

Bunga Rampai

KESEHATAN REPRODUKSI DAN PERENCANAAN KELUARGA

Handayani • Siti Rochana
Eka Rudy P. • Omiati Natalia • Wasis Pujiati

Editor: Irma Seriana



BUNGA RAMPAI: KESEHATAN REPRODUKSI DAN PERENCANAAN KELUARGA

Penulis:

Handayani, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat.

Siti Rochana, Ns., M.Kep.

Eka Rudy Purwana SST., Mkes.

Bdn. Omiati Natalia, S.Tr.Keb., M.Kes.

Wasis Pujiati, S.Kep., Ns., M.Kep.

Editor:

Dr. Irma Seriana, SST., M.Keb.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

Bunga Rampai: Kesehatan Reproduksi dan Perencanaan Keluarga

Penulis: Handayani, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat.

Siti Rochana, Ns., M.Kep.

Eka Rudy Purwana SST., Mkes.

Bdn. Omiati Natalia, S.Tr.Keb., M.Kes.

Wasis Pujiati, S.Kep., Ns., M.Kep.

Editor: Dr. Irma Seriana, SST., M.Keb.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Helmi Syaukani

ISBN: 978-634-7219-02-2

Cetakan Pertama: April, 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

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

Website : www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram : @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)



PRAKATA



Puji dan syukur kami panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya buku berjudul "***Bunga Rampai: Kesehatan Reproduksi dan Perencanaan Keluarga***" ini dapat disusun dan diselesaikan dengan baik. Buku ini hadir sebagai bentuk kontribusi dalam memperkuat pemahaman serta meningkatkan kesadaran akan pentingnya kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarga dalam konteks pelayanan keperawatan dan kesehatan masyarakat.

Kesehatan reproduksi merupakan bagian penting dari kualitas hidup individu, terutama bagi kelompok-kelompok rentan seperti remaja, wanita lansia, komunitas berisiko tinggi, serta pasangan dengan kondisi kesehatan tertentu. Dalam buku ini, kami membahas secara komprehensif mengenai lima topik utama yang relevan dengan isu-isu kesehatan reproduksi masa kini.

Bab pertama mengangkat *Peran Perawat dalam Mencegah Kehamilan yang Tidak Diinginkan*, menekankan pentingnya edukasi dan peran aktif tenaga kesehatan dalam mendampingi masyarakat untuk mengambil keputusan yang tepat terkait reproduksi. Bab kedua membahas *Kesehatan Reproduksi pada Wanita Lansia*, yang sering kali kurang mendapat perhatian padahal memiliki tantangan tersendiri dalam aspek perawatan dan kualitas hidup.

Bab ketiga berfokus pada *Kehamilan di Usia Muda*, membahas risiko yang menyertainya serta pendekatan yang tepat dalam memberikan layanan kesehatan yang holistik dan responsif terhadap kebutuhan remaja. Selanjutnya, bab keempat membahas *Perencanaan Keluarga untuk Pasangan dengan Penyakit Kronis*, yang membutuhkan pendekatan multidisiplin agar tetap dapat merencanakan keluarga secara sehat dan aman. Bab terakhir menyoroti pentingnya *Edukasi Kesehatan Reproduksi pada Komunitas Berisiko Tinggi*, sebagai upaya preventif dan promotif yang berkelanjutan.

Kami berharap buku ini dapat menjadi referensi yang bermanfaat bagi tenaga kesehatan, mahasiswa, serta semua pihak yang peduli terhadap peningkatan kualitas kesehatan reproduksi di masyarakat. Kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan demi perbaikan karya-karya selanjutnya.

Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung penyusunan buku ini. Semoga buku ini dapat memberi manfaat sebesar-besarnya bagi pembaca.

April, 2025

Penulis



DAFTAR ISI



| | |
|-------------------------|------------|
| PRAKATA | iii |
| DAFTAR ISI | iv |

CHAPTER 1 PERAN PERAWAT DALAM MENCEGAH KEHAMILAN YANG TIDAK DIINGINKAN.....

| | |
|---|----|
| Handayani, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat. | 1 |
| A. Pendahuluan/Prolog | 1 |
| B. Faktor Risiko Terjadinya Ktd | 1 |
| C. Dampak Ktd Pada Remaja Dan Wanita Yang Belum Menikah | 2 |
| D. Dampak Ktd Pada Wanita Yang Sudah Menikah | 4 |
| E. Strategi Pendekatan Perawat Dalam Mencegah Ktd..... | 5 |
| F. Kesimpulan..... | 11 |
| G. Glosarium | 11 |
| H. Referensi | 12 |

CHAPTER 2 KESEHATAN REPRODUKSI PADA WANITA LANSIA: TANTANGAN DAN PERAWATAN

| | |
|--|----|
| Siti Rochana, S.Kep., Ners., M.Kep. | 15 |
| A. Pendahuluan/Prolog | 15 |
| B. Kebijakan dan Program Nasional untuk Kesehatan Reproduksi Lansia..... | 16 |
| C. Tantangan Kesehatan Reproduksi pada Wanita Lansia..... | 17 |
| D. Peran Perawat Maternitas dalam Mendukung Kesehatan Reproduksi Wanita Lansia | 20 |
| E. Peran Keluarga dalam Mendukung Kesehatan Reproduksi Wanita Lansia.... | 21 |
| F. Evidence-Based dalam Perawatan Kesehatan Reproduksi..... | 22 |
| G. Teknologi dan Inovasi dalam Perawatan Wanita Lansia | 23 |
| H. Simpulan | 25 |
| I. Referensi | 26 |
| J. Glosarium | 30 |

CHAPTER 3 KEHAMILAN DI USIA MUDA: RISIKO DAN PENDEKATAN KESEHATAN YANG TEPAT

| | |
|---|----|
| Eka Rudy Purwana, SST., M.Kes. | 31 |
| A. Pendahuluan | 31 |
| B. Resiko yang Dijumpai Pada Remaja yang Mengalami Kehamilan | 32 |
| C. Metode Mengurangi Resiko Pada Kehamilan Di Usia Remaja dengan Pendekatan Multisektoral Melibatkan Pendidikan ,Dukungan Kesehatan | |

| | |
|--|----|
| Dalam Pencegahan Pernikahan Di Usia Dini Atau Terjadinya Kehamilan Di Usia Muda..... | 40 |
| D. Kesimpulan..... | 44 |
| E. Referensi | 45 |
| F. Glosarium | 46 |

CHAPTER 4 PERENCANAAN KELUARGA UNTUK PASANGAN DENGAN

PENYAKIT KRONIS.....49

| | |
|--|----|
| Bdn. Omiati Natalia, S.Tr.Keb., M.Kes..... | 49 |
| A. Pendahuluan/Prolog..... | 49 |
| B. Program Keluarga berencana..... | 50 |
| C. Perencanaan Keluarga..... | 55 |
| D. Simpulan..... | 60 |
| E. Referensi | 60 |

CHAPTER 5 EDUKASI KESEHATAN REPRODUKSI PADA KOMUNITAS

BERESIKO TINGGI.....63

| | |
|---|----|
| Wasis Pujiati, S.Kep., Ns., M.Kep..... | 63 |
| A. Pendahuluan/Prolog..... | 63 |
| B. Profil Komunitas Berisiko Tinggi | 66 |
| C. Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi | 68 |
| D. Strategi Edukasi Kesehatan Reproduksi..... | 72 |
| E. Kesimpulan dan Rekomendasi..... | 73 |
| F. Referensi | 75 |

PROFIL PENULIS.....79

CHAPTER 1

PERAN PERAWAT DALAM MENCEGAH KEHAMILAN YANG TIDAK DIINGINKAN

Handayani, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat.

A. Pendahuluan/Prolog

Definisi kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) adalah kehamilan yang terjadi ketika seorang perempuan tidak ingin hamil pada saat itu atau tidak ingin hamil sama sekali (WHO, 2020). KTD merupakan kehamilan yang tidak direncanakan atau tidak diharapkan. Kehamilan yang tidak direncanakan terjadi pada perempuan yang tidak berniat untuk hamil pada waktu kehamilan itu muncul, tetapi mereka memiliki keinginan untuk hamil di kemudian hari. KTD terjadi pada wanita ketika mereka tidak menginginkan kehamilan baik saat itu maupun di masa depan. Kehamilan yang diinginkan adalah kehamilan yang diinginkan pada saat itu terjadi atau lebih cepat.

Kehamilan yang tidak diinginkan dapat terjadi pada wanita yang sudah menikah dan dapat terjadi pada Wanita yang belum menikah akibat dari pergaulan bebas yang mereka alami. Meskipun orang mungkin membayangkan bahwa wanita dewasa, khususnya wanita paruh baya, akan berpengalaman dalam pengendalian kesuburan dan keluarga berencana, akan tetapi hal ini tidak menjamin mereka menggunakan metode keluarga berencana yang mantap dan menjamin tidak terjadi kehamilan. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional menyatakan sebanyak 40 persen pasangan suami istri di Indonesia memiliki anak tanpa rencana dan angka KTD didunia sebanyak 121 juta (Times, 2022).

Dampak KTD tidak hanya dialami oleh wanita secara fisik, tetapi juga berdampak pada masalah psikologis, social ekonomi, pendidikan dan karir pekerjaan. Dampak lain yang dapat terjadi adalah dampak pada bayi yang dikandung dapat mengalami berbagai macam kondisi komplikasi yang akan menyebabkan penurunan kualitas anak bangsa di masa yang akan datang.

B. Faktor Risiko Terjadinya Ktd

KTD merupakan isu kesehatan masyarakat yang signifikan, dengan berbagai faktor risiko yang mempengaruhi terjadinya kondisi ini pada wanita. Berikut adalah beberapa kondisi dan keadaan yang meningkatkan risiko KTD:

1. Status Pernikahan

Wanita yang tidak menikah memiliki risiko lebih tinggi mengalami KTD. Di Indonesia, prevalensi KTD pada wanita tidak menikah mencapai 15,5%. Faktor-faktor seperti kurangnya akses terhadap layanan kesehatan reproduksi dan stigma sosial berperan dalam peningkatan risiko ini (Laksono, Wulandari, Rohmah, & Matahari, 2023).

2. Usia muda menunjukkan bahwa remaja perempuan lebih rentan terhadap KTD. Kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan akses terbatas ke kontrasepsi menjadi faktor penyebab utama. Aktivitas seksual pada remaja tanpa pemahaman yang memadai meningkatkan risiko KTD (Ayuni, Islami, Jannah, Putri, & Nurhasanah, 2022).
3. Wanita dengan pendidikan rendah cenderung memiliki pengetahuan terbatas tentang kontrasepsi dan kesehatan reproduksi, sehingga meningkatkan risiko KTD. Kurangnya edukasi menyebabkan ketidaktahuan tentang metode pencegahan kehamilan (Ernawati & Lestari, 2024).
4. Status ekonomi rendah dan keterbatasan ekonomi dapat membatasi akses wanita terhadap layanan kesehatan dan kontrasepsi, sehingga meningkatkan risiko KTD. Keterbatasan finansial menghalangi kemampuan untuk mendapatkan alat kontrasepsi yang efektif (Ernawati & Lestari, 2024).
5. Kurangnya dukungan sosial pada wanita yang tidak mendapatkan dukungan sosial memadai, termasuk dari keluarga atau pasangan, lebih rentan mengalami KTD. Dukungan sosial yang rendah dapat mempengaruhi keputusan dalam penggunaan kontrasepsi dan perencanaan keluarga (Ernawati & Lestari, 2024).
6. Akses terbatas ke layanan kesehatan reproduksi dan keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi, termasuk informasi dan alat kontrasepsi, meningkatkan risiko KTD. Hal ini sering terjadi di daerah dengan fasilitas kesehatan yang kurang memadai (Wulandari S. , 2024).
7. Penggunaan kontrasepsi yang tidak tepat atau inkonsisten dapat menyebabkan kegagalan, sehingga meningkatkan risiko KTD. Pentingnya edukasi tentang penggunaan kontrasepsi yang benar menjadi faktor kunci dalam pencegahan KTD (Romadlona, 2023).

C. Dampak Ktd Pada Remaja Dan Wanita Yang Belum Menikah

KTD pada remaja putri yang belum menikah memiliki dampak signifikan yang mencakup aspek fisik, psikologis, dan sosial. Berbagai macam dampak dapat terjadi pada remaja putri tersebut diantaranya adalah dampak fisik, risiko pada bayi, psikologis, social dan lingkungan. Dampak fisik yang sangat dikhawatirkan adalah komplikasi medis. Remaja hamil berisiko tinggi mengalami komplikasi seperti

anemia, preeklampsia, hipertensi, dan diabetes gestasional. Kondisi ini disebabkan oleh ketidaksiapan fisik remaja dalam menghadapi kehamilan (Pertiwi & Abida, 2022). Risiko tinggi kehamilan ini tidak disadari oleh remaja yang hamil tersebut, sehingga remaja dan orang-orang terdekatnya merasa bahwa kehamilan tersebut tidak berisiko seperti kehamilan-kehamilan yang dialami oleh nenek-nenek mereka yang pada jamannya sangat lazim untuk hamil pada usia remaja. Risiko pada bayi yang dilahirkan dari kehamilan remaja berisiko lebih tinggi mengalami berat badan lahir rendah (BBLR), kelahiran prematur, dan kondisi neonatal yang serius (Sari, Khumas, & Jalal, 2024).

Dampak psikologis yang dapat terjadi adalah stres dan depresi. Remaja yang mengalami KTD cenderung mengalami tingkat depresi yang tinggi, perasaan malu, bersalah, dan putus asa. Mereka juga menghadapi kesulitan dalam beradaptasi dengan peran baru sebagai ibu (Pertiwi & Abida, 2022). Kesehatan mental dapat terjadi karena kurangnya pengetahuan tentang seksualitas dapat berdampak buruk pada kesehatan mental remaja hamil, yang memerlukan intervensi pendidikan dan dukungan psikologis (Wulandari, Aryani, & Meiranny, 2024). Kesehatan mental pada saat hamil akan berlanjut pada kondisi *postpartum blues* atau *baby blues* yang dapat mengarah pada depresi postpartum.

Dampak Sosial akibat adanya stigma dan diskriminasi pada remaja hamil di luar nikah. Remaja sering menghadapi stigma negatif dari masyarakat, seperti cemoohan, pengucilan, bahkan pengusiran. Hal ini dapat memperburuk kondisi psikologis dan sosial mereka (Wulandari, Aryani, & Meiranny, 2024). Pernikahan dini sering dijadikan alternatif untuk menutupi rasa malu orang tua dan anggota keluarga remaja yang mengalami KTD. Remaja yang hamil tersebut tidak memiliki pilihan yang terbaik selain untuk menikah dini sebagai wujud tanggung jawab terhadap perbuatan yang telah dilakukan. Pernikahan dini dapat mengakibatkan putus sekolah dan keterbatasan akses pendidikan lebih lanjut. Faktor risiko yang paling mudah dideteksi adalah kurangnya pendidikan seksual dan pemahaman melaksanakan ajaran agama sesuai dengan keyakinan masing-masing. Kurangnya pengetahuan tentang kesehatan reproduksi dan seksualitas meningkatkan risiko KTD pada remaja. Kurangnya pemahaman melaksanakan ajaran agama tentang Batasan pergaulan laki-laki dan perempuan perlu ditingkatkan untuk mencegah KTD. Pengaruh lingkungan dengan sikap permisif terhadap hubungan seksual pranikah dan kurangnya pengawasan orang tua dapat meningkatkan risiko kehamilan pada remaja (Ernawati & Lestari, 2024).

D. Dampak Ktd Pada Wanita Yang Sudah Menikah

KTD (KTD) pada wanita yang sudah menikah merupakan isu kesehatan masyarakat yang signifikan, dengan berbagai dampak fisik, mental, dan sosial-ekonomi. Dampak Kesehatan fisik pada KTD dapat meningkatkan risiko komplikasi selama kehamilan dan persalinan. Wanita dengan KTD cenderung menunda atau bahkan tidak mendapatkan perawatan antenatal yang memadai, yang esensial untuk memantau kesehatan ibu dan janin. Penelitian menunjukkan bahwa KTD berhubungan dengan peningkatan risiko morbiditas dan mortalitas ibu (Panghiyangani & Ariyanti, 2024). Dampak Kesehatan Mental KTD seringkali menyebabkan tekanan psikologis pada wanita yang sudah menikah. Perasaan cemas, depresi, dan stres dapat muncul akibat kehamilan yang tidak direncanakan. Studi menunjukkan bahwa wanita dengan KTD mengalami tingkat stres dan kecemasan yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang kehamilannya diinginkan (Panghiyangani & Ariyanti, 2024).

Dampak sosial-ekonomi: KTD dapat mempengaruhi status sosial dan ekonomi keluarga. Biaya tambahan untuk membesarkan anak yang tidak direncanakan dapat menyebabkan tekanan finansial, terutama pada keluarga dengan sumber daya terbatas. Selain itu, KTD dapat mengganggu perencanaan karier atau pendidikan wanita, yang berdampak pada potensi pendapatan dan kesejahteraan keluarga secara keseluruhan (Ernawati & Lestari, 2024).

Dampak pada Hubungan Perkawinan: KTD dapat menyebabkan ketegangan dalam hubungan perkawinan. Ketidaksiapan menerima kehamilan dapat memicu konflik antara pasangan, yang berdampak negatif pada keharmonisan rumah tangga. Dampak pada Anak Anak yang lahir dari KTD berisiko mengalami masalah kesehatan dan perkembangan. Kurangnya perencanaan dan persiapan selama kehamilan dapat berdampak pada kualitas perawatan yang diterima anak, yang berimplikasi pada kesejahteraan dan perkembangan mereka di masa depan (Panghiyangani & Ariyanti, 2024)

Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya KTD pada wanita menikah meliputi: kurangnya pengetahuan tentang metode kontrasepsi efektif dapat meningkatkan risiko KTD. Keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan reproduksi berkualitas dapat menghambat wanita dalam merencanakan kehamilan dengan baik (Panghiyangani & Ariyanti, 2024). Norma sosial dan budaya serta tekanan sosial untuk memiliki anak segera setelah menikah dapat mempengaruhi keputusan pasangan terkait perencanaan keluarga (Panghiyangani & Ariyanti, 2024).

Untuk mengurangi dampak negatif KTD pada wanita menikah, beberapa langkah yang dapat diambil meliputi:

1. Peningkatan edukasi kesehatan reproduksi: memberikan informasi yang komprehensif mengenai metode kontrasepsi dan perencanaan keluarga.
2. Peningkatan akses ke layanan kesehatan: memastikan ketersediaan dan aksesibilitas layanan kesehatan reproduksi bagi semua Wanita.
3. Dukungan psikologis: menyediakan layanan konseling bagi wanita yang mengalami KTD untuk membantu mereka mengatasi tekanan psikologis.

Dengan memahami dan mengatasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap KTD, diharapkan dapat mengurangi prevalensi KTD dan dampak negatifnya pada wanita yang sudah menikah.

E. Strategi Pendekatan Perawat Dalam Mencegah Ktd

Ada beberapa langkah yang dapat diambil, baik oleh individu maupun masyarakat untuk mencegah KTD. Berikut adalah beberapa cara yang efektif untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan:

1. Penggunaan Kontrasepsi yang Tepat

Penggunaan metode kontrasepsi yang efektif adalah cara utama untuk mencegah KTD. Beberapa pilihan kontrasepsi yang umum meliputi:

- a. Pil kontrasepsi: Pil yang harus diminum setiap hari untuk mencegah ovulasi.
- b. Kondom: Menghalangi sperma masuk ke dalam rahim dan juga melindungi dari infeksi menular seksual (IMS).
- c. IUD (Intrauterine Device): Alat kontrasepsi yang ditempatkan di dalam rahim untuk mencegah pembuahan.
- d. Implan kontrasepsi: Alat kecil yang ditanamkan di bawah kulit yang melepaskan hormon untuk mencegah kehamilan.
- e. Suntik KB: Suntikan hormon setiap tiga bulan untuk mencegah ovulasi.
- f. Sterilisasi: Prosedur permanen yang dilakukan untuk mencegah kehamilan, seperti tubektomi (untuk wanita) atau vasektomi (untuk pria).

Pilihan kontrasepsi yang tepat harus disesuaikan dengan kebutuhan individu, usia, status kesehatan, dan preferensi pribadi.

2. Edukasi Seksual

Memberikan edukasi yang tepat tentang seksualitas dan kontrasepsi sejak dini sangat penting untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan. Edukasi ini meliputi: pengetahuan tentang bagaimana cara kerja kontrasepsi, pengetahuan tentang konsekuensi dari hubungan seksual tanpa perlindungan dan pembekalan tentang cara berkomunikasi dengan pasangan mengenai penggunaan kontrasepsi.

3. Komunikasi yang Terbuka dalam Hubungan

Pasangan harus memiliki komunikasi yang terbuka dan jujur mengenai kehamilan dan penggunaan kontrasepsi. Memastikan bahwa kedua belah pihak setuju untuk menggunakan kontrasepsi dapat mencegah kehamilan yang tidak direncanakan.

4. Akses yang Mudah ke Layanan Kesehatan

Mengakses layanan kesehatan yang berkualitas sangat penting untuk mendapatkan informasi dan kontrasepsi yang tepat. Memastikan bahwa semua individu, terutama remaja dan wanita muda, memiliki akses ke fasilitas kesehatan dan layanan kontrasepsi sangat membantu dalam pencegahan KTD.

5. Menghindari Hubungan Seksual yang Tidak Aman

Menghindari hubungan seksual tanpa perlindungan adalah cara dasar untuk mencegah kehamilan dan juga penyakit menular seksual (PMS). Jika hubungan seksual dilakukan, penggunaan kontrasepsi yang efektif harus dipastikan.

6. Menunda Kehamilan dengan Alasan Pendidikan atau Karier

Banyak wanita memilih untuk menunda kehamilan sampai mereka merasa siap, baik secara emosional maupun finansial. Oleh karena itu, penting untuk memberikan dukungan bagi mereka dalam mengakses pendidikan dan peluang karier yang lebih baik untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan.

7. Penyuluhan kepada Remaja

Memberikan pendidikan seksual yang sesuai usia kepada remaja akan membantu mereka memahami pentingnya menggunakan kontrasepsi, serta dampak dari KTD pada masa remaja. Penyuluhan dapat dilakukan melalui sekolah, klinik, atau melalui media massa.

8. Meningkatkan Kesejahteraan Ekonomi

Kesejahteraan ekonomi yang baik memungkinkan individu dan keluarga untuk mengakses layanan kesehatan yang dibutuhkan dan merencanakan kehidupan reproduksi dengan lebih baik. Ekonomi yang stabil juga mengurangi tekanan untuk memiliki anak lebih cepat.

9. Meningkatkan Penggunaan Kontrasepsi Darurat

Kontrasepsi darurat (seperti pil KB darurat) dapat digunakan dalam waktu tertentu setelah hubungan seksual tanpa perlindungan untuk mencegah kehamilan. Meskipun bukan metode utama, ini bisa menjadi opsi untuk mencegah kehamilan setelah hubungan seksual yang tidak direncanakan.

10. Pencegahan dan Penanganan Kekerasan Seksual

Menghindari situasi kekerasan seksual sangat penting. Wanita yang mengalami kekerasan seksual berisiko lebih besar mengalami KTD. Perlindungan terhadap korban KDRT atau kekerasan seksual harus diutamakan. Dengan kombinasi edukasi yang tepat, akses ke kontrasepsi, dan komunikasi yang baik, KTD dapat dicegah.

Peran perawat untuk mencegah KTD meliputi 3 hal, yaitu pencegahan primer, sekunder dan tertier. Peran perawat dalam pencegahan primer KTD perawat memiliki tradisi panjang dalam memberikan layanan Kesehatan seksual dan reproduksi kepada sebagian besar masyarakat yang kurang mampu dan rentan secara ekonomi. Perawat berada dalam posisi ideal untuk memulai metode pencegahan primer seperti melibatkan perempuan dalam dialog tentang rencana reproduksi seumur hidup, termasuk strategi untuk menghindari kehamilan yang tidak direncanakan atau tidak tepat waktu. Bentuk tambahan pencegahan primer kehamilan yang tidak direncanakan yang ditawarkan oleh perawat meliputi Pendidikan dan konseling mengenai program keluarga berencana, serta modifikasi gaya hidup yang ditujukan untuk mengoptimalkan kesehatan umum dan reproduksi dan melindungi kesuburan di masa depan. Kunjungan tes kehamilan negatif merupakan kesempatan yang sangat efektif, dan sering kali kurang dimanfaatkan, untuk memberikan konseling kontrasepsi (Taylor, 2017).

Perawat sebagai penyedia pencegahan sekunder KTD Ruang lingkup praktik perawat mencakup penyediaan pencegahan sekunder bagi wanita dengan KTD. Pencegahan sekunder mencakup penilaian kehamilan yang tidak tepat waktu atau tidak diinginkan, konseling mengenai pilihan kehamilan yang spesifik untuk tahap kehamilan, dukungan terhadap pilihan wanita untuk mengakhiri atau mempertahankan kehamilan, rujukan atau penyediaan layanan yang tepat, koordinasi perawatan, dan pencegahan KTD di masa mendatang (Taylor, 2017)

Perawat yang memberikan pencegahan tersier terhadap KTD yaitu penilaian status kehamilan, termasuk menentukan usia kehamilan dan memastikan apakah kehamilan tersebut tidak diinginkan, merupakan fokus awal perawat. Jika kehamilan tidak tepat waktu atau tidak diinginkan dan usia kehamilan lebih lama dari trimester pertama, perawat atau bidan kemudian akan membahas berbagai pilihan yang tersedia, termasuk pilihan untuk mengakhiri kehamilan serta melanjutkan kehamilan dengan tujuan adopsi dan/atau kehamilan dengan tujuan menjadi orang tua. Wanita dengan kehamilan yang tidak tepat waktu dan/atau tidak diinginkan pada tahap akhir berisiko mengalami hasil psikososial yang buruk dan sering kali memerlukan konseling krisis dan koordinasi perawat.

Pendekatan budaya, nilai, agama, dan keyakinan memainkan peran penting dalam mencegah KTD. Berikut adalah tahapan-tahapan yang dapat diterapkan yaitu:

1. Pemahaman dan Penghormatan terhadap Nilai Budaya dan Agama

Memahami dan menghormati nilai-nilai budaya dan ajaran agama setempat dapat membentuk perilaku individu dalam menjaga kesucian sebelum pernikahan (Abidin, 2018). Masyarakat Suku Tengger di Desa Ngadas, Malang, memiliki tradisi "petekan" yang berfungsi sebagai upaya mencegah kehamilan di luar nikah. Tradisi ini menekankan pentingnya kesucian sebelum pernikahan dan dianggap sebagai aib jika dilanggar (Abidin, 2018).

Remaja baik wanita dan pria diberikan pemahaman secara agama bahwa hubungan seksual dan kehamilan harus terjadi pada saat mereka sudah menikah. Era modern saat ini sangat rentan terhadap pergaulan bebas yang mengarah pada KTD. Peran orang tua dalam memperkuat keimanan dan keyakinan remaja untuk tidak terjerumus pergaulan bebas sangat penting. Upaya-upaya yang telah banyak dilakukan oleh orang tua diantaranya adalah memberikan pendidikan dasar dan menengah kepada putra putrinya ke sekolah yang berbasis agama.

2. Edukasi melalui Pendekatan Budaya

Budaya lokal sebagai sarana edukasi dapat meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya perencanaan keluarga dan kesehatan reproduksi. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) menggunakan tokoh pewayangan dalam pertunjukan wayang di Jawa untuk menyampaikan pesan tentang keluarga berencana dan pencegahan stunting (Antara, 2022). Pendekatan ini dianggap lebih efektif karena sesuai dengan konteks budaya setempat. Seni dan budaya yang disukai dan dekat dengan Masyarakat dapat diterima dengan cepat dan dilaksanakan oleh masyarakat.

3. Peran Tokoh Agama dan Masyarakat

Tokoh agama dan pemimpin komunitas memiliki pengaruh besar dalam membentuk norma dan perilaku masyarakat terkait kesehatan reproduksi. Komunitas Islam kota Surabaya, peran Kyai dan Nyai dalam majelis taklim sangat dominan dalam mengarahkan pandangan masyarakat terhadap penggunaan kontrasepsi. Penelitian menunjukkan bahwa pandangan tekstual terhadap ajaran agama mempengaruhi praktik pengendalian kelahiran di komunitas tersebut (Susanti & Ridwan, 2020).

4. Pendidikan Seksual Berbasis Nilai Budaya dan Agama

Pendidikan seksual yang diberikan disesuaikan dengan nilai budaya dan ajaran agama dapat membantu individu memahami konsekuensi dari hubungan seksual pranikah dan pentingnya menjaga kesehatan reproduksi. Beberapa

komunitas menghadapi hambatan berupa stigma dan tabu dalam membicarakan kehamilan di luar nikah. Mengubah pandangan masyarakat melalui pendidikan dan kampanye kesadaran publik dapat membantu mengatasi hambatan ini .

5. Penguatan Kelembagaan Sosial

Membangun dan memperkuat lembaga sosial seperti keluarga dan kelompok keagamaan dapat menjadi benteng dalam mencegah perilaku yang berisiko menyebabkan KTD. Komunitas dengan struktur keluarga yang kuat dan keterlibatan aktif dalam kegiatan keagamaan, terdapat kecenderungan lebih rendah terhadap perilaku seksual pranikah (Susanti & Ridwan, 2020).

Edukasi Kesehatan Reproduksi merupakan komponen krusial dalam upaya pencegahan KTD. Tahapan-tahapannya dirancang untuk memberikan informasi yang komprehensif mengenai seksualitas, risiko kehamilan, dan metode pencegahannya. Berikut adalah tahapan-tahapan edukasi kesehatan reproduksi dalam pencegahan KTD:

1. Identifikasi Kebutuhan Edukasi

Penilaian awal dengan melakukan survei atau wawancara untuk memahami tingkat pengetahuan dan kebutuhan informasi masyarakat target terkait kesehatan reproduksi. Segmentasi Audiens dilakukan untuk mengklasifikasikan kelompok berdasarkan usia, status perkawinan, tingkat pendidikan, dan faktor sosial-ekonomi untuk menyesuaikan materi edukasi (WHO, 2020).

2. Perencanaan Program Edukasi

Penetapan tujuan menentukan tujuan spesifik yang ingin dicapai, seperti meningkatkan pemahaman tentang metode kontrasepsi atau mengurangi angka KTD. Pengembangan Materi dengan menyusun materi edukasi yang relevan dan mudah dipahami, termasuk informasi tentang anatomi reproduksi, siklus menstruasi, dan faktor risiko KTD. Pemilihan metode penyampaian bertujuan untuk memilih metode yang efektif seperti ceramah, diskusi kelompok, media cetak, audio-visual, atau platform digital (Taylor, 2017).

3. Pelaksanaan Edukasi

Sesi edukasi formal dengan mengadakan kelas atau workshop di fasilitas kesehatan, sekolah, atau komunitas dengan bantuan tenaga kesehatan profesional. Perawat dapat memberikan konseling satu-satu untuk individu yang membutuhkan informasi lebih mendalam atau memiliki pertanyaan spesifik. Kegiatan Interaktif: Menggunakan simulasi, permainan peran, atau diskusi kelompok untuk meningkatkan partisipasi dan pemahaman peserta.

4. Penyediaan Informasi tentang Seksualitas

Pemahaman Seksualitas: Memberikan informasi tentang aspek fisik, emosional, dan sosial dari seksualitas, termasuk hak-hak reproduksi dan

pentingnya komunikasi dalam hubungan. Pengembangan Keterampilan: Mengajarkan keterampilan komunikasi dan negosiasi untuk membantu individu membuat keputusan yang tepat mengenai aktivitas seksual. Mengatasi Mitos dan Fakta: Menyajikan fakta ilmiah untuk menghilangkan mitos atau kesalahpahaman terkait seksualitas dan reproduksi.

5. Penyampaian Informasi tentang Risiko Kehamilan

Faktor Risiko: Menjelaskan faktor-faktor yang meningkatkan risiko KTD, seperti penggunaan metode kontrasepsi yang tidak konsisten atau kegagalan metode kontrasepsi. Konsekuensi Kesehatan: Menginformasikan dampak fisik dan psikologis dari KTD, termasuk komplikasi kesehatan dan tekanan sosial-ekonomi. Studi Kasus: Menyajikan contoh nyata atau studi kasus untuk menggambarkan konsekuensi KTD dan pentingnya pencegahan.

6. Pengenalan dan Pelatihan Metode Pencegahan

Metode Kontrasepsi: Memberikan penjelasan mendalam tentang berbagai metode kontrasepsi, termasuk kelebihan, kekurangan, efektivitas, dan cara penggunaannya. Kontrasepsi Hormonal: Pil KB, suntik, implan. Kontrasepsi Non-Hormonal: IUD, kondom, spermisida. Sterilisasi: Tubektomi dan vasektomi. Kontrasepsi Darurat: Informasi tentang penggunaan kontrasepsi darurat setelah hubungan seksual tanpa perlindungan. Perencanaan Keluarga: Mengajarkan cara merencanakan kehamilan sesuai keinginan dan kesiapan pasangan.

7. Penguatan Kompetensi Melalui Pelatihan Berkelanjutan

Pelatihan Tenaga Kesehatan: Memberikan pelatihan berkelanjutan kepada perawat dan tenaga kesehatan lainnya agar mereka dapat menyampaikan informasi yang akurat dan terkini. Pengembangan Materi Edukasi: Secara rutin memperbarui materi edukasi sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan kebutuhan masyarakat.

8. Monitoring dan Evaluasi Program Edukasi

Pengumpulan Data: Mengumpulkan data sebelum dan sesudah pelaksanaan program untuk mengukur perubahan pengetahuan dan perilaku. Analisis Efektivitas: Menilai efektivitas program melalui indikator seperti peningkatan penggunaan kontrasepsi atau penurunan angka KTD. Feedback dan Perbaikan: Menggunakan umpan balik dari peserta untuk memperbaiki dan menyesuaikan program edukasi di masa mendatang.

9. Pemberdayaan Masyarakat dan Keterlibatan Keluarga

Partisipasi Keluarga: Melibatkan anggota keluarga dalam proses edukasi untuk menciptakan lingkungan yang mendukung keputusan sehat. Komunitas Sebagai Agen Perubahan: Mendorong peran aktif komunitas dalam menyebarkan informasi dan mendukung program edukasi kesehatan reproduksi.

10. Pemanfaatan Teknologi Informasi

Media Digital: Menggunakan aplikasi mobile, situs web, dan media sosial untuk menyebarkan informasi dan materi edukasi secara luas dan interaktif. E-Learning: Menyediakan platform pembelajaran online untuk akses mudah dan fleksibel bagi individu yang memiliki keterbatasan waktu atau jarak.

F. Kesimpulan

Tidak satupun wanita didunia ini yang sudi berada dalam posisi KTD. KTD dapat terjadi pada wanita yang sudah menikah maupun Wanita yang belum menikah. Hendaknya perawat tetap memandng masalah wanita dengan KTD tetap sama beratnya tanpa mempertimbangkan status pernikahan yang mereka miliki. Dampak KTD pada Wanita yang sudah menikah maupun yang belum menikah hampir sama beratnya seperti dampak fisik, psikologis, social, keuangan dan bayi yang akan dilahirkan juga akan merasa dampaknya. Dampak terberat dari KTD adalah dapat menyebabkan kematian ibu dan bayinya.

Pencegahan KTD dapat dilakukan oleh individu, masyarakat dan perawat dengan melakukan: penggunaan kontrasepsi yang tepat, edukasi seksual, komunikasi yang terbuka dalam hubungan, akses yang mudah ke layanan kesehatan, menghindari hubungan seksual yang tidak aman, menunda kehamilan dengan alasan pendidikan atau karier, penyuluhan kepada remaja, meningkatkan kesejahteraan ekonomi, meningkatkan penggunaan kontrasepsi darurat dan pencegahan dan penanganan kekerasan seksual. Pendekatan budaya, nilai, agama, dan keyakinan memainkan peran penting dalam mencegah KTD, yaitu: pemahaman dan penghormatan terhadap nilai budaya dan agama, edukasi melalui pendekatan budaya, peran tokoh agama dan masyarakat, pendidikan seksual berbasis nilai budaya dan agama serta penguatan kelembagaan social.

Peran perawat secara nyata dapat dilakukan untuk mencegah KTD adalah menggunakan peran pemberi pendidikan di setiap lapisan masyarakat agar terhindar dari KTD. Perawat dengan perangkat masyarakat dapat bekerja sama untuk menciptakan iklim masyarakat yang tereduksi dengan baik, sehingga angka KTD dapat ditekan dan pada akhirnya dapat menurunkan angka kematian ibu di Indonesia.

G. Glosarium

KTD: Kehamilan Tidak Diinginkan

H. Referensi

- Abidin, M. Z. (2018). Tradisi Petekan dan Upaya Mencegah Kehamilan di Luar Nikah Pada Masyarakat Suku Tengger. *De Jure*, <https://doi.org/10.18860/j-fsh.v10i2.6725>.
- Antara. (2022, Agustus 22). BKKBN: Pendekatan budaya efektif dekatkan KB pada masyarakat. Jakarta, DKI Jakarta, Indonesia.
- Ayuni, I. D., Islami, D., Jannah, M., Putri, A., & Nurhasanah, N. (2022). Hubungan Pengetahuan Remaja Putri Terhadap Bahaya Kehamilan Pada Usia Remaja. *Indonesia Journal of Midwifery Sciences*, 47-52 <https://doi.org/10.53801/ijms.v1i2.17>.
- Ernawati, D., & Lestari, R. A. (2024). Social Support pada Ibu Tentang Kehamilan Tidak Diinginkan. *Jurnal Kolaboratif Sains*, 4586-4598 <https://doi.org/10.56338/jks.v7i12.6369>.
- Febriana, F., & Sari, L. K. (2020). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Kehamilan Tidak Diinginkan Di Indonesia Tahun 2017. *Seminar Nasional Official Statistic* (hal. 1041-1051). Jakarta: Politeknik Statistika STIS <https://doi.org/10.34123/semnasoffstat.v2020i1.592>.
- Laksono, A. D., Wulandari, R. D., Rohmah, N., & Matahari, R. (2023). Unmarried Women and Unintended Pregnancy: An Indonesian Cross-Sectional Study. *Indian Journal of Community Medicine*, 361-363 https://doi.org/10.4103/ijcm.ijcm_325_22.
- Panghiyangan, R., & Ariyanti, D. (2024). Fenomena Kehamilan yang Tidak Diinginkan Pada Wanita Menikah Analisis Bibliometrik. *Jurnal Ners*, 2060–2066 <https://doi.org/10.31004/jn.v8i2.33925>.
- Pertiwi, N. F., & Abida, L. L. (2022). Dampak Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja. *Jurnal Fisioterapi dan Kesehatan Indonesia*, <https://doi.org/10.31960/caradde.v7i1.2432>.
- Romadlona, N. A. (2023). Gambaran Karakteristik Penggunaan Kontrasepsi Pada Wanita Yang Mengalami Kehamilan Tidak Diinginkan Di Jawa: Analisis Pendahuluan. *Jurnal Keperawatan Terapan*, 1-5 <https://doi.org/10.31290/joan.v9i1.3822>.
- Sari, N. N., Khumas, A., & Jalal, N. M. (2024). Gambaran Penerimaan Diri Remaja Hamil Diluar Nikah Dan Menikah. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 580-602 <https://doi.org/10.5281/zenodo.10642624>.
- Susanti, E., & Ridwan, A. (2020, Juli 3). Perempuan dan Praktik Budaya Mengontrol Kehamilan pada Keluarga Pra Sejahtera dalam Komunitas Islam Kota Surabaya. Surabaya, Jawa Timur, Indonesia.

- Taylor, D. B. (2017). Nurses' role in unintended pregnancy prevention. *Advancing New Standards In Reproductive Health*.
- Times, I. (2022, Juli 29). BKKBN: 40 Persen Kehamilan di Indonesia Tidak Direncanakan. Jakarta, DKI Jakarta, Indonesia.
- Wardani, Y. B., A. J., & N. A. (2024). Hubungan Pengetahuan Tentang Keluarga Berencana Dengan Kejadian Kehamilan Tidak Diinginkan Pada Wanita Menikah Usia Muda Di Bojonegoro. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, <https://doi.org/10.36418/syntax-literate.v9i3.15459>.
- WHO. (2020). *Unintended pregnancy and abortion worldwide*. New York City: WHO.
- Wulandari, R. C., Aryani, Y. S., & Meiranny, A. (2024). Hubungan Tingkat Pengetahuan Kehamilan Di Usia Remaja Dengan Kesehatan Mental di Kabupaten Tegal. *Journal of Midwifery and Health Science of Sultan Agung*, 28-35.
- Wulandari, S. (2024). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kehamilan Yang Tidak Diinginkan Pada Remaja. *Jurnal Riset Kesehatan Masyarakat*, 32-37 <https://doi.org/10.14710/jrkm.2024.21701>.

CHAPTER 2

KESEHATAN REPRODUKSI PADA WANITA LANSIA: TANTANGAN DAN PERAWATAN

Siti Rochana, S.Kep., Ners., M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan reproduksi pada wanita sering kali hanya dikaitkan dengan masa subur dan usia produktif, padahal perawatan kesehatan reproduksi perlu diperhatikan sepanjang siklus hidup, termasuk saat memasuki usia lanjut (World Health Organization [WHO], 2021). Dengan meningkatnya angka harapan hidup global, jumlah wanita lansia di seluruh dunia, termasuk Indonesia, mengalami peningkatan signifikan. Lansia perempuan merupakan kelompok yang rentan terhadap berbagai tantangan kesehatan, terutama terkait kesehatan reproduksi, yang sering kali diabaikan oleh masyarakat maupun sistem pelayanan kesehatan (Badan Pusat Statistik [BPS], 2022).

Masa lansia ditandai dengan perubahan fisiologis akibat penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron pascamenopause. Penurunan hormon ini berimplikasi pada berbagai gangguan kesehatan, seperti kekeringan vagina, osteoporosis, peningkatan risiko penyakit kardiovaskular, serta risiko kanker payudara dan ovarium (Nappi & Cucinella, 2020; Nelson et al., 2021). Selain itu, perubahan hormonal pada wanita lansia juga berdampak pada aspek psikologis mereka, yang menyebabkan rentannya kondisi seperti kecemasan, depresi, dan gangguan tidur (Avis et al., 2018).

Aspek sosial dan budaya turut memperburuk situasi ini, dimana stigma terhadap kebutuhan kesehatan reproduksi wanita lansia masih kuat dalam masyarakat. Pandangan bahwa wanita lansia tidak lagi memerlukan perhatian kesehatan reproduksi menyebabkan rendahnya tingkat akses mereka terhadap layanan kesehatan yang memadai (WHO, 2021). Di negara berkembang seperti Indonesia, kesenjangan dalam edukasi dan layanan kesehatan bagi wanita lansia masih menjadi tantangan besar yang perlu diatasi (BPS, 2022; Wati et al., 2023).

Menurut WHO (2021), kesehatan reproduksi merupakan hak yang harus dijamin sepanjang siklus hidup, termasuk pada fase usia lanjut. Perhatian terhadap kesehatan reproduksi wanita lansia terbukti memiliki dampak signifikan terhadap peningkatan kualitas hidup mereka secara holistik, baik dari aspek fisik, psikologis, maupun sosial (Nelson et al., 2021). Oleh karena itu, tenaga kesehatan, khususnya

perawat maternitas, memiliki peran strategis dalam memberikan dukungan yang komprehensif melalui pendekatan edukasi, intervensi berbasis bukti, serta kolaborasi multidisiplin dengan tenaga medis lain (Avis et al., 2018).

Dengan pemahaman yang lebih baik tentang tantangan yang dihadapi wanita lansia dan pentingnya peran perawat maternitas, diharapkan perhatian terhadap kesehatan reproduksi wanita lansia dapat meningkat. Dukungan yang tepat dari tenaga kesehatan akan memungkinkan wanita lansia untuk menjalani masa tua yang lebih sehat, produktif, dan berkualitas (Nappi & Cucinella, 2020).

B. Kebijakan dan Program Nasional untuk Kesehatan Reproduksi Lansia

Kesehatan reproduksi pada lanjut usia (lansia) merupakan aspek penting dalam upaya meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan mereka. Pemerintah Indonesia telah menetapkan berbagai kebijakan dan program nasional untuk memastikan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif bagi lansia.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah mengembangkan kebijakan pelayanan kesehatan lanjut usia yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan lansia melalui penyediaan sarana pelayanan kesehatan yang ramah, sehingga mereka dapat tetap hidup sehat dan produktif secara sosial maupun ekonomis. Upaya ini mencakup peningkatan layanan kesehatan dasar dengan pendekatan Pelayanan Santun Lanjut Usia, pengembangan Poliklinik Geriatri Terpadu di rumah sakit, dan penyediaan sarana serta prasarana yang ramah bagi lansia (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Selain itu, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas menekankan pentingnya pelayanan kesehatan bagi pra lansia (usia 45-59 tahun) dan lansia (usia 60 tahun ke atas). Pelayanan ini meliputi peningkatan kesehatan, penyuluhan, deteksi dini gangguan kesehatan, pengobatan penyakit, dan upaya pemulihan kesehatan. Puskesmas diharapkan menyediakan ruangan khusus lansia dan melakukan koordinasi lintas program serta sektor untuk meningkatkan kualitas layanan (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Program nasional yang mendukung kesehatan reproduksi lansia antara lain:

1. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK): Mencakup lima komponen utama: Kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi Remaja, Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual termasuk HIV/AIDS, dan Kesehatan Reproduksi pada Usia Lanjut. Pendekatan ini memastikan bahwa layanan kesehatan reproduksi tersedia sepanjang siklus hidup individu, termasuk bagi lansia.

2. Posyandu Lansia: Merupakan pos pelayanan terpadu yang khusus melayani lansia, menyediakan layanan kesehatan dasar, penyuluhan, dan kegiatan sosial untuk meningkatkan kualitas hidup lansia. Posyandu Lansia berperan dalam deteksi dini masalah kesehatan reproduksi dan umum pada lansia.
3. Program Bina Keluarga Lansia (BKL): Dikelola oleh Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), program ini bertujuan meningkatkan kualitas hidup lansia melalui pembinaan keluarga dalam aspek kesehatan, ekonomi, dan sosial. BKL memberikan edukasi mengenai pentingnya menjaga kesehatan reproduksi hingga usia lanjut.

Meskipun berbagai kebijakan dan program telah diterapkan, tantangan dalam implementasinya masih ada, seperti keterbatasan sumber daya, aksesibilitas layanan di daerah terpencil, dan kurangnya kesadaran masyarakat mengenai pentingnya kesehatan reproduksi pada lansia. Oleh karena itu, diperlukan upaya kolaboratif antara pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat untuk memastikan bahwa layanan kesehatan reproduksi bagi lansia dapat diakses secara merata dan efektif.

C. Tantangan Kesehatan Reproduksi pada Wanita Lansia

1. Faktor Fisiologis

Perubahan fisiologis pada wanita lansia, terutama akibat penurunan hormon estrogen dan progesteron pascamenopause, menciptakan berbagai masalah kesehatan reproduksi yang kompleks. Salah satu tantangan paling umum adalah atrofi vulvovaginal atau Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM), yang mencakup kekeringan vagina, penipisan dinding vagina, nyeri saat berhubungan seksual (*dispareunia*), dan seringnya infeksi saluran kemih. Kondisi ini berdampak signifikan pada kualitas hidup seksual dan kesejahteraan umum wanita lansia. Penelitian menunjukkan bahwa sekitar 50-60% wanita pascamenopause mengalami GSM, namun sebagian besar enggan melaporkannya karena stigma sosial dan kurangnya pengetahuan atau akses terhadap layanan kesehatan yang memadai (Parish et al., 2019; Nappi & Cucinella, 2020; Portman & Gass, 2014).

Penurunan hormon estrogen juga berdampak signifikan terhadap kepadatan tulang, yang memicu osteoporosis. Setelah menopause, wanita kehilangan sekitar 1-2% massa tulang per tahun akibat rendahnya kadar estrogen, yang berfungsi melindungi tulang dari resorpsi berlebihan (Compston et al., 2019; Gennari et al., 2022). Osteoporosis menyebabkan tulang menjadi rapuh dan rentan patah, terutama pada panggul, tulang belakang, dan pergelangan tangan. Studi global menunjukkan bahwa 1 dari 3 wanita berusia di atas 50 tahun akan mengalami fraktur tulang akibat osteoporosis selama sisa hidupnya (Kanis et al., 2021; Black et al., 2019). Kondisi ini semakin parah pada

lansia yang memiliki asupan kalsium dan vitamin D yang tidak memadai (Cosman et al., 2014).

Selain itu, menopause meningkatkan risiko penyakit kardiovaskular (PKV). Penurunan kadar estrogen menyebabkan perubahan metabolisme lipid, termasuk peningkatan kadar kolesterol LDL (*low-density lipoprotein*), penurunan HDL (*high-density lipoprotein*), resistensi insulin, dan hipertensi. Kondisi ini berkontribusi pada peningkatan risiko aterosklerosis dan penyakit jantung koroner. Studi epidemiologi mencatat bahwa wanita pascamenopause memiliki risiko PKV yang lebih tinggi dibandingkan pria seusia mereka (Zhao et al., 2020; Bots et al., 2021). PKV saat ini merupakan penyebab utama kematian pada wanita lansia di seluruh dunia (WHO, 2021).

Risiko kanker reproduksi, seperti kanker payudara dan kanker ovarium, juga meningkat seiring bertambahnya usia. Faktor risiko ini dipengaruhi oleh riwayat keluarga, usia lanjut, dan terapi hormonal jangka panjang. Data global menunjukkan bahwa 80% kasus kanker payudara terjadi pada wanita berusia di atas 50 tahun (Avis et al., 2018; Nelson et al., 2021). Deteksi dini kanker ovarium sering kali terlewatkan karena gejalanya tidak spesifik, seperti kembung, nyeri panggul, dan gangguan pencernaan ringan (Menon et al., 2018).

Gangguan metabolisme seperti sarkopenia—hilangnya massa dan kekuatan otot—juga menjadi masalah fisiologis yang signifikan. Kondisi ini dipengaruhi oleh perubahan hormonal, inaktivitas fisik, serta malnutrisi, yang sering ditemukan pada populasi lansia. Sarkopenia menyebabkan kelemahan, meningkatkan risiko jatuh, serta menurunkan kemandirian wanita lansia dalam melakukan aktivitas sehari-hari (Cruz-Jentoft et al., 2019; Dodds et al., 2020).

Selain itu, gejala vasomotor, seperti hot flashes (sensasi panas tiba-tiba), berkeringat di malam hari, dan jantung berdebar, masih sering dialami oleh sebagian wanita hingga bertahun-tahun pascamenopause. Gejala ini mengganggu kualitas tidur dan kesejahteraan umum, yang akhirnya berdampak pada kesehatan fisik dan psikologis mereka (Santoro et al., 2015; Faubion et al., 2019).

2. Faktor Psikologis

Perubahan hormonal pada masa menopause tidak hanya berdampak pada tubuh fisik tetapi juga pada kondisi psikologis. Wanita lansia sering kali mengalami kecemasan, depresi, dan gangguan tidur akibat perubahan hormon serta munculnya gejala seperti *hot flashes* dan keringat malam (Freeman et al., 2020; Hunter & Rendall, 2020). Penelitian menunjukkan bahwa sekitar 40-50% wanita pascamenopause mengalami gangguan tidur akibat perubahan hormonal dan faktor psikososial (Joffe et al., 2019).

Kecemasan ini diperparah oleh persepsi negatif terhadap penuaan dan penurunan fungsi reproduksi, yang kerap dianggap sebagai kehilangan identitas kewanitaan mereka (*Hunter & Rendall, 2020*). Wanita yang memiliki dukungan sosial rendah cenderung mengalami tingkat depresi yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang mendapatkan dukungan dari keluarga atau lingkungan (*Avis et al., 2018; Wati et al., 2023*).

3. Faktor Sosial, Budaya dan Ekonomi

Tantangan kesehatan reproduksi pada wanita lansia tidak lepas dari pengaruh faktor sosial dan budaya. Di banyak masyarakat, terdapat stigma bahwa wanita lansia tidak lagi membutuhkan perhatian terhadap kesehatan reproduksi, karena mereka dianggap sudah melewati masa subur (*WHO, 2021; Gopal et al., 2021*). Hal ini menyebabkan rendahnya kesadaran dan akses wanita lansia terhadap layanan kesehatan reproduksi yang memadai, terutama di daerah pedesaan (*Aryal et al., 2020; BPS, 2022*).

Secara ekonomi, keterbatasan sumber daya finansial dapat menjadi hambatan serius bagi wanita lansia untuk mengakses layanan kesehatan reproduksi. Lansia yang berasal dari keluarga ekonomi rendah atau tidak memiliki dukungan finansial cenderung mengabaikan keluhan kesehatan reproduksi (*Gopal et al., 2021; Compston et al., 2019*). Selain itu, biaya pengobatan untuk kondisi seperti osteoporosis, infeksi saluran kemih berulang, atau terapi hormon sering kali dianggap mahal dan tidak menjadi prioritas bagi lansia di kelompok ekonomi menengah ke bawah (*Nelson et al., 2021*).

4. Dampak Pada Kualitas Hidup

Tantangan kesehatan reproduksi pada wanita lansia berdampak langsung terhadap kualitas hidup mereka. Masalah seperti nyeri sendi, gangguan tidur, dan kekeringan vagina tidak hanya mengganggu kenyamanan fisik tetapi juga memengaruhi aspek psikologis dan sosial wanita lansia (*Freeman et al., 2020; Parish et al., 2019*).

Penurunan fungsi reproduksi sering kali dikaitkan dengan penurunan harga diri, terutama dalam budaya di mana identitas kewanitaan dan peran istri dipandang penting (*Hunter & Rendall, 2020*). Selain itu, gangguan kesehatan reproduksi juga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari dan mobilitas wanita lansia, sehingga meningkatkan risiko isolasi sosial dan ketergantungan pada anggota keluarga (*Avis et al., 2018*).

Penelitian oleh Wati et al. (2023) menunjukkan bahwa kualitas hidup wanita lansia dapat ditingkatkan melalui intervensi yang terfokus pada kesehatan reproduksi, seperti program edukasi, terapi fisik, dan dukungan psikologis. Oleh karena itu, perhatian terhadap kesehatan reproduksi pada usia lanjut bukan

hanya sekadar masalah medis, tetapi juga isu kesejahteraan yang perlu mendapat perhatian serius.

D. Peran Perawat Maternitas dalam Mendukung Kesehatan Reproduksi Wanita Lansia

1. Edukasi Kesehatan

Perawat maternitas berperan penting dalam memberikan edukasi kesehatan kepada wanita lansia terkait perubahan yang terjadi pada sistem reproduksi akibat penuaan. Edukasi ini mencakup informasi tentang gejala umum menopause seperti hot flashes, kekeringan vagina, dan gangguan tidur serta strategi mengelolanya, termasuk perubahan gaya hidup sehat (*Hunter & Rendall, 2020*). Selain itu, perawat juga dapat memberikan edukasi terkait pentingnya pemeriksaan rutin untuk deteksi dini kanker payudara dan kanker serviks, serta manfaat aktivitas fisik untuk mencegah osteoporosis dan penyakit kardiovaskular (*Gennari et al., 2022; Parish et al., 2019*).

Edukasi berbasis komunitas melalui program kelompok pendukung terbukti efektif meningkatkan pengetahuan dan kualitas hidup wanita lansia. Studi oleh Aryal et al. (2020) menunjukkan bahwa wanita yang mengikuti edukasi kelompok cenderung memiliki pemahaman lebih baik tentang kesehatan reproduksi dan mengurangi kecemasan terkait gejala menopause.

2. Intervensi Holistik

Pendekatan holistik dalam perawatan kesehatan reproduksi wanita lansia melibatkan perhatian terhadap aspek fisik, psikologis, dan spiritual. Perawat dapat mendorong praktik senam menopause, yang terbukti mengurangi gejala fisik seperti nyeri sendi dan hot flashes, serta meningkatkan kesehatan mental (*Gopal et al., 2021*). Selain itu, teknik relaksasi seperti meditasi, terapi musik, atau dzikir dapat membantu mengatasi kecemasan dan gangguan tidur (*Freeman et al., 2020*).

Pendekatan spiritual juga penting karena banyak wanita lansia menemukan dukungan emosional dan ketenangan melalui praktik keagamaan atau meditasi (*Hunter & Rendall, 2020*). Perawat maternitas dapat bekerja sama dengan tokoh agama atau konselor spiritual untuk memberikan dukungan yang lebih menyeluruh.

3. Kolaborasi Multidisiplin

Kolaborasi antara perawat maternitas dan tenaga kesehatan lainnya, seperti dokter, ahli gizi, fisioterapis, dan psikolog, diperlukan untuk memberikan pendekatan komprehensif bagi wanita lansia. Sebagai contoh, perawat dapat membantu merencanakan pola makan seimbang bersama ahli gizi untuk

mencegah osteoporosis dan penyakit metabolik, atau bekerja sama dengan fisioterapis untuk merancang program latihan fisik yang sesuai dengan kondisi fisik lansia (*Nelson et al., 2021*).

Penelitian oleh Zhao et al. (2020) menekankan bahwa pendekatan multidisiplin dalam perawatan menopause telah terbukti meningkatkan kepatuhan pasien terhadap rekomendasi medis dan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan. Perawat maternitas berperan sebagai koordinator layanan, memastikan setiap aspek kesehatan pasien mendapat perhatian.

4. Pemberdayaan dan Advocacy

Perawat maternitas juga memiliki peran dalam memberdayakan wanita lansia agar lebih sadar dan aktif menjaga kesehatan reproduksi mereka. Hal ini dapat dilakukan melalui kampanye kesehatan reproduksi lansia, penyediaan layanan konsultasi, dan advokasi untuk memperbaiki kebijakan layanan kesehatan yang ramah lansia (*WHO, 2021*). Penelitian oleh Compston et al. (2019) menunjukkan bahwa pendekatan berbasis komunitas dan advokasi kesehatan dapat meningkatkan akses layanan kesehatan di daerah terpencil dan kelompok ekonomi rendah.

E. Peran Keluarga dalam Mendukung Kesehatan Reproduksi Wanita Lansia

Dukungan keluarga memainkan peran penting dalam membantu wanita lansia menghadapi tantangan kesehatan reproduksi, terutama selama fase menopause yang sering kali disertai gejala fisik dan emosional. Dukungan emosional dari keluarga, seperti perhatian dan empati, dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis serta mengurangi risiko stres dan depresi pada wanita lansia (Prasetyawati, 2015). Selain itu, dukungan instrumental, seperti membantu aktivitas sehari-hari atau menyediakan akses ke layanan kesehatan, turut berkontribusi terhadap perbaikan kualitas hidup mereka (Kurniasih & Wulandari, 2019). Kehadiran keluarga yang peduli tidak hanya memberikan rasa aman tetapi juga memotivasi lansia untuk menjalani gaya hidup sehat dan mematuhi anjuran medis. Studi internasional menunjukkan bahwa dukungan keluarga yang kuat berhubungan dengan peningkatan kualitas hidup dan kesejahteraan psikologis pada wanita menopause (Miller & DiMatteo, 2013).

Kolaborasi antara keluarga dan tenaga kesehatan, terutama perawat maternitas, menjadi faktor kunci dalam keberhasilan perawatan kesehatan reproduksi pada wanita lansia. Keluarga dapat berperan aktif dalam mendukung pelaksanaan program kesehatan, seperti mengingatkan jadwal senam menopause atau memastikan kepatuhan terhadap pengobatan yang telah diresepkan (Kementerian Kesehatan RI, 2014). Selain itu, edukasi yang diberikan oleh tenaga

kesehatan kepada keluarga tentang gejala menopause dan cara memberikan dukungan emosional dapat membantu mengoptimalkan hasil perawatan (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Penelitian internasional menekankan pentingnya kolaborasi ini, dimana keterlibatan keluarga dalam perawatan kesehatan lansia dapat meningkatkan kepatuhan terhadap pengobatan dan hasil kesehatan secara keseluruhan (Miller & DiMatteo, 2013).

F. Evidence-Based dalam Perawatan Kesehatan Reproduksi

Pendekatan berbasis bukti dalam perawatan kesehatan reproduksi wanita lansia memainkan peran penting dalam memastikan bahwa intervensi yang dilakukan efektif dan sesuai dengan kondisi medis terkini. Berbagai penelitian dan intervensi berbasis bukti telah menunjukkan pentingnya **pendekatan holistik** dalam perawatan, yang mencakup edukasi kesehatan, terapi fisik, dan dukungan psikososial untuk wanita lansia. Beberapa evidence based dalam perawatan kesehatan reproduksi diantaranya sebagai berikut:

1. Program Edukasi Kesehatan

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa program edukasi kesehatan dapat membantu wanita lansia memahami perubahan yang terjadi selama menopause dan meningkatkan kualitas hidup mereka. Misalnya, program edukasi yang melibatkan konseling mengenai perubahan fisiologis dan pengelolaan gejala-gejala menopause, seperti hot flashes dan kekeringan vagina, dapat mengurangi kecemasan dan meningkatkan kesejahteraan psikologis (*Hunter & Rendall, 2020*).

Penelitian oleh Bustos et al. (2020) mengungkapkan bahwa intervensi edukasi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan, termasuk perawat, terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan tentang kanker payudara dan pentingnya pemeriksaan rutin. Program ini juga dapat mendorong wanita lansia untuk lebih aktif mencari layanan kesehatan reproduksi yang sesuai dengan kebutuhan mereka.

2. Senam Menopause

Beberapa penelitian juga mendukung senam menopause sebagai intervensi yang efektif dalam mengelola gejala fisik menopause. Sebagai contoh, sebuah studi oleh Gopal et al. (2021) menunjukkan bahwa senam menopause secara signifikan mengurangi gejala hot flashes, nyeri sendi, dan gangguan tidur pada wanita lansia. Program ini juga meningkatkan kualitas tidur dan kesejahteraan emosional wanita lansia, membantu mereka lebih adaptif terhadap perubahan yang terjadi dalam hidup mereka.

3. Terapi Hormonal

Terapi hormonal masih menjadi bagian penting dari manajemen gejala menopause pada beberapa wanita lansia. Namun, terapi ini harus dilakukan dengan hati-hati dan sesuai dengan evaluasi risiko setiap individu, mengingat adanya potensi efek samping, seperti peningkatan risiko kanker payudara atau penyakit kardiovaskular (*Gennari et al., 2022*). Perawat maternitas memiliki peran penting dalam memberikan informasi kepada pasien mengenai manfaat dan risiko terapi hormon serta memastikan pasien mendapat perawatan yang paling tepat.

4. Kesehatan Mental dan Dukungan Psikologis

Tantangan psikologis yang sering dihadapi oleh wanita lansia, seperti depresi dan kecemasan, dapat diatasi dengan pendekatan berbasis bukti yang melibatkan dukungan psikologis dan terapi relaksasi. Penelitian oleh Freeman et al. (2020) menunjukkan bahwa intervensi seperti meditasi, terapi musik, dan praktik spiritual dapat membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan kualitas hidup wanita lansia. Pendekatan ini dapat dilakukan oleh perawat maternitas dengan melibatkan wanita lansia dalam sesi kelompok atau individu yang memberikan ruang untuk berbagi pengalaman dan perasaan.

5. Studi Kasus dan Program Kesehatan Reproduksi Berbasis Komunitas

Beberapa studi kasus juga menunjukkan keberhasilan program kesehatan reproduksi berbasis komunitas dalam meningkatkan kesadaran dan akses wanita lansia terhadap layanan kesehatan yang tepat. Aryal et al. (2020) menunjukkan bahwa wanita yang terlibat dalam program komunitas mengenai kesehatan reproduksi lebih cenderung untuk mengikuti pemeriksaan rutin dan berkonsultasi dengan tenaga medis tentang masalah kesehatan reproduksi mereka. Program berbasis komunitas tidak hanya memberikan edukasi, tetapi juga menciptakan lingkungan yang mendukung di mana wanita lansia merasa lebih terhubung dan berdaya dalam menjaga kesehatan mereka.

G. Teknologi dan Inovasi dalam Perawatan Wanita Lansia

Teknologi dan inovasi telah membawa dampak signifikan pada dunia kesehatan, termasuk dalam perawatan wanita lansia. Perubahan demografi yang menunjukkan peningkatan populasi lanjut usia, terutama wanita, mendorong pengembangan teknologi yang dirancang untuk mendukung kebutuhan kesehatan mereka. Inovasi ini tidak hanya meningkatkan kualitas hidup wanita lansia tetapi juga memberikan solusi praktis untuk tantangan kesehatan yang kompleks.

1. Teknologi Wearable untuk Pemantauan Kesehatan

Wearable devices, seperti jam tangan pintar dan alat pelacak kesehatan, semakin banyak digunakan oleh wanita lansia. Perangkat ini mampu memantau tekanan darah, detak jantung, pola tidur, hingga aktivitas fisik harian. Misalnya, Fitbit dan Apple Watch menyediakan data real-time yang dapat membantu wanita lansia mengelola kondisi kronis seperti hipertensi atau diabetes (Smith & Anderson, 2021). Selain itu, teknologi ini memungkinkan deteksi dini masalah kesehatan, sehingga langkah-langkah pencegahan dapat diambil lebih cepat.

2. Telemedicine untuk Akses Layanan Kesehatan

Telemedicine telah menjadi solusi penting dalam menyediakan akses layanan kesehatan bagi wanita lansia, terutama mereka yang tinggal di daerah terpencil. Melalui konsultasi video, dokter dapat mengevaluasi kondisi pasien, memberikan resep obat, dan memantau perawatan dari jarak jauh. Sebuah studi oleh Lee et al. (2022) menunjukkan bahwa telemedicine meningkatkan kepatuhan wanita lansia terhadap jadwal pemeriksaan kesehatan rutin, mengurangi risiko keterlambatan diagnosis penyakit kronis.

3. Robotika untuk Perawatan Lansia

Inovasi dalam bidang robotika, seperti robot asisten, juga menjadi bagian dari perawatan wanita lansia. Robot ini dirancang untuk membantu aktivitas sehari-hari, seperti mengingatkan jadwal minum obat, membantu mobilitas, hingga memberikan dukungan emosional. Contohnya, robot seperti Paro, yang berbentuk hewan peliharaan, telah terbukti efektif dalam mengurangi rasa kesepian dan meningkatkan kesehatan mental pada wanita lansia (Hirose & Nakamura, 2020).

4. Aplikasi Digital untuk Edukasi dan Manajemen Kesehatan

Aplikasi kesehatan berbasis ponsel memberikan akses mudah bagi wanita lansia untuk belajar tentang kesehatan mereka. Aplikasi ini mencakup fitur seperti pengingat obat, pelatihan fisik, hingga panduan nutrisi. Contohnya, aplikasi MyFitnessPal membantu wanita lansia mengelola pola makan dan aktivitas fisik sesuai dengan kebutuhan usia mereka. Hal ini mendukung upaya pencegahan penyakit dan peningkatan kualitas hidup (Johnson et al., 2021).

5. Inovasi dalam Peralatan Medis

Peralatan medis yang lebih canggih dan ramah pengguna telah dirancang untuk mendukung kesehatan wanita lansia. Contohnya, alat bantu dengar dengan fitur pengurangan kebisingan otomatis atau kursi roda elektrik yang mudah dikendalikan. Teknologi ini dirancang untuk memberikan kenyamanan dan meningkatkan kemandirian wanita lansia dalam aktivitas sehari-hari (Chen & Wang, 2022).

6. Teknologi Kecerdasan Buatan (Artificial Intelligence)

Kecerdasan buatan (AI) digunakan untuk menganalisis data kesehatan wanita lansia dan memberikan rekomendasi perawatan yang disesuaikan. AI juga digunakan dalam analisis radiologi untuk mendeteksi penyakit seperti osteoporosis atau kanker pada tahap awal, yang sangat penting bagi wanita lansia (Miller et al., 2023).

Dapat disimpulkan bahwa teknologi dan inovasi memainkan peran penting dalam meningkatkan kualitas perawatan bagi wanita lansia. Penggunaan perangkat wearable, telemedicine, robot asisten, aplikasi digital, peralatan medis modern, dan AI memberikan solusi yang efektif dan efisien untuk berbagai tantangan kesehatan. Dengan terus berkembangnya teknologi, masa depan perawatan kesehatan bagi wanita lansia diperkirakan akan semakin personal dan aksesibel, mendukung mereka untuk hidup lebih sehat dan bahagia.

H. Simpulan

Kesehatan reproduksi pada wanita lansia adalah aspek yang sering terabaikan dalam sistem perawatan kesehatan, meskipun memiliki tantangan yang signifikan dan berdampak langsung pada kualitas hidup mereka. Penurunan fungsi ovarium yang menyebabkan gejala menopause, seperti hot flashes, kekeringan vagina, dan perubahan suasana hati, disertai dengan peningkatan risiko penyakit kronis seperti osteoporosis dan penyakit kardiovaskular, merupakan aspek fisiologis utama yang memerlukan perhatian khusus. Selain itu, tantangan psikologis seperti kecemasan dan depresi yang sering muncul selama menopause memperumit perawatan kesehatan pada kelompok ini. Faktor sosial, budaya, dan ekonomi, termasuk stigma terhadap wanita lansia dan kurangnya kesadaran tentang pentingnya perawatan kesehatan reproduksi, semakin menambah kompleksitas dalam memberikan layanan yang optimal.

Perawat maternitas memiliki peran yang sangat penting dalam mendukung kesehatan reproduksi wanita lansia. Melalui edukasi kesehatan yang tepat, mereka dapat memberikan informasi yang dibutuhkan wanita lansia untuk memahami perubahan fisiologis yang terjadi dan mengelola gejala-gejala yang muncul, seperti hot flashes dan kekeringan vagina. Selain itu, perawat juga dapat memberikan dukungan psikologis dan intervensi berbasis holistik, seperti senam menopause dan terapi relaksasi, yang terbukti efektif dalam meningkatkan kualitas hidup. Kolaborasi multidisiplin antara perawat, dokter, ahli gizi, dan psikolog juga menjadi bagian penting dalam memberikan perawatan yang komprehensif dan berbasis bukti.

Oleh karena itu, penulis memberikan rekomendasi untuk pengembangan program kesehatan berbasis komunitas yang melibatkan perawat maternitas dan

keluarga, pemanfaatan teknologi digital untuk memantau kesehatan dan memberikan edukasi, penguatan dukungan keluarga, serta kolaborasi multidisiplin dalam perawatan kesehatan reproduksi wanita lansia. Selain itu, kebijakan kesehatan yang ramah lansia perlu diperkuat untuk memastikan akses yang lebih baik terhadap layanan kesehatan. Penelitian lebih lanjut juga diperlukan untuk menggali efektivitas berbagai intervensi yang mendukung kualitas hidup wanita lansia.

I. Referensi

- Aryal, T. N., Vaidya, A., & Dhungana, R. R. (2020). *Barriers to access reproductive health services among aging women in rural areas: A cross-sectional study*. *Journal of Women's Health*, 29(3), 305-312.
- Aryal, R., Adhikari, P., & Rijal, K. (2020). Effectiveness of community-based education on menopause and health promotion among rural women. *International Journal of Public Health*, 65(5), 621-628. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01431-1>
- Avis, N. E., Crawford, S. L., & Green, R. (2018). *Mental Health and Physical Symptoms During Menopause*. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America*, 45(4), 663-678.
- Avis, N. E., Crawford, S. L., Greendale, G., & Joffe, H. (2018). *Is there a menopausal syndrome? Menopause and quality of life*. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*, 25(6), 638-648.
- Badan Pusat Statistik (BPS). (2022). *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2022*. Jakarta: BPS.
- Black, D. M., Rosen, C. J., & Clarke, B. L. (2019). Postmenopausal Osteoporosis. *New England Journal of Medicine*, 374(3), 254-262.
- Bots, S. H., Peters, S. A., & Woodward, M. (2021). *Sex Differences in Cardiovascular Disease*. *Nature Reviews Cardiology*, 18(6), 433-442.
- Bustos, C., Miranda, E., & Ramos, M. (2020). Impact of educational interventions on women's health during menopause: A systematic review. *Menopause Review*, 18(4), 135-145. <https://doi.org/10.1515/menrev-2020-0014>
- Chen, Y., & Wang, X. (2022). Advanced medical devices for elderly patients: Innovations and applications. *Biomedical Engineering Advances*, 8(3), 100-110.
- Compston, J. E., McClung, M. R., & Leslie, W. D. (2019). *Osteoporosis*. *The Lancet*, 393(10169), 364-376.
- Compston, J., Cooper, A., & Kanis, J. A. (2019). *Guidelines for the management of osteoporosis in postmenopausal women*. *Osteoporosis International*, 30(1), 3-44.

- Cosman, F., de Beur, S. J., LeBoff, M. S., Lewiecki, E. M., Tanner, B., Randall, S., & Lindsay, R. (2014). Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporosis International*, 25(10), 2359-2381.
- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., ... & Rolland, Y. (2019). *Sarcopenia: Revised European Consensus on Definition and Diagnosis*. *Age and Ageing*, 48(1), 16-31.
- Dodds, R. M., Roberts, H. C., Cooper, C., & Sayer, A. A. (2020). The Epidemiology of Sarcopenia. *Journal of Clinical Medicine*, 9(3), 627.
- Faubion, S. S., Kapoor, E., Moyer, A., & Szarka, M. A. (2019). Hot flashes and night sweats: Quality of life considerations. *Climacteric*, 22(4), 363-369. <https://doi.org/10.1080/13697137.2019.1623893>
- Freeman, E. W., Sammel, M. D., & Lin, H. (2020). *Sleep in menopause: A critical review of sleep disturbances and their potential causes*. *Menopause*, 27(6), 603-611.
- Freeman, E. W., Rickels, K., & Kuehner, C. (2020). Cognitive behavioral therapy for menopausal symptoms: Evidence and clinical practice. *Journal of Women's Health*, 29(3), 387-394. <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.8035>
- Gennari, L., Bilezikian, J. P., Fraser, L. A., & Miller, P. D. (2022). *Osteoporosis in Older Adults*. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 1-23.
- Gennari, L., Lapini, A., & Trevisan, M. (2022). Hormone therapy and menopause: Benefits and risks. *The Lancet*, 4(2), 96-102. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00021-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00021-6)
- Gopal, A., Abubakar, I., & Ali, N. (2021). *Health disparities in reproductive health services among aging women in low-income settings*. *Global Health Action*, 14(1), 1923749.
- Gopal, R., Singh, B., & Patel, R. (2021). The effect of exercise on menopause-related symptoms in postmenopausal women: A systematic review and meta-analysis. *Menopause*, 28(8), 976-984. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001725>
- Hirose, T., & Nakamura, K. (2020). Social robots in elderly care: A review of benefits and challenges. *Aging and Society*, 35(4), 567-584.
- Hunter, M. S., & Rendall, M. (2020). *The impact of menopause on mental health and well-being*. *Maturitas*, 135, 43-48.
- Hunter, M. S., & Rendall, M. (2020). Menopause: A guide for women and clinicians. *The British Journal of Women's Health*, 13(1), 13-17. <https://doi.org/10.1177/2042258920900654>

- Joffe, H., Crawford, S. L., & Freeman, M. P. (2019). *Sleep disturbances and menopause: Association with psychosocial factors*. *Sleep Health*, 5(3), 246-252.
- Johnson, L., Taylor, P., & Brown, M. (2021). Mobile health applications for aging populations: A systematic review. *Journal of Digital Health*, 12(2), 89-105.
- Kanis et al., 2021: Kanis, J. A., Norton, N., Harvey, N. C., Jacobson, T., Johansson, H., Liu, E., Lorentzon, M., McCloskey, E. V., Willers, C., & Borgström, F. (2021). SCOPE 2021: A new scorecard for osteoporosis in Europe. *Archives of Osteoporosis*, 16(1), 82. <https://doi.org/10.1007/s11657-021-00968-9>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Khusus*. Retrieved from hukor.kemkes.go.id
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Pelayanan dan Peningkatan Kesehatan Usia Lanjut*. Diakses dari
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 67 Tahun 2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia di Puskesmas*. Diakses dari
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Keperawatan Keluarga*. Retrieved from repository.poltekkesbengkulu.ac.id
- Kurniasih, N., & Wulandari, A. (2019). *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Kemandirian Lansia dalam Pemenuhan Aktivitas Sehari-hari di Panti Sosial Tresna Werdha*. *Jurnal Keperawatan*, 7(2), 123-130.
- Lee, H., Kim, S., & Park, J. (2022). Telemedicine adoption and its effects on health outcomes for older adults. *International Journal of Telehealth*, 10(1), 50-63.
- Menon, U., Karpinskyj, C., & Gentry-Maharaj, A. (2018). Ovarian Cancer Prevention and Screening. *Obstetrics and Gynecology*, 131(5), 909-927.
- Miller, A., Roberts, G., & Clarke, S. (2023). Artificial intelligence in geriatric healthcare: Applications and future prospects. *AI in Medicine*, 39(1), 15-25.
- Miller, T. A., & DiMatteo, M. R. (2013). *Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy*. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 6, 421-426. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S36368>
- Nappi, R. E., & Cucinella, L. (2020). *Menopause and Sexuality: Key Issues in Management*. *Journal of Endocrinological Investigation*, 43(12), 1649-1658.
- Nappi, R. E., & Cucinella, L. (2020). *Vulvovaginal atrophy in postmenopausal women: A neglected issue*. *Climacteric*, 23(2), 132-138.

- Nelson, H. D., Fu, R., & Freeman, M. (2021). *Hormone Therapy for the Primary Prevention of Chronic Conditions in Postmenopausal Women*. *JAMA*, 325(11), 1131-1141.
- Nelson, H. D., Fu, R., & Freeman, M. (2021). *Screening for osteoporosis in postmenopausal women: Evidence update for the USPSTF*. *JAMA*, 326(15), 1567-1576.
- Parish, S. J., & Nippita, S. (2019). Sexual health concerns in aging women. *Medical Clinics of North America*, 103(4), 681–698. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.03.007>
- Parish, S. J., Gillespie, J. A., & Davis, S. R. (2019). *Atrophic Vaginitis: New Perspectives on an Old Problem*. *Climacteric*, 22(2), 142-147.
- Parish, S. J., Nappi, R. E., & Kingsberg, S. A. (2019). *Impact of vulvovaginal atrophy on quality of life and sexual health*. *Menopause*, 26(4), 397-404.
- Portman, D. J., & Gass, M. L. (2014). Genitourinary Syndrome of Menopause: New Terminology for Vulvovaginal Atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *Menopause*, 21(10), 1063-1068.
- Prasetyawati, E. (2015). *Pengalaman dan Dukungan Keluarga terhadap Perubahan Psikologis Wanita Menopause di Kelurahan X*. *Jurnal Penelitian Kesehatan*, 3(1), 45-52.
- Santoro, N., Randolph, J. F., & Crawford, S. L. (2015). Menopause and the Perimenopausal Transition. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 44(3), 485-496.
- Smith, J., & Anderson, R. (2021). The impact of wearable devices on chronic disease management among the elderly. *Journal of Geriatric Health*, 45(3), 210-220.
- Wati, R. A., Lestari, D., & Wijayanti, P. (2023). *Pentingnya Kesehatan Reproduksi pada Wanita Lansia*. *Jurnal Kesehatan Perempuan*, 10(2), 45-50.
- Wati, S., Rahayu, E., & Nugroho, A. (2023). *Kualitas hidup perempuan menopause: Tantangan dan intervensi kesehatan*. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 14(2), 120-128.
- World Health Organization. (2021). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Zhao, D., Guallar, E., Ouyang, P., & Vaidya, D. (2020). *Endogenous Sex Hormones and Cardiovascular Disease Risk in Postmenopausal Women*. *Journal of the American College of Cardiology*, 75(12), 1391-1400.
- Zhao, Y., Chen, Y., & Zhang, Z. (2020). Integrated healthcare for postmenopausal women: A systematic review of evidence-based approaches. *International*

J. Glosarium

Dispareunia: Rasa nyeri atau ketidaknyamanan yang dirasakan saat melakukan hubungan seksual, sering dialami oleh wanita menopause akibat perubahan hormon dan atrofi vagina.

Estrogen: Hormon reproduksi utama pada wanita yang berperan dalam perkembangan dan fungsi sistem reproduksi. Kadar estrogen menurun drastis selama menopause.

Hot Flashes: Sensasi panas yang mendadak, biasanya pada wajah, leher, dan dada, sering dialami oleh wanita menopause sebagai gejala vasomotor.

Kesehatan Reproduksi: Kondisi fisik, mental, dan sosial yang berkaitan dengan sistem reproduksi pada semua tahap kehidupan.

Menopause: Tahap alami dalam kehidupan wanita yang ditandai dengan berhentinya menstruasi selama 12 bulan berturut-turut, biasanya terjadi pada usia 45-55 tahun.

Progesteron: Hormon yang berperan penting dalam siklus menstruasi dan kehamilan, yang kadarnya juga menurun selama menopause.

Senam Menopause: Program olahraga yang dirancang untuk meningkatkan fleksibilitas, kekuatan, dan kesejahteraan wanita menopause.

CHAPTER 3

KEHAMILAN DI USIA MUDA: RISIKO DAN PENDEKATAN KESEHATAN YANG TEPAT

Eka Rudy Purwana, SST., M.Kes.

A. Pendahuluan

Masa-masa remaja merupakan suatu periode di mana terjadinya suatu perkembangan dan pertumbuhan yang sangat pesat terkait dengan fisik psikologis maupun intelektual di usia ini biasanya memiliki rasa penasaran yang tinggi dan kemudian mengambil resiko yang cenderung berani dan dilakukan tanpa ada suatu pertimbangan yang masak dan Jika keputusan yang diambil untuk menghadapi masalah tersebut tidak sesuai dengan norma atau penyelesaian masalah yang tidak tepat maka akan menyebabkan remaja tersebut beresiko menanggung akibat jangka pendek dan akibat dari jangka panjang yang akan mempengaruhi masalah-masalah kesehatannya baik dari segi fisik mental sosial dan psikososialnya secara umum reproduksi yang sehat adalah suatu fisik yang sehat pula mental dan sosial yang utuh yang tidak diproyeksikan pada penyakit-penyakit atau gangguan fungsi sistem dan masalah-masalah yang berkaitan dengan reproduksi dan masalah-masalah tersebut.

Zaman era milenial ini ini paling sering dilihat dari fenomena-fenomena yang terjadi sekarang di masyarakat contoh yang paling banyak terjadi adalah kehamilan remaja kehamilan remaja di sini memiliki dampak negatif baik untuk ibunya maupun dengan bayi yang dikandungnya. Hal ini juga akan mempengaruhi dampak-dampak yang lain misalnya adalah sosial ekonomi kemudian ada gangguan-gangguan kesehatan seperti kelahiran prematur ,berat badan bayi lahir rendah (BBLR) ,terjadinya perdarahan pada persalinan remaja yang meningkatkan risiko terjadinya kematian pada ibu dan bayi yang dikandung olehnya dan fenomena yang lain yang terjadi adalah kasus kehamilan yang tidak dikehendaki dan aborsi yang dilakukan oleh remaja yang tidak sesuai dengan kaidah kesehatan dan dilaksanakan di luar instansi kesehatan

Persalinan pada remaja dibawa usia 20 tahun dari hasil penelitian menunjukkan bahwa angka kematian dari si jabang bayi itu memiliki rata-rata yang tinggi dari hasil survei demografi dan kesehatan Indonesia tahun 2012 dapat dianalisis bahwa kematian dari bayi dan balita ini memiliki kasus yang lebih tinggi dibandingkan pada usia ibu yang berumur 20 sampai 39 tahun

Fenomena lain yang bisa menyebabkan masalah kesehatan pada remaja adalah masih minimnya pengetahuan terkait dengan kesehatan reproduksi. Hal ini dapat diketahui dari angka persentase dari remaja perempuan yang berkisar 35,3% dan angka kasus kejadian pada remaja laki-laki sebesar 31,2% yang berusia antara rentang 15 sampai 19 tahun menunjukkan bahwa perempuan itu dapat terjadi kehamilan walaupun hanya satu kali berhubungan seksual begitu pula juga gejala-gejala penyakit menular seksual itu juga sangat kurang diketahui oleh remaja. Hal ini bisa didapatkan dari kasus bahwa informasi tentang HIV relatif lebih kurang diketahui oleh remaja yang berkisar pada remaja perempuan 9,9% dan remaja laki-laki 10,6%.

Dari fenomena dan masalah yang dialami oleh remaja kami tertarik untuk membahas panduan yang digunakan sebagai salah satu tindakan pencegahan dan peningkatan pengetahuan bagi remaja terutama pada masalah kesehatan reproduksi dan masalah kehamilan yang tidak diinginkan. Dari berbagai resiko yang dialami oleh remaja maka perlu adanya suatu pemberian edukasi terkait dengan masalah remaja yang hamil pendekatan-pendekatan apa saja yang bisa memecahkan masalah tersebut dan memastikan jika terjadi kehamilan maka perlu ada penanganan yang sehat termasuk juga pemeriksaan medis dukungan psikologis dan dukungan-dukungan terutama dari pihak pemerintah untuk memecahkan masalah terkait dengan kehamilan di usia muda.

B. Resiko yang Dijumpai Pada Remaja yang Mengalami Kehamilan

Berikut ini adalah Resiko yang dialami oleh remaja karena Resiko yang dimiliki lebih tinggi dibandingkan dengan kehamilan pada usia dewasa resiko tersebut meliputi:

1. Tekanan darah tinggi dan preeklampsia

a. Definisi

Dasar utama dari pengertian hipertensi dalam kehamilan yaitu pengukuran tekanan darah di mana tekanan darah sistoliknya lebih besar sama dengan 140 MMHg dan atau tekanan darah diastolik lebih besar sama dengan 90 MMHg setelah dinyatakan usia kehamilannya lebih dari 20 Minggu (Retnaningtyas, 2021)

b. Klasifikasi dari hipertensi pada kehamilan terdiri dari beberapa kategori :

- 1) Klasifikasi ringan dengan tekanan darah 140 sampai 159/90 sampai 109 MMHg
- 2) Klasifikasi berat tekanan darah lebih besar sama dengan 160/110 MMHg (Kurniawati, Septiyono and Sari, 2020)

c. Klasifikasi menurut jenis dikategorikan sebagai berikut

1) Hipertensi Kronik

Hipertensi ini diketahui dari sebelum kehamilan atau sesudah mencapai usia kehamilan 20 Minggu dan menetap selama lebih dari 6 minggu pasca persalinan dan biasanya disertai dengan protein urea pada wanita dengan hipertensi kronik. pemeriksaan secara umum dapat dilakukan pada kedua lengan dengan menggunakan hasil pemeriksaan yang paling tinggi (Yulizawati, 2019)

2) Hipertensi gestasional

Hipertensi ini terjadi pada usia kehamilan lebih besar 20 Minggu dan tekanan darah akan mulai menjadi norma dalam waktu 6 minggu pasca persalinan tanpa ada kerusakan dari organ dari ibu hamil

3) Hipertensi kronik Plus Super Inponed

Hipertensi ini merupakan kasus hipertensi bersifat gestasional dengan adanya proteinuria

4) PreEklamsia

Hipertensi dengan preeklamsia di sini disebabkan oleh kehamilan setelah usia kehamilan lebih besar 20 Minggu dengan disertai gangguan sistem organ dengan satu atau dua kriteria yang disebutkan di bawah ini

a) Adanya proteinuria bermakna lebih besar 0,3 gram per 24 jam atau lebih besar sama dengan 30 Minggu per mmol acr)

b) Gangguan sistem ginjal yang ditandai dengan adanya Kreatinin serum lebih besar 1 MG per dl

c) Gangguan fungsi hati yang ditandai dengan adanya SGPT >50 IU/L dan atau nyeri epigastrium/ pada kuadran sebelah kanan yang hebat

d) Gejala neurologis seperti kejang eklamsi, hiperefleksia dengan klonus sakit kepala hebat dengan hiperefleksia

e) Gangguan hematologi seperti trombositopenia dan hemolisis

f) IUGR (*Intra Uterine Growth Restriction*)(Kurniawati, Septiyono and Sari, 2020)

5) Hipertensi Antenatal Yang Tidak Terklasifikasi

Istilah ini biasanya digunakan apabila pada saat pengukuran dilakukan setelah usia lebih dari 20 Minggu dan tidak jelas Apakah termasuk hipertensi kronik atau bukan biasanya akan dilakukan evaluasi selama 6 minggu post partum untuk membedakan apakah dapat dikategorikan sebagai hipertensi kronik atau gestasional(Kesumawati, Mardiyono and Latifah, 2020)

d. Faktor risiko hipertensi pada kehamilan

1) Berusia di bawah 20 tahun atau di atas 30 tahun

- 2) Mengalami obesitas atau kenaikan berat badan yang berlebih pada ibu hamil dengan imt lebih dari 26 berpeluang 2,6 kali lebih besar mengalami hipertensi dalam kehamilan
- 3) Paritas atau riwayat persalinan.
- 4) Riwayat keluarga yang memiliki hipertensi
- 5) Hiperplacentosis yaitu peningkatan berat plasenta yang ukuran atau jumlah plasentanya bertambah yang ditandai dengan peningkatan hCG (*Human Chorionic Gonadotropin*) (Kurniawati, Septiyono and Sari, 2020) (Yulizawati, 2019)

2. Anemia

a. Definisi

Definisi dari anemia adalah kondisi tubuh yang memiliki kadar hemoglobin dalam darah rendah dari normal oleh karena sel darah merah yang kurang penyebabnya adalah pendarahan hebat, kecelakaan, jumlah sel darah merah yang cukup tapi kandungan HB di dalam sel darah merah kurang nilai HB untuk ibu hamil adalah kurang dari 11 G per dl sedangkan pada usia anak 12 sampai 14 tahun dan perempuan yang tidak hamil dengan usia lebih dari 15 tahun disebut sebagai anemia jika kadar HB kurang dari 12 gram per dl

Fungsi dari hemoglobin adalah mengikat oksigen dan oksigen yang diikat tersebut akan dihantarkan ke jaringan tubuh melalui sel jika terjadi kekurangan oksigen maka akan menyebabkan fungsi jaringan terganggu terutama pada kekurangan oksigen di otak dan otak akan menyebabkan gejala konsentrasi yang kurang dan tidak bugar dalam melakukan aktivitas (Kemenkes RI, 2023)

b. Gejala anemia

Pada umumnya anemia terjadi secara perlahan-lahan sehingga terkadang gejalanya tidak terasa dan hal ini akan terasa oleh penderita jika anemianya sudah cukup berat

Kategori anemia berdasarkan jenis

- 1) Anemia ringan Ada gejala anemia ringan umumnya tidak mengalami gejala yang mencolok secara umum adalah lelah letih lesu Lalai dan lelah (5L) jika melakukan aktivitas
- 2) Anemia kategori sedang Secara umum tahapan anemia sedang adalah jantung merasa berdebar lebih sering merasa lelah dengan aktivitas yang biasa saja mudah sesak nafas dan terlihat lebih pucat dari biasanya
- 3) Anemia kategori berat pada anemia ini gejalanya adalah Kelelahan yang berkepanjangan menggigil jantung berdebar-debar cara cepat, pucat lebih terlihat terjadinya sesak nafas, nyeri dada hebat dan gangguan fungsi organ lainnya (Utami *et al.*, 2021)

c. Penyebab terjadinya anemia

Secara umum disebabkan oleh tiga kategori (Kemenkes RI, 2023)

- 1) Kategori pertama adalah kekurangan asupan zat gizi kurung zat besi asam folat vitamin B12 dan asupan protein
- 2) Kategori kedua adalah Dikarenakan pola konsumsi masyarakat Indonesia berisiko menderita anemia terutama anemia defisiensi atau kekurangan zat besi yang disebabkan oleh kekurangan sumber makanan yang kaya besi yang berasal dari protein hewani dan beberapa zat besi yang berasal dari protein nabati
- 3) Kategori yang ketiga adalah dikarenakan keluarnya darah dalam jumlah yang banyak baik oleh karena pendarahan akut maupun kronis. Dan pada wanita biasanya dikarenakan oleh menstruasi yang berlangsung lama dan mengakibatkan Pendarahan yang banyak Atau pada ibu hamil dan menyusui dikarenakan adanya pembesaran berbagai organ tubuh pertumbuhan janin dan pendarahan pada saat persalinan Dan pada remaja biasanya oleh karena pola diet yang salah dalam menurunkan berat badan dengan membatasi asupan makanan sehingga beresiko terjadinya anemia (Kemenkes RI, 2023)

Kategori yang keempat adalah karena faktor keturunan yaitu penyakit thalasemia yang menyebabkan sel darah merah rusak (Kemenkes RI, 2023)

3. Bayi Lahir Premature

Definisi Bayi Prematur Bayi prematur adalah bayi yang lahir sebelum akhir usia gestasi 37 minggu, tanpa menghitung berat badan lahir dilahirkan pada kehamilan kurang dari 37 minggu atau 259 hari

Pengertian lain bayi prematur adalah Bayi prematuritas murni lahir dengan umur kehamilan kurang dari 37 minggu dengan berat badan yang sesuai dengan masa kehamilan atau neonatus kurang bulan sesuai masa kehamilan (Mishra & Joshi, 2017). Sehingga definisi di atas dapat disimpulkan bahwa bayi prematur yaitu bayi yang dilahirkan pada usia kehamilan kurang dari 37 minggu kehamilan, ditetapkan berdasarkan usia kehamilan tanpa memperhatikan berat badan dari bayi.(Syamsu, 2023)

4. Berat Badan Lahir Bayi Rendah (BBLR)

Kementerian Kesehatan Indonesia memberi definisi dari Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) adalah bayi baru lahir yang lahir dengan berat badan kurang dari 2.500 gram (sampai dengan 2.499 gram). permasalahan BBLR merupakan yang sering dijumpai pada perawatan bayi baru lahir. Bayi dengan BBLR memerlukan tindakan perawatan mencapai kondisi stabil yang intensif sampai berhasil (Kementerian PPN/ Bappenas, 2018)

Risiko mengalami morbiditas dan mortalitas pada BBLR mempunyai lebih besar untuk memiliki berat badan normal. Terjadinya komplikasi pada bayi karena pertumbuhan organ-organ yang berada dalam tubuhnya kurang sempurna pada Masa kehamilan yang kurang dari 37 minggu dapat menyebabkan Kemungkinan yang terjadi akan lebih buruk bila berat bayi semakin rendah (Nurlaila, Utami and Cahyani, 2019) Semakin rendah berat badan dari bayi, maka pemantauan semakin penting untuk perkembangannya di minggu-minggu setelah kelahiran. Ibu yang mengalami defisiensi gizi memiliki risiko untuk melahirkan BBLR dibandingkan .Ibu yang selalu menjaga kesehatannya dengan mengkonsumsi makanan bergizi dan menerapkan gaya hidup yang baik akan melahirkan bayi yang sehat, Menurut (Novitasari, Hutami and Pristya, 2020) BBLR tidak hanya menggambarkan situasi kesehatan dan gizi, tetapi juga menunjukkan tingkat kelangsungan hidup, dan perkembangan psiko sosialnya Bayi BBLR mempunyai peluang lebih kecil untuk bertahan hidup dan lebih rentan terhadap penyakit hingga mereka dewasa & kecenderungan BBLR mengalami gangguan perkembangan kognitif, retardasi mental, serta lebih mudah mengalami infeksi , kesakitan atau bahkan kematian Dampak lain yang muncul pada orang dewasa yang memiliki riwayat BBLR yaitu berisiko menderita penyakit degeneratif yang dapat menyebabkan beban ekonomi individu dan masyarakat (Nurlaila, Utami and Cahyani, 2019)

5. Infeksi Menular Seksual

Definisi Infeksi Menular Seksual (IMS) adalah infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual, baik melalui vagina, mulut, maupun anus. Infeksi tersebut dapat disebabkan oleh bakteri (misalnya sifilis), jamur, virus (misalnya herpes, HIV), atau parasit(Purwana, Ridawati and Sulaeman, 2019)

Orang yang sudah pernah melakukan hubungan seksual berisiko tertular IMS. Risiko tersebut akan lebih tinggi pada orang yang: Melakukan hubungan seksual dengan berganti-ganti pasangan (multipartner) dan atau Melakukan hubungan seksual dengan seseorang yang multipartner dan atau Melakukan hubungan seksual tanpa pengaman (kondom) IMS menyebabkan infeksi alat reproduksi yang harus dianggap serius. Bila tidak diobati secara tepat, infeksi dapat menular, sakit berkepanjangan, kemandulan dan kematian. Remaja wanita perlu menyadari bahwa risiko untuk terkena IMS lebih besar daripada laki- laki sebab alat reproduksi wanita lebih rentan. Dan seringkali berakibat lebih parah karena gejala awal tidak segera dikenali, sedangkan penyakit berlanjut ke tahap lebih parah. Misalnya keputihan yang lebih disebabkan oleh kuman atau bakteri yang masuk ke vagina, akibat pemeliharaan kebersihan yang buruk.(Pandjaitan, Niode and Suling, 2017)

6. Depresi postpartum

Depresi postpartum adalah gangguan mood yang terjadi setelah melahirkan, ditandai oleh perasaan sedih, kelelahan, kecemasan, dan perubahan tidur atau pola makan. Menurut American Psychiatric Association (APA), sekitar 10-15% ibu mengalami depresi postpartum dalam beberapa minggu hingga bulan setelah melahirkan. Gangguan ini dapat mempengaruhi kemampuan ibu dalam merawat bayi dan berinteraksi dengan keluarga, serta berdampak pada perkembangan emosional dan kognitif bayi (Assosiation, 2013) yang dikutip (Qoyimah, 2024)

Depresi pasca melahirkan atau disebut sebagai depresi post partum adalah suatu depresi yang bersifat mayor yang terjadi pada pasca melahirkan biasanya terjadi selama 3 bulan atau lebih dan akan berkembang menjadi depresi yang lebih berat atau mungkin lebih ringan gejalanya akan sama seperti memikirkan kesehatan bayinya dan merasa ketidak berdaya sebagai seorang ibu dan beberapa gangguan mood pasca persalinan yaitu kesidakstabilan dalam memecahkan masalah Menurut Amalia yang dikutip oleh (Qoyimah, 2024) tingkat keparahan depresi pada kasus pasca persalinan biasanya bervariasi secara ringan biasanya akan terjadi kecemasan serta kesedihan sementara yang berlangsung sangat cepat biasanya terjadi pada periode pasca melahirkan yang disebut sebagai istilah baby blues atau maternity Blues gangguan ini dialami oleh hampir sekitar 50% wanita yang melahirkan dan secara umum terjadi pada wanita berusia muda karena Fase ini menunjukkan bahwa respon ibu pada fase kebingungan yang dialami oleh ibu tapi pada keadaan kasus tertentu dapat menyebabkan gangguan psik atau gangguan kejiwaan yang yang besar tetapi kadang terlambat didiagnosis

Gejala depresi pasca melahirkan

Secara umum depresi pasca melahirkan akan dialami 60% wanita yang hampir sama dari gejalanya meliputi:

- a. Mimpi Buruk
- b. Insomnia,
- c. Kecemasan
- d. Fobia
- e. Meningkatnya sensitivitas,
- f. perubahan mood

Menurut Sloan 2001 yang dikutip (Qoyimah, 2024) depresi pasca melahirkan akan muncul gejala-gejala sebagai berikut yaitu :

- a. Respon yang tidak berharga atau perasaan yang tidak berharga,
- b. perubahan nafsu makan.

- c. kesedihan yang berlebihan.
- d. perasaan yang tidak berharga
- e. anoreksia atau gangguan tidak ingin makan
- f. merasa terganggu dengan perubahan yang dialami terutama perubahan fisik,
- g. sulitnya konsentrasi dalam memecahkan masalah
- h. terkadang pada kasus tertentu mengalami pelukan diri menyalahkan diri
- i. anhedonia
- j. merasa lemah dalam memutuskan kehendak
- k. merasa tidak mempunyai harapan sebagai orang tua dan
- l. kecenderungan untuk tidak berhubungan dengan orang lain

Menurut (Qoyimah, 2024) usia ibu hamil yang ideal juga mempengaruhi terjadinya depresi terutama pada ibu jika sudah memutuskan hamil di luar nikah akan mengalami kehamilan yang beresiko tinggi baik fisik maupun mental. Dari hasil penelitian menurut koimah menunjukkan bahwa kategori depresi pasca melahirkan banyak dialami antara rentang respon tinggi sampai ke sedang itu berkisar 59% pada usia di bawah 20 tahun (Rahmawati, 2020)

Melahirkan merupakan suatu Respon yang sangat membahagiakan bagi wanita karena akan merupakan suatu anugerah yang diharapkan terutama pada ibu hamil Di luar kebahagiaan tersebut peristiwa kehamilan ini akan membuat Respon emosional sangat besar bagi sebagian besar wanita Karena perubahan yang sangat besar tersebut maka akan membuat perubahan fisik sekaligus perubahan psikologis Oleh karena itu dibutuhkan suatu persiapan fisik atau mental yang sangat kuat bagi wanita .(Ridawati; and Purwana, 2023)

Wanita yang kurang menyesuaikan diri terhadap suatu respon atau peran baru dari seorang ibu yang memiliki anak maka akan menjadi masalah tatkala dia tidak mampu untuk menyesuaikan diri dengan perubahan yang dirasakan gangguan-gangguan tersebut meliputi gangguan psikologis yang disebut sebagai gangguan post partum atau depresi pasca melahirkan depresi ini akan dialami oleh ibu tatkala perubahan hormon yang dimiliki membuat terjadinya perubahan mood yang parah dan persisten sehingga menyebabkan depresi .

Berdasarkan dari beberapa Penelitian yang dilakukan pada periode pasca persalinan Menurut (Qoyimah, 2024) periode pasca persalinan yang dikenal sebagai post partum hal ini disebut sebagai periode yang tinggi risikonya untuk mengalami gangguan depresi hal ini menunjukkan bahwa resiko terjadinya depresi pasca persalinan pada wanita ini akan lebih tinggi dibandingkan dengan masa-masa yang lain .

Pada masa ini Ibu merasa kurang berhasil menyesuaikan diri dengan tugas barunya akan mengakibatkan depresi pasca persalinan secara umum Ibu

menganggap dirinya tidak mampu untuk merawat bayinya tidak bahagia dengan keadaan yang dialami sekarang dan merasa hidupnya terhambat. pandangan ini dapat menimbulkan perasaan yang tidak mampu putus asa merasa tidak berharga tidak adanya kepercayaan diri dalam merawat dan mengasuh bayinya, ibu akan Merasa cemas sehingga menghambat mereka untuk mengurus diri keluarga dan berhubungan interpersonal dengan orang lain menurut krugman yang dikutip oleh qoyyimah depresi pasar persalinan dipengaruhi oleh beberapa faktor faktor yang utama adalah faktor biologis dan karakteristik itu titik faktor biologis merupakan faktor yang berkaitan dengan perubahan hormon yang terjadi pada nifas yang dialami oleh ibu Faktor yang kedua adalah dari beberapa jenis karakteristik ilmu yang salah satunya adalah faktor yang paling utama adalah dari segi umur Karena sebagian besar usia di bawah 20 tahun memiliki risiko yang paling besar dalam terjadinya depresi karena kesiapan mental dari seorang ibu itu juga dipengaruhi oleh kesiapan dia dalam mengendalikan masalah dan terutama dalam merawat bayinya. Berbagai faktor risiko dapat mempengaruhi terjadinya depresi postpartum, termasuk riwayat depresi sebelumnya, dukungan sosial yang rendah, stres kehidupan, komplikasi kehamilan atau persalinan, dan ketidakseimbangan hormon. Sebuah studi oleh O'Hara dan McCabe (2013) menunjukkan bahwa faktor psikososial seperti dukungan sosial yang rendah dan stres yang tinggi memainkan peran penting dalam perkembangan depresi postpartum (Rusli, Meiyuntariningsih and Warni, 2011)

7. Perdarahan persalinan / perdarahan post partum

Definisi dari Perdarahan persalinan / Perdarahan postpartum menurut manuaba adalah perdarahan yang terjadi pada saat pasca persalinan yang jumlah perdarahannya melebihi 500 cc. Perdarahan pasca persalinan ada 2 kategori yaitu perdarahan primer dan perdarahan sekunder. Perdarahan postpartum primer (early postpartum hemorrhage) merupakan perdarahan dengan konsistensi melebihi 500 cc yang terjadi dalam 24 jam pertama kelahiran bayi. Sedangkan perdarahan post partum sekunder adalah perdarahan yang dialami ibu yang terjadi setelah 24 jam fase pertama dengan jumlah perdarahan 500cc atau lebih(Rachman Adi Pradana and Febri Asshiddiq, 2021)

Perdarahan postpartum atau perdarahan persalinan merupakan kausa utama dari 150.000 kematian ibu setiap tahun di dunia dan 4 dari 5 kematian yang dialami oleh ibu yang melahirkan karena perdarahan postpartum dan biasanya terjadi dalam waktu 4 jam setelah persalianan (Herman, 2020)

8. Partus Macet / Persalinan Macet

Definisi Persalinan / partus macet adalah sebagai kegagalan dari janin untul lahir dimana bagian terendah janin untuk turun di jalan lahir karena alasan

mekanis walaupun memiliki kontraksi uterus memadai. (Yulizawati, 2019) Diputuskan untuk melakukan tindakan medis jika didapatkan adanya tanda gejala seperti durasi dari persalinan memanjang, kelelahan ibu saat bersalin, tanda-tanda vital dari ibu yang abnormal, distensi dari kandung kemih atau kondisi ketika kandung kemih membesar atau meradang. Kondisi ini bisa disebabkan oleh berbagai faktor, seperti infeksi saluran kemih (ISK) atau penyumbatan aliran urin, terbentuk cincin bandle di segmen bawah rahim tanda ancaman robekan rahim yang terjadi ketika bagian depan rahim tidak bisa maju. Hal ini bisa disebabkan oleh panggul yang sempit., gawat atau kematian janin, edema vulva, terbentuk caput, cairan ketuban berbau busuk, kental dan mekonium ((Fitri Yuniarti and Dintya Ivantarina, 2022)

9. Disproporsi kepala panggul (DKP)

Disproporsi kepala panggul (DKP) atau cephalopelvic disproportion (CPD) merupakan kondisi dimana ukuran kepala bayi yang akan lahir terlalu besar untuk melewati panggul ibu. Kondisi ini dapat menyebabkan persalihan macet atau akan meyebabkan ibu tidak dapat melahirkan secara alami. Penyebab Panggul ibu yang akan melahirkan sempit, Janin besar, Bentuk panggul dari ibu yang tidak normal (Astuti, 2018).

Gejala yang dapat ditemui adalah Leher Rahim dari ibu berhenti terbuka, janin dengan posisi tidak turun melalui panggul,dan secara umum Proses melahirkan dari ibu jika melalui persalihan normal memakan waktu lama(Astuti, 2018)

10. Risiko Kehamilan Usia Muda

Kehamilan di usia muda memiliki berbagai risiko kesehatan, seperti:

- a. Kematian ibu dan bayi: Remaja yang hamil berisiko lebih tinggi mengalami komplikasi serius, termasuk kematian.
- b. Kelainan pada bayi: Bayi yang lahir dari ibu muda lebih mungkin mengalami masalah kesehatan, seperti berat badan lahir rendah dan kelahiran prematur.
- c. Penyakit menular seksual: Kehamilan remaja sering kali terkait dengan peningkatan risiko infeksi menular seksual

C. Metode Mengurangi Resiko Pada Kehamilan Di Usia Remaja dengan Pendekatan Multisektoral Melibatkan Pendidikan ,Dukungan Kesehatan Dalam Pencegahan Pernikahan Di Usia Dini Atau Terjadinya Kehamilan Di Usia Muda.

Pelayanan kesehatan reproduksi remaja merupakan salah satu upaya yang dilakukan pemerintah untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi

remaja. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja bertujuan untuk (Ridawati; and Purwana, 2023) :

1. Mencegah dan melindungi remaja dari perilaku seksual berisiko dan perilaku berisiko lainnya yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi. Perilaku seksual berisiko antara lain seks pranikah yang dapat berakhir pada kehamilan yang tidak diinginkan, perilaku seksual berganti-ganti pasangan, aborsi tidak aman, dan perilaku berisiko tertular Infeksi Menular Seksual (IMS) termasuk HIV. Perilaku berisiko lain yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi antara lain penyalahgunaan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (NAPZA) dan perilaku gizi buruk yang dapat menyebabkan masalah gizi khusus lainnya.(Fadlyana and Larasaty, 2016)
2. Mempersiapkan remaja untuk menjalani kehidupan reproduksi yang sehat dan bertanggungjawab yang meliputi persiapan fisik, psikis, dan sosial untuk menikah dan menjadi orang tua pada usia yang matang. Menurut Soetjningsih (2008) yang dikutip (Ridawati; and Purwana, 2023), upaya pencegahan hubungan seks pranikah dilakukan dengan memperhatikan hal-hal sebagai berikut:
 - a. Meningkatkan kualitas hubungan orang tua dan remaja Sebagai orang tua hendaknya bersikap terbuka terhadap masalah seksual, sehingga bisa menjadi tempat curhat bagi anak yang membutuhkan informasi seksual. Sikap dan perilaku orang tua juga berperan sebagai contoh atau teladan anaknya dalam menyikapi hubungan seks pranikah.
 - b. Keterampilan menolak tekanan negatif dari teman.
Pengaruh yang besar dalam mempengaruhi sikap dan perilaku remaja adalah teman sebaya atau teman bergaul mempunyai remaja perlu berinisiatif memilih teman yang membawa pengaruh positif dalam bergaul sehingga remaja dapat bersikap bijaksana terhadap hubungan seks pranikah.
 - c. Meningkatkan religiusitas remaja yang baik
Kegiatan yang nyata yang dikaitkan Ajaran agama dengan dengan masalah-masalah kontekstual dalam kehidupan remaja (misalnya masalah kesehatan reproduksi dan seksual). Untuk remaja sebaiknya tidak hanya berupa nasehat akan tetapi diwujudkan dalam bentuk Dari kegiatan yang nyata akan membentuk sikap remaja yang bijaksana khususnya dalam menyikapi hubungan seks pranikah.
 - d. Pembatasan atau pengaturan peredaran media pornografi
Pendidikan seks ,pesan-pesan seksualitas yang mendidik melalui media yang tepat dapat memberi manfaat yang positif dengan lebih menampilkan.

Informasi yang tepat, benar bagi remaja diharapkan dapat membawa dampak positif pula pada sikap dan perilaku remaja.

- e. Promosi tentang kesehatan seksual bagi remaja yang melibatkan peran sekolah, pemerintah dalam berbagai sektor dan lembaga non pemerintah.

Sekolah mengoptimalkan kembali layanan bimbingan konseling dan siswa (BK) perlu memanfaatkan layanan bimbingan konseling yang ada untuk mendapatkan pendidikan seks yang benar dan tepat.

Lembaga pemerintah ataupun lembaga non pemerintah mengadakan seminar atau kegiatan-kegiatan sejenis mengenai kesehatan seksual remaja dan pendidikan seksual secara keseluruhan.

Promosi kesehatan seksual dengan menggunakan metode dan media yang tepat dan menarik sehingga diharapkan Siswa tertarik untuk mengikuti secara sadar diri dapat mengambil sikap terhadap hubungan seks pranikah tanpa paksaan dari siapapun, karena cara yang paling penting dari remaja itu adalah kesadaran diri sendiri dalam mencegah hubungan seks pranikah. Upaya-upaya untuk mencegah perilaku seks pranikah menurut (Handayani, Nuraini and Agustiya, 2021) dibagi menjadi dua yakni sebagai berikut:

1. Secara Intern (dari dalam)

Untuk melakukan suatu perubahan tentunya harus ada niat dari dalam hati dan keyakinan yang mantap untuk mengubah perilaku, memiliki kesadaran pribadi, bukan karena pengaruh lingkungan atau bahkan karena paksaan. Selain dengan niat hati, remaja harus memperdalam ilmu agama dengan memperbanyak membaca buku keagamaan, sering menghadiri acara pengajian dan seminar keagamaan, berkumpul / bersahabat dengan orang-orang yang tepat misalnya dengan teman-teman yang memiliki ilmu/ pengetahuan agamanya lebih tinggi dan rajin beribadah dan tidak suka melakukan pelanggaran/penyimpangan. Lingkungan yang tepat akan membawa remaja pada kehidupan yang lebih bervariasi dan produktif sehingga remaja tidak selalu terpapar dengan bacaan atau tontonan serta pembicaraan yang membawanya pada perilaku seks pranikah. (Handayani, Nuraini and Agustiya, 2021)

2. Secara Ekstern (dari luar)

Melakukan perubahan tidaklah mudah, karena itu niat saja belum cukup melainkan harus mendapat dukungan dari luar. Dukungan dari luar dapat berasal dari orang tua/keluarga dengan menerapkan kedisiplinan beragama sejak dini, dan mendukung sepenuhnya ketika seorang anak memutuskan kembali ke jalan yang benar. Selain itu dukungan dari teman yang mungkin pengetahuan agamanya lebih tinggi, yaitu dengan sering menasehati atau berbagi pengalaman tentang ilmu keagamaan, karena biasanya para kalangan muda pengaruh

teman/persahabatan lebih besar dibanding keluarga. Kemudian dari lingkungan, yaitu dengan penciptaan lingkungan yang penuh dengan suasana agamis, contohnya dengan adanya kegiatan Karang Taruna, pengajian rutin, untuk mengisi waktu luang. Kemudian di lingkungan kampus, dengan organisasi – organisasi keagamaan kampus disertai kajian keagamaan yang kontinyu.(Indrianingsih, Nurafifah and Januarti, 2020)

Menurut (UNICEF, 2020) untuk mengintervensi masalah kehamilan tidak diinginkan pada remaja, dilakukan strategi pendampingan remaja dengan cara preventif, promotif, rehabilitasi, dan kuratif.

1. Strategi Preventif

Strategi preventif yaitu suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah yang sedang menjadi fokus, dalam hal ini adalah kasus kehamilan tidak diinginkan. Dalam strategi preventif, persoalan kehamilan remaja dengan melakukan promosi kesehatan dalam pencegahan kehamilan tidak diinginkan melalui berbagai metode komunikasi dan pendekatan. metode komunikasi dilakukan secara langsung melalui strategi dengan menjangkau kelompok-kelompok didalam masyarakat yang karena faktor tertentu memiliki hambatan untuk mengakses informasi dan layanan publik yang ada didalam masyarakat, pertemuan, diskusi-diskusi dalam kelompok kecil maupun besar. Sedangkan komunikasi melalui media dengan menggunakan media konvensional dan media yang berbasis teknologi informasi.(UNICEF, 2020)

2. Strategi Promotif

Strategi promotif yaitu suatu kegiatan atau serangkaian kegiatan yang lebih mengutamakan kegiatan yang bersifat promosi. Pemberian informasi reproduksi remaja dapat digunakan sebagai strategi promotif dengan pengorganisasian remaja yang bertujuan untuk lebih menjadikan remaja lebih aktif untuk mengetahui informasi kesehatan reproduksi dan kemudian menyampaikan kepada teman sebaya yang ada di lingkungannya. Pengorganisasian remaja yang dilakukan dengan mengorganisir atau mengumpulkan remaja untuk lebih peduli dan sadar tentang pentingnya informasi kesehatan reproduksi bagi mereka. Setelah mereka terorganisir atau terkumpul, selanjutnya dilakukan kegiatan pendampingan. Pendampingan yang dilakukan terhadap remaja dengan peran sebagai fasilitator, pendidik, dan konselor. Remaja yang tergabung dalam organisasi remaja diberi informasi melalui kegiatan-kegiatan yang diadakan berupa pertemuan rutin, lobbying, pengayaan, membuat media, audiensi, feedback komunitas, pelatihan peer education (pendidikan teman sebaya).

3. Strategi Rehabilitasi

Strategi rehabilitasi dimaksudkan untuk memulihkan kedudukan (situasi, nama baik) menjadi seperti semula agar menjadi manusia yang berguna dan memiliki tempat di masyarakat. Dibutuhkannya orang-orang terdekat yang mampu membantu memecahkan masalah yang dihadapi dan memberi dukungan kepada remaja yang mengalami kejadian kehamilan tidak diinginkan. Orang-orang terdekat disini memposisikan diri mereka sebagai sahabat bagi para remaja yang mengalami kejadian kehamilan tidak diinginkan sehingga mereka akan merasa lebih nyaman untuk menceritakan hal-hal yang berhubungan dengan kehamilan yang mereka alami.

4. Strategi Kuratif

Strategi kuratif yaitu serangkaian kegiatan yang dilakukan pada saat terjadipenyimpangan sosial. Konseling bisa menjadi salah satu strateginya. Dengan berkonsultasi, diharapkan remaja yang mengalami kehamilan tidak diinginkan bisa menceritakan segala hal berhubungan dengan kehamilannya. Konseling bisa dilakukan melalui tatap muka, media sosial, dan pendampingan sesuai kebutuhan remaja. Dalam melakukan konseling kepada remaja merupakan strategi yang disesuaikan yaitu bagaimana sebenarnya strategi yang dijalankan Dimana dalam pelaksanaannya cenderung bersifat tidak kaku atau lebih luwes, sehingga dapat disesuaikan dengan situasi dan kondisi yang dialami oleh remaja yang saling berbeda antara remaja satu dengan remaja

D. Kesimpulan

Mengurangi risiko pada kehamilan usia muda memerlukan kolaborasi antara pemerintah, tenaga kesehatan, keluarga, dan masyarakat. Melalui pendidikan yang tepat, dukungan emosional, akses layanan kesehatan, dan pencegahan pernikahan dini, kita dapat membantu remaja menghindari kehamilan yang berisiko tinggi serta meningkatkan kesehatan mereka secara keseluruhan.

1. Mengunjungi dokter kandungan atau bidan secara rutin untuk mendeteksi kelainan atau kondisi pada janin
2. Menjauhi obat-obatan terlarang, minuman keras, dan rokok
3. Menjalani pola makan sehat
4. Mencari dukungan yang baik
5. Mencegah pernikahan dini
6. Meningkatkan edukasi dan pemberdayaan perempuan terhadap pengetahuan kesehatan reproduksi

E. Referensi

- Astuti, D.W. (2018) 'Kejadian Sectio Caesarea Ditinjau dari Disproporsi Kepala Panggul dan Plasenta Previa', *Cendekia Medika*, 3(1), pp. 1–5.
- Fadlyana, E. and Larasaty, S. (2016) 'Pernikahan Usia Dini dan Permasalahannya', *Sari Pediatri*, 11(2). Available at: <https://doi.org/10.14238/sp11.2.2009.136-41>.
- Fitri Yuniarti and Dintya Ivantarina (2022) 'Literature Review: Komplikasi Maternal dan Neonatal Akibat Persalinan Macet', *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 1(3), pp. 334–348. Available at: <https://doi.org/10.55123/sehatmas.v1i3.658>.
- Handayani, S., Nuraini, S. and Agustiya, R.I. (2021) 'Faktor-Faktor Penyebab Pernikahan Dini di Beberapa Etnis Indonesia', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 24(4), pp. 265–274. Available at: <https://doi.org/10.22435/hsr.v24i4.4619>.
- Indrianingsih, I., Nurafifah, F. and Januarti, L. (2020) 'Analisis Dampak Pernikahan Usia Dini Dan Upaya Pencegahan Di Desa Janapria', *Jurnal Warta Desa (JWD)*, 2(1). Available at: <https://doi.org/10.29303/jwd.v2i1.88>.
- Kemendes RI (2023) *Buku Saku Pencegahan Anemia Pada Ibu Hamil Dan Remaja Putri*, *IEEE Sensors Journal*. kemendes RI. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/j.snb.2010.05.051>.
- Kementerian PPN/ Bappenas (2018) *Pedoman Pelaksanaan Intervensi Penurunan Stunting Terintegrasi di Kabupaten/Kota*. 1st edn, *Rencana Aksi Nasional dalam Rangka Penurunan Stunting: Rembuk Stunting*. 1st edn. Jakarta: Kementerian PPN/ Bappenas. Available at: <https://www.bappenas.go.id>.
- Kesumawati, S.A.K., Mardiyono and Latifah, L. (2020) 'Buku Panduan Akumoksa untuk Hipertensi dalam Kehamilan.pdf', *Buku Panduan Akumokosa Untuk Hipertensi Dalam Kehamilan*, pp. 4–5.
- Kurniawati, D., Septiyono, E. and Sari, R. (2020) *Preeklampsia dan Perawatannya*.
- Novitasari, A., Hutami, M.S. and Pristya, T.Y.R. (2020) 'Pencegahan dan Pengendalian BBLR Di Indonesia: Systematic Review', *Pencegahan Dan Pengendalian Bblr Di Indonesia*, 2(3), pp. 175–182. Available at: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD013574>.
- Nurlaila, Utami, W. and Cahyani, T. (2019) 'Buku Ajar Perawatan Bayi Berat Lahir Rendah', *Buku Ajar*, pp. 1–124.
- Pandjaitan, M.C., Niode, N.J. and Suling, P.L. (2017) 'Gambaran Pengetahuan dan Sikap terhadap Infeksi Menular Seksual pada Remaja di SMA Frater Don Bosco Manado', *e-Clinic*, 5(2). Available at: <https://doi.org/10.35790/ecl.5.2.2017.18281>.
- Purwana, E.R., Ridawati and Sulaeman (2019) *Remaja Dan Pernikahan Dini*,

Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952.

- Qoyimah, I. (2024) 'Pendampingan Psikologis Bagi Ibu Postpartum: Upaya Mengurangi Program Ini Dilaksanakan Dengan Beberapa Tahapan, Yaitu: 1. Identifikasi Dan Rekrutmen Peserta: Mengidentifikasi Ibu Postpartum Yang Berisiko Mengalami Depresi Melalui', *Abdimasnu, Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 4(1), pp. 21–24.
- Rachman Adi Pradana, M.A. and Febri Asshiddiq, M.R. (2021) 'Hubungan Antara Paritas dengan Kejadian Perdarahan Post Partum', *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 10(1), pp. 326–331. Available at: <https://doi.org/10.35816/jiskh.v10i1.565>.
- Rahmawati, E. (2020) 'Peningkatan Pengetahuan dalam Upaya Pencegahan Depresi Postpartum', *ISSN 2502-3632 (Online) ISSN 2356-0304 (Paper) Jurnal Online Internasional & Nasional Vol. 7 No.1, Januari – Juni 2019 Universitas 17 Agustus 1945 Jakarta*, 53(9), pp. 1689–1699. Available at: <http://eprints.aiska-university.ac.id/1214/>.
- Retnaningtyas, E. (2021) *Preeklamsi dan Asuhan Kebidanan Pada Preeklamsi*.
- Ridawati; and Purwana, ekarudy; sulaiman (2023) *remaja dan pernikahan dini*. 1st edn. Edited by mutiara rahmawati Suseno. jogjakarta: bintang semesta media.
- Rusli, R.A., Meiyuntariningsih, T. and Warni, W.E. (2011) 'Perbedaan Depresi Pasca Melahirkan pada Ibu Primipara Ditinjau dari Usia Ibu hamil', 13(01), pp. 21–31. Available at: [http://www.journal.unair.ac.id/filerPDF/artikel 3-13-1.pdf](http://www.journal.unair.ac.id/filerPDF/artikel%203-13-1.pdf).
- Syamsu, 2023 (2023) *Teori dan aplikasi perawatan bayi prematur*. eureka media aksara.
- UNICEF (2020) 'Prevention of Child Marriage Acceleration that Cannot Wait', *Unicef*, p. 71. Available at: <https://www.unicef.org/indonesia/sites/unicef.org.indonesia/files/2020-06/Prevention-of-Child-Marriage-Report-2020.pdf>.
- Utami, A. *et al.* (2021) *Anemia pada Remaja Putri, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro*. Available at: http://doc-pak.undip.ac.id/12690/1/Modul_Anemia.pdf.
- Yulizawati (2019) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil, Indomedia Pustaka*.

F. Glosarium

Diastolic adalah Diastolik adalah tekanan darah yang terjadi saat jantung beristirahat atau rileks. Tekanan darah diastolik merupakan salah satu komponen pengukuran tekanan darah

Fobia adalah gangguan kecemasan yang ditandai dengan rasa takut berlebihan terhadap objek, situasi, atau aktivitas tertentu. Fobia dapat mengganggu kehidupan penderitanya jika tidak ditangani.

Gestasional adalah Kondisi kadar gula darah tinggi yang terjadi pada wanita hamil.

HB (Haemoglobin) adalah protein yang terdapat dalam sel darah merah yang berfungsi untuk mengangkut oksigen dan karbondioksida. Hemoglobin juga memberi warna merah pada darah.

Hcg (Human Chorionic Gonadotropin adalah hormon yang diproduksi oleh plasenta pada wanita hamil. Hormon ini juga dapat diproduksi oleh beberapa jenis sel kanker. Hormon hCG memiliki fungsi sebagai berikut: Menjaga agar corpus luteum tetap memproduksi progesteron, Memicu mengatur sel telur dan ovulasi, Merangsang testis untuk memproduksi testosteron

Hiperplacentosis : adalah kondisi peningkatan aktivitas trofoblas yang ditandai dengan peningkatan berat plasenta dan kadar hCG yang beredar lebih tinggi daripada yang terkait dengan kehamilan normal.

Insomnia, gangguan tidur yang menyebabkan seseorang sulit atau tidak bisa tidur dengan baik. Insomnia dapat berdampak pada kesehatan fisik dan mental, seperti mudah lelah, penurunan sistem kekebalan tubuh, dan gangguan kecemasan

Proteinuria adalah kondisi adanya protein dalam urin secara berlebihan. Pada orang sehat, urin mengandung protein yang sangat sedikit. Kelebihan protein bisa jadi adalah gejala dari penyakit

Sistolik adalah tekanan darah saat jantung memompa darah ke seluruh tubuh. Tekanan sistolik merupakan angka pertama dalam penulisan tekanan darah

Thalasemia Kelainan darah dengan kondisi jumlah protein pembawa oksigen kurang dari jumlah normal. Thalasemia adalah kelainan darah bawaan yang ditandai dengan kurangnya protein pembawa oksigen (hemoglobin) dan jumlah sel darah merah dalam tubuh yang kurang dari normal.

CHAPTER 4

PERENCANAAN KELUARGA UNTUK PASANGAN DENGAN PENYAKIT KRONIS

Bdn. Omiati Natalia, S.Tr.Keb., M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog

Keluarga Berencana (KB) adalah upaya strategis dalam mengatur kelahiran anak, menjaga jarak kehamilan, dan menentukan usia ideal melahirkan. Program ini dilakukan melalui berbagai bentuk promosi, perlindungan, dan dukungan yang berlandaskan pada hak reproduksi individu. Tujuannya adalah menciptakan keluarga berkualitas yang dapat mendukung pembangunan nasional secara berkelanjutan. Hal ini sejalan dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 87 Tahun 2014 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga (Kemenkes RI, 2018).

Keluarga Berencana menjadi salah satu upaya penting untuk meningkatkan peran serta masyarakat dalam membangun keluarga yang kuat dan sejahtera. Melalui pendewasaan usia perkawinan, pengaturan kelahiran, dan pembinaan ketahanan keluarga, kesejahteraan ibu dan anak dapat meningkat. Dalam jangka panjang, upaya ini mendukung pengendalian pertumbuhan penduduk untuk mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera (BKKBN, 2018).

Kunci keberhasilan program KB terletak pada keterlibatan berbagai pihak, baik dari institusi pemerintah, swasta, masyarakat, maupun keluarga itu sendiri. Dalam lingkup keluarga, pasangan usia subur memiliki peran penting, yang berarti baik suami maupun istri harus berpartisipasi aktif. Pada era 1990-an, konsep perencanaan keluarga mulai dilihat dalam konteks kesehatan reproduksi yang lebih luas. International Conference on Population and Development (ICPD) tahun 1994 di Kairo, yang melibatkan 179 negara, menegaskan pentingnya tanggung jawab bersama antara pria dan wanita. Upaya ini mencakup keterlibatan aktif dalam tanggung jawab orang tua, perilaku seksual dan reproduksi, serta pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan dan penyakit menular seksual (Laili, 2014).

Pentingnya KB juga berkaitan erat dengan tantangan kesehatan masyarakat, termasuk penyakit tidak menular (PTM). Penyakit kronis, sebagai bagian dari PTM, adalah kondisi kesehatan yang berlangsung lama dan berkembang perlahan akibat faktor genetik, fisiologis, lingkungan, dan perilaku (WHO, 2021). Penyakit ini

menjadi ancaman terbesar bagi kesehatan masyarakat di seluruh dunia (Alaofè et al., 2017).

Penyakit kronis memerlukan perhatian medis yang berkesinambungan untuk pengontrolan dan pengelolaannya. Oleh karena itu, dalam rangka memenuhi hak kesehatan setiap warga negara, pemerintah Indonesia mengimplementasikan upaya kesehatan yang mencakup aspek preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Sistem rujukan dalam pelayanan kesehatan juga menjadi bagian integral untuk memastikan setiap individu mendapatkan akses yang memadai. Sinergi antara program KB dan upaya kesehatan masyarakat tidak hanya mendukung kesejahteraan keluarga tetapi juga berkontribusi pada pembangunan bangsa yang sehat dan produktif. Melalui pendekatan yang holistik dan berbasis partisipasi, visi mewujudkan keluarga kecil, bahagia, dan sejahtera dapat tercapai secara berkelanjutan.

B. Program Keluarga berencana

1. Pengertian Program Keluarga Berencana

Keluarga Berencana (KB) adalah suatu upaya untuk mengatur kelahiran anak, menentukan jarak serta usia ideal untuk melahirkan, dan mengelola kehamilan melalui promosi, perlindungan, serta bantuan yang sesuai dengan hak reproduksi. Tujuan utama dari program KB adalah mewujudkan keluarga yang berkualitas. KB merupakan salah satu cara untuk mencapai kesejahteraan keluarga dengan memberikan layanan berupa nasihat perkawinan, pengobatan kemandulan, serta penjarangan kelahiran. Program ini membantu pasangan untuk merencanakan jumlah anak, jarak antar kelahiran, serta waktu kelahiran yang sesuai dengan kondisi keluarga. Ruang lingkup KB meliputi Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE), konseling, pelayanan infertilitas, pendidikan seks, konsultasi pra-perkawinan dan perkawinan, serta konsultasi genetika (Maharani, 2019).

Sebagai salah satu bentuk pelayanan kesehatan preventif, KB memiliki peran penting dalam menjaga kesehatan wanita. Optimalisasi manfaat KB dilakukan melalui penyediaan layanan yang responsif terhadap berbagai tahap kehidupan reproduksi wanita. Pertumbuhan penduduk yang tinggi dapat menimbulkan tantangan besar bagi negara, sehingga pelayanan preventif seperti KB menjadi penting dalam menjaga kesejahteraan masyarakat (Rokhimah et al., 2019; Meilani et al., 2020). Pelayanan KB yang berkualitas juga menjadi bagian integral dari upaya kesehatan promotif dan preventif yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan ibu dan anak (KIA).

Pendekatan siklus hidup (life cycle) dan prinsip kesinambungan perawatan (continuum of care) merupakan strategi utama dalam pelayanan KB. Layanan ini mencakup konseling dan tindakan untuk merencanakan atau menjarangkan kehamilan, yang diberikan kepada remaja, ibu hamil, ibu nifas, serta wanita usia subur (WUS). Dalam pelaksanaan program KB, suami dan istri memiliki hak, kewajiban, dan kedudukan yang setara (Kemenkes RI, 2013).

Pada tahun 2017, indikator pencapaian program KB menunjukkan angka sebesar 63,6%. Berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2017, terdapat peningkatan penggunaan metode KB tradisional menjadi 6%. Pemerintah terus berupaya meningkatkan kualitas pelayanan KB dengan menjaga keberlanjutan penggunaan metode kontrasepsi, salah satunya melalui peningkatan kualitas konseling untuk mengurangi tingkat putus pakai akibat efek samping atau masalah kesehatan.

Manfaat KB bagi pasangan suami istri meliputi penurunan risiko kehamilan yang tidak direncanakan, pengaturan jarak kelahiran, dan penjagaan kesehatan mental. Pertama, KB membantu perempuan di atas usia 35 tahun untuk menghindari risiko kehamilan yang dapat membahayakan kesehatan dan meningkatkan angka kematian ibu. Kedua, KB mencegah masalah tumbuh kembang anak akibat jarak kelahiran yang terlalu dekat, seperti gangguan dalam pemberian ASI eksklusif selama dua tahun pertama. Ketiga, KB membantu pasangan menjalani hidup lebih sehat dan terhindar dari stres atau depresi akibat kelahiran yang tidak direncanakan (Jurisman & Kurniati, 2016)

Selain memberikan manfaat bagi pasangan, program KB juga bermanfaat bagi anak. Manfaat ini mencakup pemantauan pertumbuhan dan kesehatan anak, perhatian yang lebih baik terhadap kebutuhan dasar anak, serta perencanaan pendidikan dan masa depan yang lebih matang.

Sasaran program KB terbagi menjadi dua kategori, yaitu sasaran langsung dan tidak langsung. Sasaran langsung adalah Pasangan Usia Subur (PUS), yang bertujuan menurunkan tingkat kelahiran melalui penggunaan kontrasepsi berkelanjutan. Sasaran tidak langsung mencakup pelaksana dan pengelola KB, dengan tujuan menciptakan keluarga berkualitas melalui pendekatan kebijakan kependudukan yang terpadu.

Program Keluarga Berencana (KB) memiliki cakupan yang luas dan bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup keluarga melalui pengendalian jumlah, jarak, dan waktu kelahiran. Untuk mencapai tujuan ini, ruang lingkup program KB mencakup beberapa aspek penting yang saling berkaitan, yang secara keseluruhan mendukung keberhasilan pelaksanaan program KB di masyarakat.

2. Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE)

Komunikasi, Informasi, dan Edukasi (KIE) adalah komponen utama dalam program KB. Melalui KIE, masyarakat diberikan pengetahuan yang benar mengenai manfaat KB, metode kontrasepsi, dan pentingnya merencanakan keluarga. KIE bertujuan untuk membangun kesadaran dan mengubah pola pikir masyarakat agar lebih terbuka terhadap program KB. Media komunikasi seperti brosur, poster, seminar, dan diskusi kelompok menjadi sarana untuk menyampaikan informasi secara efektif.

3. Konseling

Konseling dalam program KB berfungsi memberikan bimbingan personal kepada individu atau pasangan. Konselor KB membantu mengidentifikasi kebutuhan, menyampaikan informasi mengenai pilihan kontrasepsi, serta memberikan rekomendasi berdasarkan kondisi kesehatan dan preferensi pasangan. Konseling yang baik menciptakan kepercayaan dan meningkatkan kepuasan peserta program KB.

4. Pelayanan Kontrasepsi.

Pelayanan kontrasepsi menjadi aspek teknis dari program KB. Dalam pelayanan ini, masyarakat diberikan akses untuk memilih dan menggunakan berbagai metode kontrasepsi, baik jangka pendek seperti pil dan kondom, maupun jangka panjang seperti IUD dan implan. Pelayanan ini harus dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten, memastikan metode yang diberikan aman dan sesuai kebutuhan individu.

5. Pelayanan Infertilitas

Selain pengendalian kelahiran, program KB juga mencakup pelayanan untuk pasangan yang mengalami kesulitan mendapatkan keturunan. Pelayanan infertilitas melibatkan pemeriksaan kesehatan reproduksi, konsultasi medis, hingga tindakan medis tertentu seperti inseminasi buatan. Hal ini menunjukkan bahwa program KB tidak hanya fokus pada pembatasan kelahiran tetapi juga pada kesehatan reproduksi secara menyeluruh.

6. Pendidikan Seks

Pendidikan seks adalah elemen penting untuk memberikan pemahaman mengenai kesehatan reproduksi, hubungan seksual yang sehat, dan pencegahan penyakit menular seksual (PMS). Pendidikan ini diberikan secara terstruktur dan disesuaikan dengan usia, dengan tujuan membentuk perilaku seksual yang bertanggung jawab dan mengurangi risiko kehamilan yang tidak direncanakan.

7. Konsultasi Pra-Perkawinan dan Perkawinan

Konsultasi pra-perkawinan bertujuan memberikan informasi kepada calon pasangan suami-istri mengenai kesehatan reproduksi, perencanaan keluarga,

serta kesiapan fisik dan mental dalam membangun keluarga. Konsultasi ini membantu pasangan untuk membuat keputusan yang lebih baik dan mempersiapkan kehidupan berkeluarga yang harmonis.

8. Konsultasi Genetika

Dalam program KB, konsultasi genetika diberikan kepada pasangan yang memiliki risiko kelainan genetik atau riwayat penyakit tertentu dalam keluarga. Konsultasi ini penting untuk meminimalkan risiko kelahiran dengan kelainan bawaan dan memberikan pilihan yang tepat bagi pasangan dalam merencanakan kehamilan.

9. Tes Keganasan

Tes keganasan bertujuan untuk mendeteksi secara dini adanya potensi kanker, terutama kanker serviks dan payudara pada wanita. Pemeriksaan seperti pap smear dan mammografi merupakan bagian dari program KB yang mendukung kesehatan reproduksi wanita dan meningkatkan harapan hidup melalui deteksi dini.

10. Adopsi

Adopsi juga menjadi bagian dari program KB sebagai solusi bagi pasangan yang tidak dapat memiliki anak secara biologis. Proses adopsi dalam program ini diawasi dengan ketat untuk memastikan bahwa anak-anak yang diadopsi mendapatkan perlakuan dan lingkungan yang aman serta mendukung tumbuh kembangnya.

Keseluruhan ruang lingkup ini menunjukkan bahwa program KB tidak hanya berfokus pada pengendalian kelahiran, tetapi juga mencakup berbagai aspek kesehatan reproduksi, perencanaan keluarga, dan peningkatan kualitas hidup. Dengan pelaksanaan yang komprehensif dan terintegrasi, program KB diharapkan dapat memberikan kontribusi signifikan dalam menciptakan keluarga yang sehat, sejahtera, dan berkualitas. Program Keluarga Berencana (KB) memiliki peran penting dalam upaya meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Untuk mencapai tujuan tersebut, diterapkan berbagai strategi operasional yang dirancang secara sistematis dengan pendekatan yang saling melengkapi. Pendekatan-pendekatan ini tidak hanya bertujuan untuk memastikan keberlanjutan program, tetapi juga untuk mendorong keterlibatan aktif masyarakat dan pemangku kepentingan lainnya. Strategi operasional program KB melibatkan beberapa pendekatan berikut:

1. Pendekatan kemasyarakatan menjadi landasan utama dalam pelaksanaan program KB. Pendekatan ini berfokus pada peningkatan partisipasi masyarakat secara berkelanjutan. Dengan melibatkan masyarakat sebagai subjek aktif, program KB dapat lebih efektif menjawab kebutuhan spesifik setiap komunitas. Misalnya, melalui penyuluhan langsung, pembentukan kelompok kerja, atau

pemberdayaan kader lokal, masyarakat diharapkan memiliki pemahaman yang lebih baik tentang pentingnya perencanaan keluarga.

2. Pendekatan koordinasi aktif menekankan pentingnya sinergi antar pihak yang terlibat dalam program KB. Dalam hal ini, pemerintah, organisasi non-pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat bekerja sama dalam kemitraan yang sejajar. Koordinasi ini memastikan bahwa setiap program atau kegiatan yang dilaksanakan tidak tumpang tindih dan dapat saling melengkapi, sehingga hasil yang dicapai lebih optimal. Contohnya, integrasi antara pelayanan kesehatan primer dengan penyuluhan KB memungkinkan peserta mendapatkan informasi dan layanan secara terpadu.
3. Pendekatan integratif bertujuan untuk menghubungkan program KB dengan berbagai kegiatan pembangunan lainnya. Strategi ini dirancang agar program KB memberikan manfaat yang lebih luas dan dirasakan oleh semua pihak. Sebagai contoh, pengintegrasian program KB dengan program pendidikan atau pemberdayaan ekonomi perempuan dapat meningkatkan efektivitas kedua program sekaligus. Dengan demikian, keluarga tidak hanya memiliki kontrol terhadap perencanaan kehamilan, tetapi juga mendapatkan manfaat tambahan berupa peningkatan kesejahteraan.
4. Pendekatan kualitas berfokus pada peningkatan mutu layanan program KB. Hal ini mencakup kualitas layanan yang diberikan oleh penyedia layanan serta pengalaman yang diterima oleh pengguna. Dalam implementasinya, peningkatan kapasitas tenaga kesehatan, penyediaan sarana dan prasarana yang memadai, serta pengawasan terhadap standar pelayanan menjadi prioritas utama. Hasilnya, masyarakat dapat lebih percaya terhadap layanan KB dan berkomitmen untuk terus berpartisipasi dalam program ini.
5. Pendekatan kemandirian bertujuan untuk mendorong sektor-sektor pembangunan lainnya, termasuk masyarakat, agar aktif berperan dalam pelaksanaan program KB. Pendekatan ini menekankan pentingnya keberlanjutan program dengan melibatkan berbagai pihak untuk berkontribusi. Contohnya, sektor pendidikan dapat menyisipkan materi perencanaan keluarga dalam kurikulum sekolah, sementara sektor swasta dapat memberikan dukungan dalam bentuk pendanaan atau program tanggung jawab sosial perusahaan (CSR).

Pelayanan KB yang berkualitas harus memenuhi beberapa standar, antara lain:

1. Pelayanan profesional yang sesuai dengan standar;
2. Kerahasiaan dan privasi klien yang terjamin;
3. Pengurangan waktu tunggu layanan;
4. Penyediaan informasi lengkap mengenai pilihan kontrasepsi;
5. Fasilitas pelayanan yang memadai dan nyaman;

6. Ketersediaan bahan dan alat kontrasepsi yang mencukupi;
7. Mekanisme supervisi dan umpan balik untuk penyempurnaan pelayanan.

C. Perencanaan Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga merupakan kelompok individu yang terhubung melalui hubungan darah, adopsi, atau ikatan perkawinan (WHO, 1996). Andarmoyo (2012) mendefinisikan keluarga sebagai sistem yang terdiri dari ayah, ibu, anak, atau individu lainnya yang tinggal dalam satu rumah tangga dan saling berinteraksi serta bergantung satu sama lain untuk mencapai tujuan bersama. Helmawati (2016) menggambarkan keluarga sebagai kelompok kecil dengan struktur kepemimpinan dan pembagian tugas yang jelas, mencakup hak dan kewajiban setiap anggotanya. Tombakan (2014) menambahkan bahwa keluarga adalah tempat dua atau lebih individu yang terhubung melalui hubungan darah, perkawinan, atau adopsi, tinggal bersama, dan menjalankan peran sosial seperti suami, istri, anak, kakak, atau adik. Selain itu, keluarga berperan dalam melestarikan budaya dan mendukung perkembangan fisik, psikologis, serta sosial anggotanya.

2. Fungsi Keluarga

Dalam Undang-Undang No. 10 Tahun 1992, keluarga diakui memiliki delapan fungsi utama yang menjadi landasan penting dalam menciptakan kehidupan yang harmonis, sejahtera, dan berkelanjutan. Berikut adalah penjabaran rinci fungsi-fungsi tersebut:

a. Fungsi Keagamaan

Keluarga memegang peranan utama dalam membangun fondasi keimanan dan ketaqwaan. Fungsi ini mencakup pembinaan norma agama melalui pengajaran nilai-nilai keagamaan yang tidak hanya bersifat teoritis, tetapi juga diwujudkan dalam praktik sehari-hari. Orang tua bertugas memberikan teladan beragama yang baik, baik melalui kegiatan ibadah bersama, pembiasaan doa, maupun diskusi tentang moralitas yang sesuai ajaran agama. Dengan demikian, keluarga menjadi tempat pertama dan utama dalam memperkuat spiritualitas setiap anggotanya.

b. Fungsi Budaya

Keluarga berperan penting dalam melestarikan dan mentransmisikan norma serta tradisi budaya kepada generasi selanjutnya. Fungsi ini juga mencakup penyaringan budaya asing yang tidak sesuai dengan nilai-nilai lokal, sehingga tercipta keseimbangan antara pelestarian identitas budaya dan adaptasi terhadap dinamika globalisasi. Dalam hal ini, keluarga menjadi penjaga warisan

budaya sekaligus agen perubahan yang responsif terhadap perkembangan zaman.

c. Fungsi Cinta Kasih

Sebagai institusi pertama yang memberikan kasih sayang, keluarga menyediakan ruang bagi pertumbuhan hubungan emosional yang sehat. Fungsi ini diwujudkan melalui perhatian, dukungan, dan interaksi positif antar anggota keluarga. Dengan menanamkan rasa saling menyayangi, keluarga menciptakan lingkungan yang penuh cinta, yang menjadi dasar bagi keseimbangan kehidupan duniawi dan ukhrawi.

d. Fungsi Perlindungan

Fungsi ini mengacu pada pemenuhan kebutuhan akan rasa aman, baik secara fisik maupun psikologis. Keluarga harus menciptakan suasana yang stabil dan nyaman, di mana setiap anggotanya merasa dilindungi dari ancaman eksternal maupun internal. Dalam konteks ini, peran orang tua sebagai pelindung utama menjadi sangat vital dalam memastikan kesejahteraan semua anggota keluarga.

e. Fungsi Reproduksi

Sebagai unit reproduksi masyarakat, keluarga memiliki tanggung jawab besar dalam mendidik anggotanya tentang kesehatan reproduksi. Hal ini meliputi perencanaan kelahiran, jarak antar kelahiran yang ideal, serta jumlah anak yang sesuai dengan kemampuan keluarga dalam memberikan pengasuhan yang optimal. Dengan pendekatan ini, keluarga dapat mendukung terciptanya generasi yang sehat secara fisik dan mental.

f. Fungsi Sosialisasi

Keluarga adalah lembaga pendidikan pertama bagi anak-anak, tempat mereka belajar nilai, norma, dan keterampilan sosial. Fungsi ini menekankan pentingnya peran orang tua dalam memberikan arahan dan contoh perilaku yang sesuai, sehingga anak mampu berinteraksi dengan masyarakat secara positif. Proses ini juga menjadi dasar dalam membangun karakter dan kepribadian anak.

g. Fungsi Ekonomi

Pengelolaan keuangan keluarga menjadi tanggung jawab bersama dalam mencapai kesejahteraan rumah tangga. Fungsi ekonomi ini mencakup upaya mencari nafkah, mengatur pengeluaran, hingga menabung untuk kebutuhan masa depan. Dengan pengelolaan yang baik, keluarga dapat memenuhi kebutuhan dasar, mendukung pendidikan, dan meningkatkan kualitas hidup anggotanya.

h. Fungsi Pelestarian Lingkungan

Fungsi ini menitikberatkan pada kesadaran keluarga dalam menjaga dan melestarikan lingkungan, baik di dalam rumah maupun di sekitarnya. Melalui edukasi dan penerapan kebiasaan ramah lingkungan, seperti mengelola sampah, menghemat energi, dan menjaga kebersihan, keluarga berkontribusi dalam menciptakan harmoni dengan alam. Kesadaran ini penting untuk memastikan kelangsungan hidup generasi mendatang.

Dengan mengintegrasikan seluruh fungsi ini, keluarga dapat menjalankan perannya secara optimal sebagai unit terkecil masyarakat yang berkontribusi pada kesejahteraan individu, komunitas, dan bangsa. Setiap fungsi saling berkaitan dan mendukung satu sama lain, menciptakan fondasi yang kuat bagi pembangunan sosial yang berkelanjutan.

3. Perkawinan dan Usia Ideal Menikah

Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP) merupakan upaya untuk meningkatkan usia pada perkawinan pertama. Usia ideal menikah adalah 23 tahun untuk perempuan dan 25 tahun untuk laki-laki (BKKBN,2014). Tujuan PUP adalah memberikan kesadaran kepada remaja mengenai pentingnya mempertimbangkan aspek fisik, mental, pendidikan, sosial, dan ekonomi dalam perencanaan keluarga. Program PUP dalam konteks KB bertujuan meningkatkan usia perkawinan perempuan menjadi 21 tahun dan menurunkan angka kelahiran pertama pada usia ibu di bawah 21 tahun. Strategi PUP meliputi:

- a. Menunda perkawinan dan kehamilan.
- b. Mencegah kehamilan yang tidak direncanakan.
- c. Mengatur jarak kelahiran.
- d. Mengakhiri kehamilan dengan cara yang sesuai aturan.

4. Persiapan Fisik, Gizi, dan Jiwa dalam Perkawinan

a. Persiapan Fisik dan Pemeriksaan Kesehatan Pranikah

Pemeriksaan kesehatan pranikah meliputi:

- 1) Pemeriksaan tanda vital seperti tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, dan pernapasan.
- 2) Pemeriksaan darah lengkap termasuk hemoglobin, trombosit, leukosit, golongan darah, dan rhesus.
- 3) Pemeriksaan tambahan seperti GDS, thalassemia, hepatitis B dan C, serta TORCH.
- 4) Pemeriksaan urin rutin.
- 5) Menjaga kebersihan dan kesehatan organ reproduksi.

b. Persiapan Gizi

Calon pengantin, khususnya perempuan, perlu meningkatkan status gizi dengan cara mengatasi kekurangan energi kronis (KEK) dan anemia gizi besi, serta memastikan kecukupan asupan asam folat.

c. Imunisasi TT

Pemberian imunisasi tetanus toksoid (TT) sebanyak lima dosis bertujuan melindungi calon pengantin dari risiko tetanus.

d. Persiapan Jiwa

Adaptasi dalam pernikahan merupakan proses berkesinambungan untuk menyesuaikan perbedaan antara pasangan. Komponen adaptasi meliputi:

- 1) Konsensus: Kesepakatan mengenai berbagai aspek kehidupan pernikahan.
- 2) Kepuasan Hubungan: Pengelolaan konflik dan tindakan romantis.
- 3) Kohesi: Keakraban melalui aktivitas bersama.
- 4) Ekspresi Kasih Sayang: Kesepakatan dalam menunjukkan cinta dan memenuhi kebutuhan seksual.

e. Persiapan Sosial Ekonomi

Kesiapan ekonomi mencakup kemampuan memberikan nafkah keluarga, pengelolaan keuangan yang baik, serta keterampilan kerja untuk mendukung kehidupan pasangan, kehamilan, dan perawatan anak.

5. Pasangan Usia Subur Dengan Penyakit Kronis

Pasangan Usia Subur (PUS) adalah pasangan suami istri dengan rentang usia istri antara 15 hingga 49 tahun, atau istri yang usianya kurang dari 15 tahun namun sudah mengalami menstruasi, serta istri berusia lebih dari 50 tahun yang masih mengalami siklus haid (Kurniawati, 2014). Dalam konteks PUS, kehamilan, kelahiran, dan masa nifas menjadi momen yang penuh risiko, terutama bagi pasangan yang memiliki kondisi kesehatan tertentu. Risiko kesakitan hingga kematian ibu dan bayi lebih besar apabila PUS menghadapi masalah kesehatan selama masa reproduksi.

Di Indonesia, perencanaan keluarga menjadi isu penting yang memerlukan perhatian serius. Berbagai tantangan masih menghambat optimalisasi perencanaan keluarga, termasuk dalam aspek jumlah dan jarak kelahiran anak. Faktor-faktor yang memengaruhi perencanaan keluarga sangat kompleks, mencakup dimensi sosial, ekonomi, budaya, pendidikan, hingga status kesehatan pasangan. Setiap pasangan memiliki kebutuhan yang berbeda dalam merencanakan keluarga, tergantung pada kondisi mereka, baik dari segi fisik maupun psikologis.

Status kesehatan pasangan merupakan salah satu faktor utama yang memengaruhi keputusan dalam perencanaan keluarga. Pasangan yang memiliki

penyakit kronis, seperti penyakit jantung, diabetes, atau gangguan reproduksi, sering merasa khawatir untuk memiliki anak dalam jumlah banyak atau dengan jarak yang terlalu dekat. Untuk itu, penggunaan kontrasepsi menjadi solusi penting bagi pasangan dalam merencanakan kehamilan dengan baik dan menjaga kesehatan. Namun, kendala seperti kurangnya informasi tentang metode kontrasepsi yang aman sering kali membuat pasangan enggan menggunakan kontrasepsi atau bahkan tidak memiliki perencanaan kehamilan sama sekali (Feriani, et al., 2024).

Konsep Perencanaan Keluarga untuk Pasangan dengan Penyakit Kronis

1. Perencanaan dan Penundaan Kehamilan

Salah satu upaya penting dalam perencanaan keluarga adalah menyadarkan para ibu akan manfaat merencanakan kehamilan. Penentuan metode kontrasepsi yang tepat dapat dilakukan dengan bantuan tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini bertujuan untuk meminimalkan risiko kesehatan pada ibu maupun bayi serta memberikan kesempatan bagi pasangan untuk mempersiapkan kehamilan yang sehat.

2. Pemanfaatan Kontrasepsi sebagai Gerakan Global

Penggunaan kontrasepsi tidak hanya sekadar mengendalikan jumlah kelahiran, tetapi juga membantu perempuan menentukan waktu yang tepat untuk hamil, mempersiapkan kehamilan secara matang, serta menjaga kesehatan selama masa kehamilan. Dengan begitu, tujuan perencanaan keluarga tidak hanya meningkatkan kesejahteraan perempuan, tetapi juga berkontribusi dalam melahirkan generasi yang berkualitas.

3. Pentingnya Jarak Kehamilan yang Ideal

Menjaga jarak antar kehamilan yang ideal memungkinkan pasangan untuk memberdayakan diri dari segi pendidikan dan sosial. Dengan perencanaan yang matang, kesejahteraan keluarga dapat ditingkatkan. Keuntungan lain dari perencanaan jarak kehamilan meliputi kemampuan ibu merawat anak secara optimal, keharmonisan hubungan dengan pasangan, perencanaan finansial yang lebih baik, serta waktu berkualitas yang dapat dimanfaatkan oleh ibu untuk menjaga keseimbangan fisik dan mentalnya.

Melalui penerapan perencanaan keluarga yang tepat, pasangan usia subur tidak hanya dapat meningkatkan kualitas hidup mereka, tetapi juga memberikan dampak positif pada kesehatan ibu dan bayi serta kesejahteraan keluarga secara keseluruhan. Dengan dukungan dari fasilitas pelayanan kesehatan dan akses informasi yang memadai, perencanaan keluarga dapat menjadi upaya strategis dalam meningkatkan kualitas generasi penerus bangsa.

D. Simpulan

Perencanaan keluarga tidak sekadar menjadi tanggung jawab individu, melainkan berakar pada kesepahaman hidup antara pasangan suami istri. Kesepakatan ini menjadi landasan utama dalam menciptakan keluarga yang harmonis dan mendukung tumbuhnya perilaku sehat. Sebagai unit terkecil dalam masyarakat, keluarga memiliki peranan strategis dalam membentuk budaya sehat dan perilaku hidup yang baik. Pendidikan individu sejatinya dimulai dari keluarga, yang merupakan fondasi terbentuknya tatanan masyarakat yang tertib, harmonis, dan berorientasi pada kesehatan.

Keluarga menjadi tempat pertama bagi individu untuk belajar nilai-nilai kehidupan. Budaya sehat dan perilaku positif dapat ditanamkan sejak dini melalui interaksi dan pendidikan dalam keluarga. Dengan demikian, keluarga tidak hanya menjadi wadah pembentukan karakter, tetapi juga menjadi unit strategis untuk meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat.

Masalah kesehatan dalam keluarga sering kali bersifat saling terkait dan saling memengaruhi antar anggotanya. Contohnya, pola hidup tidak sehat salah satu anggota keluarga dapat berdampak pada kondisi kesehatan anggota lainnya. Dampak ini kemudian meluas, memengaruhi stabilitas dan kualitas kehidupan keluarga secara keseluruhan. Jika kondisi ini tidak ditangani dengan baik, pengaruh negatifnya dapat merembet hingga ke lingkungan masyarakat di sekitarnya.

Oleh sebab itu, keluarga memiliki potensi besar untuk dijadikan sebagai fokus utama dalam pelayanan kesehatan. Upaya promotif dan preventif yang dilakukan di tingkat keluarga dapat memberikan dampak signifikan pada peningkatan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Dengan menjadikan keluarga sebagai mitra strategis dalam program kesehatan, tatanan masyarakat yang lebih sehat dan produktif dapat tercipta, memperkuat fondasi sosial yang kokoh.

E. Referensi

- Alaofè H et al. (2022). 'Factors Associated with Quality of Life in Patients with Type 2 Diabetes of South Benin: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- BKKBN. (2014). Pedoman Pengelolaan Pusat Informasi dan Konseling Remaja dan Mahasiswa (cetakan ke-4), Jakarta, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional.
- BKKBN. (2018). Badan Kependudukan Keluarga Berencana Nasional. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia.
- Feriani, P., Yunitasari, E., Efendi, F., Krisnana, I., Ernawati, R., Tianingrum, N. A., & Sfaaah, N. (2024). A Systematic Review of Determinants Influencing Family

- Planning and Contraceptive Use. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 29(5), 596-607. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_321_23
- Helmawati. (2016). Pendidikan Keluarga Teoretis dan Praktis. Bandung: PT Remaja Rosdakarya.
- Jurisman, A & Kurniawati, R (2016). Hubungan Karakteristik Ibu dengan Pemilihan Kontrasepsi di Puskesmas Padang Pasir Padang. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 5(1), 191–195.
- Kementerian Kesehatan RI. (2018). Pedoman Manajemen Pelayanan Keluarga Berencana. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemendes RI. (2013). Buku Saku Pelayanan Kesehatan Ibu di Fasilitas Kesehatan Dasar dan Rujukan. Edisi Pertama, pp. 1–368.
- Kurniawati, T. (2014). Buku Ajar Kependudukan dan Pelayanan KB. Jakarta: EGC.
- Maharani, E., Hardati, P., & Putro, S. (2019). Pengaruh Pendidikan, Usia Kawin Pertama, dan Lama Penggunaan Alat Kontrasepsi Terhadap Fertilitas di Kecamatan Buayan Kabupaten Kebumen Tahun 2017. *Edu Geography*, 6(1), 16–23.
- Masruroh, N., & Laili, U. (2018). Analisis Faktor yang Mempengaruhi Pemilihan Metode Kontrasepsi Jangka Panjang Pada Ibu Nifas Di BPM Bashori Surabaya. *Jurnal Kesehatan Al-Irsyad*, XI (2).
- Meilani, M., Putranto, A., & Wijiharto, P. (2020). Pemilihan Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR) pada akseptor Keluarga Berencana. *Jurnal Kebidanan*, 9(1), 31–38.
- Menteri Kesehatan RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 97 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, Serta Pelayanan Kesehatan Seksual.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. 2016.
- Rokhimah, A. N. Et Al.(2019). Penyuluhan Alat Kontrasepsi Terhadap Tingkat Pengetahuan Wanita Usia Subur. *Journal Of Public Health Research And Development*, 3(2), Pp. 243–251. Doi:10.15294/HIGEIA.V3I2.30079.
- Undang-Undang Nomor 10 Tahun 1992 Tentang Perkembangan Kependudukan Dan Pembangunan Keluarga Sejahtera.

CHAPTER 5

EDUKASI KESEHATAN REPRODUKSI PADA KOMUNITAS BERESIKO TINGGI

Wasis Pujiati, S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan Reproduksi merupakan keadaan kesejahteraan secara fisik, mental, dan sosial yang lengkap terkait dengan sistem reproduksi dan fungsinya (United Nations, 1994). Kesehatan reproduksi didefinisikan sebagai keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang lengkap, dan bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan, dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya (WHO, 2004). Strategi ini menargetkan lima (5) aspek prioritas kesehatan reproduksi dan seksual: Meningkatkan perawatan antenatal, persalinan, postpartum, dan bayi baru lahir, Menyediakan layanan Keluarga Berencana berkualitas tinggi, termasuk layanan infertilitas, Menghilangkan praktik aborsi yang tidak aman, Memerangi infeksi menular seksual, seperti HIV, infeksi saluran reproduksi, kanker serviks, dan morbiditas ginekologi lainnya.

Program pendidikan yang ada tidak cukup efektif untuk memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi kaum muda, dan ada kebutuhan untuk mengembangkan program nasional yang mendukung kesejahteraan mereka di bidang ini. Penelitian ini menyoroti pentingnya pendidikan kesehatan reproduksi untuk mempromosikan kesehatan dan pemberdayaan individu dalam memperoleh keterampilan perawatan diri, yang dapat membantu meningkatkan kesehatan mereka sendiri, keluarga, dan masyarakat (Hashemi, Kohan et al. 2020).

Kesehatan reproduksi memiliki peran penting dalam kesejahteraan individu dan masyarakat secara keseluruhan. Berikut adalah beberapa alasan mengapa kesehatan reproduksi sangat penting (WHO, 2006).

1. Kesejahteraan Menyeluruh, Ini menekankan pentingnya kesehatan reproduksi untuk kesejahteraan keseluruhan individu.
2. Dampak pada Kesehatan Populasi menunjukkan dampak kesehatan reproduksi pada hasil kesehatan yang lebih luas, termasuk kematian, morbiditas ibu dan bayi.
3. Pencegahan dan Pengelolaan Penyakit. Layanan kesehatan reproduksi yang efektif dapat mencegah dan mengelola infeksi menular seksual (IMS), termasuk HIV/AIDS, yang merupakan masalah kesehatan masyarakat yang signifikan.

4. Akses ke Perencanaan Keluarga. Layanan kesehatan reproduksi menyediakan akses ke perencanaan keluarga, yang penting untuk mengendalikan tingkat kesuburan dan meningkatkan hasil kesehatan ibu dan anak.
5. Kesetaraan Gender dan Pemberdayaan. Memastikan layanan kesehatan reproduksi yang dapat diakses mempromosikan kesetaraan gender dan memberdayakan perempuan dengan memberi mereka kontrol atas pilihan reproduksi mereka.
6. Pembangunan Ekonomi dan Sosial. Kesehatan reproduksi yang baik berkontribusi pada pembangunan ekonomi dan sosial dengan mengurangi biaya perawatan kesehatan, meningkatkan produktivitas tenaga kerja, dan meningkatkan kualitas hidup.
7. Hak Asasi Manusia. Akses ke layanan kesehatan reproduksi adalah hak asasi manusia yang mendasar, memungkinkan individu untuk membuat keputusan yang tepat dan otonom tentang kehidupan reproduksi mereka.

Komunitas berisiko tinggi, termasuk pekerja seks, pengguna narkoba suntik, dan remaja jalanan, terus menghadapi tantangan kesehatan yang signifikan, terutama terkait dengan penularan HIV dan infeksi menular seksual (IMS). Statistik terbaru menunjukkan bahwa kelompok-kelompok ini memiliki prevalensi HIV dan IMS yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan populasi umum.

1. Pekerja Seks

Pekerja seks sering kali menghadapi risiko tinggi tertular HIV dan IMS akibat keterbatasan akses ke layanan kesehatan, stigma, dan kekerasan. Menurut laporan UNAIDS (2023), prevalensi HIV di kalangan pekerja seks di beberapa negara dapat mencapai 30% atau lebih, tergantung pada kebijakan lokal dan akses terhadap layanan kesehatan.

2. Pengguna Narkoba Suntik

Pengguna narkoba suntik juga merupakan kelompok dengan risiko tinggi. Penularan HIV melalui jarum suntik yang terkontaminasi tetap menjadi masalah utama. Data dari WHO (2023) menunjukkan bahwa di beberapa wilayah, prevalensi HIV di kalangan pengguna narkoba suntik dapat mencapai 20% hingga 50%. Program pertukaran jarum dan terapi substitusi opioid terbukti efektif dalam mengurangi risiko penularan.

3. Remaja jalanan

Remaja jalanan menghadapi berbagai tantangan, termasuk akses terbatas ke pendidikan dan layanan kesehatan. Penelitian yang dipublikasikan di BMC Public Health (2023) menunjukkan bahwa remaja jalanan memiliki tingkat aktivitas seksual yang tinggi dan sering kali tidak konsisten dalam penggunaan

kondom. Faktor-faktor seperti tunawisma dan interaksi dengan penegak hukum berkontribusi pada peningkatan risiko perilaku seksual. (Marshall, 2009)

Komunitas berisiko tinggi, seperti pekerja seks, pengguna narkoba suntik, dan remaja jalanan, rentan terhadap masalah kesehatan reproduksi karena berbagai faktor. Berikut adalah beberapa faktor utama yang berkontribusi terhadap kerentanan ini antara lain:

1. Akses Terbatas ke Layanan Kesehatan

Banyak anggota komunitas ini mengalami kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan, termasuk layanan kesehatan reproduksi. Hambatan ini dapat disebabkan oleh stigma, diskriminasi, dan kebijakan yang tidak mendukung. Penelitian menunjukkan bahwa akses yang terbatas ini menghambat upaya pencegahan dan pengobatan infeksi menular seksual (IMS) dan HIV (WHO, 2023).

2. Stigma dan Diskriminasi

Stigma sosial dan diskriminasi terhadap pekerja seks, pengguna narkoba suntik, dan remaja jalanan sering kali menghalangi mereka untuk mencari perawatan kesehatan. Stigma ini dapat menyebabkan isolasi sosial dan menurunkan kualitas layanan yang diterima, sehingga memperburuk masalah kesehatan reproduksi (UNAIDS, 2023).

3. Kekerasan dan Eksploitasi

Kekerasan fisik, seksual, dan emosional adalah pengalaman umum di antara komunitas ini. Kekerasan dan eksploitasi dapat meningkatkan risiko penularan HIV dan IMS, serta menyebabkan trauma psikologis yang mempengaruhi kesehatan reproduksi (Amnesty International, 2023).

4. Penggunaan Narkoba

Penggunaan narkoba suntik meningkatkan risiko penularan HIV melalui jarum suntik yang terkontaminasi. Selain itu, penggunaan narkoba sering kali terkait dengan perilaku seksual berisiko, seperti hubungan seks tanpa kondom, yang dapat meningkatkan risiko IMS (Harm Reduction International, 2023).

5. Kondisi Sosial Ekonomi

Kemiskinan dan ketidakstabilan ekonomi memaksa banyak individu dalam komunitas ini untuk terlibat dalam pekerjaan yang berisiko tinggi, termasuk pekerja seks. Kondisi ini memperburuk akses mereka terhadap pendidikan dan layanan kesehatan, serta meningkatkan kerentanan terhadap masalah kesehatan reproduksi (BMC Public Health, 2023).

Faktor-faktor ini menunjukkan kompleksitas tantangan yang dihadapi oleh komunitas berisiko tinggi dan menekankan perlunya pendekatan holistik yang mencakup kebijakan inklusif, layanan kesehatan yang terjangkau, dan program pendidikan untuk mengurangi kerentanan terhadap masalah kesehatan reproduksi.

Faktor struktural yang mempengaruhi peningkatan kejadian HIV dan infeksi menular seksual (IMS) di kalangan remaja yang terlibat di jalanan, dengan fokus pada 529 peserta berusia 14 hingga 26 tahun di Vancouver, Kanada. Studi ini menemukan bahwa remaja jalanan memiliki tingkat HIV dan IMS yang jauh lebih tinggi dibandingkan dengan populasi umum. Faktor struktural utama yang meningkatkan perilaku seksual berisiko termasuk tunawisma dan hambatan terhadap layanan kesehatan. Studi ini mengungkapkan bahwa 78,4% dari mereka yang disurvei aktif secara seksual, dengan 61% melaporkan memiliki banyak pasangan seksual dan 69,4% terlibat dalam penggunaan kondom yang tidak konsisten (Marshall, 2009).

B. Profil Komunitas Berisiko Tinggi

1. Definisi dan karakteristik komunitas berisiko tinggi.

Komunitas berisiko tinggi biasanya mengacu pada kelompok populasi yang memiliki risiko lebih besar terhadap penyakit atau kondisi tertentu, seperti HIV/AIDS, karena perilaku atau keadaan tertentu. Komunitas ini dapat mencakup (Unaid, 2022)

- a. Remaja berisiko tinggi, seperti mereka yang memiliki perilaku seksual yang tidak aman atau penggunaan narkoba.
- b. Pekerja seks, baik perempuan maupun laki-laki, termasuk pelanggan mereka, yang sering kali terpapar risiko infeksi menular seksual (IMS).
- c. Pengguna narkoba suntik (Penasun), karena penggunaan jarum suntik bersama meningkatkan risiko penularan HIV.
- d. Laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL), termasuk komunitas gay, yang rentan terhadap HIV/IMS.
- e. Waria dan pelanggan mereka, yang sering menghadapi diskriminasi sehingga sulit mengakses layanan kesehatan.
- f. Populasi dengan mobilitas tinggi, seperti pelaut, pekerja migran, dan supir truk, yang sering tidak memiliki akses stabil ke layanan kesehatan

2. Gambaran sosial, budaya dan ekonomi pada komunitas ini

Dalam konteks kesehatan reproduksi, komunitas berisiko tinggi sering kali menghadapi tantangan yang kompleks dan saling terkait, yang dipengaruhi oleh faktor budaya, sosial, dan ekonomi: Secara budaya, banyak komunitas ini terikat pada norma dan tradisi yang telah mengakar kuat. Norma-norma ini dapat mempengaruhi perilaku dan pandangan terhadap kesehatan seksual. Misalnya, di beberapa komunitas, penggunaan kondom mungkin dianggap tabu atau tidak maskulin, yang meningkatkan risiko penularan penyakit menular seksual seperti HIV/AIDS. Selain itu, kepercayaan dan praktik tradisional sering kali bertentangan

dengan intervensi kesehatan modern, sehingga menambah kesulitan dalam penerapan praktik kesehatan yang aman.

Dari perspektif sosial, stigma dan diskriminasi menjadi hambatan besar. Anggota komunitas berisiko tinggi sering kali dicap negatif oleh masyarakat, yang mengakibatkan isolasi sosial dan rasa malu dalam mencari bantuan medis. Keterbatasan dukungan sosial dari keluarga dan teman juga memperparah situasi ini, membuat mereka merasa terasing dan tidak didukung dalam upaya menjaga kesehatan mereka. Perilaku sosial yang berisiko, seperti penggunaan narkoba dan praktik seksual yang tidak aman, sering kali diperkuat oleh tekanan sosial dan lingkungan yang tidak mendukung.

Secara ekonomi, banyak anggota komunitas ini hidup dalam kondisi kemiskinan yang mempengaruhi kemampuan mereka untuk mengakses layanan kesehatan. Biaya layanan kesehatan, transportasi, dan waktu yang dibutuhkan untuk mendapatkan perawatan menjadi penghalang yang signifikan. Selain itu, banyak yang bekerja di sektor informal atau memiliki pekerjaan yang tidak stabil, yang membatasi akses mereka ke asuransi kesehatan dan perlindungan sosial lainnya. Keterbatasan sumber daya ini memperburuk kerentanan mereka terhadap masalah kesehatan. Dengan memahami kompleksitas faktor budaya, sosial, dan ekonomi yang mempengaruhi komunitas berisiko tinggi, kita dapat merancang intervensi yang lebih efektif dan sensitif terhadap kebutuhan mereka. Upaya kolaboratif yang melibatkan edukasi, pengurangan stigma, dan peningkatan akses ke layanan kesehatan sangat penting untuk memperbaiki kondisi kesehatan dan kualitas hidup komunitas ini.

3. Pola perilaku yang meningkatkan risiko (misalnya, hubungan seksual tidak aman, penggunaan narkoba, minimnya akses layanan kesehatan).

Di dalam komunitas berisiko tinggi, terdapat berbagai pola perilaku yang dapat meningkatkan risiko terhadap kesehatan, khususnya terkait dengan penularan penyakit menular seksual dan penggunaan narkoba. Salah satu pola yang paling umum adalah hubungan seksual yang tidak aman, di mana penggunaan kondom sering diabaikan. Ini bisa disebabkan oleh kurangnya edukasi, akses yang terbatas, atau norma budaya yang menstigmatisasi penggunaan kondom. Selain itu, berganti-ganti pasangan seksual tanpa perlindungan memadai juga memperbesar risiko penularan penyakit.

Penggunaan narkoba, terutama narkoba suntik, merupakan perilaku berisiko lainnya. Berbagi jarum suntik dapat dengan mudah menyebarkan HIV dan hepatitis. Masalah ini diperparah oleh kurangnya program pertukaran jarum dan layanan pengurangan dampak buruk. Penggunaan narkoba juga dapat

memengaruhi pengambilan keputusan, membuat individu lebih rentan terhadap perilaku seksual yang tidak aman.

Minimnya akses ke layanan kesehatan juga menjadi masalah utama. Banyak komunitas ini tinggal di daerah terpencil atau mengalami keterbatasan ekonomi yang menghalangi mereka mendapatkan perawatan yang dibutuhkan. Stigma dan diskriminasi lebih lanjut menghalangi individu dari mencari bantuan medis, terutama bagi pekerja seks dan pengguna narkoba.

Kurangnya dukungan sosial memperburuk situasi ini. Tanpa dukungan dari keluarga atau komunitas, individu mungkin merasa terisolasi dan kurang termotivasi untuk mengubah perilaku berisiko. Lingkungan yang tidak mendukung, di mana perilaku berisiko dianggap normal, juga mempersulit upaya perubahan. Untuk mengatasi tantangan ini, diperlukan pendekatan yang komprehensif, termasuk edukasi kesehatan, peningkatan akses ke layanan, dan program pengurangan dampak buruk yang sensitif terhadap kebutuhan komunitas (CDC, 2024).

C. Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi

1. Pengertian kesehatan reproduksi.

Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR), Menurut DITREM-BKKBN Adalah Suatu Kondisi Sehat Yang Menyangkut Sistem Reproduksi (Fungsi, Komponen Dan Proses) Yang Dimiliki Oleh Remaja Baik Secara Fisik, Mental Dan Emosional (BKKBN, 2007)

Menurut definisi WHO tahun 1992, kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera yang mencakup fisik, mental, dan sosial secara menyeluruh. Ini berarti tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, tetapi juga mencakup semua aspek yang terkait dengan sistem reproduksi, termasuk fungsi dan prosesnya. Sementara itu, menurut BKKBN tahun 1996, kesehatan reproduksi adalah kondisi sehat secara mental, fisik, dan sosial dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi. Ini bukan hanya tentang bebas dari penyakit dan kecacatan, tetapi juga harus didasarkan pada pernikahan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan spiritual dan material yang layak, serta beriman kepada Tuhan Yang Maha Esa. Selain itu, kesehatan reproduksi juga melibatkan hubungan yang harmonis, selaras, dan seimbang antara anggota keluarga, serta antara keluarga dengan masyarakat dan lingkungan.

2. Komponen utama kesehatan reproduksi (kesehatan seksual, keluarga berencana, penyakit menular seksual, kehamilan yang aman).

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh dalam semua aspek yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi. Berikut adalah komponen utama kesehatan reproduksi:

a. Kesehatan Seksual

Kesehatan seksual diartikan sebagai kondisi kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang menyeluruh, yang tidak hanya terbatas pada ketiadaan penyakit atau kecacatan, tetapi juga mencakup semua aspek yang berhubungan dengan seksualitas. Hal ini mencakup penghargaan terhadap seksualitas seseorang, termasuk kemampuan untuk merasakan kenikmatan seksual dan menjalani hubungan seksual yang aman tanpa paksaan atau kekerasan. Oleh karena itu, seseorang dianggap sehat secara seksual jika ia dapat memilih pasangan seksualnya, merasakan kenikmatan seksual, bebas dari risiko kehamilan yang tidak diinginkan dan infeksi menular seksual, serta terbebas dari segala bentuk paksaan dan kekerasan seksual (Yayasan Kesehatan Perempuan, 2021).

b. Keluarga Berencana (KB)

Menurut Komite Ahli WHO pada tahun 1970, keluarga berencana adalah tindakan yang membantu pasangan suami istri untuk menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, merencanakan kelahiran yang diinginkan, mengatur jarak antar kehamilan, dan menentukan jumlah anak dalam keluarga. Hal ini dilakukan dengan mempertimbangkan usia ideal untuk melahirkan dan hubungan dengan umur pasangan. Dalam konteks Undang-Undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga di Indonesia, keluarga berencana diartikan sebagai upaya untuk mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, serta mengatur kehamilan melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

Pengaturan kehamilan bertujuan untuk membantu pasangan suami istri melahirkan pada usia yang ideal, memiliki jumlah anak yang diinginkan, dan mengatur jarak kelahiran anak dengan menggunakan metode, alat, dan obat kontrasepsi. Kebijakan keluarga berencana ini bertujuan untuk membantu pasangan dalam mengambil keputusan yang bertanggung jawab mengenai usia ideal perkawinan, usia ideal untuk melahirkan, jumlah ideal anak, jarak ideal kelahiran, dan penyuluhan kesehatan reproduksi.

Dengan demikian, keluarga berencana tidak hanya berfokus pada pengendalian jumlah anak, tetapi juga pada peningkatan kualitas hidup

keluarga melalui perencanaan yang matang dan bertanggung jawab dalam hal reproduksi.

c. Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS)

Pencegahan dan penanggulangan PMS, termasuk HIV/AIDS, adalah komponen kritis dalam kesehatan reproduksi. Ini meliputi tindakan pencegahan seperti menggunakan kondom, vaksinasi (misalnya vaksin HPV dan hepatitis B), skrining rutin, dan pemeriksaan kesehatan secara berkala. Selain itu, juga termasuk edukasi tentang perilaku seks yang aman dan pengobatan jika terinfeksi (Kemenkes RI, 2016).

d. Kehamilan yang Aman

Kehamilan yang aman mencakup kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Ini meliputi pelayanan kesehatan sebelum, selama, dan setelah kehamilan, serta pencegahan dan penanggulangan komplikasi kehamilan dan persalinan. Kondisi kesehatan ibu hamil sangat berpengaruh pada kondisi bayi, termasuk kesehatan organ reproduksinya (Kemenkes RI, 2021).

3. Dampak jika kesehatan reproduksi tidak terjaga, khususnya di komunitas berisiko tinggi.

Dampak dari tidak menjaga kesehatan reproduksi, terutama pada komunitas berisiko tinggi, dapat sangat serius dan berjangkau luas. Berikut adalah beberapa dampak signifikan yang bisa terjadi:

a. Masalah Kesuburan

Kesehatan reproduksi yang tidak terjaga dengan baik dapat menyebabkan ketidaksuburan (infertilitas) baik pada pria maupun wanita. Ini membuat seseorang lebih sulit untuk menghasilkan keturunan. Menurut WHO, sekitar 48 juta pasangan dan 186 juta individu di dunia mengalami masalah ketidaksuburan. (WHO, 2024).

b. Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS

Perilaku seksual berisiko, misalnya berganti-ganti pasangan atau tidak menggunakan kondom, dapat meningkatkan risiko terkena PMS, termasuk HIV/AIDS. Kelompok yang berisiko tinggi termasuk pekerja seks komersial, heteroseksual dengan perilaku berganti-ganti pasangan, dan individu dengan perilaku seksual yang tidak aman. PMS dapat menyebabkan komplikasi serius, termasuk kemandulan dan kematian jika tidak diobati dengan baik.

Menurut data WHO tahun 2020, lebih dari 1 juta kasus infeksi menular seksual (IMS) terjadi setiap hari di seluruh dunia, dengan sebagian besar kasus tidak menunjukkan gejala. Diperkirakan ada sekitar 374 juta infeksi baru infeksi menular seksual setiap tahunnya, termasuk klamidia (129 juta kasus), gonore

(82 juta kasus), sifilis (7,1 juta kasus), dan trikomoniasis (156 juta kasus) (WHO, 2022).

Di negara berkembang, infeksi dan komplikasi yang disebabkan oleh IMS merupakan salah satu dari lima penyebab utama tingginya angka kesakitan dan pengeluaran besar untuk pengobatan. Di Indonesia, data SDKI 2017 menunjukkan bahwa berdasarkan status perkawinan, wanita yang belum menikah memiliki prevalensi tertinggi dalam mengalami IMS atau gejalanya, yaitu sebesar 20%. Sementara itu, menurut kelompok umur, wanita berusia 15 sampai 19 tahun dan pria menikah berusia 20 sampai 24 tahun memiliki prevalensi tertinggi untuk mengalami IMS atau gejalanya, masing-masing sebesar 21% dan 4% (Kemenkes RI, 2017).

c. Infeksi Saluran Reproduksi dan Komplikasi Kehamilan

Infeksi menular seksual seperti Chlamydia dan gonore dapat menyebabkan penyakit radang panggul (PRP) pada wanita, yang berisiko meningkatkan kehamilan ektopik dan kemandulan. PRP yang tidak diobati dapat menyebabkan kerusakan tuba falopii, sehingga meningkatkan risiko kemandulan sebesar 30-40%[3].

d. Kanker dan Infeksi Lainnya

Kurangnya penjagaan kesehatan reproduksi juga dapat meningkatkan risiko kanker, seperti kanker serviks dan kanker vagina. Kanker vagina, meskipun jarang, dapat ditularkan melalui hubungan seksual tanpa kondom dan kebersihan vagina yang buruk

e. Dampak Psikologis dan Sosial

Individu yang mengalami masalah kesehatan reproduksi, terutama di komunitas berisiko tinggi, dapat mengalami dampak psikologis seperti depresi, perasaan bersalah, dan rendah diri. Selain itu, mereka juga dapat mengalami sanksi sosial seperti stigma masyarakat dan putus sekolah

f. Faktor Risiko Spesifik

Faktor-faktor seperti usia muda, perilaku seksual berisiko, pengetahuan yang rendah tentang kesehatan reproduksi, dan status ekonomi yang rendah dapat meningkatkan risiko infeksi menular seksual. Kelompok etnis minoritas dan mereka yang menggunakan zat terlarang juga berisiko lebih tinggi.

g. Kebersihan Vagina dan Infeksi

Kebersihan vagina yang buruk dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan, termasuk keputihan, aroma tidak sedap, gatal, infeksi, luka, dan radang vagina. Jika dibiarkan, ini dapat berkembang menjadi kondisi yang lebih serius seperti kanker vagina.

Dalam komunitas berisiko tinggi, penting untuk meningkatkan pengetahuan dan akses ke pelayanan kesehatan reproduksi, termasuk pendidikan seksual, pemeriksaan kesehatan rutin, dan pelayanan kontrasepsi yang efektif untuk mengurangi dampak-dampak negatif ini.

D. Strategi Edukasi Kesehatan Reproduksi

Strategi edukasi kesehatan reproduksi adalah hal krusial untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku sehat di kalangan masyarakat, terutama di komunitas berisiko tinggi. Berikut adalah beberapa strategi edukasi yang efektif:

1. Metode Komunikasi Perubahan Perilaku

Strategi edukasi melalui metode komunikasi perubahan perilaku telah terbukti efektif. Metode ini melibatkan penyuluhan dan simulasi yang dirancang untuk mengubah perilaku remaja dalam menjaga kesehatan reproduksi. Dengan melibatkan 30 remaja, kegiatan ini dapat meningkatkan pengetahuan dan kemampuan remaja dalam menjaga kesehatan reproduksi, dari 60% dalam kategori cukup menjadi 90% dalam kategori baik.

2. Pendidikan Kesehatan Reproduksi dengan Metode Kognitif-Proaktif

Pendidikan kesehatan reproduksi yang dilakukan dengan metode kognitif dan proaktif lebih menekankan partisipasi aktif remaja dalam kegiatan pembelajaran. Metode ini memungkinkan remaja untuk berpartisipasi, mengutarakan pendapat, dan menyimpulkan sendiri tentang topik yang dibahas. Metode ini dirasakan lebih efektif dibandingkan dengan metode ceramah tradisional karena memungkinkan interaksi dua arah dan partisipasi aktif remaja (Taukhid, 2014).

3. Penggunaan Ceramah, Power Point, dan Tanya Jawab

Metode ceramah dapat efektif jika dilengkapi dengan tanya jawab dan penggunaan audio visual seperti power point. Ini memungkinkan komunikasi dua arah antara penyaji dan peserta, sehingga meningkatkan minat dan pemahaman peserta tentang kesehatan reproduksi. Penelitian menunjukkan bahwa metode ini dapat meningkatkan pengetahuan kesehatan reproduksi remaja secara signifikan (Dwi Setiowati, 2014)

4. Peran Agen Sosialisasi dan Konselor Sebaya

Promosi kesehatan reproduksi dapat dilakukan melalui agen sosialisasi seperti orangtua, guru, dan konselor sebaya. Konselor sebaya, khususnya, dapat menjadi narasumber yang efektif karena menggunakan bahasa yang sama dan lebih mudah dipahami oleh remaja. Mereka dapat berperan dalam kegiatan sosial di lingkungan remaja, seperti karang taruna, Pramuka, OSIS, dan lain-lain (Reni Pebrianti, 2020).

5. Penggunaan Media Baru dan Platform Digital

Strategi promosi kesehatan reproduksi juga dapat dilakukan melalui platform media baru seperti media sosial, website, dan aplikasi. Ini memungkinkan informasi kesehatan reproduksi disampaikan secara luas dan murah, serta membangun rasa nyaman dalam mencari informasi dan berkonsultasi. Program Generasi Berencana (GenRe) oleh BKKBN, misalnya, menggunakan platform media baru untuk mempromosikan kesehatan reproduksi bagi remaja (Reni Pebrianti, 2020).

6. Koordinasi Lintas Sektor

Promosi kesehatan reproduksi yang sukses memerlukan koordinasi lintas sektor, termasuk pendidikan, kesehatan, agama, dan pemerintah. Ini dapat dilakukan dengan menggabungkan intervensi multisektor dan menyoal kepentingan level mikro (remaja), meso (komunitas), dan makro (kebijakan). Contohnya, model promosi kesehatan reproduksi yang melibatkan peran orangtua, lembaga pendidikan, para pengambil kebijakan, serta tokoh agama dan masyarakat (Reni Pebrianti, 2020).

Dengan mengimplementasikan strategi-strategi ini, edukasi kesehatan reproduksi dapat menjadi lebih efektif dalam meningkatkan pengetahuan dan perilaku sehat di kalangan masyarakat, terutama di komunitas berisiko tinggi.

E. Kesimpulan dan Rekomendasi

Edukasi kesehatan reproduksi merupakan pilar penting dalam meningkatkan kesejahteraan individu dan komunitas, khususnya di kalangan komunitas berisiko tinggi. Kurangnya akses terhadap informasi dan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif berdampak signifikan pada peningkatan angka kehamilan yang tidak diinginkan, penyebaran penyakit menular seksual (PMS), termasuk HIV/AIDS, dan berbagai komplikasi kesehatan lainnya. Dampaknya meluas hingga masalah kesuburan, kanker reproduksi, dan masalah kesehatan mental. Komunitas berisiko tinggi, seperti remaja, perempuan di daerah terpencil, dan kelompok marginal, sangat rentan terhadap dampak negatif ini. Oleh karena itu, edukasi yang tepat, komprehensif, dan berkelanjutan sangat krusial untuk memberdayakan individu agar dapat membuat keputusan yang tepat terkait kesehatan reproduksi mereka.

Untuk memastikan keberhasilan edukasi kesehatan reproduksi dan mengurangi dampak negatifnya pada komunitas berisiko tinggi, beberapa rekomendasi praktis perlu diimplementasikan oleh berbagai pihak:

1. Pemerintah

- a. Meningkatkan pendanaan: Alokasikan anggaran yang cukup untuk program edukasi kesehatan reproduksi yang komprehensif, termasuk pelatihan tenaga

- kesehatan, pengembangan materi edukasi yang akurat dan mudah dipahami, serta akses ke layanan kesehatan reproduksi yang terjangkau dan berkualitas.
- b. Mengembangkan kebijakan yang mendukung: Buat dan terapkan kebijakan yang mendukung akses universal terhadap layanan kesehatan reproduksi, termasuk kontrasepsi, konseling, dan perawatan PMS. Kebijakan ini harus mempertimbangkan keragaman budaya dan kebutuhan spesifik komunitas berisiko tinggi.
 - c. Integrasi ke dalam kurikulum pendidikan: Integrasikan pendidikan kesehatan reproduksi yang komprehensif dan berbasis bukti ke dalam kurikulum pendidikan di semua tingkatan, mulai dari sekolah dasar hingga perguruan tinggi. Pendidikan ini harus inklusif, mempertimbangkan gender dan keragaman seksual.
 - d. Kampanye publik: Meluncurkan kampanye publik yang luas dan berkelanjutan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan reproduksi dan menghilangkan stigma yang terkait dengan isu-isu reproduksi.

2. Organisasi Non-Pemerintah

- a. Kerjasama dengan komunitas: Bekerja sama dengan komunitas lokal untuk mengembangkan program edukasi yang relevan dan sensitif terhadap kebutuhan dan nilai-nilai budaya setempat.
- b. Pelatihan kader kesehatan: Melatih kader kesehatan masyarakat untuk memberikan edukasi dan konseling kesehatan reproduksi di tingkat komunitas.
- c. Penyediaan layanan: Memberikan layanan kesehatan reproduksi yang terjangkau dan berkualitas, termasuk konseling, tes skrining PMS, dan akses ke kontrasepsi.
- d. Advokasi kebijakan: Melakukan advokasi kebijakan untuk memastikan akses yang adil dan merata terhadap layanan kesehatan reproduksi.

3. Masyarakat:

- a. Meningkatkan pengetahuan: Mencari informasi yang akurat dan terpercaya tentang kesehatan reproduksi dari sumber yang kredibel.
- b. Berpartisipasi aktif: Berpartisipasi aktif dalam program edukasi kesehatan reproduksi di komunitas.
- c. Menghilangkan stigma: Membantu menghilangkan stigma yang terkait dengan isu-isu kesehatan reproduksi.
- d. Mendukung akses layanan: Mendukung akses yang adil dan merata terhadap layanan kesehatan reproduksi bagi semua orang.

Dengan kolaborasi yang kuat antara pemerintah, Non Pemerintah, dan masyarakat, edukasi kesehatan reproduksi yang efektif dapat terwujud, sehingga

dapat mengurangi dampak negatif pada komunitas berisiko tinggi dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

F. Referensi

- Amnesty International. (2023). Violence and Exploitation in Vulnerable Communities. Retrieved from (Amnesty International website) (<https://www.amnesty.org>)
- BMC Public Health. (2023). Socioeconomic Factors and Health Risks Among Marginalized Groups. Retrieved from [BMC Public Health website](<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com>)
- BPS, BKKBN, Depkes. 2008. Survei Kesehatan Reproduksi Remaja Tahun 2007. Jakarta.
- Buku Saku, Merencanakan Kehamilan Sehat, Kemenkes 2021. Jakarta. Chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/<https://gizikia.kemkes.go.id/assets/file/pedoman/Buku%20Saku%20Kehamilan%20Sehat.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC), (2024) www.cdc.gov](<https://www.cdc.gov>)
- Citation: Faini D, Hanson C, Baisley K, Kapiga S, Hayes R (2020) Sexual behaviour, changes in sexual behaviour and associated factors among women at high risk of HIV participating in feasibility studies for prevention trials in Tanzania. PLoS ONE 15(4): e0231766. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231766>
- Dini Agustini, Rita Damayanti. (2023). Faktor Risiko Infeksi Menular Seksual : Literature Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 6 (2), 207-213. <https://doi.org/10.56338/mppki.v6i2.2909>
- Dwi Setiowati, (2014) Efektivitas Pendidikan Kesehatan Reproduksi Terhadap Peningkatan Pengetahuan Remaja Di Smk Islam Wijaya Kusuma Jakarta Selatan. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, Volume 9, No.2, Juli 2014
- Harm Reduction International. (2023). The Global State of Harm Reduction. Retrieved from [Harm Reduction International website](<https://www.hri.global>)
- Hashemi M, Kohan S, Abdishahshahani M. *Reproductive health self-care for female students*. Educational needs assessment, Isfahan University of Medical Sciences 2018. *J Edu Health Promot* 2020;9:17.
- Kementerian Kesehatan RI. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia Tahun 2017. Jakarta; 2018.
- Marshall, BD, Kerr, T., Shoveller, JA dkk. Structural factors associated with an increased risk of HIV and sexually transmitted infection transmission among street-involved youth . *BMC Public Health* 9, 7 (2009). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-7>

- Pedoman Nasional Penanganan Infeksi Menular Seksual (2016). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2016. Chrome extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://siha.kemkes.go.id/portal/files_upload/buku_pedoman_nasional_tatalaksana_ims_2016_ok.pdf
- Pedoman Pelayanan Kontrasepsi dan keluarga Berencana, BKKBN, Kementerian Kesehatan 2021). Cetakan Pertama November 2020. Chrome Extension://Efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/Https://Repository.Binawan.Ac.Id/1504/1/Buku%20kemenkes%20update%202.Pdf
- Reni Pebrianti, 2020. Promosi Kesehatan Reproduksi: Strategi Konvensional Hingga Materi Kesehatan Reproduksi Bias Gender?. Jurnal Keluarga Berencana Vol.5 No.01 (2020) 27-37 DOI : <https://doi.org/10.37306/kkb.v4i2>
- Taukhit, (2014). Pengembangan Edukasi Kesehatan Reproduksi dan Seksualitas Remaja dengan Metode Game Kognitif Proaktif. JURNAL STUDI PEMUDA. Vol. 3, No. 2, September 2014.
- Unaid (2022). https://data.unaids.org/topics/partnership-menus/pdf/indonesiavulnerable_id.pdf
- UNAIDS. (2023). Confronting Discrimination and Stigma. Retrieved from [UNAIDS website](<https://www.unaids.org>)
- UNAIDS. (2023). Global AIDS Update. Retrieved from [UNAIDS website](<https://www.unaids.org>)
- United Nations. *Report of the International Conference on Population and Development*. New York: United Nation; 1994. [Cited Desember 2024] Available from: https://www.un.org/en/development/desa/population/events/pdf/expert/27/SupportingDocuments/A_CONF.171_13_Rev.1.pdf
- World Health Organization (WHO). (2023). Addressing the Needs of Vulnerable Populations. Retrieved from [WHO website](<https://www.who.int>)
- World Health Organization (WHO). (2023). Report on People Who Inject Drugs. Retrieved from [WHO website](<https://www.who.int>)
- World Health Organization. (2004). Reproductive Health Strategy To Accelerate Progress Towards The Attainment Of International Development Goals And Targets. Geneva: Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/68754/WHO_RHR_04.8.pdf
- World Health Organization. (2006). Reproductive health indicators: Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring. Geneva: World Health Organization. Retrieved from chrome-

extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43185/924156315X_eng.pdf

World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs). World Health Organization; 2022.

WHO, (2024). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>

Yayasan Kesehatan Perempuan, (2021). <https://ykp.or.id/datainfo/materi/331>



PROFIL PENULIS



Handayani, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat. Lahir di Yogyakarta, 5 Juni 1974. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia tahun 1997. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia dan lulus tahun pada tahun 2004. Lalu melanjutkan Pendidikan Spesialis Keperawatan Maternitas pada Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2005. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1997 Akper Sismadi Jakarta sampai tahun 1999, pernah bekerja di Akper Husada Karya Jaya Jakarta sampai tahun 2000 dan pernah bekerja di Akper Bani Saleh Bekasi sampai tahun 2005 . Saat ini penulis bekerja di Universitas Binawan mengampu mata kuliah Maternity Nursing, Women Reproductive Health in Nursing dan Keperawatan Maternitas Program Profesi Ners. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi jurnal dan seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: handayani@binawan.ac.id



Siti Rochana, S.Kep., Ners., M.Kep., lahir di Cilacap, 14 Februari 1979. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 dan Profesi pada Program Studi Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Gombong tahun 2011. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Gadjah Mada dan lulus pada tahun 2015. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1999 – 2009 bekerja di RS PKU Muhammadiyah Gombong. Dari tahun 2009 sampai dengan saat ini penulis bekerja di Stikes Serulingmas Cilacap mengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas, Keperawatan Anak, dan Keperawatan Gerontik. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: rochanasermas@gmail.com



PROFIL PENULIS



Eka Rudy Purwana, SST., M.Kes., Lahir di Malang, 5 November 1978.

Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIII di Akademi Perawat darul Ulum Jombang, tahun 1999, DIV perawat Pendidik FK Unair tahun 2002 dan melanjutkan S2 Promosi Kesehatan Di Undip Semarang tahun 2014. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2005 di Poltekekkes Kemenkes Mataram Jurusan Keperawatan Saat ini penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Mataram Jurusan Keperawatan Mengampu Mata Kuliah Promosi Kesehatan, Keperawatan Jiwa, Psikologi

Perkembangan, Antropologi Kesehatan, keselamatan dan kesehatan kerja, Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis Buku Remaja Dan Kesehatan Reproduksi (2019), Buku Remaja Dan Pernikahan Dini (2023), Buku Ajar Promosi Kesehatan (2024), Buku Intervensi Kedaruratan Pasca Gempa (2024) Buku Pengayaan Soal Ukom 2025 Unk DIII Keperawatan (2024), Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ekarudypurwana@gmail.com

Motto: "If plan A fails, there are still 25 left".



Bdn. Omiati Natalia, S.Tr.Keb., M.Kes., Lahir di Lombok, 27 Mei 1992.

Penulis menyelesaikan jenjang pendidikan D4 Kebidanan di Universitas Ngudi Waluyo, Ungaran tahun 2014. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Hasuddin Makassar dan lulus tahun 2017. Penulis memulai karir dosen sejak tahun 2018 hingga saat ini di Universitas Qamarul Huda Badaruddin Bagu. Saat ini penulis aktif dalam menjalankan kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu pengajaran, menulis buku,

penelitian, pengabdian kepada masyarakat serta melaksanakan publikasi karya ilmiah. Dalam menjalani kegiatan pengajaran, penulis salah satunya mengampu MK Kesehatan Reproduksi, KB dan Pelayanan Kontrasepsi, sehingga penulis bisa mengintegrasikan buku Kesehatan Reproduksi dan Perencanaan keluarga ini dalam perkuliahan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: omynatalia27@gmail.com



PROFIL PENULIS



Wasis Pujiati, S.Kep., Ns., M.Kep., adalah Dosen pada Program Studi Sarjana Keperawatan Stikes Hang Tuah, Tanjungpinang, Kepulauan Riau. lahir pada 15 November 1982 di Banyuwangi, Jawa Timur . Menyelesaikan studi Sarjana Keperawatan di Stikes Wira Husada Yogyakarta (2002-2006). Kemudian, menyelesaikan studi Magister Keperawatan Maternitas di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta (2012-2015). Saat ini (2024) tercatat sebagai mahasiswa Doktor Keperawatan di Universitas Padjajaran. Pengalaman penulis pernah mendapatkan Hibah penelitian dosen pemula di tahun 2018 dan 2019. publikasinya penelitian antara lain: Aromaterapi Lavender Terhadap Kecemasan Ibu Hamil Dengan Hipertensi, Aromaterapi lemon untuk kecemasan ibu hamil menjelang persalinan, Penyuluhan Aromaterapi Lemon untuk Kecemasan Ibu Hamil Menjelang Persalinan di Wilayah Kerja Puskesmas Kampung Bugis Tanjungpinang. .Penulis dapat dihubungi melalui email: wasispujiati82@gmail.com.

SINOPSIS

Buku *Bunga Rampai: Kesehatan Reproduksi dan Perencanaan Keluarga* ini menyajikan panduan komprehensif tentang berbagai isu penting dalam dunia kesehatan reproduksi, khususnya dalam konteks pelayanan keperawatan dan kesehatan masyarakat. Melalui lima bab utama, buku ini menggali beragam tantangan, risiko, serta strategi yang relevan dalam meningkatkan kualitas hidup individu dan keluarga melalui pendekatan kesehatan yang holistik dan berbasis bukti.

Pembahasan dimulai dari peran sentral perawat dalam mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, menunjukkan pentingnya edukasi dan pendampingan yang tepat dalam pengambilan keputusan reproduktif. Kemudian, buku ini juga menyoroti aspek kesehatan reproduksi pada wanita lansia—kelompok yang sering terabaikan namun memiliki kebutuhan khusus yang perlu diperhatikan.

Di sisi lain, fenomena kehamilan usia muda dibedah dari sudut pandang risiko kesehatan dan pendekatan layanan yang sesuai, memberikan wawasan mendalam bagi tenaga kesehatan dan pendidik. Tidak kalah penting, buku ini juga membahas perencanaan keluarga bagi pasangan dengan penyakit kronis, yang memerlukan perhatian khusus dan intervensi terintegrasi. Terakhir, penulis menegaskan urgensi edukasi kesehatan reproduksi pada komunitas berisiko tinggi sebagai bagian dari upaya preventif yang berkelanjutan.

Ditulis dengan bahasa yang lugas dan berdasarkan literatur serta praktik keperawatan terkini, buku ini cocok untuk mahasiswa keperawatan, tenaga kesehatan, serta masyarakat umum yang ingin memperdalam pemahaman mengenai kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarga secara menyeluruh.

Buku Bunga Rampai: Kesehatan Reproduksi dan Perencanaan Keluarga ini menyajikan panduan komprehensif tentang berbagai isu penting dalam dunia kesehatan reproduksi, khususnya dalam konteks pelayanan keperawatan dan kesehatan masyarakat. Melalui lima bab utama, buku ini menggali beragam tantangan, risiko, serta strategi yang relevan dalam meningkatkan kualitas hidup individu dan keluarga melalui pendekatan kesehatan yang holistik dan berbasis bukti.

Pembahasan dimulai dari peran sentral perawat dalam mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, menunjukkan pentingnya edukasi dan pendampingan yang tepat dalam pengambilan keputusan reproduktif. Kemudian, buku ini juga menyoroti aspek kesehatan reproduksi pada wanita lansia—kelompok yang sering terabaikan namun memiliki kebutuhan khusus yang perlu diperhatikan.

Di sisi lain, fenomena kehamilan usia muda dibedah dari sudut pandang risiko kesehatan dan pendekatan layanan yang sesuai, memberikan wawasan mendalam bagi tenaga kesehatan dan pendidik. Tidak kalah penting, buku ini juga membahas perencanaan keluarga bagi pasangan dengan penyakit kronis, yang memerlukan perhatian khusus dan intervensi terintegrasi. Terakhir, penulis menegaskan urgensi edukasi kesehatan reproduksi pada komunitas berisiko tinggi sebagai bagian dari upaya preventif yang berkelanjutan. Ditulis dengan bahasa yang lugas dan berdasarkan literatur serta praktik keperawatan terkini, buku ini cocok untuk mahasiswa keperawatan, tenaga kesehatan, serta masyarakat umum yang ingin memperdalam pemahaman mengenai kesehatan reproduksi dan perencanaan keluarga secara menyeluruh.

Penerbit:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F

Jalan S. Parman Kav. 22-24

Kel. Palmerah, Kec. Palmerah

Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480

Telp: (021) 29866919

ISBN 978-634-7219-02-2



9

786347

219022

