunan kembali. Kontrasepsi ini hanya digunakan untuk jangka panjang, walaupun kadang masih dapat dipulihkan kembali seperti semula (Sulistyawati, 2011). Sedangkan vasektomi adalah tindakan memotong dan menutup saluran mani (vasdeferens) yang menyalurkan sel sperma keluar dari tempat produksinya (testis) (Anggraini dan Martini, 2012).

Mekanisme kerja tubektomi dilakukan melalui minilaparotomi atau laparoskopi dengan mengikat dan memotong atau memasang cincin pada tuba faloppi sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum. Sedangkan mekanisme kerja vasektomi adalah saluran vasdeferens yang berfungsi sebagai saluran sperma dipotong dan diikat, sehingga aliran sperma dihambat tanpa mempengaruhi jumlah cairan semen.

Keuntungan dari kontrasepsi adalah aman, morbiditas rendah, dan hampir tidak ada mortalitas; sederhana, cepat karena hanya memerlukan anestesi lokal; dan biaya rendah.

Adapun keterbatasan dari kontrasepsi mantap adalah diperlukan suatu tindakan operatif, dan kadang-kadang dapat mengakibatkan komplikasi seperti perdarahan atau infeksi.

Daftar Pustaka

- Anggraini dan Martini. (2012). *Pelayanan keluarga berencana*. Rohima Press.
- Dorland, & Newman. (2010). *Kamus kedokteran dorland* (31st ed.). Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Hartanto, H. (2004). *Keluarga berencana dan kontrasepsi*. FKM UI.
- Matahari, R., Utami, F. P., & Sugiharti, S. (2018). Buku Ajar Keluarga Berencana Dan Kontrasepsi. *Pustaka Ilmu*, 2, viii+104 halaman. <http://eprints.uad.ac.id/24374/1/bukuajarKeluargaBerencanaDanKontrasepsi.pdf>
- Rahman, F. et al. (2017). *Program keluarga berencana dan metode kontrasepsi*. Penerbit Zukzez Express.
- Sulistiyawati, A. (2011). *Pelayanan Keluarga Berencana*. Salemba Medika.
- Zaly, N. W., & Raharja, M. B. (2020). Faktor Determinan Jarak Kelahiran Berdasarkan Data Sdki 2017. *Prosiding Forum Ilmiah Tahunan (FIT) IAKMI*, 25–26.

Profil Penulis



Nedra Wati Zaly

Penulis menyelesaikan studi S1 Keperawatan di Universitas Indonesia pada tahun 2006, dan menyelesaikan profesi Ners di Universitas Indonesia tahun 2007. Selanjutnya penulis menyelesaikan studi S2 Keperawatan Anak di Universitas Indonesia tahun 2015. Penulis memiliki kepakaran dibidang keilmuan keperawatan maternitas dan anak. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI.

Email Penulis: nedrawati12@gmail.com

ABORSI YANG TIDAK AMAN

Syastriani Isna Putri Syarif, S.ST., M.Keb
Politeknik Baubau

Pengertian Aborsi

Kata aborsi diserap dari bahasa Inggris yaitu *Abortion* yang artinya pengguguran kandungan atau keguguran. Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) aborsi merupakan “pengguguran kandungan yang dibedakan atas aborsi kriminalis yaitu aborsi yang dilakukan dengan sengaja karena suatu alasan dan bertentangan dengan hukum; sedangkan aborsi legal yaitu pengguguran kandungan dengan sepengetahuan pihak berwenang” (Paulinus Soge). Sedangkan dalam ilmu kedokteran seperti yang dikatakan oleh Dr. Gulardi bahwa aborsi merupakan berhentinya (mati) dan dikeluarkannya kehamilan sebelum 20 minggu (dihitung dari haid terakhir) atau berat janin kurang dari 500gram atau Panjang janin kurang dari 25 cm.

Adapun definisi aborsi criminal dalam hal ini dengan sengaja menggugurkan kandungannya menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) yaitu tindakan aborsi yang dilakukan oleh seseorang yang tidak memiliki keahlian medis secara lisensi yang sah dalam bidang aborsi secara memadai, dilakukan ditempat dengan fasilitas yang tidak cukup memenuhi persyaratan kebersihan (tidak steril) serta dilakukan dengan menggunakan peralatan yang tidak sesuai standar medis.

Di Indonesia, Tindakan aborsi dianggap ilegal kecuali atas persetujuan dokter yang tentunya dengan mempertimbangkan beberapa aspek medis tertentu, misalnya kondisi fisik maupun psikologis dari komplikasi kehamilan yang dapat membahayakan nyawa ibu. Jika dicermati lebih luas, seperti yang tercantum dalam Black's Law Dictionary, kata *abortion* yang ditelah diterjemahkan dalam bahasa Indonesia yakni keguguran yang berupa keluarnya embrio atau fetus semata-mata bukan karena terjadi secara alami (spontan), tetapi dapat terjadi karena faktor kesengajaan atau terjadi karena adanya campur tangan (provokasi) manusia.

Sementara itu, kegagalan kehamilan yang terjadi dengan sendiri tanpa dikehendaki disebut dengan *abortus naturalis/spontaneous*, yang tentunya berbeda dengan jenis *abortus provocatus* dimana dengan sengaja mengakhiri kehidupan embrio dalam kandungan (Marcel & Anna, 2010). Tindakan aborsi dapat menyebabkan masalah dalam kesehatan reproduksi sebab jika tidak dilakukan berdasarkan prosedur yang benar maka akan berpengaruh terhadap morbiditas dan mortalitas maternal.

Aborsi dari Segi Hukum di Indonesia

Tindakan aborsi yang melawan hukum merupakan tindakan menyalahi aturan hukum, dengan kata lain pengguguran kandungan yang dilakukan secara sengaja dan dapat berakibat hukum (bisa berakibat pidana penjara menurut KUHP). Tindakan aborsi yang disengaja sering terjadi namun masih jarang muncul kepermukaan.

Di dalam Undang-undang yang membahas tentang aborsi yakni Undang-undang No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan dalam Pasal 75 ayat 2 terdapat tindakan aborsi yang boleh dan tidak boleh dilakukan. Aborsi boleh saja dilaksanakan asal memenuhi beberapa ketentuan-

ketentuan yang sudah menjadi dasar pokok yang tidak boleh dilanggar, baik dalam KUHP maupun aturan khusus yang sudah ditetapkan oleh Pemerintah. Aborsi yang dibenarkan menurut ketentuan aturan hukum untuk penyelamatan kesehatan ataupun nyawa seseorang, sebagai contoh, seorang ibu hamil dengan diagnosis kehamilan di luar kandungan (kehamilan ektopik) maka untuk menyelamatkan jiwa ibu tersebut perlu diadakan tindakan operasi guna mengangkat janin yang berada di luar kandungan itu karena tanpa diadakan tindakan operasi tersebut tidak menutup kemungkinan jiwa ibu hamil tersebut terancam.

Dipertegas lagi dalam Pasal 76 bahwa dalam aborsi yang berindikasi medis sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 75 ada beberapa hal yang menjadi suatu persyaratan diantaranya yaitu sebagai berikut:

1. Dengan persetujuan ibu hamil yang bersangkutan atau suami atau keluarganya.
2. Berdasarkan indikasi medis yang mengharuskan diambilnya tindakan tersebut.
3. Oleh tenaga kesehatan sesuai dalam ketentuan aturan.

Aborsi yang masuk klasifikasi kriminal (*Abortus Provocatus Criminalistis*) yaitu tindakan aborsi yang tidak dibenarkan karena dalam KUHP tindakan aborsi diatur dalam pasal 346, pasal 347, pasal 348, dan pasal 349 KUHP, misalnya ada seorang wanita muda hamil karena alasan belum punya suami, hal ini membuatnya malu dimata keluarga maupun teman-temannya, olehnya itu ia bermaksud untuk menggugurkan kandungannya dengan minta bantuan seorang dokter maupun dukun, aborsi seperti inilah yang tidak dibenarkan dalam KUHP, karena masuk dalam klasifikasi kriminal (*Abortus Provocatus Criminalistis*).

Sedangkan Abortus Spontaneus yaitu suatu kejadian yang mengakibatkan kegugurannya suatu kehamilan dari seorang ibu hamil dikarenakan akibat terpleset, jatuh, kecelakaan atau kejadian yang lain, misalnya ada seorang ibu hamil saat mandi terpleset dan jatuh, dari kejadian ini telah terjadi pendarahan yang cukup banyak dan mengakibatkan perdarahan yang hebat hingga terjadi keguguran (Seran & Setyowati, 2010),

Afifah (2013) dalam penelitiannya memaparkan bahwa aborsi akibat pemerkosaan secara khusus diuraikan lebih lanjut dalam Peraturan Pemerintah No. 61 tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi atau PP Kespro sebagai aturan pelaksana UU Kesehatan. Dalam pasal 31 peraturan tersebut dinyatakan bahwa tindakan aborsi hanya dapat dilakukan pada usia kehamilan paling lama 40 hari dihitung dari hari pertama haid terakhir (HPHT) berdasarkan surat keterangan dokter.

Selain itu, dalam pasal 34 (2b) juga disebutkan mengenai syarat menjalani aborsi, yaitu adanya keterangan dari penyidik, psikolog, atau ahli lain yang membenarkan dugaan telah terjadi pemerkosaan. Oleh karena itu, korban perlu sesegera mungkin melaporkan kejadian pemerkosaan ke kantor polisi terdekat. Polisi akan membawa korban ke Polres yang memiliki unit Pelayanan Perempuan dan Anak (PPA). Dari unit PPA, korban kemudian akan diantar ke rumah sakit rujukan kepolisian untuk menjalani proses visum.

Jika korban membutuhkan konseling psikologis, unit PPA akan membuat rujukan ke Pusat Pelayanan Terpadu Pemberdayaan Perempuan dan Anak (P2TP2A) untuk pendampingan lebih lanjut. Korban pemerkosaan atau tindak kekerasan juga bisa menghubungi Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) untuk mendapatkan pertolongan dan dukungan.

Pertimbangkan berbagai aspek sebelum Anda melakukan atau terlibat dalam tindakan aborsi. Jangan sampai hal tersebut justru membahayakan nyawa Anda sendiri.

Anda pun bisa berkonsultasi terlebih dahulu dengan dokter atau konselor yang berwenang untuk mengetahui lebih jauh mengenai aborsi yang aman dan legal, baik secara medis maupun hukum.

Dampak Aborsi yang Tidak Aman

Tindakan aborsi yang tidak aman dapat mengakibatkan morbiditas dan mortalitas bagi ibu dan janin. Adapun dampak medis yang dapat timbul pada ibu yaitu sebagai berikut:

1. Perforasi.
2. Perdarahan, penyebab kejadian ini terjadi karena jika terjadi robekan pada leher rahim atau terbuka lebar, karena adanya alat yang masuk pada Rahim yang tidak sesuai dengan persyaratan medis dan tidak ada obat-obatan atau tindakan medis yang diberikan pada ibu, sehingga perdarahan akan mudah terjadi sehingga dapat membahayakan keselamatan ibu.
3. Infeksi, Infeksi dapat disebabkan oleh alat medis yang digunakan tidak steril kemudian dimasukkan ke dalam Rahim, maupun karena adanya sisa-sisa jaringan atau bagian janin yang tidak dibersihkan dengan benar sehingga dapat memicu terjadinya perdarahan atau infeksi.
4. Sepsis, kejadian ini biasanya terjadi jika masalah infeksi tidak ditangani dengan benar, sehingga infeksi bakteri masuk ke melalui aliran darah dan menyebar ke seluruh bagian tubuh. Ketika kondisi tubuh makin parah, tekanan darah akan menurun drastis hingga menyebabkan syok sepsis.

Pada kondisi ini sangat dibutuhkan penanganan medis. Adapun gejala dari syok sepsid yaitu:

- a. Demam tinggi
 - b. Nyeri perut parah
 - c. Perdarahan hebat
 - d. Gelisah
 - e. Gemetar dan menggigil
 - f. Tekanan darah menurun
 - g. Jantung berdetak cepat, terkadang menyebabkan kesulitan dalam bernafas.
5. Infeksi peradangan panggul (PID), infeksi ini dapat meningkatkan kejadian kehamilan ektopik dan mengganggu kesuburan atau gangguan reproduksi kelak. Kejadian ini biasanya akan terjadi pada 4 minggu pasca tindakan aborsi yang tidak aman dan biasanya pada kehamilan pertama.
6. Endometritis, endometritis biasanya ditandai dengan adanya peradangan pada lapisan rahim akibat infeksi. Biasanya hal ini terjadi pada remaja. Kejadian ini jika tidak segera diatasi dengan baik dan benar maka akan berdampak pada gangguan reproduksi lainnya misalnya seperti kesuburan dan gangguan Kesehatan lainnya.

Sedangkan dampak yang dapat terjadi pada janin yakni seperti halnya tujuan dari abortus tersebut adalah untuk menginginkan mengakhiri kehamilan, maka janin pada kasus abortus provokatus Sebagian besar meninggal (Wijayanti, M., 2015).

Alasan Melakukan Tindakan Aborsi Provokatus

Ada dua alasan untuk melakukan tindakan aborsi provokatus, yaitu secara medis dan kriminalis. Afifah (2013) dalam penelitiannya memaparkan beberapa alasan aborsi secara medis yaitu sebagai berikut:

1. Abortus yang mengancam (*threatened abortion*) disertai dengan perdarahan yang terus menerus, atau jika janin telah meninggal
2. Mola hidatidosa atau hidramnion akut
3. Infeksi uterus akibat tindakan abortus kriminalis
4. Penyakit keganasan pada saluran jalan lahir, misalnya kanker serviks atau jika dengan adanya kehamilan akan menghalangi pengobatan untuk penyakit keganasan lainnya pada tubuh seperti kanker payudara
5. Prolaps uterus gravid yang tidak bisa diatasi.
6. Telah berulang kali mengalami operasi caesar.
7. Penyakit-penyakit dari ibu yang sedang mengandung, misalnya penyakit jantung kronik dengan kegagalan jantung, hipertensi, nephritis, Tuberkulosis paru aktif, toksemia gravidarum yang berat.
8. Penyakit-penyakit metabolik, misalnya diabetes yang tidak terkontrol yang disertai komplikasi vaskuler, hipertiroid, dan lain-lain.
9. Epilepsi, sklerosis yang luas dan berat.
10. Hiperemesis gravidarum yang berat, dan chorea gravidarum.

11. Gangguan jiwa, disertai dengan kecenderungan untuk bunuh diri. Pada kasus seperti ini, sebelum melakukan tindakan abortus harus dikonsultasikan dengan psikiater.

Sedangkan alasan dilakukan tindakan aborsi kriminalis beberapa disebabkan karena factor psiko-sosial menurut (Anik, 2011) diantaranya yaitu sebagai berikut:

1. Alasan kesehatan, di mana ibu tidak cukup sehat untuk hamil.
2. Terlalu banyak anak, kejadian ini biasanya terjadi pada keluarga dengan status ekonomi rendah, sehingga menyebabkan pasangan tersebut memilih untuk melakukan aborsi.
3. Alasan psikososial, di mana ibu sendiri sudah enggan/tidak mau lagi untuk memiliki anak.
4. Kehamilan di luar nikah, kajadian ini sering terjadi pada remaja, mereka beranggapan bahwa hal tersebut menjadi sebuah aib yang tidak ingin diketahui oleh keluarga maupun teman-temannya, bahkan terkadang pula mereka masih menganggap dirinya belum siap untuk menjadi orang tua sehingga mereka milih untuk melakukan aborsi yang tidak aman.
5. Masalah ekonomi, paradigma masyarakat biasanya beraggapan bahwa menambah anak berarti akan menambah beban ekonomi keluarga, hal inilah yang menyebabkan pasangan suami istri memilih untuk melakukan aborsi baik pada dokter maupun pada dukun
6. Masalah sosial, misalnya khawatir karena janin yang dikandung memiliki cacat bawaan, dan penyakit turunan.
7. Kehamilan yang terjadi akibat perkosaan atau akibat incest (hubungan antar keluarga).

8. Selain itu tidak bisa dilupakan juga bahwa kegagalan kontrasepsi juga termasuk tindakan kehamilan yang tidak diinginkan.

Upaya Mencegah Aborsi yang Tidak Aman

Dalam hal pencegahan aborsi yang tidak aman, tentu tidak terlepas peran serta dari pihak tenaga Kesehatan dan juga keluarga. Bagi para tenaga Kesehatan yang khususnya yang memiliki legalitas yang sah untuk membantu proses aborsi haruslah memahami kerugian baik dari segi hukum maupun Kesehatan bagi pasiennya. menurut PKBI, 2007 dalam hadiyatin (2012), menyebutkan bahwa beberapa aspek yang perlu dipahami diantaranya sebagai berikut:

1. Aspek Layanan dan Kebijakan

Pencegahan kesakitan dan kematian akibat masalah Kesehatan reproduksi dan Kesehatan seksual tidak dapat lagi ditolerir, sebab pemenuhan hak reproduksi merupakan bagian integral dari hak dasar manusia, serta kebijakan dan undang-undang selalu perubaya untuk mengurangi angka kematian yang diakibatkan aborsi (Ita, 2011). Hal ini pula diungkapkan oleh Dorotty Shaw, yang perupakan presiden FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*) dalam forum WHO pada tahun 2006.

Hal yang perlu juga disadari adalah kontroversi tentang aborsi menjadi sumbangsi terhadap angka kematian ibu di Indonesia. Kontribusi aborsi yang tidak aman biasanya ditempuh oleh mereka yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan (KTD). Berdasarkan data dari SDKI tahun 2012 masalah KTD mencapai 7% dari jumlah kehamilan. Beberapa kejadian KTD diakibatkan oleh tingginya kegagalan kontrasepsi, rendahnya pengetahuan masyarakat

tentang alat kontrasepsi, serta masih terbatasnya akses untuk pelayanan Kesehatan reproduksi. Kejadian tersebut memicu pasangan untuk melakukan aborsi dengan berbagai cara, mulai dari cara tradisional (minum jamu dan pijat), hingga dengan cara yang lebih modern yakni dengan pertolongan pada penyedia jasa medis.

Adapun beberapa tanggapan dan kebutuhan akan adanya kebijakan dan layanan yaitu sebagai berikut:

- a. Pendapat tentang undang-undang yang melarang aborsi
- b. Kebutuhan akan dukungan kebijakan dan layanan dari pemerintah dalam menangani masalah KTD pada perempuan

2. Aspek Dukungan Sosial

Dalam menghadapi tindakan aborsi, hal ini pun menjadi situasi sulit bagi para perempuan, terlepas dari latar belakang Pendidikan dan status sosial ekonomi, meskipun kehidupan keluarga cukup harmonis, namun karena dihadapkan pada situasi tersebut sehingga ia pun membutuhkan problem Kesehatan bagi perempuan, terutama Kesehatan mentalnya. Pada saat seperti inilah perempuan membutuhkan dukungan baik dari keluarga maupun masyarakat sekitarnya. Dengan demikian setiap pelaku yang ingin melakukan aborsi akan lebih mempertimbangkan untuk dapat melakukan aborsi pada tenaga profesi yang memiliki legalitas yang sah.

Beberapa pandangan dan kebutuhan akan dukungan sosial untuk mencegah aborsi yang tidak aman yaitu sebagai berikut:

- a. Teman atau tempat diskusi dalam mengatasi kehamilan yang tidak diinginkan
- b. Pandangan tentang penilaian masyarakat yang buruj terhadap aborsi
- c. Kebutuhan dari masyarakat terhadap perempuan yang mengalami KTD

3. Aspek Informasi dan Pengetahuan

Aspek informasi dan pengetahuan yang harus dimiliki oleh perempuan dalam mencegah aborsi yang tidak aman, beberapa diantaranya sebagai berikut:

- a. Cara infarman mengetahui kehamilannya
- b. Pemahaman tentang resiko dari upaya *unsafe abortion*
- c. Pengetahuan tentang hak-hak reproduksi perempuan
- d. Pengetahuan dan informasi yang harus dimiliki
- e. Pengetahuan dan informasi klinik atau tanaga medis

Daftar Pustaka

- Afifah, W., (2013). Perlindungan Hukum Bagi Perempuan Korban Perkosaan Yang Melakukan Aborsi, *Jurnal Ilmu Hukum*, Vol-9/ No- 18/februari/2013, hlm 95.
- Anik, Listiyana. (2011). *Aborsi Dalam Tinjauan Etika Kesehatan, Perspektif Islam, dan Hukum di Indonesia*. Jurnal Biologi Fakultas Sains dan Teknologi UIN Maliki Malang
- Hidayatin, R. (2012). Penanganan Aborsi Tidak Aman (*Unsafe Abortion*) Dari Perspektif Perempuan Yang Mengalami Kehamilan Tidak Diinginkan (Ktd). *Thesis*. Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Umatara Utara. Medan
- Ita, M., (2011). Wacana Hak Asasi Manusia Dalam Perdebatan Aborsi. *Jurnal Studi Gender Indonesia* Vol. 02(1).
- Soge, Paulinus, 2010, *Hukum Aborsi (Tinjauan Politik Hukum Pidana Terhadap Perkembangan Hukum Aborsi di Indonesia)*, Yogyakarta: Universitas Atma Jaya Yogyakarta
- Seran M., Setyowati, A. M. W., (2010), *Dilema Etika dan Hukum Dalam Pelayanan Medis*, Cet.01, CV. Mandar Maju, Makassar, hal.58
- Undang-Undang Hukum Pidana. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Wahyuningsih, S., Bawono Y., Wati, A. R. (2014). Motif Pelaku Aborsi Di Kalangan Remaja Dan Solusinya. *Personifikasi*. VOL. 5 NO.1

WHO, 2006. Unsafe Abortion - Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003.

Wijayati. M., (2015). Aborsi Akibat Kehamilan Yang Tak Diinginkan (Ktd): Kontestasi Antara *Pro-Live* dan *Pro-Choice*. *ANALISIS: Jurnal Studi Keislaman*, Vol.15(1).

Profil Penulis



Syastriani Isna Putri Syarif

Ketertarikan penulis terhadap ilmu kebidanan dimulai pada tahun 2008 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Perguruan Tinggi Akademi Kebidanan Yayasan Kesehatan Nasional Baubau dan berhasil lulus pada tahun 2011. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan ke Perguruan Tinggi dan berhasil menyelesaikan studi D4 di prodi Bidan Pendidik di Universitas Mega Rezky Makassar pada tahun 2013. Lima tahun kemudian, penulis menyelesaikan studi S2 di prodi Ilmu Kebidanan di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.

Penulis memiliki kepakaran dibidang Ilmu Kebidanan. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: isnaputri01@gmail.com

KURSUS PRANIKAH

Hariyani Sulistyoningsih, S.K.M., M.K.M.
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Respati

Pendahuluan

Nikah menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) adalah ikatan (akad) perkawinan yang dilakukan sesuai dengan ketentuan hukum dan ajaran agama; hidup sebagai suami istri tanpa melakukan pelanggaran terhadap agama. Setiap pasangan pasti mendambakan pernikahan yang sakinah, mawaddah dan rahmah. Kehidupan pernikahan yang bahagia, sejahtera, serta memiliki keturunan yang sehat dan cerdas merupakan dambaan setiap pasangan. Akan tetapi tidak jarang timbul permasalahan dalam sebuah pernikahan, baik yang berkaitan dengan kesehatan maupun yang berkaitan dengan pola hubungan dalam keluarga. Masalah yang berkaitan dengan kesehatan diantaranya adalah infertilitas, kehamilan berisiko, bayi lahir tidak sehat, keguguran, serta kekurangan gizi pada ibu hamil maupun balita. Adapun permasalahan yang berkaitan dengan pola hubungan dalam keluarga diantaranya adalah perselisihan dan kekerasan yang bisa berujung pada perceraian.

Sehubungan dengan permasalahan tersebut maka setiap pasangan perlu mempersiapkan pernikahan dengan baik, membekali diri dengan informasi yang cukup mengenai

kesehatan dan juga keterampilan dalam mengelola rumah tangga. Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan mendorong calon pengantin melakukan persiapan sebelum memasuki pernikahan, melalui upaya KIE dan pelayanan kesehatan reproduksi bagi calon pengantin. Hal ini merupakan bagian upaya pemenuhan hak reproduksi dan upaya meningkatkan derajat kesehatan, serta dapat berkontribusi pada percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi baru. Selain itu upaya lain yang dilakukan adalah penyebarluasan media informasi salah satunya adalah buku saku kesehatan reproduksi dan seksual bagi calon pengantin. Media informasi ini bisa dimanfaatkan oleh calon pengantin untuk mendapatkan informasi yang komprehensif.

Selain Kementerian Kesehatan pemerintah melalui Kementerian Agama juga melakukan upaya mempersiapkan para calon pengantin memasuki jenjang pernikahan melalui kursus pranikah. Kursus pranikah mulai digagas pada tahun 2010, yang dilatarbelakangi oleh peningkatan cukup tajam angka perceraian di Indonesia baik karena cerai talak atau cerai gugat. Hal ini tentu sangat memprihatinkan mengingat perkawinan dalam istilah agama merupakan perjanjian yang sangat kokoh dan luhur, ditandai dengan pelaksanaan singkat ijab dan qabul, dengan tujuan untuk membentuk keluarga sakinah, mawaddah warahmah. Namun kenyataannya tidak sedikit pernikahan yang diwarnai dengan perselisihan dan percekcoan yang berujung perceraian.

Salah satu penyebab perselisihan, percekcoan, maupun perceraian adalah dangkalnya pengetahuan dan pemahaman para suami ataupun istri tentang kehidupan rumah tangga/keluarga, sehingga perkawinan hanya dianggap sebagai hubungan pendata saja antara orang perorang yang berlainan jenis.

Menurut pedoman penyelenggaraan kursus pranikah, kursus pranikah diselenggarakan oleh Badan Penasihat, Pembinaan dan Pelestarian Perkawinan (BP4) dan organisasi keagamaan Islam yang telah memiliki Akreditasi dari Kementerian Agama. Dalam pelaksanaannya BP4 dan organisasi keagamaan Islam penyelenggara kursus pranikah dapat bekerja sama dengan instansi atau kementerian lain atau lembaga lainnya. Peserta yang telah mengikuti kursus pranikah berhak mendapatkan sertifikat sebagai tanda bukti kelulusan yang dikeluarkan oleh BP4 atau organisasi keagamaan Islam penyelenggara kursus. Sertifikat akan menjadi syarat perlengkapan pencatatan perkawinan pada saat mendaftar di KUA. Walaupun dokumen sertifikat ini sifatnya tidak wajib, tetapi sangat dianjurkan memilikinya karena dengan memiliki sertifikat berarti pasangan pengantin sudah mempunyai bekal dalam mengarungi rumah tangga.

Persiapan Pranikah

Menurut buku saku kesehatan reproduksi dan seksual calon pengantin yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan (2018), terdapat lima (5) hal yang harus dipersiapkan oleh pasangan calon pengantin sebelum melakukan pernikahan, yaitu persiapan fisik (kesehatan), gizi, imunisasi tetanus, kesehatan organ reproduksi, serta kesehatan jiwa. Berikut adalah penjelasan rinci mengenai hal yang perlu dipersiapkan calon pengantin.

1. Pemeriksaan Kesehatan

Pemeriksaan kesehatan pranikah (*Premarital check-up*) sebaiknya dilakukan minimal 3 bulan sebelum pernikahan dilakukan. Pada saat pemeriksaan, calon pengantin akan mendapatkan pertanyaan tentang keluhan kesehatan yang sedang dialami, riwayat

kesehatan, dan deteksi dini adanya masalah kejiwaan. Tujuan utama dari pemeriksaan kesehatan pranikah adalah sebagai upaya pencegahan dan penanganan sedini mungkin. Adapun tujuan khusus dari pemeriksaan kesehatan pranikah bagi catin adalah sebagai berikut:

- a. Mengetahui status kesehatan calon pengantin (catin)
- b. Memberikan waktu pengobatan apabila ditemukan masalah kesehatan
- c. Mencegah penularan penyakit kepada pasangan
- d. Mempersiapkan kehidupan rumah tangga yang sehat
- e. Mempersiapkan kehamilan dan menghasilkan keturunan yang sehat dan berkualitas

Selain melakukan pengukuran tekanan darah, berat badan, tinggi badan, lingkaran lengan atas (LILA), tanda-tanda anemia, pemeriksaan darah rutin (Hemoglobin, golongan darah dan rhesus), idealnya catin juga melakukan pemeriksaan urin rutin, dan pemeriksaan lain atas indikasi medis seperti gula darah, IMS, HIV, malaria, thalassemia, Hepatitis B, TORCH. Selanjutnya akan diberikan Konseling, Informasi Edukasi (KIE) mengenai kesehatan reproduksi, pemberian tablet tambah darah, skrining dan imunisasi tetanus (TT), serta pengobatan jika ditemukan permasalahan kesehatan.

2. Pemeriksaan Gizi

Pemeriksaan gizi perlu dilakukan sebelum menikah untuk memastikan status gizi terutama calon pengantin perempuan karena hal ini berkaitan dengan persiapan kehamilan, dimana proses

kehamilan membutuhkan cadangan nutrisi dari ibu. Pemeriksaan gizi meliputi penentuan status gizi serta memastikan pemenuhan gizi seimbang.

Status gizi ditentukan dengan pengukuran Indeks Massa Tubuh (IMT) serta pengukuran Lingkar Lengan Atas (LILA) bagi catin perempuan. IMT diperoleh dengan membandingkan berat badan/ BB (dalam satuan kilogram) dengan kuadrat tinggi badan/ TB (dalam satuan meter), seperti rumus berikut:

$$IMT = \frac{BB (kg)}{TB(m)^2}$$

Interpretasi dari hasil perhitungan IMT dikategorikan menjadi empat, yaitu:

- a. Sangat kurus (kekurangan BB tingkat berat), jika $IMT < 17,0 \text{ kg/m}^2$
- b. Kurus (Kekurangan BB tingkat ringan), jika $IMT 17,0 \text{ kg/m}^2$ sampai $< 18,5 \text{ kg/m}^2$
- c. Normal, jika $IMT 18,5 \text{ kg/m}^2$ sampai $25,0 \text{ kg/m}^2$
- d. Gemuk, (kelebihan BB tingkat ringan), jika $IMT 25,1 \text{ kg/m}^2$ sampai $27,0 \text{ kg/m}^2$
- e. Obesitas, (kelebihan BB tingkat berat), jika $IMT > 27,0 \text{ kg/m}^2$

Lingkar Lengan Atas calon pengantin perempuan diperoleh dengan mengukur lingkar lengan kanan bagian atas menggunakan pita LILA. Hasil pengukuran dikategorikan normal apabila minimal sebesar 23,5 cm. Apabila LILA catin kurang dari 23,5 artinya catin mengalami KEK (Kurang Energi Kronik) dan harus dicari faktor penyebabnya untuk kemudian ditanggulangi sesuai penyebabnya.

Hasil pengukuran IMT yang tidak normal (kurus ataupun gemuk) ataupun hasil pengukuran LILA di bawah 23,5 cm, menunjukkan calon pengantin perempuan perlu memperbaiki status gizinya agar mencapai standar normal. Mencapai status gizi normal dapat dilakukan dengan mengkonsumsi lima kelompok pangan secara seimbang, meliputi: makanan pokok, sayuran, lauk pauk, dan buah-buahan. Adapun porsi/ ukuran setiap kali makan mengacu pada panduan gizi seimbang “isi piringku” yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan, yaitu setengah piring (50%) berisi buah dan sayur, dan setengahnya lagi merupakan karbohidrat (makanan pokok) dan protein (lauk pauk). Selain menerapkan pola makan seimbang hal lain yang perlu diperhatikan adalah konsumsi cairan yang cukup dengan cara meminum air putih minimal 8 gelas setiap hari, mengurangi konsumsi gula, garam, minyak/lemak, melakukan aktivitas fisik minimal 30 menit dalam satu hari, serta membiasakan mencuci tangan menggunakan sabun.

3. Imunisasi Tetanus (TT)

Suntik imunisasi TT bagi calon pengantin perempuan sudah diwajibkan pemerintah sejak tahun 1986 dan pemerintah memasukkan imunisasi TT sebagai salah satu syarat pendaftaran pernikahan. Tetanus adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri *Clostridium tetani*. Biasanya, bakteri ini ditemukan di tempat-tempat yang kotor, tanah, debu, kotoran hewan dan manusia, serta besi berkarat. Bakteri ini masuk ke tubuh melalui luka terbuka lalu mengeluarkan racun yang bisa merusak sistem saraf dan sumsum tulang belakang, bisa merobek otot, menyebabkan tulang retak, tekanan berat pada tulang belakang, hingga melemahkan otot pernapasan dan berujung kematian.

Imunisasi TT bertujuan membuat tubuh lebih kebal terhadap infeksi tetanus sehingga melindungi ibu dan bayi dari penyakit tetanus dan pada akhirnya dapat menekan angka terjadinya penyakit tetanus baik pada ibu hamil, bayi dalam kandungan, maupun setelah dilahirkan. Setiap perempuan yang akan menikah (dan selanjutnya setelah) perlu mendapatkan vaksin TT sebanyak total lima (5) kali, agar mendapat perlindungan dari tetanus hingga 25 tahun. Pemberian imunisasi dilakukan secara bertahap, biasanya dimulai sebulan sebelum menikah hingga sekitar 2 tahun sesudah itu. Sebelum pemberian imunisasi tetanus akan dilakukan skrining imunisasi tetanus apakah sudah mendapat 5 kali imunisasi/ belum, apabila belum, maka catin perempuan harus melengkapinya di Puskesmas.

Berikut jadwal suntik TT berdasarkan Kemenkes RI:

- a. TT 1: Dilakukan sekitar 2 minggu hingga sebulan sebelum menikah, agar tubuh memiliki waktu untuk membentuk antibodi.
- b. TT 2: Dilakukan sebulan setelah TT 1, vaksin dapat efektif melindungi hingga 3 tahun ke depan.
- c. TT 3: Dilakukan 6 bulan setelah TT 2, efektif melindungi dari tetanus hingga 5 tahun berikutnya.
- d. TT 4: Dilakukan 12 bulan setelah TT 3, lama perlindungan efektif adalah 10 tahun.
- e. TT 5 : Dilakukan 12 bulan setelah TT 4, rangkaian vaksin terakhir ini mampu melindungi dari tetanus hingga 25 tahun.

Suntik TT untuk calon pengantin dapat dilakukan di Puskesmas, Rumah Sakit, atau bidan praktek mandiri. Setelah selesai mendapatkan imunisasi TT,

calon pengantin akan menerima surat keterangan sudah melakukan vaksin. Surat ini bisa dilampirkan saat mengajukan persyaratan pranikah Bersama dokumen persyaratan lainnya.

4. Menjaga Kesehatan Reproduksi

Setiap keluarga harus memahami kesehatan reproduksi dengan baik, agar setiap keluarga atau anggota keluarga dapat mengetahui fungsi reproduksi secara baik dan benar sehingga nantinya dapat melaksanakan fungsi-fungsi reproduksi secara sehat dan sejahtera. Tidak sedikit masalah kesehatan yang berkaitan dengan organ reproduksi bermula dari kurang terjaganya kebersihan organ reproduksi, untuk itu baik calon pengantin laki-laki maupun perempuan harus menjaga kesehatan organ reproduksinya dengan baik.

Menjaga organ reproduksi perempuan dapat dilakukan dengan cara:

- a. menggunakan handuk yang lembut, kering, bersih, dan tidak berbau atau lembab,
- b. menggunakan celana dalam yang terbuat dari bahan yang mudah menyerap keringat, mengganti pakaian dalam minimal dua kali dalam sehari,
- c. membersihkan vagina dari arah depan menuju belakang,
- d. mencuci tangan sebelum, setelah cebok, juga sesudah mengganti pembalut atau *pantyliner*/pembalut tipis,
- e. mengganti pembalut atau *pantyliner* setiap 3-4 jam sekali,

- f. menghindari penggunaan sabun kewanitaian yang mengandung pewangi atau parfum karena dapat menyebabkan iritasi kulit sekitar vagina,
- g. menghindari penggunaan *vaginal douching* karena dapat mengganggu keseimbangan pH vagina.
- h. bagi perempuan yang sering mengalami keputihan yang berwarna dan berbau hendaknya memeriksakan diri kepada tenaga kesehatan.

Adapun upaya yang dilakukan untuk menjaga kesehatan organ reproduksi laki-laki adalah:

- a. menggunakan handuk yang lembut, kering, bersih, dan tidak berbau atau lembab,
- b. menggunakan celana dalam dari bahan yang mudah menyerap keringat,
- c. mengganti pakaian dalam dan celana dalam minimal dua kali dalam sehari,
- d. dianjurkan untuk khitan atau sunat untuk mencegah terjadinya penularan penyakit menular seksual dan menurunkan risiko kanker penis.

Selain pengetahuan tentang menjaga kesehatan organ reproduksi, calon pengantin juga harus memahami terkait informasi seputar kehamilan (masa subur, tanda kehamilan, kehamilan berisiko, serta tanda bahaya pada kehamilan), rencana persalinan serta kontrasepsi.

5. Menjaga Kesehatan Mental

Kesehatan mental adalah kondisi dimana individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual dan sosial sehingga individu tersebut mampu menyadari kemampuan sendiri, mampu menghadapi tekanan,

dapat bekerja secara produktif, serta mampu memberikan kontribusi pada komunitasnya. Sebelum menikah, calon pengantin harus mempersiapkan mental dengan baik karena ketika memasuki pernikahan akan banyak terjadi penyesuaian terhadap karakter pasangan, penyesuaian peran, ekonomi dan juga sosial.

Orang yang memiliki mental yang sehat memiliki ciri: perasaan sehat dan bahagia, menyadari kemampuan diri, merasa nyaman terhadap diri sendiri, dapat menerima orang lain apa adanya, nyaman berinteraksi dengan orang lain, mampu memenuhi kebutuhan hidup, mampu menghadapi tantangan, dan bersikap positif pada diri sendiri maupun orang lain (Kementerian Kesehatan, 2020).

Upaya yang dilakukan untuk menjaga kesehatan mental sebelum menikah diantaranya adalah:

- a. Mengatakan sesuatu yang positif pada diri sendiri.
- b. Mengenali karakter calon pasangan dan keluarga
- c. Menjalin hubungan baik dengan calon pasangan, keluarga maupun orang lain
- d. Menjalani hobi yang positif

Bersama-sama menjaga kesehatan keluarga, seperti olahraga, konsumsi makanan bergizi seimbang, serta istirahat yang cukup.

Kursus Pranikah bagi Pasangan Muslim

1. Pengertian

Kursus pranikah merupakan upaya pemberian bekal pengetahuan, pemahaman, dan keterampilan serta penumbuhan kesadaran kepada remaja usia nikah tentang kehidupan rumah tangga dan keluarga.

Kursus pranikah merupakan pengembangan dari program bimbingan perkawinan yang ada di Kementerian Agama. Pelaksanaan Bimbingan Perkawinan ini mengacu pada Peraturan Direktur Jenderal Bimbingan Masyarakat Islam Nomor: DJ.II/542 Tahun 2013 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Kursus Pranikah.

2. Tujuan

Tujuan dari kursus pranikah adalah untuk meningkatkan pemahaman dan pengetahuan calon pengantin tentang kehidupan rumah tangga/keluarga sehingga memiliki pondasi yang kokoh untuk mewujudkan keluarga sakinah, mawaddah warahmah serta mengurangi angka perselisihan, perceraian, dan kekerasan dalam rumah tangga (Kementerian Agama, 2013).

3. Dasar Hukum

Adapun dasar hukum dilaksanakannya kursus pranikah berdasarkan Peraturan Direktur Jenderal Bimbingan Masyarakat Islam adalah sebagai berikut:

- a. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1974 Nomor 1, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 2019).
- b. Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera.
- c. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 Nomor 109, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4235).

- d. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 95, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4419).
- e. Instruksi Presiden Nomor 9 Tahun 2000 tentang Pengarusutamaan Gender dalam Pembangunan Nasional.
- f. Keputusan Presiden RI Nomor 88 Tahun 2002 tentang Rencana Aksi Nasional Penghapusan Perdagangan Perempuan dan Anak.
- g. Peraturan Presiden Nomor 20 Tahun 2008 tentang Perubahan Keempat atas Peraturan Presiden Nomor 9 Tahun 2005 tentang Kedudukan, Tugas, Fungsi, Susunan Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Negara Republik Indonesia.
- h. Peraturan Presiden Nomor 24 Tahun 2006 tentang Kedudukan, Tugas dan Fungsi Kementerian Negara serta Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Eselon Kementerian Negara.
- i. Keputusan Menteri Agama Nomor 3 Tahun 1999 tentang Gerakan Keluarga Sakinah.
- j. Keputusan Menteri Agama Nomor 480 Tahun 2008 tentang Perubahan Atas Keputusan Menteri Agama Nomor 373 Tahun 2002 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kantor Wilayah Kementerian Agama Provinsi dan Kantor Departemen Agama Kabupaten/Kota.
- k. Peraturan Menteri Agama Nomor 10 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Agama.

1. Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor 400/54/III/Bangda perihal Pelaksanaan Pembinaan Gerakan Keluarga Sakinah.
- m. Peraturan Direktur Jenderal Bimbingan Masyarakat Islam No. DJ. II/542 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Kursus Pra-Nikah.

4. Peserta

Sebelumnya peserta kursus pranikah adalah calon pengantin yang sudah mendaftarkan diri ke KUA dan biasanya akan mengikuti kursus pranikah dengan memanfaatkan 10 hari setelah calon pengantin mendaftar di KUA. Mengacu pada pedoman tahun 2013, hal ini tidak berlaku lagi. Peserta tidak dibatasi bagi calon pengantin yang sudah mendaftarkan diri di KUA, namun bisa diikuti seluruh remaja atau pemuda usia menikah. Undang-undang Nomor 16 Nomor Tahun 2019 menuliskan bahwa batas usia minimal perempuan dan laki-laki menikah yakni berusia 19 tahun sehingga kursus pranikah bisa diikuti oleh laki-laki maupun perempuan yang sudah berusia 19 tahun. Mereka bisa mengikuti kursus pranikah kapan pun mereka bisa sampai saatnya mendaftar di KUA kecamatan.

5. Penyelenggara

Awalnya kursus pranikah diselenggarakan langsung oleh KUA/BP4 (Badan Penasihat, Pembinaan, dan Pelestarian Perkawinan (BP4) kecamatan. Namun mengacu pada pedoman tahun 2013, pemerintah memberikan kesempatan yang luas kepada masyarakat untuk ikut serta berpartisipasi dalam pembinaan dan pembangunan keluarga serta mengurangi angka perceraian dan kekerasan dalam keluarga. Penyelenggaraan kursus pranikah selain dilaksanakan oleh BP4/ KUA kecamatan dapat

dilaksanakan pula oleh badan/lembaga/organisasi keagamaan Islam yang telah memenuhi ketentuan yang ditetapkan oleh Pemerintah. Pemerintah dalam hal ini adalah Kementerian Agama berfungsi sebagai regulator, pembina, dan pengawas yang bertanggung jawab untuk memberikan bimbingan pembinaan kepada badan/lembaga/organisasi keagamaan Islam penyelenggara kursus pranikah agar pembekalan dapat terarah, tepat sasaran dan berhasil sesuai dengan yang diharapkan. Selain itu pembinaan dan pembangunan keluarga tidak lagi bertumpuk pada tanggung jawab pemerintah secara sepihak tapi menjadi tanggungjawab bersama masyarakat untuk bahu-membahu meningkatkan kualitas keluarga dalam upaya menurunkan angka perceraian, dan kekerasan dalam rumah tangga yang selama ini marak di masyarakat.

6. Pembiayaan

Peserta kursus pranikah dapat mengikuti kursus dengan gratis. Menurut ketentuan Pasal 5 Peraturan Direktur Jenderal Bimbingan Masyarakat Islam Kementerian Agama Nomor DJ. II/542 Tahun 2013 tentang Pedoman Penyelenggaraan Kursus Pranikah, pembiayaan kursus pranikah yang diselenggarakan oleh BP4/KUA dapat bersumber dari dana APBN, APBD, dan sumber lain yang halal dan tidak mengikat. Selain sumber dana tersebut dapat pula dari iuran peserta atau bantuan dari masyarakat yang halal dan tidak mengikat serta mempunyai komitmen kuat untuk membantu berpartisipasi dalam pembinaan keluarga.

7. Narasumber

Kursus pranikah bertujuan untuk memberikan bekal pengetahuan, informasi, pemahaman, yang berkaitan

dengan kehidupan berumah tangga. Untuk mencapai tujuan tersebut, dibutuhkan kemampuan dan keahlian seorang pemateri atau penasehat dalam menyampaikan materi. Apabila yang menjadi pemateri bukan yang ahli, maka kursus pranikah tidak akan membuahkan hasil yang maksimal. Mengacu pada Pedoman Penyelenggaraan Kursus Pranikah, narasumber atau pengajar yang memberikan materi kepada para calon pengantin terdiri dari konsultan perkawinan dan keluarga, tokoh agama, dan tokoh masyarakat yang memiliki kompetensi sesuai dengan keahlian (Hakim, 2016).

8. Materi dan Metode Pembelajaran

Secara umum, materi yang akan disampaikan meliputi hubungan perwakilan dengan keluarga dan pengelolaannya, psikologi keluarga, pemenuhan kebutuhan keluarga, kesehatan keluarga dan upaya mempersiapkan diri menjadi orang tua. Secara spesifik, materi Kursus pranikah dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu: kelompok dasar, kelompok inti, dan kelompok penunjang (Kementerian Agama, 2013). Kelompok dasar meliputi kebijakan Kementerian Agama tentang pembinaan keluarga sakinah, kebijakan Ditjen Bimas Islam tentang pelaksanaan kursus pra-nikah, peraturan perundangan tentang perkawinan dan pembinaan keluarga, hukum munakahat, dan prosedur pernikahan. Kelompok inti meliputi pelaksanaan fungsi-fungsi keluarga,

9. merawat cinta kasih dalam keluarga, manajemen konflik dalam keluarga, dan psikologi perkawinan dan keluarga. Sedangkan kelompok penunjang meliputi pendekatan andragogi, penyusunan SAP (Satuan Acara Pembelajaran) dan micro teaching, pre-test, post-test dan penugasan atau rencana aksi.

10. Secara rinci, materi yang akan didapatkan peserta kursus adalah sebagai berikut:

a. UU Perkawinan

- 1) Konsep perkawinan
- 2) Asas perkawinan
- 3) Pembatasan poligami
- 4) Batasan usia nikah
- 5) Pembatalan perkawinan
- 6) Perjanjian perkawinan
- 7) Harta bersama
- 8) Hak dan kewajiban
- 9) Masalah status anak
- 10) Perkawinan campuran

b. Undang-undang KDRT

- 1) Pengertian KDRT
- 2) Bentuk-bentuk KDRT
- 3) Faktor-faktor Penyebab KDRT
- 4) Dampak KDRT
- 5) Aturan hukum
- 6) Tanggung jawab pemerintah dan keluarga

c. UU Perlindungan Anak

- 1) Pengertian anak
- 2) Hak anak
- 3) Kedudukan anak dalam Islam

- d. Hukum Munakahat dan prosedur pernikahan
 - 1) Menjelaskan
 - 2) Konsep dasar perkawinan
 - 3) Tujuan dan hikmah perkawinan
 - 4) Syarat dan rukun nikah
 - 5) Akad nikah dan Ijab kabul
 - 6) Hak dan kewajiban suami istri
 - 7) Mu'asyarah bil ma'ruf
 - 8) Adab nikah
 - 9) Hak dan kewajiban orang tua terhadap anak
- e. Pelaksanaan fungsi-fungsi keluarga
 - 1) Fungsi agama (Memfungsikan nilai-nilai ajaran Islam dalam kehidupan rumah tangga, fungsi pemeliharaan fitrah manusia, penguatan tauhid dengan mengembangkan akhlakul karimah)
 - 2) Fungsi reproduksi (Fungsi reproduksi yang didasarkan akad perkawinan yang suci)
 - 3) Fungsi kasih sayang dan afeksi (Kasih sayang dan afeksi sebagai kebutuhan dasar manusia, kedekatan dan kelekatan fisik dan batiniah anak dan orang tua, ketertarikan kepada lawan jenis sebagai sunnatullah, kasih sayang sebagai landasan amal sholeh yang memberi manfaat bagi sesama)
 - 4) Fungsi perlindungan (hak dan kewajiban suami istri memiliki fungsi perlindungan, perlindungan terhadap anggota keluarga dari kekerasan dan pengabaian, perlindungan terhadap hak tumbuh kembang anak)

- 5) Fungsi pendidikan dan sosialisasi nilai (Fungsi keluarga bagi pembentukan karakter, fungsi sosialisasi dan transmisi nilai, fungsi keteladanan dan modeling, serta fungsi membangun benteng moralitas)
 - 6) Fungsi ekonomi (Fungsi produksi untuk memperoleh penghasilan, fungsi pembelanjaan untuk memenuhi kebutuhan bagi kelangsungan keluarga, keseimbangan antara income dan pengeluaran, diperlukan tata kelola keuangan keluarga)
 - 7) Fungsi sosial budaya (Keluarga sebagai unit terkecil dan inti dari masyarakat, keluarga sebagai lingkungan sosial budaya terkecil, nilai-nilai keluarga mencerminkan nilai-nilai dalam masyarakat, pengejawantahan nilai-nilai agama)
- f. Merawat cinta kasih dalam keluarga
- 1) Nilai-nilai dalam keluarga untuk mewujudkan mu'asyarah bil ma'ruf
 - 2) Formula sukses dalam mengelola kehidupan perkawinan dan keluarga
 - 3) Komunikasi efektif dalam pengelolaan hubungan keluarga
- g. Manajemen Konflik dalam Keluarga

Konflik dan ketidaksetujuan dalam keluarga adalah hal yang lazim terjadi dan merupakan aspek normatif dalam sebuah hubungan sehingga tidak otomatis berdampak negatif. Konflik akan berdampak tidak baik jika tidak dikelola dengan baik (Lestari, 2013). Agar dapat menghadapi dan mengelola konflik dengan baik

maka pasangan calon pengantin dibekali pemahaman yang berkaitan dengan konflik dan cara mengatasi konflik khususnya dalam keluarga, materi yang dipelajari meliputi:

- 1) Faktor penyebab konflik
- 2) Tanda-tanda perkawinan dalam bahaya
- 3) Solusi atau cara mengatasi konflik

h. Psikologi perkawinan dan keluarga

Hal yang dipelajari meliputi:

- 1) Pengertian/Deskripsi
- 2) Upaya mencapai keluarga sakinah
- 3) Membina hubungan dalam keluarga

Hal yang perlu dipahami oleh pasangan suami istri dalam membina hubungan dalam sebuah keluarga adalah bahwa keluarga sakinah dibangun dengan landasan saling menghargai dan menghormati antara suami dan istri. Bentuk menghargai dan menghormati antara suami dan istri diantaranya adalah: pengambilan keputusan di rumah tangga dilakukan secara bersama dan tidak memaksakan ego masing-masing, saling membantu dalam pekerjaan rumah tangga, pengasuhan, dan pendidikan anak, bersama-sama merencanakan kehamilan sehingga keikutsertaan ber-KB merupakan keputusan dan tanggung jawab bersama suami dan istri, dan juga dukungan suami dalam pelaksanaan ASI eksklusif.

Hal yang dapat merusak hubungan dalam keluarga adalah adalah tindak kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) (Kementerian Kesehatan RI, 2018). Bentuk KDRT yang bisa saja terjadi dalam rumah tangga adalah sebagai berikut:

1. Kekerasan secara fisik (misal: menyundut dengan rokok, melukai, memukul, menendang, menampar, menjambak rambut)
2. Kekerasan secara psikis (misal: menghina, mengeluarkan komentar yang melarang pasangan mengunjungi saudara atau teman, mengancam, merendahkan)
3. Kekerasan seksual (misal: memaksa dan menuntut berhubungan seksual, melakukan hubungan seksual yang tidak aman)
4. Penelantaran (misal: tidak memberi nafkah lahir/batin, melarang pasangan bekerja)
5. Eksploitasi (misal: memanfaatkan, memperdagangkan dan memperbudak pasangan ataupun anak)

Materi-materi kursus tersebut diberikan sekurang-kurangnya dalam 16 jam pelajaran, minimal selama dua hari dengan metode ceramah, diskusi, tanya jawab, studi kasus (simulasi) ataupun penugasan yang pelaksanaannya dapat disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan di lapangan (Kementerian Agama, 2013).

Daftar Pustaka

- Hakim, Muhammad Lutfi. (2016). Kursus Pra-Nikah: Konsep Dan Implementasinya (Studi Komparatif Antara BP4 KUA Kecamatan Pontianak Timur Dengan GKKB Jemaat Pontianak). *AL-‘ADALAH*, I (2), Desember 2016, 141-154.
- Kementerian Agama RI. (2013). Peraturan Direktur Jenderal Bimbingan Masyarakat Islam. No : DJ.II/542. *Pedoman Penyelenggaraan Kursus Pra Nikah*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Buku saku Kesehatan Reproduksi dan Seksual Bagi Calon Pengantin*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Panduan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Calon pengantin dalam Masa Pandemi Covid dan Adaptasi Kebiasaan Baru*
- Lestari, S. (2013). *Psikologi Keluarga: Penanaman Nilai Dan Penanganan Konflik Dalam Keluarga*. Jakarta: Prenada Media Group.

Profil Penulis



Hariyani Sulistyoningsih

Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat STIKes Respati di Tasikmalaya. Penulis menempuh pendidikan sarjana di FKM Universitas Diponegoro pada tahun 2001. Ketertarikannya terhadap kesehatan reproduksi mendorong penulis melanjutkan pendidikan pascasarjana di FKM Universitas Indonesia dengan konsentrasi keilmuan kesehatan reproduksi pada tahun 2006. Untuk menunjang karir sebagai dosen profesional dengan kepakaran di bidang kesehatan reproduksi, penulis aktif memberikan perkuliahan di bidang kesehatan reproduksi juga melakukan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dibidang tersebut. Beberapa penelitian yang dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga hibah dari Kemenristek DIKTI. Penulis juga pernah mendapatkan hibah Riset Kreatif Inovatif dari Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (BP2D) Provinsi Jawa Barat, serta mendapatkan penghargaan dari Gubernur Jawa Barat, dalam kategori Program Peningkatan Budaya Riset Dosen Perguruan Tinggi, pada tahun 2017. Selain itu penulis juga aktif menulis buku ajar yang berkaitan dengan mata kuliah yang diampu maupun buku populer. Terkait aktivitas menulis buku, penulis pernah mendapatkan hibah buku ajar dari Kementerian Riset dan Teknologi pada tahun 2009.

Email Penulis: hariyani5677@gmail.com

PROGRAM KESEHATAN PEDULI REMAJA DI SEKOLAH

Nadirahilah., S.Si., M.K.M

Institut Kesehatan dan Teknologi PKP DKI Jakarta

Definisi Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja adalah upaya pemerintah untuk mewujudkan remaja sehat melalui program pelayanan kesehatan yang ditujukan dan dapat dijangkau oleh remaja, menyenangkan, menerima remaja dengan tangan terbuka, menghargai remaja, menjaga kerahasiaan, peka akan kebutuhan terkait dengan kesehatannya serta efektif dan efisien dalam memenuhi kebutuhan tersebut. Bentuk perhatian pemerintah tersebut terlihat dari dicanangkannya pembentukan PKPR di tingkat Puskesmas pada tahun 2003 yang diadopsi dari WHO (World Health Organization). Prinsip dari PKPR yang dicanangkan tersebut adalah dapat diakses oleh semua golongan remaja, layak, dapat diterima, efektif, dan efisien (Wahyuni,2021)

Tujuan dan Sasaran PKPR

1. Tujuan umum PKPR yaitu terselenggaranya PKPR berkualitas di Puskesmas dan tempat pelayanan remaja lainnya, yang mampu menghargai dan memenuhi hak-hak serta kebutuhan remaja sebagai individu, dalam upaya mewujudkan derajat

kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan yang optimal bagi remaja sesuai dengan potensi yang dimiliki.

2. Tujuan khusus PKPR adalah sebagai berikut:
 - a. Tersedianya panduan penyelenggaraan bagi fasilitas dan petugas pelaksana PKPR
 - b. Tersedianya instrument pemantauan praktis pemenuhan Standar Nasional PKPR dengan menggunakan beberapa kriteria terpilih
 - c. Terselenggaranya PKPR dengan kualitas yang baik, ajeg dan merata di seluruh wilayah Republik Indonesia.
3. Fokus sasaran layanan Puskesmas PKPR adalah berbagai kelompok remaja sebagai berikut:
 - a. Remaja di sekolah seperti sekolah umum, madrasah, pesantren, sekolah luar biasa.
 - b. Remaja di luar sekolah yaitu karang taruna, saka bakti husada, palang merah remaja, panti yatim piatu/rehabilitasi, kelompok belajar mengajar, organisasi remaja, rumah singgah, kelompok keagamaan.
 - c. Remaja putri sebagai calon ibu dan remaja hamil tanpa mempermasalahkan status pernikahan.
 - d. Remaja yang rentan terhadap penularan HIV, remaja yang sudah terinfeksi HIV, remaja yang terkena dampak HIV dan AIDS, remaja yang menjadi yatim/piatu karena AIDS.
 - e. Remaja berkebutuhan khusus yaitu kelompok remaja sebagai berikut:
 - 1) Korban kekerasan, korban trafficking, korban eksploitasi seksual

- 2) Penyandang cacat, di lembaga Pemasyarakatan (LAPAS), anak jalanan, dan remaja pekerja
- 3) Di daerah konflik (pengungsian) dan di daerah terpencil.

Jenis Kegiatan PKPR

PKPR diselenggarakan melalui dua kegiatan yaitu di dalam gedung Puskesmas dan diluar gedung Puskesmas. Jenis kegiatan yang didalam gedung antara lain pemeriksaan klinis medis termasuk pemeriksaan penunjang dan layanan rujukan, pemberian komunikasi, informasi dan edukasi (KIE), Layanan konseling, serta pembekalan keterampilan psikososial (Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat/PKHS). Kegiatan di luar gedung antara lain pembinaan kesehatan di sekolah, di panti/LKSA, di lapas/rutan anak/LPKA termasuk pelayanan kesehatan di masyarakat melalui Posyandu Remaja.

Pembinaan kesehatan di sekolah terdiri dari tiga kegiatan yaitu:

1. Pendidikan Kesehatan

Materi edukasi dan kegiatan pembiasaan hidup sehat yang diberikan antara lain:

- a. Makan bergizi seimbang;
- b. Manfaat berjemur di bawah matahari selama 15 menit pada pagi hari;
- c. Aktifitas fisik/berolahraga minimal 30 menit per hari;
- d. Kesehatan reproduksi dan pendidikan keterampilan hidup sehat;

- e. PKHS terkait *self care*, manajemen waktu, membantu pekerjaan rumah tangga, pencegahan *gadget addiction*, kecanduan gadget, serta menyalurkan hobi-hobi kreatif.

2. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan remaja yang sesuai dengan kebutuhan meliputi pelayanan promotive, preventif, kuratif, dan rehabilitative yang harus diberikan secara komprehensif di semua tempat termasuk di sekolah yang akan melakukan pelayanan remaja dengan pendekatan PKPR. Intervensi meliputi hal-hal sebagai berikut:

- a. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja (meliputi infeksi menular seksual/IMS, HIV/AIDS) termasuk seksualitas dan pubertas
- b. Pencegahan dan penanggulangan kehamilan pada remaja
- c. Pelayanan Gizi (Anemia, kekurangan dan kelebihan gizi) termasuk konseling dan edukasi
- d. Tumbuh kembang remaja
- e. Skrining status TT pada remaja
- f. Pelayanan kesehatan jiwa remaja, meliputi: masalah psikososial, gangguan jiwa, dan kualitas hidup
- g. Pencegahan dan penanggulangan NAPZA
- h. Deteksi dan Penanganan kekerasan terhadap remaja
- i. Deteksi dan penanganan tuberculosis
- j. Deteksi dan penanganan cacangan
- k. Pemberian Imunisasi.

1. Pelayanan Konseling

Konseling merupakan proses hubungan saling membantu dan bekerjasama antara konselor dan klien remaja (dalam situasi tatap muka dan kedudukan yang setara) sebagai upaya menolong klien untuk menyelesaikan masalah tertentu dalam kehidupannya. Konseling dapat dilakukan secara individual atau kelompok. Konseling kelompok melibatkan lebih dari 1 klien (biasanya 6-12 orang) yang memiliki kesamaan tema, tingkat permasalahan, tujuan dan usia/kematangan. Konseling kelompok bisa dilakukan dalam bentuk focus grup diskusi.

Remaja terlatih konselor sebaya yaitu remaja yang sudah mendapatkan pelatihan konseling remaja yang dilaksanakan oleh Dinas Pendidikan Kabupaten/Kota atau instansi terkait, atau orientasi peningkatan wawasan konseling dengan acuan Pedoman PKPR bagi Konselor Sebaya dan Pedoman Teknik Konseling bagi Konselor Sebaya yang dilaksanakan oleh sekolah sesuai dengan Pedoman Fasilitator dari tenaga kesehatan Puskesmas PKPR. Pembina/Pendamping konselor sebaya adalah seseorang dari unsur sekolah atau luar sekolah yang secara aktif melakukan pembinaan/pendampingan terhadap konselor sebaya dibawah koordinasi petugas puskesmas PKPR, misalnya guru BK, guru UKS, ketua atau pimpinan dari kelompok-kelompok remaja.

Sarmin (2017) Teman sebaya memberikan fungsi yang dominan dalam perkembangan perilaku dan kepribadian remaja, melalui fungsi-fungsi grup sebaya remaja mengembangkan dirinya terutama dalam upaya untuk menjalin hubungan pertemanan bahkan percintaan yang mulai tumbuh pada masa remaja. Dari sinilah pemberdayaan teman sebaya sebagai konseling sebaya perlu digalakkan. Konselor

remaja melalui beberapa penerapan dan penelitian menunjukkan efektivitasnya. Terutama dalam kaitannya untuk membimbing dan mengarahkan sebayanya untuk membentengi diri dari pengaruh negative lingkungan. Dalam pemberdayaan teman sebaya untuk menjadi konselor sebaya hendaknya pihak guru tetap mendampingi proses pemberdayaan tersebut. Hal ini dikarenakan teman sebaya juga merupakan anak-anak seusia yang juga belum sepenuhnya memiliki pemikiran dan pengalaman yang cukup dalam memecahkan masalah yang kompleks. Sehingga guru hendaknya secara berkala memberikan pelatihan, pembinaan dan pendampingan guna meningkatkan kompetensi anak yang dijadikan sebagai konselor sebaya.

Konselor sebaya sangat diperlukan perannya terutama di Pusat Informasi Konseling Remaja/Mahasiswa (PIK R/M) . PIK Remaja/Mahasiswa adalah salah satu wadah yang dikembangkan dalam program Generasi Berencana (GenRe), yang dikelola dari, oleh dan untuk Remaja/Mahasiswa guna memberikan pelayanan informasi dan konseling tentang pendewasaan usia perkawinan, delapan fungsi keluarga, TRIAD KRR (seksualitas, HIV dan AIDS serta Napza), keterampilan hidup (life skills), gender dan keterampilan advokasi dan KIE. Keberadaan dan peranan PIK R/M dilingkungan remaja/ mahasiswa sangat penting artinya dalam membantu remaja/mahasiswa untuk memperoleh informasi dan delapan pelayanan konseling yang cukup dan benar tentang penyiapan kehidupan berkeluarga bagi remaja/mahasiswa. Nurrochim (2021) Program PIK Remaja selaku program BKKBN yang menyasar anak usia remaja sebagai upaya meningkatkan kesehatan mental dan fisik, demi suksesnya pembangunan nasional dan

pembangunan berkelanjutan. Analisis SWOT PIK R menunjukkan bahwa kekuatan yang dimiliki program tersebut adalah dari sisi sumber daya manusia, upaya integrative dengan masyarakat, dan jenis layanannya. Namun demikian kelemahan program tersebut adalah kurangnya sosialisasi yang masif, dan komitmen pemangku kepentingan untuk keterlaksanaan program. Peluang PIK R adalah berbagai kebijakan yang mendukung seperti undang-undang dan peraturan pemerintah sehingga memungkinkan adanya koordinasi dari sisi pembinaan dan pembiayaan. Namun demikian tantangan PIK R yang muncul adalah kondisi demografis penduduk dan remaja, dan dampak globalisasi dan perkembangan teknologi.

Kegiatan-kegiatan dari pengelolaan PIK R adalah sebagai berikut:

a. Membentuk PIK R/M

Pembentukan PIK R/M di lingkungan komunitas remaja dan juga mahasiswa untuk memberikan pelayanan informasi dan konseling tentang 8 Fungsi Keluarga, Pendewasaan Usia Perkawinan, TRIAD KRR, *Life Skills*, Gender, Advokasi dan KIE.

b. Mengembangkan dan meningkatkan kualitas PIK R/M yang ramah remaja/mahasiswa (youth friendly)

Kegiatan ini bertujuan untuk mengembangkan dan meningkatkan kualitas pengelolaan dan pelayanan PIK R/M yang ramah remaja/mahasiswa sehingga para remaja/mahasiswa tersebut akan memperoleh informasi yang menarik minat remaja/mahasiswa yang bercirikan dari, oleh dan untuk remaja/mahasiswa.

c. Melakukan advokasi

Kegiatan ini bertujuan untuk mendapatkan dukungan dari semua penentu kebijakan terhadap kelancaran dan keberlangsungan PIK R/M.

d. Melakukan promosi dan sosialisasi PIK R/M

Kegiatan ini bertujuan untuk memperkenalkan keberadaan PIK R/M kepada semua pihak yang terkait dalam rangka memperluas akses dan pengembangan dukungan serta jaringan PIK R/M.

e. Menyiapkan dan memberdayakan SDM pengelola PIK R/M

Kegiatan ini bertujuan untuk menyiapkan dan memberdayakan SDM (Pengelola, Pendidik Sebaya dan Konselor Sebaya) baik untuk PIK R/M yang baru tumbuh maupun untuk mengganti SDM yang sudah tidak aktif lagi dengan berbagai sebab (regenerasi) untuk keberlangsungan PIK R/M.

f. Menyiapkan dan memberdayakan SDM Pengelola program GenRE

Kegiatan ini bertujuan untuk menyiapkan dan memberdayakan SDM pengelola program GenRe (Kabid KSPK, Kasubbid Bina Ketahanan Remaja, Kepala SKPDKB, Kabid dan Kasi yang menangani program GenRe di Kabupaten dan Kota)

g. Dukungan sumber dana PIK R/M

Kegiatan ini bertujuan untuk mendukung biaya operasional PIK R/M secara rutin melalui pengembangan kegiatan ekonomi produktif, penggalangan dana baik yang bersumber dari APBN dan APBD maupun sumber lainnya yang tidak mengikat.

- h. Melaksanakan konsultasi dan fasilitasi dalam pengelolaan PIK R/M

Kegiatan ini bertujuan untuk mencari cara-cara pemecahan masalah yang terkait dengan pengelolaan dan pelaksanaan PIK R/M yang tidak bisa dipecahkan oleh pengelola.

- i. Pemberian penghargaan bagi PIK R/M Unggulan dan PIK Mahasiswa Center of Excellent (CoE)

Kegiatan ini bertujuan untuk memberikan penghargaan atas prestasi yang dicapai oleh PIK R/M dalam pengelolaan, pelayanan dan kegiatan yang dilaksanakan.

- j. Administrasi, Pencacatan, dan Pelaporan

Kegiatan ini bertujuan untuk meningkatkan tertib administrasi dan mendokumentasikan kegiatan-kegiatan dalam pengelolaan dan pelayanan yang diberikan oleh PIK R/M, meliputi SDM, sarana, prasarana dan metode.

2. Skrining status TT pada Remaja

Tersedianya informasi mengenai riwayat imunisasi TT lengkap yaitu imunisasi TT-1 sampai dengan TT-5. Imunisasi TT-0, TT-1, dan TT-2 dilakukan pada saat imunisasi dasar pada bayi, sedangkan TT-3 dilakukan pada saat Bulan Imunisasi Anak Sekolah (BIAS) pada kelas satu, TT-4 saat BIAS pada kelas dua, dan TT-5 saat BIAS pada kelas tiga.

3. Penjaringan Kesehatan

Pemeriksaan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk mendeteksi secara dini masalah kesehatan pada remaja, misalnya pada waktu penjaringan kesehatan di sekolah (kelas 7 dan 10) awal tahun ajaran baru. Penjaringan kesehatan

merupakan suatu prosedur pemeriksaan kesehatan yang dilakukan untuk memilah (skrining) anak yang sehat dan tidak sehat, serta dapat dimanfaatkan untuk pemetaan kesehatan peserta didik. Kegiatan ini dilaksanakan untuk memenuhi persyaratan Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan dalam program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Tujuan umum penjangkaran kesehatan adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan peserta didik secara optimal dalam mendukung proses belajar, sedangkan tujuan khususnya agar terdeteksinya secara dini masalah kesehatan peserta didik sehingga bila terdapat masalah dapat segera ditindaklanjuti, tersedianya data atau informasi untuk menilai perkembangan kesehatan peserta didik, maupun untuk dijadikan pertimbangan dalam menyusun program pembinaan kesehatan sekolah, dan memanfaatkannya data untuk perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi program pembinaan peserta didik.

Sasaran kegiatan penjangkaran kesehatan adalah seluruh peserta didik baru pada tahun ajaran baru kelas 1, 7 dan 10 di sekolah/madrasah, baik negeri atau swasta termasuk Sekolah Luar Biasa (SLB). Sasaran kegiatan pemeriksaan Berkala adalah peserta didik selain kelas 1, 7 dan 10 (kelas 2 - 6 di SD/MI, kelas 8 dan 9 di SMP/MTs serta kelas 11 dan 12 di SMA/SMK/MA) termasuk Sekolah Luar Biasa (SLB).

Penjangkaran kesehatan dan pemeriksaan berkala peserta didik SD/MI, SMP/MTs dan SMA/SMK/MA/MAK termasuk Sekolah Luar Biasa (SLB) yaitu:

- a. Pengisian Kuesioner yang diisi oleh peserta didik/orang tua/wali peserta didik, yang terdiri atas:

1) Riwayat kesehatan

Pemeriksaan riwayat kesehatan peserta didik meliputi pengisian kuesioner terkait jenis gejala/kejadian terkait kesehatan yang pernah diderita oleh peserta didik seperti alergi makanan tertentu, alergi obat tertentu, cedera serius akibat kecelakaan, kejang berulang, pingsan, tranfusi darah berulang dan ataupun penyakit lainnya. Peserta didik yang memiliki riwayat kesehatan tertentu memiliki kemungkinan memiliki penyakit tertentu yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan peserta didik mengakibatkan kesakitan dan mengganggu proses belajar pada masa yang akan datang. Keterangan riwayat kesehatan peserta didik dapat digunakan oleh petugas kesehatan untuk membantu petugas kesehatan dalam menentukan diagnose penyakit maupun pengobatan bagi peserta didik. Tujuan pemeriksaan riwayat kesehatan adalah untuk mendeteksi risiko masalah kesehatan peserta didik berdasarkan gejala/kejadian terkait kesehatan yang pernah dialami oleh peserta didik

2) Riwayat imunisasi

Penilaian status imunisasi meliputi jenis imunisasi yang diberikan melalui program imunisasi lanjutan yaitu Bulan Imunisasi Anak Sekolah, salah satu vaksinnnya terkait program TT 5 dosis (long life). Pemeriksaan status imunisasi dilakukan pada peserta didik SD/MI. Pemeriksaan riwayat imunisasi bertujuan untuk mengetahui status imunisasi

peserta didik atas imunisasi DT, Campak dan TT.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pemeriksaan riwayat kesehatan keluarga peserta didik meliputi pengisian kuesioner terkait penyakit yang pernah diderita oleh keluarga peserta didik (ayah, ibu, kakek, nenek) seperti Tuberkulosis, diabetes mellitus, hepatitis, asma, penyakit jantung, stroke, obesitas, tekanan darah tinggi, kanker/tumor ganas, anemia, thalasemia dan hemofilia. Peserta didik yang memiliki riwayat kesehatan keluarga tertentu memiliki kemungkinan diturunkan penyakit tertentu atau dipengaruhi oleh gaya hidup/kebiasaan/kondisi kesehatan tertentu dalam keluarga yang dapat mempengaruhi kondisi kesehatan peserta didik / mengakibatkan kesakitan dan mengganggu proses belajar. Keterangan riwayat kesehatan keluarga peserta didik dapat digunakan oleh petugas kesehatan untuk membantu petugas kesehatan dalam menentukan diagnose penyakit maupun pengobatan bagi peserta didik. Pemeriksaan riwayat kesehatan keluarga bertujuan Untuk mendeteksi risiko masalah kesehatan peserta didik berdasarkan penyakit yang mungkin diturunkan/terkait kebiasaan/gaya hidup di keluarga/penyakit menular yang diderita keluarga.

4) Gaya hidup (sarapan, jajan, merokok dan minum minuman beralkohol)

Pemeriksaan gaya hidup meliputi pengisian kuesioner terkait pubertas pola sarapan, jajan

di sekolah, risiko merokok dan risiko minum minuman beralkohol. Peserta didik yang memiliki gaya hidup yang tidak sehat seperti merokok/terpapar rokok di keluarga/rumah dan minum minuman beralkohol) dapat mengakibatkan peserta didik lebih berisiko menderita penyakit pada saluran pernapasan atau ikut melakukan perilaku berisiko tersebut sehingga pada akhirnya dapat mengakibatkan kesakitan dan mengganggu proses belajar. Pemeriksaan gaya hidup bertujuan untuk mendeteksi perilaku dan masalah kesehatan terkait gaya hidup peserta didik.

5) Kesehatan intelegensia,

Pemeriksaan kesehatan intelegensia merupakan suatu upaya pemeriksaan awal untuk menemukan secara dini adanya potensi kecerdasan dan hambatan belajar dalam proses belajar mengajar pada peserta didik di pendidikan dasar dan menengah, agar dapat segera dilakukan tindakan intervensi yang tepat. Melalui pemeriksaan kesehatan intelegensia, diperoleh pemahaman tentang karakteristik anak usia sekolah dan remaja, potensi yang dimiliki, hal-hal yang menghambat potensi, dan cara mengembangkan potensinya tersebut. Dengan demikian, setelah diketahui maka dapat direncanakan upaya peningkatan kualitas kesehatan inteligensi pada peserta didik sehingga dapat mengoptimalkan hasil belajarnya, serta orangtua dan guru dapat memberikan dukungan dan bimbingan sesuai dengan potensi kecerdasan yang dimiliki

setiap peserta didik. Pemeriksaan kesehatan intelegensia dilakukan pada peserta didik melalui penilaian pada diri sendiri (self rating) dengan mengisi kuisioner.

Pemeriksaan kesehatan inteligensia sebagai upaya untuk:

- (a) Mengembangkan upaya untuk meningkatkan kualitas hasil dari proses belajar mengajar pada peserta didik
- (b) Memberi masukan pada orangtua dan guru mengenai dukungan dan bimbingan yang sesuai dengan potensi kecerdasan dan cara belajar yang dimiliki oleh peserta didik
- (c) Menemukan secara dini adanya potensi hambatan belajar pada peserta didik, agar dapat dilakukan tindakan intervensi segera

6) Kesehatan mental emosional,

Pemeriksaan kesehatan mental merupakan kegiatan untuk menemukan secara dini adanya masalah mental emosional agar dapat diketahui dan segera dilakukan tindakan intervensi. Bila masalah mental emosional terlambat diketahui, maka intervensinya akan lebih sulit dan hal ini akan berpengaruh pada perkembangan mental dan kepribadian peserta didik. Penjaringan kesehatan mental dapat dilakukan sekali setiap tahun pada awal penerimaan peserta didik baru dengan menggunakan Kuesioner Kekuatan dan Kesulitan pada anak/remaja atau Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ).

Tujuan pemeriksaan mental emosional pada peserta didik yaitu:

- (a) Untuk mendeteksi secara dini adanya masalah mental emosional pada peserta didik
- (b) Membantu guru dalam mengenal tingkat kesulitan dan kekuatan pada anak peserta didik
- (c) Membantu guru dalam mengenal permasalahan emosi yang dihadapi oleh peserta didik sehingga guru dapat lebih dini memberikan intervensi positif dan dapat membantu guru dalam memberikan metode pengajaran. Sebagai bahan tindak lanjut bagi sekolah dalam meningkatkan kualitas peserta didik. Sehingga diharapkan prestasi siswa di sekolah dapat meningkat.

7) Kesehatan reproduksi

Pemeriksaan risiko kesehatan reproduksi meliputi pengisian kuesioner terkait pubertas dan masalah kesehatan terkait. Peserta didik yang mengalami masalah kesehatan pada organ reproduksi berisiko mengalami kehamilan yang seringkali mengakibatkan peserta didik dikeluarkan dari sekolah, atau penyakit menular seksual yang mengakibatkan kesakitan sehingga mengganggu proses belajar. Pemeriksaan Kesehatan Reproduksi bertujuan untuk mendeteksi perilaku dan masalah kesehatan terkait kesehatan reproduksi.

- b. Pemeriksaan Kesehatan Fisik oleh tenaga Puskesmas/guru/kader kesehatan sekolah yang terdiri atas:

1) Status gizi

Menilai status gizi peserta didik melalui penjarangan kesehatan dilakukan berupa pengukuran antropometri dengan menggunakan Indeks berat badan dan tinggi badan (BB/TB), indeks tinggi badan berdasarkan umur (TB/U), pemeriksaan kelopak mata bawah dalam, bibir, lidah dan telapak tangan untuk mendeteksi dugaan anemia gizi besi Masalah gizi kurang, khususnya gizi buruk dapat terjadi karena keadaan kurang zat gizi tingkat berat yang disebabkan rendahnya konsumsi energi (karbohidrat, protein dan lemak) dalam makanan sehari-hari dan atau disertai penyakit infeksi, sehingga tidak memenuhi Angka Kecukupan Gizi (AKG), juga sering disertai dengan kekurangan zat gizi mikro (vitamin dan mineral). Anak yang menderita gizi kurang tidak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal sehingga dapat menurunkan kecerdasan anak. Demikian juga pada anak yang menderita gizi lebih yaitu kegemukan dan obesitas dapat menyebabkan penyakit degeneratif seperti diabetes, jantung koroner, hipertensi, osteoporosis dan kanker. Pada anak yang menderita Anemia Gizi Besi dapat menyebabkan rendahnya kemampuan belajar dan produktivitas kerja serta menurunnya antibodi sehingga mudah terserang penyakit infeksi. Anak dengan anemia memiliki indeks perkembangan

psikomotor dan prestasi yang lebih rendah daripada anak yang normal. Tujuan pemeriksaan status gizi pada peserta didik yaitu untuk mendeteksi secara dini masalah gizi kurang, gizi lebih dan kekurangan zat gizi mikro antara lain Anemia Gizi Besi (AGB).

2) Tanda vital

Pemeriksaan tanda vital dilakukan melalui pengukuran suhu tubuh ketiak, tekanan darah (sistolik dan diastolik), denyut nadi per menit, frekuensi napas per menit serta auskultasi jantung dan paru. Peserta didik yang mengalami masalah dengan tanda vital dapat mengindikasikan masalah infeksi, hipertensi, penyakit paru (Asma, Tuberkulosis), jantung, yang jika tidak segera diobati berisiko mengganggu proses belajar mengajar, karena malaise (lemah), sakit kepala, sesak napas, napsu makan menurun. Tuberkulosis dapat menularkan peserta didik lainnya. Tujuannya untuk mengetahui kelainan suhu tubuh, tekanan darah, kelainan denyut nadi dan kelainan paru dan jantung.

3) Kebersihan diri

Kebersihan diri adalah penampilan diri dalam hal ini rambut, kulit dan kuku yang bersih yang mencerminkan kesehatan. Peserta didik yang mengalami kelainan/ penyakit dari kebersihan rambut, kulit dan kuku dapat mengganggu kenyamanan/ kelancaran proses belajar peserta didik. Rambut, kulit dan kuku yang tidak dijaga kebersihannya dapat menimbulkan kutu rambut, dermatitis,

jamur, yang menimbulkan gejala gatal dan dapat menular ke peserta didik lainnya sehingga akan mengganggu proses belajar-mengajar. Melalui kebersihan diri dapat menghindarkan diri dari penyakit diare, infeksi saluran pernapasan, pneumonia (radang paru), infeksi cacing, infeksi mata dan penyakit kulit. Salah satu cara sederhana yang dapat dilakukan adalah cuci tangan pakai sabun (setelah bermain/beraktivitas, sebelum makan dan sesudah makan dan setelah buang air besar/kecil), mandi sehari 2 kali dengan sabun mandi dan cuci rambut minimal 2 kali seminggu. Tujuan pemeriksaan kebersihan diri untuk mendeteksi kelainan/penyakit dari kebersihan rambut, kulit dan kuku serta mengetahui cara menjaga kebersihan diri meliputi rambut, kulit dan kuku.

4) Gangguan penglihatan

Pemeriksaan kesehatan indera penglihatan dilakukan melalui pemeriksaan mata luar, tajam penglihatan dan pemeriksaan buta warna. Peserta didik yang mengalami gangguan tajam penglihatan atau radang mata dapat menimbulkan keluhan sakit kepala, kesulitan membaca sehingga mengganggu proses belajar mengajar. Radang Mata dapat ditularkan ke peserta didik lain. Tujuan pemeriksaan kesehatan mata untuk mendeteksi adanya penyakit pada mata, gangguan penglihatan seperti kelainan refraksi/gangguan tajam penglihatan dan buta warna pada peserta didik serta

menindaklanjuti hasil pemeriksaan (bila terdapat ada kelainan).

5) Gangguan pendengaran

Pemeriksaan telinga dilakukan melalui pemeriksaan telinga luar dan fungsi pendengaran dengan tes berbisik dan tes penala. Peserta didik yang mengalami gangguan pendengaran mengakibatkan gangguan bicara yang berdampak pada gangguan komunikasi, emosional, hubungan sosial dan juga mempengaruhi nilai akademik/ prestasi belajar. Tujuan pemeriksaan telinga untuk mendeteksi adanya gangguan fungsi pendengaran pada peserta didik serta menindaklanjuti hasil pemeriksaan (bila terdapat ada kelainan).

6) Kesehatan gigi dan mulut

Pemeriksaan gigi dan mulut yang dilaksanakan di sekolah merupakan pemeriksaan klinis sederhana meliputi pemeriksaan keadaan rongga mulut, kebersihan mulut, keadaan gusi, keadaan gigi. Peserta didik yang mengalami masalah kesehatan gigi dan mulut akan sangat berpengaruh pada proses tumbuh kembang, bahkan masa depan anak. Anak-anak rawan kekurangan gizi, rasa sakit pada gigi dan mulut jelas menurunkan selera makan mereka. Dampak lainnya, kemampuan belajar mereka akan menurun sehingga jelas akan berpengaruh pada prestasi belajar hingga hilangnya masa depan anak. Tujuan pemeriksaan gigi dan mulut adalah untuk mengetahui keadaan kesehatan gigi dan

mulut peserta didik, yang akan digunakan sebagai data untuk menyusun perencanaan dan melaksanakan program, memberikan umpan balik kepada sekolah dan orang tua dan menindaklanjuti atau merujuk hasil pemeriksaan.

7) Kebugaran jasmani

Kebugaran jasmani adalah kemampuan tubuh seseorang untuk melakukan kegiatan sehari-hari secara efektif dan efisien dalam jangka waktu relatif lama tanpa menimbulkan kelelahan yang berlebihan. Kebugaran jasmani tidak sama dengan kesehatan. Peserta didik yang sehat belum tentu bugar, tetapi anak yang bugar pasti sehat. Peserta didik yang bugar tidak mudah lelah, sehingga dapat mengerjakan tugas atau pekerjaan di sekolah lebih lama dan lebih baik. Makin tinggi tingkat kebugaran jasmani peserta didik, makin baik kemampuan fisik yang dapat mendukung prestasi belajarnya. Peserta didik yang bugar setelah pulang dari sekolah masih mampu melakukan kegiatan lain seperti bermain, bersosialisasi dengan teman sebaya, menambah keterampilan mengikuti kursus-kursus tambahan dan kegiatan lain sesuai kesenangannya tanpa merasa kelelahan yang berlebihan. Peserta didik yang kekurangan aktivitas fisik berisiko obesitas, pendek, penyakit kardiovaskuler dan metabolik.

Tujuan pemeriksaan kebugaran jasmani yaitu untuk:

- (a) Mengetahui tingkat kebugaran jasmani peserta didik.
- (b) Meningkatkan kebugaran jasmani peserta didik dengan menyusun latihan fisik terprogram sesuai dengan hasil pengukuran kebugaran jasmani.
- (c) Memotivasi peserta didik untuk meningkatkan aktivitas fisik, latihan fisik, dan olahraga.

Pengukuran kebugaran tidak bermanfaat bila tidak ditindak lanjuti dengan latihan fisik terprogram. Peserta didik perlu mendapat latihan fisik terprogram dalam bentuk kurikulum maupun ekstrakurikuler pelajaran olahraga yang disusun setelah mengetahui tingkat kebugaran jasmaninya. Jenis latihan fisik yang diberikan disesuaikan dengan umur dan kemampuan fisiknya, sehingga dapat memaksimalkan tumbuh kembang anak, mencegah kegemukan dan faktor risiko penyakit yang menyertainya.

8) Pemakaian alat bantu

Pemeriksaan pemakaian alat bantu yang dilaksanakan di sekolah dilakukan kepada peserta didik dengan disabilitas yang meliputi pemeriksaan penggunaan alat bantu penglihatan, pendengaran, tongkat/kurk, kursi roda, kaki/tangan/mata protesa. Peserta didik dengan disabilitas yang menggunakan alat bantu yang sesuai dengan disabilitasnya akan membantu aktifitas dan proses belajar serta meningkatkan kemandirian peserta didik. Pemeriksaan pemakaian alat bantu dapat dilakukan pada

peserta didik di sekolah inklusi dan Sekolah Luar Biasa (SLB). Tujuan pemeriksaan alat bantu adalah untuk mengetahui penggunaan alat bantu pada peserta didik dengan disabilitas serta menindaklanjuti penggunaan dan kesesuaian alat bantu peserta didik dengan disabilitas.

Penjaringan kesehatan atau pemeriksaan berkala yang dilakukan pada peserta didik dapat menghasilkan kesimpulan pemeriksaan sebagai berikut:

(a) Sehat/dalam batas normal

Peserta didik yang hasil pemeriksaan kesehatannya adalah sehat, maka tenaga kesehatan puskesmas merekomendasikan saran pemantauan pemeliharaan kesehatan yang dapat dilakukan oleh guru atau orang tua, meliputi;

- (1) Pemantauan kebersihan rambut, kuku, kulit, gigi & mulut, mata dan telinga
- (2) Pemantauan status gizi melalui berat badan, tinggi badan dan pola makan
- (3) Pemantauan kebugaran jasmani peserta didik melalui Kartu Menuju Bugar (KMB), absensi kehadiran, ketidakhadiran karena sakit, pingsan pada waktu upacara, prestasi olahraga dan prestasi belajar.
- (4) Pemantauan perilaku berisiko merokok, alkohol, napza, pacaran, bullying

- (b) Terdapat masalah kesehatan yang perlu dirujuk ke Puskesmas

Peserta didik yang kesimpulan hasil pemeriksaan kurang baik maka tenaga kesehatan puskesmas memberi surat pengantar rujukan ke puskesmas. Masalah kesehatan tersebut antara lain penyakit kulit, Gizi kurang, Gizi lebih, Dugaan anemia, Pemeriksaan kecacingan, Hipertensi, Dugaan Tuberkulosis, Gangguan visus, Gangguan tajam pendengaran, Infeksi mata, Infeksi THT, Karies gigi, radang gusi/karang gigi, Kandidiasis mulut, gangguan mental emosioanal, dugaan IMS, dugaan HIV, dan sebagainya.

3. Pembinaan Lingkungan Sehat

Pembinaan Lingkungan Sehat berupa pemberian edukasi kesehatan lingkungan, edukasi cara pembersihan dan disinfeksi, pemberian informasi sarana dan prasarana kebersihan dan sanitasi, serta melaksanakan kegiatan lingkungan sekolah sehat lainnya (penerapan kawasan tanpa rokok, kawasan tanpa kekerasan, dan sebagainya).

Daftar Pustaka

- Kementerian Kesehatan RI. 2018. Pedoman Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. Petunjuk Teknis Penjaringan Kesehatan dan Pemeriksaan Berkala Di Satuan Pendidikan Dasar dan Menengah. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. 2020. Pedoman Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja di Masa Pandemi Covid-19. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Sarmin. 2017. Konselor Sebaya: Pemberdayaan teman sebaya dalam sekolah guna menanggulangi Pengaruh Negatif Lingkungan. BRILLIANT: Jurnal Riset dan Konseptual. Volume 2 Nomor. 102-112.
- BKKBN. 2012. Pedoman Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Remaja dan Mahasiswa. Jakarta. Direktorat Bina Ketahanan Remaja.
- Nurrochim.2021. Analisis SWOT (strengths, weaknesses, opportunities, threats) pusat informasi dan konseling remaja (pik-remaja) Jurnal Konseling dan Pendidikan.Vol.9.No.1, pp 11-16.
- Wahyuni, Prasthyka Tri., dkk. 2021. Epidemiologi Kesehatan Reproduksi. Yogyakarta. Bintang Pustaka Madani.

Profil Penulis



Nadirahilah

Penulis lahir di Palembang 1 Juni 1982. Penulis menyelesaikan studi Sarjana Biologi di Universitas Sriwijaya (UNSRI) pada tahun 2005 dan Magister Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (FKM UI) pada tahun 2011. Saat ini, penulis sebagai Dosen Tetap di Institut Kesehatan dan Teknologi Pondok Karya Pembangunan (PKP) DKI Jakarta dan telah mengajar di Program Studi S1 Keperawatan sejak tahun 2008. Penulis aktif mengikuti perkembangan keilmuan khususnya kesehatan reproduksi dengan mengikuti berbagai seminar, *workshop*, maupun pelatihan terkait. Penulis pernah menjadi narasumber pada webinar yang diselenggarakan Institut Kesehatan dan Teknologi PKP DKI Jakarta dengan tema “Peran Sekolah dalam Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja” serta aktif pula menjadi moderator di berbagai webinar. Penulis juga pernah sebagai *Oral Presenter* pada konferensi Internasional FIMA Scientific Meeting 2021 dengan judul “Determinants of Factors Related to Risk Sexual Behavior Male Adolescent in Indonesia Based on IDHS 2017”. Sebagai dosen penulis juga aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat.

POSYANDU REMAJA

Teti Rahmawati, S.Kp., M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom
Institut Kesehatan dan Teknologi PKP DKI Jakarta

Konsep Dasar Posyandu Remaja

1. Pengertian

Posyandu singkatan dari Pos Pelayanan Terpadu yang merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang dilaksanakan oleh, dari, untuk, dan bersama masyarakat guna memberdayakan dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Salah satu posyandu yang ada di Indonesia saat ini adalah posyandu remaja. Pembentukan posyandu ini bertujuan untuk memberdayakan masyarakat dan memfasilitasi remaja dalam memahami permasalahan kesehatannya, menemukan alternatif pemecahan masalah, membentuk kelompok dukungan remaja, memperluas jangkauan Puskesmas PKPR dan memberikan kemudahan pada remaja dalam memperoleh pelayanan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan dan keterampilan hidup sehat remaja.

Pelayanan kesehatan yang menjadi program di Posyandu remaja adalah pelayanan kesehatan bersifat peduli remaja yang mencakup upaya promotif

dan preventif, meliputi: Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS), kesehatan reproduksi remaja, kesehatan jiwa dan pencegahan penyalahgunaan Napza, gizi, aktifitas fisik, pencegahan Penyakit Tidak Menular (PTM) dan pencegahan kekerasan pada remaja.

2. Tujuan Kegiatan Posyandu Remaja

a. Tujuan Umum

Mendekatkan akses dan meningkatkan cakupan layanan kesehatan bagi remaja.

b. Tujuan Khusus

- 1) Meningkatkan peran remaja dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi posyandu remaja
- 2) Meningkatkan Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS)
- 3) Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja tentang kesehatan reproduksi bagi remaja
- 4) Meningkatkan pengetahuan terkait kesehatan jiwa dan pencegahan penyalahgunaan Napza
- 5) Mempercepat upaya perbaikan gizi remaja
- 6) Mendorong remaja untuk melakukan aktifitas fisik
- 7) Melakukan deteksi dini dan pencegahan Penyakit Tidak Menular (PTM)
- 8) Meningkatkan kesadaran remaja dalam pencegahan kekerasan

3. Sasaran Posyandu Remaja

Sasaran Kegiatan Posyandu Remaja adalah semua remaja yang berusia 10-18 tahun baik laki-laki maupun perempuan dengan tidak memandang status pendidikan dan perkawinan termasuk remaja disabilitas.

4. Fungsi Posyandu Remaja

- a. Sebagai sarana pemberdayaan masyarakat dalam memberikan informasi kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan dan mengajarkan keterampilan hidup sehat remaja
- b. Sebagai sarana untuk mendekatkan akses mendapatkan pelayanan kesehatan pada remaja yang mencakup upaya promotif dan preventif, meliputi: Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS), kesehatan reproduksi remaja, pencegahan penyalahgunaan Napza, gizi, aktifitas fisik, pencegahan Penyakit Tidak Menular (PTM), dan pencegahan kekerasan pada remaja
- c. Sebagai sarana surveilans dan pemantauan kesehatan remaja di wilayah sekitar

5. Manfaat Kegiatan Posyandu Remaja

a. Bagi Remaja

- 1) Sarana bagi remaja untuk memperoleh pengetahuan dan keterampilan yang meliputi: kesehatan reproduksi remaja, masalah kesehatan jiwa dan pencegahan penyalahgunaan Napza, gizi, aktifitas fisik, pencegahan Penyakit Tidak Menular (PTM), serta pencegahan kekerasan pada remaja

- 2) Sarana bagi remaja dalam mempersiapkan diri untuk memiliki keterampilan Hidup sehat melalui PKHS
 - 3) Sarana aktualisasi remaja dalam meningkatkan derajat kesehatannya
- b. Petugas Kesehatan
- 1) Sarana mendekatkan cakupan akses pelayanan kesehatan dasar yang diberikan pada masyarakat terutama remaja
 - 2) Sarana untuk membantu remaja memecahkan masalah kesehatan spesifik sesuai dengan keluhan yang dialaminya
- c. Pemerintah desa/kelurahan, tokoh masyarakat, tokoh agama, organisasi kemasyarakatan lainnya
- Meningkatkan koordinasi dalam pemberian pelayanan secara terpadu sesuai dengan tugas, pokok, fungsi (tupoksi) masing-masing sektor.
- d. Keluarga dan Masyarakat
- 1) Sarana dalam membantu keluarga dan masyarakat untuk membentuk remaja yang mampu berperilaku hidup bersih dan sehat
 - 2) Sarana dalam membantu keluarga dan masyarakat untuk membentuk remaja yang memiliki keterampilan hidup bersih dan sehat
 - 3) Sarana dalam membantu keluarga dan masyarakat untuk membentuk remaja yang memiliki keterampilan sosial yang baik sehingga dapat belajar, tumbuh, dan berkembang secara harmonis dan optimal menjadi sumber daya manusia yang berkualitas di masa yang akan datang

6. Lokasi

Posyandu remaja dapat dibentuk disetiap kelurahan/desa. Namun, jika diperlukan dan memungkinkan dapat dibentuk di setiap RW sesuai dengan kemampuan masyarakat terutama terkait dana dan sumber daya manusia. Posyandu remaja beranggotakan maksimal 50 remaja. Jika disuatu wilayah memiliki jumlah remaja lebih dari 50 maka dianjurkan untuk mendirikan posyandu remaja yang baru di wilayah tersebut supaya kebutuhan dan masalah-masalah yang dialami remaja bisa tetap terfasilitasi dalam kegiatan posyandu.

Pembentukan dan Pengorganisasian Posyandu Remaja

1. Pembentukan

Posyandu remaja dibentuk secara swasembada, dimana posyandu ini dibentuk dari, oleh, dan untuk masyarakat. Program kegiatan/pelayanan kesehatan yang diberikan disetiap posyandu remaja dapat berbeda-beda dan fleksibel disesuaikan dengan kebutuhan, permasalahan, dan sumber daya yang dimiliki masyarakat tersebut. Pembentukan posyandu remaja dapat dilakukan berdasarkan langkah-langkah berikut ini:

a. Pendekatan Internal

Pendekatan ini dilakukan pimpinan puskesmas terhadap tenaga kesehatan yang ada di puskesmas supaya mampu mengelola dan membina posyandu-posyandu yang berada di wilayah kerja puskesmasnya. Kegiatan yang dilakukan dapat berupa orientasi/sosialisasi kegiatan dan pelatihan-pelatihan terkait pengelolaan posyandu.

b. Pendekatan Eksternal

Pendekatan eksternal dilakukan terhadap masyarakat khususnya remaja dan tokoh masyarakat supaya dapat mendukung penyelenggaraan Posyandu Remaja diwilayahnya. Dukungan yang dimaksud dapat berupa moril, finansial, dan material, seperti bantuan dana dan sarana prasarana lain yang mendukung penyelenggaraan Posyandu Remaja.

c. Survei Mawas Diri (SMD)

SMD adalah kegiatan mengkaji/menggali potensi yang dimiliki masyarakat yang dilakukan oleh masyarakat sendiri dengan bimbingan petugas Puskesmas dengan tujuan mendapatkan data mengenai masalah kesehatan serta potensi yang dimiliki masyarakat yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah yang dialami. Kegiatan ini dapat dilakukan dengan metoda wawancara atau pengisian instrument pertanyaan. Setelah data terkumpul selanjutnya dilakukan pengolahan data. SMD dilakukan diawal pembentukan Posyandu Remaja. Hasil kegiatan SMD berupa data mengenai masalah kesehatan serta potensi yang dimiliki masyarakat.

d. Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)

Hasil SMD akan diinformasikan kepada masyarakat terutama tokoh masyarakat dan kelompok remaja dalam kegiatan Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) atau dikenal juga dengan istilah Lokakarya mini (Lokmin). Hasil kegiatan MMD adalah ditetapkannya prioritas masalah yang ditemukan di wilayah tersebut dan dirumuskannya upaya kesehatan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut

yang disesuaikan dengan kegiatan utama Posyandu Remaja.

e. Pembentukan dan Pemantauan Kegiatan Posyandu Remaja

Hasil pelaksanaan kegiatan MMD menjadi dasar pembentukan Posyandu Remaja beserta kegiatan/program yang akan dilakukannya. Setelah terbentuk posyandu remaja, selanjutnya dilakukan pemilihan pengurus dan kader posyandu remaja yang dilakukan secara musyawarah mufakat sesuai dengan tata cara dan kriteria yang berlaku. Sebelum melaksanakan tugasnya, pengurus diberikan sosialisasi dan kader posyandu terpilih diberikan orientasi/pelatihan mengenai pengelolaan dan penyelenggaraan posyandu remaja oleh Puskesmas sesuai dengan pedoman yang berlaku. Setelah Posyandu Remaja resmi terbentuk, selanjutnya Posyandu Remaja dapat menyelenggarakan kegiatan-kegiatannya secara rutin, berpedoman pada Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Posyandu Remaja yang berlaku. Kegiatan Posyandu Remaja akan dipantau secara berkala oleh Puskesmas, yang hasilnya akan digunakan sebagai masukan untuk perencanaan dan pengembangan Posyandu Remaja secara lintas sektoral

2. Pengelola Posyandu Remaja adalah masyarakat terutama remaja yang memiliki waktu serta kepedulian terhadap pelayanan kesehatan remaja.

Pengelola posyandu remaja dikenal dengan sebutan Kader Posyandu Remaja yang dapat merupakan bagian dari kader kesehatan remaja (KKR) atau bukan. Adapun syarat menjadi kader kesehatan

remaja adalah remaja berusia 10-18 tahun, berjiwa kreatif, inovatif, berkomitmen, mengajukan diri secara sukarela untuk menjadi kader, dan bertempat tinggal di wilayah tersebut. Kader kesehatan remaja sebelum menjalankan tugasnya sebagai menyelenggarakan posyandu remaja akan diberikan pelatihan oleh puskesmas mengenai pengelolaan dan penyelenggaraan posyandu remaja. Hal ini dilakukan supaya kader kesehatan remaja dapat melaksanakan upaya pelayanan kesehatan remaja bagi diri sendiri, teman sebaya, keluarga, serta masyarakat sesuai dengan Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Posyandu Remaja yang berlaku.

3. Tugas dan Tanggung Jawab Para Pelaksana

Posyandu remaja diselenggarakan oleh masyarakat, melibatkan banyak pihak dengan peran, tugas, dan tanggung jawabnya masing-masing, yaitu

a. Kader Posyandu Remaja

1) Sebelum hari pelaksanaan

- a) Menyebarkan informasi pada remaja mengenai waktu pelaksanaan posyandu remaja yang dapat dilakukan melalui media sosial, seperti whatsapp, papan informasi rw, dll
- b) Mempersiapkan sarana prasarana yang dibutuhkan termasuk media KIE
- c) Melakukan koordinasi dan pembagian tugas antar kader remaja

2) Hari pelaksanaan posyandu remaja

- a) Melakukan posyandu remaja dengan sistem 5 meja/tahapan

- b) Setelah selesai pelaksanaan posyandu remaja, kader remaja melakukan pencatatan hasil kegiatan dan merencanakan tindak lanjut kegiatan
- b. Petugas Kesehatan hadir satu bulan sekali pada saat pelaksanaan posyandu remaja dengan peran yang dilakukan adalah:
 - 1) Memberi bimbingan pada kader remaja mengenai penyelenggaraan posyandu remaja
 - 2) Memberikan pelayanan kesehatan pada remaja yang mengalami masalah kesehatan termasuk melakukan deteksi dini
 - 3) Melaporkan hasil kegiatan posyandu remaja kepada puskesmas, menyusun rencana kerja, dan melakukan perbaikan sesuai dengan kebutuhan/masalah yang ditemukan pada remaja diwilayah tersebut
- 4. Pembiayaan Posyandu Remaja bersumber dari APBN, APBD Provinsi, APBD Kab/Kota termasuk anggaran dana desa, dan sumber-sumber dana lain yang tidak mengikat. Dana tersedia digunakan untuk kegiatan pembinaan kapasitas petugas kesehatan dan kader posyandu remaja, serta biaya operasional posyandu remaja lainnya.

Jenis Kegiatan Posyandu Remaja

- 1. Kegiatan Utama, yang dilakukan pada posyandu remaja adalah:
 - a. Pendidikan Keterampilan Hidup Sehat (PKHS)
 - 1) KIE
 - a) Pemberian informasi dan pengetahuan mengenai kecerdasan majemuk

- b) Melakukan sosialisasi dan penanaman 10 kompetensi PKHS yaitu kesadaran diri, empati, pengambilan keputusan, pemecahan masalah, berpikir kritis, berpikir kreatif, komunikasi efektif, hubungan interpersonal, pengendalian emosi, dan mengatasi stress.
 - 2) Pelayanan kesehatan
 - a) Melakukan identifikasi dan pengembangan kecerdasan majemuk pada remaja yang datang pertama kali ke posyandu
 - b) Memberikan konseling pada remaja
- b. Kesehatan Reproduksi Remaja
 - 1) KIE
 - a) Memberikan penyuluhan kesehatan mengenai kesehatan reproduksi termasuk organ reproduksi remaja, pubertas, proses kehamilan, menstruasi, KB, penyakit menular seksual, infeksi menular seksual, gender dan pendewasaan usia perkawinan
 - b) Memberikan penyuluhan kesehatan mengenai HIV/AIDS, termasuk cara penularan, pencegahan, dan gejala HIV/AIDS
 - 2) Pelayanan Kesehatan
 - a) Memberikan pelayanan konseling tentang kesehatan reproduksi (masalah atau gangguan haid, pubertas, dll)
 - b) Memberikan pelayanan konseling mengenai HIV/AIDS

- c) Memberikan layanan tes HIV jika diperlukan
 - d) Melakukan rujukan ke fasilitas kesehatan jika diperlukan
- c. Masalah Kesehatan Jiwa dan Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA
 - 1) KIE yang diberikan berupa pemberian informasi masalah kesehatan jiwa dan NAPZA pada remaja
 - 2) Pelayanan Kesehatan
 - a) Melakukan skrining masalah psikososial remaja dengan menggunakan *instrument Pediatric Symptom Checklist (PSC)*
 - b) Memberikan layanan konseling mengenai masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan NAPZA
 - c) Melakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan apabila ditemukan masalah kesehatan jiwa dan penyalahgunaan NAPZA pada remaja
- d. Gizi
 - 1) KIE
 - a) Memberikan informasi mengenai gizi seimbang pada remaja
 - b) Memberikan informasi mengenai cara melakukan pencegahan masalah gizi pada remaja, seperti: KEK, obesitas, anemia,
 - 2) Pelayanan kesehatan
 - a) Melakukan pengukuran Antropometri (BB, TB, LP dan LILA)

- b) Melakukan penilaian status gizi berdasarkan IMT/Umur
 - c) Melakukan penilaian status anemia terutama pada remaja putri berdasarkan hasil pengkajian dan tanda gejala yang ditemukan. Jika diperlukan, dapat dilakukan pemeriksaan kadar Hb secara laboratorium sederhana
 - d) Memberikan tablet tambah darah (TTD) bagi remaja putri
 - e) Memberikan penyuluhan dan konseling gizi
 - f) Melakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan, jika diperlukan
- e. Aktivitas fisik pada remaja
- 1) KIE
 - a) Memberikan penyuluhan mengenai pentingnya melakukan aktivitas fisik setiap hari
 - b) Memberikan penyuluhan mengenai jenis aktifitas fisik yang dapat dilakukan setiap hari
 - 2) Kegiatan di Posyandu Remaja

Kegiatan aktivitas fisik yang dapat dilakukan di Posyandu Remaja antara lain peregangan atau senam sehat bugar secara bersama-sama, kegiatan ini bertujuan untuk memicu remaja melakukan aktifitas fisik setiap harinya:

f. Penyakit Tidak Menular (PTM)

1) KIE

- a) Memberikan penyuluhan mengenai jenis Penyakit Tidak Menular misalnya kanker, diabetes, stroke, dll
- b) Memberikan penyuluhan mengenai dampak dan bahaya Penyakit Tidak Menular
- c) Memberikan penyuluhan mengenai upaya-upaya pencegahan faktor risiko Penyakit Tidak Menular melalui perilaku CERDIK (Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktifitas fisik, Diet sehat dengan Kalori seimbang, Istirahat cukup, dan kelola stress)

2) Pelayanan Kesehatan

- a) Deteksi dini faktor risiko PTM
 - (1) Melakukan anamnesis terhadap riwayat penyakit keluarga dan penyakit sendiri
 - (2) Melakukan pengukuran tekanan darah
 - (3) Melakukan pemeriksaan gula darah dan kolesterol bila ditemukan individu yang datang tergolong obesitas dan atau mempunyai riwayat keluarga penyandang Diabetes Melitus
 - (4) Melakukan pemeriksaan gangguan penglihatan dan pendengaran minimal 1 tahun sekali.

- b) Melakukan konseling faktor risiko PTM
 - c) Melakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan bila ditemukan satu atau lebih faktor resiko PTM seperti obesitas, tekanan darah tinggi, kadar gula darah tinggi.
 - g. Pencegahan Kekerasan pada Remaja
 - 1) KIE yang diberikan mengenai faktor risiko kekerasan, dampak, dan pencegahan tindak kekerasan pada remaja
 - 2) Pelayanan kesehatan
 - a) Melakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan pada remaja yang diduga mengalami tindak kekerasan.
 - b) Melakukan pendampingan korban kekerasan sebelum dan sesudah rehabilitasi bersama pihak terkait (petugas Puskesmas, jaringan layanan pusat perlindungan anak misal polisi, rumah aman, LKSA/Panti, P2TP2A, dll)
 - h. Penyuluhan lain terkait isu kesehatan lain, misalnya: kecelakaan lalu lintas dan penyakit menular yang sedang terjadi dimasyarakat, dll
2. Kegiatan Pengembangan atau Tambahan
- Kegiatan pengembangan dapat dilakukan jika 8 kegiatan utama posyandu remaja sudah dapat dilaksanakan dengan baik. Selain itu, didukung oleh ketersediaan sumber daya maupun sumber dana yang akan mendukung pelaksanaan kegiatan pengembangan tersebut. Selain itu kegiatan pengembangan dapat dilakukan, jika masyarakat merasa ada masalah kesehatan yang dialami remaja

di luar 8 kegiatan utama yang sudah dilaksanakan posyandu remaja. Penetapan kegiatan pengembangan juga harus mendapatkan dukungan dari seluruh masyarakat dan berdasarkan data hasil SMD yang sudah disepakati melalui kegiatan MMD. Adapun kegiatan pengembangan atau tambahan yang dapat dilakukan di posyandu remaja antara lain pembinaan keluarga remaja, pemilihan duta kesehatan remaja, melakukan kampanye kesehatan di luar kegiatan rutin posyandu remaja, mengadakan pelatihan kewirausahaan remaja, melakukan perayaan hari besar nasional, dan melakukan peningkatan kerjasama dengan dunia usaha.

Penyelenggaraan Posyandu Remaja

1. Langkah-Langkah Pelaksanaan Posyandu Remaja

Posyandu remaja dilaksanakan oleh kader posyandu remaja yang secara teknis sudah mendapatkan bimbingan/pelatihan dari puskesmas yang berada diwilayah posyandu remaja tersebut berada. Posyandu remaja dilakukan dengan sistem 5 meja/langkah dengan penempatan 1 kader disetiap meja/langkahnya. Sehingga jumlah kader yang dibutuhkan minimal 5orang. Adapun langkah-langkah pelaksanaan posyandu remaja adalah sebagai berikut

a. Meja/langkah 1

Remaja melakukan pendaftaran dan mengisi formulir yang dibutuhkan. Pelaksana kader remaja.

b. Meja /Langkah 2

Dilakukan pengukuran BB, TB, TD, LILA, lingkaran perut, dan anemia. Pelaksana kader remaja didampingi petugas kesehatan

- c. Meja/langkah 3
Dilakukan pencatatan terhadap hasil pengukuran di langkah 2 pada buku register dan buku pemantauan kesehatan remaja. Pelaksana kader remaja.
- d. Meja/langkah 4
Pelayanan kesehatan sesuai dengan masalah yang dialami remaja. Pelaksana petugas kesehatan yang didampingi kader jika diperlukan.
- e. Meja/langkah 5
Pemberian KIE seperti: penyuluhan, pemutaran film, pengembangan keterampilan (membuat kerajinan tangan, keterampilan berwirausaha, dll), senam, dll. Pelaksana kader remaja didampingi petugas kesehatan jika diperlukan.

2. Waktu Penyelenggaraan

Posyandu remaja dilakukan satu bulan sekali dan pelaksanaannya dapat dilakukan secara terintegrasi dengan kegiatan posyandu PTM; kegiatan KKR (kader kesehatan remaja) seperti karang taruna, kelompok PIK-remaja, saka bakti husada, maupun kegiatan keagamaan seperti remaja masjid.

3. Tempat Penyelenggaraan

Posyandu remaja dapat dilakukan ditempat khusus yang dibangun oleh masyarakat, dibalai RW/RT, dihalaman rumah warga, atau tempat lain yang memungkinkan remaja berkumpul.

4. Sarana dan Prasarana

Kegiatan posyandu remaja tidak dapat dilaksanakan dengan baik, jika tidak didukung oleh sarana prasarana yang memadai. Sarana yang diperlukan yaitu gedung sebagai tempat pelaksanaan kegiatan sedangkan prasarana yang diperlukan antara lain

timbangan BB, microtoise, alat ukur LILA / pita LILA, alat ukur lingkaran perut / meteran, alat ukur tekanan darah, buku register posyandu remaja, buku rapor kesehatan/buku pemantauan kesehatan remaja, media KIE (cetak dan elektronik), dan set PKPR/promosi kesehatan

5. Pencatatan dan Pelaporan

a. Pencatatan

Pencatatan dilakukan oleh kader segera setelah kegiatan posyandu remaja selesai dilaksanakan. Pencatatan dapat dilakukan dengan menggunakan format baku sesuai dengan program kesehatan, Sistem Informasi Posyandu (SIP) atau Sistem Informasi Manajemen (SIM).

b. Pelaporan

Kegiatan Posyandu Remaja dilaporkan ke Desa dan Pengelola Program Kesehatan Usia Sekolah dan Remaja Puskesmas (terintegrasi dengan catatan pelaporan kesehatan remaja)

Pembinaan Posyandu Remaja

1. Pembinaan dan Pengawasan terhadap pelaksanaan pelayanan posyandu remaja dilakukan diberbagai tingkat wilayah mulai dari tingkat provinsi oleh menteri dalam negeri sampai tingkat desa/kelurahan oleh kepala desa. Pembinaan dan pengawasan dilakukan terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan dasar dan sosial dasar di posyandu remaja sesuai dengan tingkat wilayahnya. Pembinaan dan pengawasan dapat dilakukan melalui sosialisasi, rapat koordinasi, konsultasi, *workshop*, perlombaan, pemberian penghargaan, orientasi atau pelatihan.

2. Monitoring dan Evaluasi

- a. Monitoring merupakan kegiatan yang dilakukan dalam rangka pengawasan dan pengendalian program posyandu remaja yang dilakukan oleh petugas PKPR atau tenaga kesehatan dari Puskesmas dan pokja posyandu secara terus menerus baik terhadap program kegiatan maupun proses pelaksanaan program kegiatan yang bertujuan untuk mengetahui manfaat program yang telah dijalankan serta mengetahui kendala atau hambatan yang mungkin terjadi pada saat menjalankan program-program di posyandu remaja. Sasaran monitoring adalah kader posyandu remaja dan pokja posyandu.
- b. Evaluasi merupakan salah satu kegiatan pembinaan melalui proses pengukuran hasil yang dicapai dibandingkan dengan sasaran yang telah ditentukan sebagai bahan penyempurnaan perencanaan dan pelaksanaan posyandu remaja. Evaluasi bertujuan memberikan umpan balik dan mengukur keberhasilan program yang sudah dilakukan. Sasaran evaluasi adalah remaja dan pengelola program posyandu remaja. Evaluasi dilakukan terhadap seluruh kegiatan mulai dari proses sampai hasil pelaksanaan kegiatan posyandu remaja.

3. Tingkat Perkembangan Posyandu Remaja

Perkembangan posyandu remaja setiap wilayah tidak sama, sehingga pembinaan yang dilakukan juga berbeda sesuai dengan tingkat perkembangannya, yang dibedakan menjadi 4 tingkat yaitu:

a. Posyandu Remaja Pratama

Adalah posyandu remaja yang belum mantap, ditandai dengan belum terlaksananya kegiatan posyandu remaja dengan rutin setiap bulannya (pelaksanaan dalam setahun kurang dari 8 kali), jumlah kader kurang dari 5. Hal ini disebabkan jumlah kader masih terbatas dan masyarakat belum siap menyelenggarakan kegiatan posyandu remaja. Pembinaan yang dilakukan adalah meningkatkan motivasi masyarakat dan menambah jumlah kader kesehatan remaja.

b. Posyandu Remaja Madya

Adalah posyandu remaja yang sudah melakukan kegiatan posyandu sebanyak 8-9 kali per tahun, jumlah kader 5 orang atau lebih, tetapi cakupan 8 (delapan) kegiatan utamanya masih rendah kurang dari 50%. Pembinaan yang dapat dilakukan adalah meningkatkan cakupan dengan mengikutsertakan masyarakat sebagai motivator serta lebih menggiatkan kader dalam mengelola kegiatan.

c. Posyandu Remaja Purnama

Adalah Posyandu Remaja yang sudah melakukan kegiatan posyandu sebanyak 10-11 kali per tahun, jumlah kader 5 orang atau lebih, cakupan 8 (delapan) kegiatan utamanya lebih dari 50%, mampu menyelenggarakan program tambahan.

d. Posyandu Remaja Mandiri

Adalah Posyandu Remaja yang sudah melakukan kegiatan posyandu 12 kali per tahun (rutin setiap bulan), jumlah kader 5 orang atau lebih, cakupan 8 (delapan) kegiatan utamanya lebih dari 50%. mampu menyelenggarakan program tambahan, serta memiliki sumber pendanaan secara swadaya.

Daftar Pustaka

- Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Posyandu Remaja*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. Pedoman Standar Nasional Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2013 Pelaksanaan tentang Pedoman dan Pembinaan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. Petunjuk Teknis Penjaringan Kesehatan dan Pemeriksaan Berkala Anak Usia Sekolah dan Remaja Jakarta: Kementerian Kesehatan.

Profil Penulis



Teti Rahmawati

menyelesaikan studi Sarjana Keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) UNPAD tahun 2003, Magister Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Komunitas di FIK UI tahun 2015 dan melanjutkan spesialis Keperawatan Komunitas di FIK UI tahun 2017 dengan peminatan spesialis yang dikelola salah satunya adalah masalah kesehatan pada anak remaja. Penulis pernah menulis buku “Asyiknya Belajar Jiwa” tahun 2008 dan saat ini penulis sedang menyelesaikan Buku Ajar Keperawatan Keluarga yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga: dengan Pendekatan Studi Kasus”. Penulis adalah pengajar Mata Kuliah Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik, Komunikasi Dalam Keperawatan, dan Promosi Kesehatan sejak tahun 2003. Saat ini, penulis sebagai Dosen di Institut Kesehatan dan Teknologi PKP DKI Jakarta dan menjabat sebagai Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners. Penulis mengikuti perkembangan keilmuan keperawatan komunitas dengan bergabung aktif sebagai pengurus dalam organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPPKI) DKI Jakarta dan aktif mengikuti berbagai seminar, workshop, maupun pelatihan terkait.

- 1 KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA
Kurnia Indriyanti Purnama Sari, S.ST., M.Kes
- 2 PERTUMBUHAN DAN PERKEMBANGAN ANAK DAN REMAJA
Vera Virgia, S.ST., M.Kes
- 3 MENSTRUASI
Lia Fitria, S.ST., M.Keb
- 4 KEKURANGAN GIZI PADA WANITA USIA SUBUR
Ns. Lisnawati Nur Farida, M.Kep
- 5 INFEKSI MENULAR SEKSUAL
Hilda Sulistia Alam, SST., M.Tr.Keb
- 6 HIV DAN AIDS
Sulastry Pakpahan, SST., M.Keb
- 7 PENYALAHGUNAAN NAPZA
Patemah, S.SiT., M.Kes
- 8 KONTRASEPSI
Ns. Nedra Wati Zaly, S.Kep., M.Kep
- 9 ABORSI YANG TIDAK AMAN
Syastriani Isna Putri Syarif, S.ST., M.Keb
- 10 KURSUS PRANIKAH
Hariyani Sulistyoningsih, S.K.M., M.K.M.
- 11 PROGRAM KESEHATAN PEDULI REMAJA DI SEKOLAH
Nadirahilah., S.Si., M.K.M
- 12 POSYANDU REMAJA
Teti Rahmawati, S.Kp., M.Kep., Ns., Sp.Kep.Kom

Editor :

dr. Agustawan, AMRSPH

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id



ISBN 978-623-362-601-9 (PDF)

