

ISBN 978-623-7550-76-1



Buku Ajar

WANITA DAN KESEHATAN KELUARGA



WANITA DAN KESEHATAN KELUARGA



083867708263



cv.mine7



mine mine



Penerbit : cv. Mine
Perum Sidorejo Bumi Indah F 153
Rt 11 Ngestiharjo Kasihan Bantul
Mobile : 083867708263
email : cv.mine.7@gmail.com

ISBN 978-623-7550-76-1



PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT

2021

BUKU AJAR
WANITA DAN KESEHATAN KELUARGA

Disusun Oleh :

Ari Yunanto
Edi Hartoyo
Iwan Aflanie
Pribakti Budinurdjaja
Ferry Armanza
Meitria Syahadatina Noor
Husaini
Andini Octaviana Puteri
Dian Rosadi
Vina Yulia Anhar
Nur Laily
Fahrini Yulidasari
Ayu Riana Sari
Fauzie Rahman
M. Irwan Setiawan
Lia Anggraini
Hadianor
Husnul Fatimah

Editor :

Atikah Rahayu
Agus Muhammad Ridwan



BUKU AJAR WANITA DAN KESEHATAN KELUARGA

Tim Penyusun :

Ari Yunanto
Edi Hartoyo
Iwan Aflanie
Pribakti Budinurdjaja
Ferry Armanza
Meitria Syahadatina Noor
Husaini
Andini Octaviana Puteri
Dian Rosadi
Vina Yulia Anhar
Nur Laily
Fahrini Yulidasari
Ayu Riana Sari
Fauzie Rahman
M. Irwan Setiawan
Lia Anggraini
Hadianor
Husnul Fatimah

Editor :

Atikah Rahayu
Agus Muhammad Ridwan

Hak Cipta © 2021, pada penulis

Hak publikasi pada Penerbit CV Mine

Dilarang memperbanyak, memperbanyak sebagian atau seluruh isi dari buku ini dalam bentuk apapun, tanpa izin tertulis dari penerbit.

© HAK CIPTA DILINDUNGI OLEH UNDANG-UNDANG

Cetakan ke-1 Tahun 2021 CV Mine

Perum SBI F153 Rt 11 Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta- 55182
Telp: 083867708263 Email: cv.mine.7@gmail.com

ISBN : 978-623-7550-76-1

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat, karunia, dan petunjuk-Nya dapat menyelesaikan penyusunan buku bacaan yang juga diharapkan menjadi buku ajar bagi para mahasiswa Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat untuk mengenal, mempelajari, dan memahami tentang kesehatan reproduksi wanita dan kesehatan keluarga. Semoga buku ini memberikan manfaat besar dalam meningkatkan pengetahuan mahasiswa dalam rangka mencapai kompetensi yang disyaratkan dalam kurikulum.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendorong dan memberikan motivasi dalam penyusunan buku ajar ini. Buku ini memang dirasakan jauh dari lengkap dan sempurna, keterangan detail tetap dianjurkan untuk membaca buku-buku dan kepustakaan yang tercantum dalam daftar referensi. Akhirnya guna penyempurnaan buku ini, kami tetap memohon masukan, kritik, saran agar nantinya terwujud sebuah buku ajar praktis, informatif, penuh manfaat dan menjadi rujukan dalam memahami tentang kesehatan reproduksi wanita dan kesehatan keluarga.

Banjarbaru, Januari 2021
Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas
Kedokteran ULM

--Tim Penyusun--

Daftar Isi

TIM PENYUSUN.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
TINJAUAN MATA KULIAH	x
PETA KOMPETENSI WANITA DAN KESEHATAN KELUARGA	xii

MODUL 1:

Kegiatan Belajar 1:

Aspek Hukum Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) dan Kesehatan Keluarga	2
Latihan	22
Rangkuman.....	23
Tes Formatif 1	23
DAFTAR PUSTAKA	26

MODUL 2:

Kegiatan Belajar 1:

Siklus Hidup Wanita	27
Latihan	44
Rangkuman.....	45

Tes Formatif 1	45
DAFTAR PUSTAKA	48

MODUL 3:

Kegiatan Belajar 1:

Konsep Gender dan Issue Gender	50
Latihan	59
Rangkuman.....	60
Tes Formatif 1	60
DAFTAR PUSTAKA	63

MODUL 4:

Kegiatan Belajar 1:

Ketidaksetaraan Gender dalam Pernikahan.....	66
Latihan	86
Rangkuman.....	87
Tes Formatif 1	88
DAFTAR PUSTAKA	90

MODUL 5:

Kegiatan Belajar 1:

Pemberdayaan Wanita.....	92
--------------------------	----

Latihan	116
Rangkuman.....	116
Tes Formatif 1	116
DAFTAR PUSTAKA	119

MODUL 6:

Kegiatan Belajar 1:

Konsep Kesehatan Keluarga	121
Latihan	133
Rangkuman.....	133
Tes Formatif 1	134
DAFTAR PUSTAKA	136

MODUL 7:

Kegiatan Belajar 1:

Hak Anak dalam Keluarga Sejahtera.....	138
Latihan	151
Rangkuman.....	152
Tes Formatif 1	152
DAFTAR PUSTAKA	153

MODUL 8:

Kegiatan Belajar 1:

Indikator Kesehatan Keluarga	155
------------------------------------	-----

Latihan	170
Rangkuman.....	170
Tes Formatif 1	171
DAFTAR PUSTAKA	173

MODUL 9:

Kegiatan Belajar 1:

Kesehatan Reproduksi Calon Pengantin	177
Latihan	191
Rangkuman.....	191
Tes Formatif 1	192
DAFTAR PUSTAKA	194

MODUL 10:

Kegiatan Belajar 1:

Kesehatan Reproduksi Terpadu di Pelayanan Kesehatan Dasar	195
Latihan	227
Rangkuman.....	227
Tes Formatif 1	228
DAFTAR PUSTAKA	231

MODUL 11:

Kegiatan Belajar 1:

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.....	234
---	-----

Latihan	249
Rangkuman.....	249
Tes Formatif 1	250
DAFTAR PUSTAKA	253

MODUL 12:

Kegiatan Belajar 1:

Program Pernikahan dan Keluarga Sehat.....	257
Latihan	279
Rangkuman.....	279
Tes Formatif 1	281
DAFTAR PUSTAKA	283

MODUL 13:

Kegiatan Belajar 1:

GERMAS dan PIS-PK.....	285
Latihan	303
Rangkuman.....	304
Tes Formatif 1	305
DAFTAR PUSTAKA	307

Daftar Gambar

Gambar 1.1. Visi Misi Presiden	9
Gambar 1.2. Hasil PIS-PK Mendukung Pencapaian SPM.....	10
Gambar 1.3. Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas).....	12
Gambar 1.4. Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif	13
Gambar 1.5. Kebijakan dan Regulasi Berwawasan Kesehatan	14
Gambar 1.6. Tatanan Kesehatan.....	14
Gambar 1.7. Struktur organisasi dari tim keluarga sehat	16
Gambar 1.8. Manajemen Pendekatan Keluarga di Puskesmas..	16
Gambar 1.9. Mekanisme Interaksi Puskesmas-Keluarga.....	18
Gambar 2.1. Siklus Hidup Wanita	29
Gambar 5.1. Model Pemberdayaan Wanita	112
Gambar 5.2. Model Mekanisme KIE Pemberdayaan Wanita Pendekatan Keluarga	113
Gambar 7.1. Pendekatan Siklus Hidup untuk Mencapai Keluarga Sehat	168
Gambar 10.1 Upaya Puskesmas untuk Mencapai Kecamatan Sehat	240

Daftar Tabel

Tabel 2.1. Siklus hidup wanita dalam konsep kesehatan reproduksi.....	28
Tabel 8.1. Status Imunisasi TT	185

Tinjauan Mata Kuliah

Mata kuliah Wanita dan Kesehatan Keluarga ini berisikan tentang aspek hukum kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) dan kesehatan keluarga siklus hidup wanita, konsep gender dan issue gender, ketidaksetaraan *gender* dalam pernikahan, pemberdayaan wanita, konsep kesehatan keluarga, hak anak dalam keluarga sejahtera, indikator kesehatan keluarga, kesehatan reproduksi calon pengantin, kesehatan reproduksi terpadu di pelayanan kesehatan dasar, program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK), program pernikahan dan keluarga sehat serta GERMAS dan PIS-PK.

Adapun Mata Kuliah ini di kemas dalam 13 Modul, Sebagai Berikut:

- Modul 1. Aspek Hukum Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) dan Kesehatan Keluarga
- Modul 2. Siklus Hidup Wanita
- Modul 3. Konsep Gender dan Issue Gender
- Modul 4. Ketidaksetaraan *Gender* Dalam Pernikahan
- Modul 5. Pemberdayaan Wanita
- Modul 6. Konsep Kesehatan Keluarga

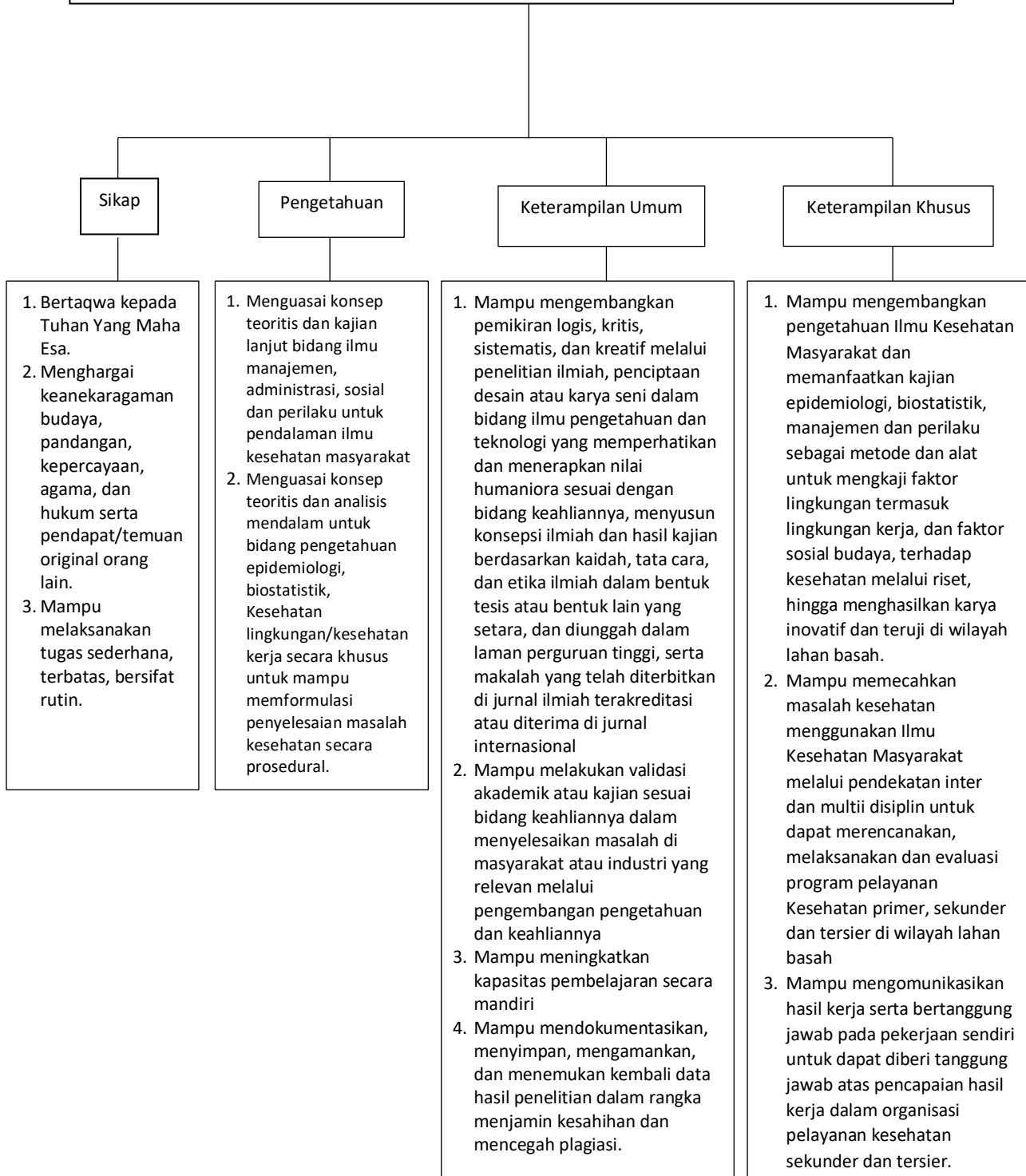
- Modul 7. Hak Anak dalam Keluarga Sejahtera
- Modul 8. Indikator Kesehatan Keluarga
- Modul 9. Kesehatan Reproduksi Calon Pengantin
- Modul 10. Kesehatan Reproduksi Terpadu di Pelayanan Kesehatan Dasar
- Modul 11. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
- Modul 12. Program Pernikahan dan Keluarga Sehat
- Modul 13. GERMAS dan PIS-PK

Harapannya, Semoga Anda dapat mempelajarinya secara seksama dan penuh perhatian. Selamat belajar semoga Anda berhasil.

PETA KOMPETENSI

BUKU AJAR WANITA DAN KESEHATAN KELUARGA

Cakupan pembelajaran menjelaskan terkait aspek hukum kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) dan kesehatan keluarga, siklus hidup wanita, konsep gender dan issue gender, ketidaksetaraan *gender* dalam pernikahan, pemberdayaan wanita, konsep kesehatan keluarga, hak anak dalam keluarga sejahtera, indikator kesehatan keluarga, kesehatan reproduksi calon pengantin, kesehatan reproduksi terpadu di pelayanan kesehatan dasar, program indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK), program pernikahan dan keluarga sehat serta GERMAS dan PIS-PK yang mencakup ranah sikap, pengetahuan, keterampilan umum dan keterampilan khusus.



MODUL 1

PENDAHULUAN

Tujuan Instruksional Umum:

Pada bab ini membahas tentang aspek hukum kekerasan dalam rumah tangga (KDRT) dan kesehatan keluarga berdasarkan aspek hukum yang berlaku.

Tujuan Instuksional Khusus:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) berdasarkan Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang Kesehatan Keluarga berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016.

KEGIATAN BELAJAR 1

Aspek Hukum Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT) dan Kesehatan Keluarga

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Kekerasan Dalam Rumah Tangga (KDRT) (Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004)

Keutuhan dan kerukunan rumah tangga yang bahagia, aman, tenteram, dan damai merupakan dambaan setiap orang dalam rumah tangga. Negara Republik Indonesia adalah negara yang berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa dijamin oleh Pasal 29 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Dengan demikian, setiap orang dalam lingkup rumah tangga dalam melaksanakan hak dan kewajibannya harus didasari oleh agama. Hal ini perlu terus ditumbuhkembangkan dalam rangka membangun keutuhan rumah tangga. Agar dapat mewujudkan keutuhan dan kerukunan tersebut, sangat tergantung pada setiap orang dalam lingkup rumah tangga, terutama kadar kualitas perilaku dan pengendalian diri setiap orang dalam lingkup rumah tangga tersebut.

Keutuhan dan kerukunan rumah tangga dapat terganggu jika kualitas dan pengendalian diri tidak dapat dikontrol, yang

pada akhirnya dapat terjadi kekerasan dalam rumah tangga sehingga timbul ketidakamanan atau ketidakadilan terhadap orang yang berada dalam lingkup rumah tangga tersebut. Untuk mencegah, melindungi korban, dan menindak pelaku kekerasan dalam rumah tangga, negara dan masyarakat wajib melaksanakan pencegahan, perlindungan, dan penindakan pelaku sesuai dengan undang-undang. Oleh karena itu, diperlukan pengaturan tentang tindak pidana kekerasan dalam rumah tangga secara tersendiri. Kekerasan dalam rumah tangga diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2004 Tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga yang akan dipaparkan dalam bab dalam buku ini.

Menurut UU nomor 23 tahun 2004 kekerasan dalam Rumah Tangga adalah setiap perbuatan terhadap seseorang terutama perempuan, yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis, dan/atau penelantaran rumah tangga termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, atau perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga. Penghapusan Kekerasan dalam Rumah Tangga adalah jaminan yang diberikan oleh negara untuk mencegah terjadinya kekerasan dalam rumah tangga, menindak pelaku kekerasan dalam rumah tangga, dan

melindungi korban kekerasan dalam rumah tangga. Lingkup rumah tangga yang diatur dalam undang-undang ini antara lain sebagai berikut:

- a. Suami, isteri, dan anak
- b. Orang-orang yang mempunyai hubungan keluarga dengan suami, isteri, atau anak karena hubungan darah, persusuan, pengasuham perwalian atau yang menetap dalam rumah tangga
- c. Orang yang bekerja membantu rumah tangga dan menetap dalam rumah tangga tersebut

Kekerasan dalam rumah tangga terkadang lebih difokuskan kepada perempuan yang cenderung sering mengalami kekerasan. Sehingga dalam pasal 5 hingga pasal 9 dalam undang-undang ini menyatakan bahwa jenis kekerasan yang dilarang dilakukan adalah sebagai berikut:

- a. Kekerasan fisik; seperti perbuatan yang mengakibatkan rasa sakit, jatuh sakit, atau luka berat
- b. Kekerasan psikis; yaitu perbuatan yang mengakibatkan rasa takut, rasa kehilangan percaya diri, hilangnya kemampuan untuk bertindak, rasa tidak berdaya dan/atau penderitaan psikis berat pada seseorang

- c. Kekerasan seksual; yaitu meliputi pemaksaan hubungan seksual atau pemaksaan hubungan seksual untuk tujuan komersial dan/atau tujuan tertentu.
- d. Penelantaran rumah tangga

Korban kekerasan dalam rumah tangga berhak mendapatkan:

- a. Perlindungan dari pihak keluarga, kepolisian, kejaksaan, pengadilan, advokat, lembaga sosial, atau pihak lainnya baik sementara maupun berdasarkan penetapan perintah perlindungan dari pengadilan;
- b. pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan medis;
- c. penanganan secara khusus berkaitan dengan kerahasiaan korban;
- d. Pendampingan oleh pekerja sosial dan bantuan hukum pada setiap tingkat proses pemeriksaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
- e. Pelayanan bimbingan rohani

Sehingga korban KDRT wajib melaporkan kekerasan yang dialaminya kepada pihak berwenang dalam waktu 1x24 jam karena dalam 1x24 jam, terhitung sejak mengetahui atau menerima laporan kekerasan dalam rumah tangga, kepolisian

wajib segera memberikan perlindungan sementara pada korban dan kemudian akan ditindaklanjuti lebih lanjut. Ketentuan pidana yang didapatkan oleh pelaku KDRT adalah sebagai berikut:

- a. Setiap orang yang melakukan perbuatan kekerasan fisik dalam lingkup rumah tangga dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun atau denda paling banyak Rp15.000.000,00 (lima belas juta rupiah). Apabila mengakibatkan korban mendapat jatuh sakit atau luka berat, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun atau denda paling banyak Rp30.000.000,00 (tiga puluh juta rupiah). Apabila kekerasan mengakibatkan matinya korban, dipidana dengan pidana penjara paling lama 15 (lima belas) tahun atau denda paling banyak Rp45.000.000,00 (empat puluh lima juta rupiah). Dalam hal perbuatan tersebut dilakukan oleh suami terhadap isteri atau sebaliknya yang tidak menimbulkan penyakit atau halangan untuk menjalankan pekerjaan jabatan atau mata pencaharian atau kegiatan sehari-hari, dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) bulan atau denda paling banyak Rp5.000.000,00 (lima juta rupiah).
- b. Setiap orang yang melakukan perbuatan kekerasan psikis dalam lingkup rumah tangga dipidana dengan pidana penjara

paling lama 3 (tiga) tahun atau denda paling banyak Rp9.000.000,00 (sembilan juta rupiah). Apabila perbuatan tersebut dilakukan oleh suami terhadap isteri atau sebaliknya yang tidak menimbulkan penyakit atau halangan untuk menjalankan pekerjaan jabatan atau mata pencaharian atau kegiatan sehari-hari, dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) bulan atau denda paling banyak Rp3.000.000,00 (tiga juta rupiah).

- c. Setiap orang yang melakukan perbuatan kekerasan seksual dipidana dengan pidana penjara paling lama 12 (dua belas) tahun atau denda paling banyak Rp36.000.000,00 (tiga puluh enam juta rupiah). Setiap orang yang memaksa orang yang menetap dalam rumah tangganya melakukan hubungan seksual dipidana dengan pidana penjara paling singkat 4 (empat) tahun dan pidana penjara paling lama 15 (lima belas) tahun atau denda paling sedikit Rp12.000.000,00 (dua belas juta rupiah) atau denda paling banyak Rp300.000.000,00 (tiga ratus juta rupiah). Apabila kekerasan tersebut menyebabkan gugur atau matinya janin dalam kandungan, atau mengakibatkan tidak berfungsinya alat reproduksi, dipidana dengan pidana penjara paling singkat 5 (lima) tahun dan pidana penjara paling lama 20 (dua puluh) tahun atau

denda paling sedikit Rp25.000.000,00 (dua puluh lima juta rupiah)

- d. Setiap orang yang menelantarkan orang lain dalam lingkup rumah tangganya akan dipidana dengan dpidana penjara paling lama 3 tahun atau denda paling banyak denda paling banyak Rp15.000.000,00 (lima belas juta rupiah)

2. Kesehatan Keluarga (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016)

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap. Tatanan keluarga perlu sekali diperhatikan kesehatannya (Rohmat, 2010). Banyak sekali masalah kesehatan yang ditemukan dalam suatu keluarga seperti masalah kesehatan dan status gizi bayi balita, penyakit menular, penyakit tidak menular, masalah kesehatan lingkungan, masalah perilaku, hingga kematian bagi ibu anak maupun anggota keluarga lainnya. Sehingga sebagai upaya untuk mencegah atau menanggulangi permasalahan tersebut dibuatlah suatu peraturan ataupun perundangan. Sesuai dengan visi dan misi presiden terdapat 9 Agenda Prioritas (Nawacita) dimana pada agenda ke 5 tertulis “meningkatkan kualitas hidup manusia” yang dilaksanakan melalui pelaksanaan program indonesia sehat

melalui pendekatan keluarga yang diatur dalam peraturan menteri kesehatan nomor 39 tahun 2016.

Program Indonesia Sehat merupakan salah satu program dari agenda ke-5 Nawa Cita, yaitu Meningkatkan Kualitas Hidup Manusia Indonesia. Program ini didukung oleh program sektoral lainnya yaitu Program Indonesia Pintar, Program Indonesia Kerja, dan Program Indonesia Sejahtera. Program Indonesia Sehat selanjutnya menjadi program utama Pembangunan Kesehatan yang kemudian direncanakan pencapaiannya melalui Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015.



Gambar 1.1. Visi Misi Presiden

Program Indonesia Sehat dilaksanakan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan

pelindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan yang diperlukan pendekatan keluarga, yang mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, berdasarkan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga. Tujuan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga:

- a. Meningkatkan akses keluarga beserta anggotanya terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif;
- b. Mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota;
- c. Mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional;
- d. Mendukung tercapainya tujuan Program Indonesia Sehat dalam rencana strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019.



Gambar 1.2. Hasil PIS-PK Mendukung Pencapaiiana SPM

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga terdiri atas 4 (empat) area prioritas yang meliputi:

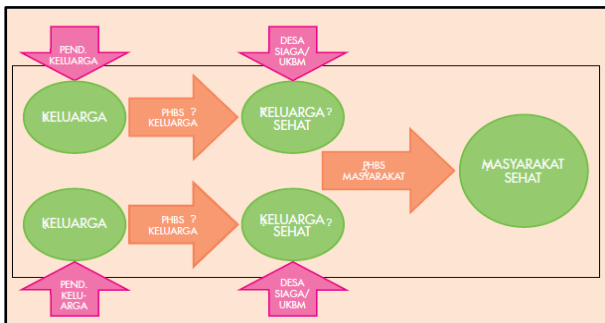
- a. Penurunan angka kematian ibu dan bayi;
- b. Penurunan prevalensi balita pendek (*stunting*);
- c. Penanggulangan penyakit menular; dan
- d. Penanggulangan penyakit tidak menular.

Sasaran ini sesuai dengan sasaran pokok Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJMN) 2015-2019, yaitu:

- a. Meningkatkan Status Kesehatan Dan Gizi Ibu Dan Anak,
- b. Meningkatkan Pengendalian Penyakit,
- c. Meningkatkan Akses Dan Mutu Pelayanan Kesehatan Dasar Dan Rujukan Terutama Di Daerah Terpencil, Tertinggal Dan Perbatasan,
- d. Meningkatkan Cakupan Pelayanan Kesehatan Universal Melalui Kartu Indonesia Sehat Dan Kualitas Pengelolaan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) Kesehatan,
- e. Terpenuhinya Kebutuhan Tenaga Kesehatan, Obat Dan Vaksin, Serta
- f. Meningkatnya Responsivitas Sistem Kesehatan.

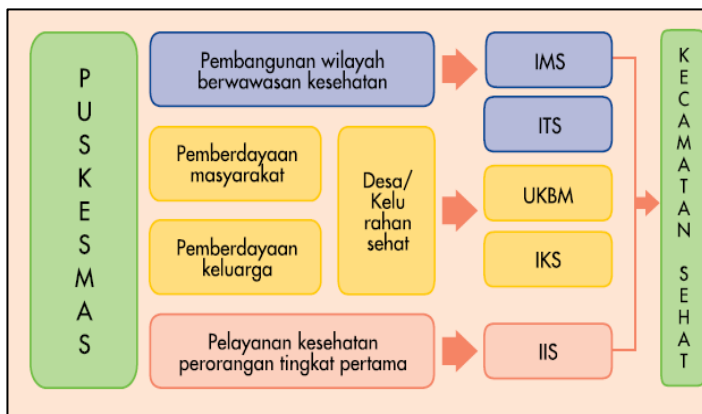
Pendekatan keluarga yang dimaksud dalam pedoman umum ini merupakan pengembangan dari kunjungan rumah oleh Puskesmas dan perluasan dari upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas), yang meliputi kegiatan berikut:

- a. Kunjungan keluarga untuk pendataan/pengumpulan data profil kesehatan keluarga dan peremajaan (*updating*) pangkalan datanya.
- b. Kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif.
- c. Kunjungan keluarga untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung.
- d. Pemanfaatan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga untuk pengorganisasian/pemberdayaan masyarakat dan manajemen Puskesmas.



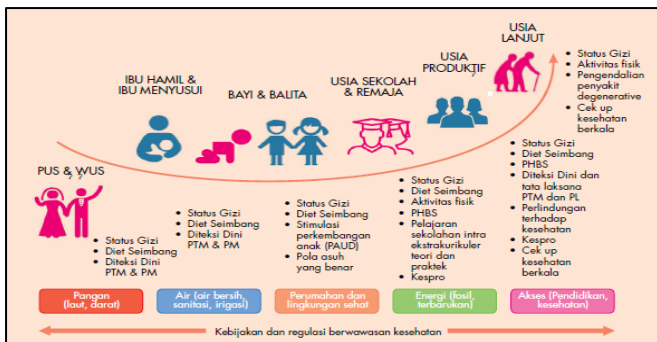
Gambar 1.3. Upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)

Keluarga merupakan lembaga terkecil dari masyarakat, maka pemberdayaan masyarakat harus dimulai dari pemberdayaan keluarga. Pemberdayaan masyarakat yang selama ini dilaksanakan di bidang kesehatan dipandu dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1529/Menkes/SK/X/2010 tentang *Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif*. Pedoman umum ini menyebutkan bahwa pemberdayaan masyarakat desa/kelurahan merupakan kelanjutan dari pemberdayaan keluarga melalui pengembangan PHBS tatanan rumah tangga. Pengembangan desa dan kelurahan siaga aktif itu tidak lain bertujuan untuk terciptanya Desa Sehat dan Kelurahan Sehat.

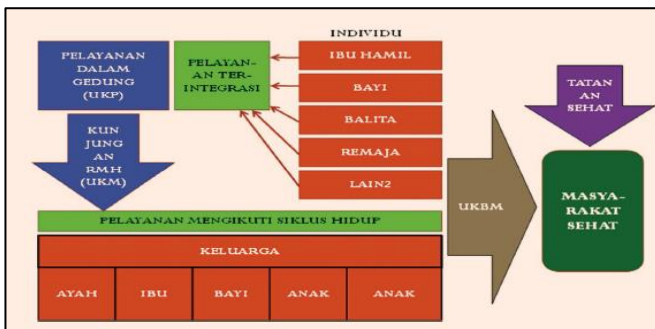


Gambar 1.4. Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

Pentingnya pendekatan keluarga juga diamanatkan dalam Renstra Kementerian Kesehatan Tahun 2015 –2019. Dalam Renstra disebutkan bahwa salah satu acuan bagi arah kebijakan Kementerian Kesehatan adalah penerapan pendekatan pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan berkesinambungan (*continuum of care*).



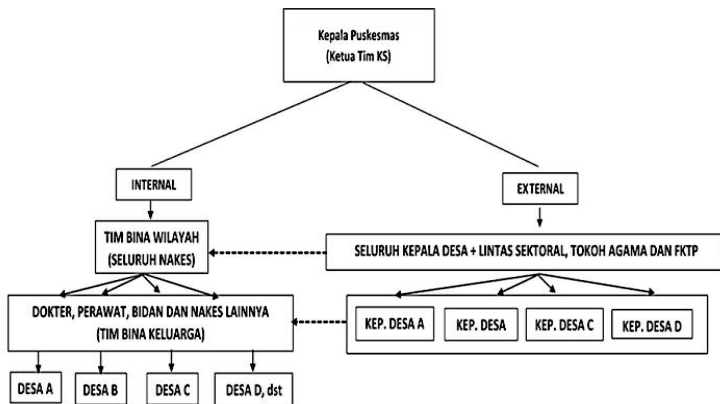
Gambar 1.5. Kebijakan dan Regulasi Berwawasan Kesehatan



Gambar 1.6. Tatanan Kesehatan

Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota memiliki tiga peran utama, yakni: pengembangan sumber daya, koordinasi dan bimbingan, serta pemantauan dan pengendalian. Dalam rangka pelaksanaan pendekatan keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi juga memiliki tiga peran utama, yakni: pengembangan sumber daya, koordinasi dan bimbingan, serta pemantauan dan pengendalian. Kementerian Kesehatan sebagai Pemerintah Pusat dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan konkuren sebagaimana di maksud di dalam Undang-Undang No. 23 Tentang Pemerintahan Daerah berwenang untuk: (a) menetapkan norma, standar, prosedur, dan kriteria dalam rangka penyelenggaraan urusan pemerintahan; (b) melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah, selain juga pengembangan sumber daya, koordinasi dan bimbingan, serta pemantauan dan evaluasi.

Dalam proses pelaksanaannya di lapangan akan dibentuk tim keluarga sehat untuk melakukan survei. Contoh struktur organisasi dari tim keluarga sehat (KS) dapat dilihat pada gambar dibawah ini:



Gambar 1.7. Struktur organisasi dari tim keluarga sehatn (KS)

Manajemen pendekatan keluarga di Puskesmas dapat dilihat pada gambar dibawah ini:



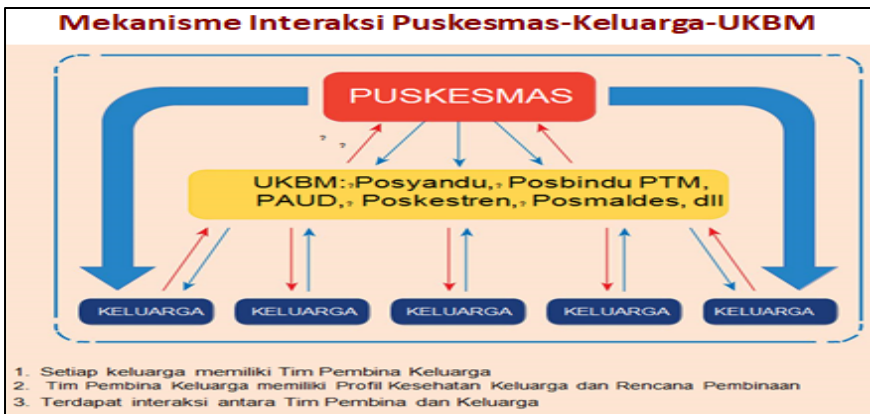
Gambar 1.8. Manajemen Pendekatan Keluarga di Puskesmas

Pendekatan keluarga yang dimaksud dalam pedoman umum ini merupakan pengembangan dari kunjungan rumah oleh Puskesmas dan perluasan dari upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas), yang meliputi kegiatan berikut:

- a. Kunjungan keluarga untuk pendataan/pengumpulan data profil kesehatan keluarga dan peremajaan (*updating*) pangkalan datanya.
- b. Kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif.
- c. Kunjungan keluarga untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung.
- d. Pemanfaatan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga untuk pengorganisasian/pemberdayaan masyarakat dan manajemen Puskesmas.

Kunjungan rumah (keluarga) dilakukan secara terjadwal dan rutin, dengan memanfaatkan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga (*family folder*). Dengan demikian, pelaksanaan upaya Perkesmas harus diintegrasikan ke dalam kegiatan pendekatan keluarga. Dalam menjangkau keluarga, Puskesmas tidak hanya mengandalkan UKBM yang ada sebagaimana selama ini dilaksanakan, melainkan juga langsung

berkunjung ke keluarga. Perlu diperhatikan, bahwa pendekatan keluarga melalui kunjungan rumah ini tidak berarti mematikan UKBM-UKBM yang ada, tetapi justru untuk memperkuat UKBM-UKBM yang selama ini dirasakan masih kurang efektif.



Gambar 1.9. Mekanisme Interaksi Puskesmas-Keluarga UKBM

Keluarga adalah suatu lembaga yang merupakan satuan (*unit*) terkecil dari masyarakat, terdiri atas ayah, ibu, dan anak. Keluarga yang seperti ini disebut rumah tangga atau keluarga inti (keluarga batih), sedangkan keluarga yang anggotanya mencakup juga kakek dan atau nenek atau individu lain yang memiliki hubungan darah, bahkan juga tidak memiliki hubungan darah (misalnya pembantu rumah tangga), disebut keluarga luas

(*extended family*). Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, maka derajat kesehatan rumah tangga atau keluarga menentukan derajat kesehatan masyarakatnya. Pada Permenkes RI nomor 39 tahun 2016 disebutkan 12 indikator sebagai penanda status kesehatan dalam keluarga yaitu:

- a. Keluarga mengikuti KB
- b. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
- c. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
- d. Bayi diberikan ASI eksklusif selama 6 bulan
- e. Memantau pertumbuhan dan perkembangan balita setiap bulan
- f. Penderita TB Paru berobat sesuai standar
- g. Penderita hipertensi berobat teratur
- h. Gangguan jiwa berat tidak ditelantarkan
- i. Tidak ada anggota keluarga yang merokok
- j. Keluarga mempunyai akses terhadap air bersih
- k. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat
- l. Sekeluarga menjadi anggota JKN

Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan penghitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari setiap keluarga, yang kemudian akan dihitung pula IKS tingkat RT, Kecamatan,

Kota/Kabupaten hingga nasional. Hasil perhitungan IKS tersebut, selanjutnya dapat ditentukan kategori kesehatan masing-masing keluarga dengan mengacu pada ketentuan berikut:

- a. Nilai indeks $> 0,800$: keluarga sehat
- b. Nilai indeks $0,500-0,800$: pra-sehat
- c. Nilai indeks $< 0,500$: tidak sehat

Pelaksanaan pendekatan keluarga ini memiliki tiga hal yang harus diadakan atau dikembangkan, yaitu:

- a. Instrumen yang digunakan di tingkat keluarga.
- b. Forum komunikasi yang dikembangkan untuk kontak dengan keluarga.
- c. Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra Puskesmas

Instrumen yang diperlukan di tingkat keluarga adalah sebagai berikut:

- 1) Profil Kesehatan Keluarga (selanjutnya disebut Prokesga), berupa *family folder*, yang merupakan sarana untuk merekam (menyimpan) data keluarga dan data individu anggota keluarga. Data keluarga meliputi komponen rumah sehat (akses/ketersediaan air bersih dan akses/penggunaan jamban sehat). Data individu

anggota keluarga mencantumkan karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lain-lain) serta kondisi individu yang bersangkutan, seperti mengidap penyakit (hipertensi, tuberkulosis, dan gangguan jiwa) dan perilakunya (merokok, ikut KB, memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, pemberian ASI eksklusif, dan lain-lain).

- 2) Paket Informasi Keluarga (selanjutnya disebut Pinkesga), berupa *flyer*, *leaflet*, buku saku, atau bentuk lainnya, yang diberikan kepada keluarga sesuai masalah kesehatan yang dihadapinya, misalnya: *Flyer* tentang Kehamilan dan Persalinan untuk keluarga yang ibunya sedang hamil, *Flyer* tentang Pertumbuhan Balita untuk keluarga yang mempunyai balita, *Flyer* tentang Hipertensi untuk mereka yang menderita hipertensi, dan lain-lain.

Forum komunikasi yang digunakan untuk kontak dengan keluarga dapat berupa:

- a. Kunjungan rumah ke keluarga-keluarga di wilayah kerja Puskesmas.

- b. Diskusi kelompok terarah (DKT) atau biasa dikenal dengan *focus group discussion* (FGD) melalui Dasawisma dari PKK.
- c. Kesempatan konseling di UKBM-UKBM (Posyandu, Posbindu, Pos UKK, dan lain-lain).
- d. Forum-forum yang sudah ada di masyarakat seperti majelis taklim, rembug desa, selapanan, dan lain-lain.
- e. Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra dapat diupayakan dengan menggunakan tenaga-tenaga berikut:
 - 1) Kader-kader kesehatan, seperti kader Posyandu, Posbindu, Poskestren, PKK, dan lain-lain.
 - 2) Pengurus organisasi kemasyarakatan setempat, seperti pengurus PKK, pengurus Karang Taruna, pengelola pengajian, dan lain-lain.

LATIHAN

- 1. Jelaskan ruang lingkup rumah tangga dalam UUD 1945 pasal 29!
- 2. Jelaskan definisi keluarga!
- 3. Sebutkan forum komunikasi di masyarakat yang dapat digunakan untuk kontak dengan keluarga!

RANGKUMAN

1. Keutuhan dan kerukunan rumah tangga yang bahagia, aman, tenteram, dan damai merupakan dambaan setiap orang dalam rumah tangga. Negara Republik Indonesia adalah negara yang berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa dijamin oleh Pasal 29 Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
2. Lingkup rumah tangga yang diatur dalam undang-undang ini antara lain sebagai berikut: Suami, isteri, dan anak; Orang-orang yang mempunyai hubungan keluarga dengan suami, isteri, atau anak karena hubungan darah, persusuan, pengasuham perwalian atau yang menetap dalam rumah tangga; Orang yang bekerja membantu rumah tangga dan menetap dalam rumah tangga tersebut
3. Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap.

TES FORMATIF 1

1. Siapa sajakah ruang lingkup rumah tangga yang diatur oleh UU?
 - A. Suami, isteri, dan anak

- B. Orang-orang yang tidak mempunyai hubungan keluarga dengan suami, isteri
 - C. Orang yang tidak memiliki hubungan darah, persusuan, pengasuhan perwalian atau yang menetap dalam rumah tangga
 - D. Orang yang bekerja membantu rumah tangga tapi tidak menetap dalam rumah tangga tersebut
 - E. Kakek buyut yang telah meninggal
2. Apa saja hak dari korban kekerasan dalam rumah tangga?
- A. Perlindungan dari pihak keluarga, kepolisian, kejaksaan, pengadilan, advokat, lembaga sosial, atau pihak lainnya baik sementara maupun berdasarkan penetapan perintah perlindungan dari pengadilan
 - B. Pelayanan kesehatan berupa *medical check up*
 - C. Penanganan secara khusus berkaitan dengan kerahasiaan korban jika diminta saja
 - D. Pendampingan oleh pekerja sosial dan bantuan hukum pada tingkat awal saja dari proses pemeriksaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
 - E. Pelayanan bimbingan rohani hanya untuk agama tertentu

3. Apakah tujuan program Pembangunan Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga?
 - A. Membatasi akses keluarga beserta anggotanya terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif
 - B. Mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota
 - C. Mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional khusus untuk masyarakat miskin
 - D. Mendukung tercapainya tujuan Program Indonesia Sehat dalam rencana strategis Kementerian Kesehatan khusus untuk program keluarga berencana
 - E. Mendukung program kader posyandu sebagai perpanjangan tangan petugas kesehatan

4. Program apa sajakah yang terkait perawatan kesehatan masyarakat?
 - A. Kunjungan keluarga untuk pendataan/pengumpulan data profil kesehatan keluarga dan peremajaan (*updating*) pangkalan datanya.
 - B. Kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan sebagai upaya kuratif

- C. Kunjungan keluarga untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung yang tidak tercapai
 - D. Pemanfaatan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga untuk pengorganisasian/pemberdayaan tenaga kesehatan dan manajemen Puskesmas.
 - E. Pengobatan massal
5. Yang manakah yang bukan indikator status kesehatan dalam keluarga?
- A. Keluarga mengikuti KB
 - B. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
 - C. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
 - D. Bayi diberikan ASI eksklusif selama 6 bulan
 - E. Memantau pertumbuhan dan perkembangan balita setiap tahun

DAFTAR PUSTAKA

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga

Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2004 Tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga

MODUL 2

PENDAHULUAN

Tujuan Instruksional Umum:

Mahasiswa mampu menjelaskan siklus hidup wanita

Tujuan Instruksional Khusus:

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang kesehatan reproduksi dalam siklus hidup wanita
- b. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi siklus hidup wanita
- c. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan wanita

KEGIATAN BELAJAR 1

Siklus Hidup Wanita

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Kesehatan Reproduksi dalam Siklus Hidup Wanita

Konsep kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan siklus kehidupan perempuan (*life-cycle-approach*) atau pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan sejak dari janin sampai liang kubur (*from womb to tomb*) atau biasa juga disebut dengan “*Continuum of care women cycle*“. Kesehatan reproduksi

menggunakan pendekatan sepanjang siklus kehidupan perempuan hal ini disebabkan status kesehatan perempuan semasa kanak-kanak dan remaja mempengaruhi kondisi kesehatan saat memasuki masa reproduksi yaitu saat hamil, bersalin, dan masa nifas. Berikut adalah tabel siklus hidup wanita dalam konsep kesehatan reproduksi (Priyatin & Rahayu, 2016).

Tabel 2.1 Siklus hidup wanita dalam konsep kesehatan reproduksi

Masa konsepsi	Masa setelah bersatunya sel telur dengan sperma kemudian janin akan tumbuh menjadi morulla, blastula, gastrula, neurulla yang akhirnya menjadi janin dan dengan terbentuknya placenta akan terjadi interaksi antara ibu dan janin.
Masa Bayi dan Anak	Masa bayi dan anak adalah masa pertumbuhan dan perkembangan yang sangat cepat, Tumbuh kembang motorik kasar dan motorik halus akan berjalan dengan baik bila kesehatan bayi dan anak dalam keadaan prima.
Masa Remaja	Masa remaja pada masa ini terjadi perubahan fisik dan psikologis. Perubahan fisik yang terjadi diantaranya adalah tumbuhnya rambut kemaluan (<i>pubeshe</i>), buah dada mulai tumbuh (<i>thelarche</i>), pertumbuhan tinggi badan yang cepat (<i>maximal growth</i>), mendapatkan haid yang pertama kali (<i>menarche</i>)

Masa Reproduksi	Masa dimana perempuan menjalankan tugas kehidupannya yaitu mulai hamil, melahirkan, masa nifas dan menyusui dan masa antara yaitu merencanakan jumlah atau jarak anak dengan menggunakan alat kontrasepsi
Masa Usia Lanjut	Masa usia lanjut yaitu masa dimana hormon estrogen sudah mulai menurun atau habis dikarenakan produksi sel telur juga sudah mulai menurun atau habis. Dengan menurunnya hormon estrogen akan terjadi perubahan fisik dan psikologis pada perempuan diantaranya perubahan pada organ reproduksi, perubahan pada metabolisme tubuh dan turunya massa tulang (<i>osteoporosis</i>)



Sumber: Direktorat Bina Kesehatan Ibu

Gambar 2.1. Siklus Hidup Wanita

Ruang lingkup kesehatan reproduksi yang mencakup keseluruhan kehidupan manusia sejak lahir sampai mati (*life cycle approach*) bertujuan agar di peroleh sasaran yang pasti dan komponen pelayanan yang jelas serta dilaksanakan secara terpadu dan berkualitas dengan memperhatikan hak reproduksi perorangan dan bertumpu pada program pelayanan yang tersedia. Pemantauan kesehatan wanita dan pelayanan kesehatan yang dapat diberikan sepanjang siklus kehidupan wanita terdiri dari (Wilujeng, 2013):

a. Konsepsi

Pemantauan Gizi (pemenuhan nutrisi), adanya faktor-faktor mekanis, paparan toksin, pengaruh gangguan endokrin ibu yang sedang hamil, paparan radiasi, kemungkinan infeksi yang diderita oleh sang ibu, kondisi psikologi ibu.

Masalah yang mungkin terjadi pada tahap ini adalah pengutamaan jenis kelamin, BBLR, kurang gizi (malnutrisi) (Sibagariang, 2010). Sehingga pelayanan yang diberikan pada masa ini adalah dengan memberikan perlakuan yang sama antara janin laki-laki dan perempuan, Pelayanan ANC, persalinan, nifas dan BBL yang aman.

b. Bayi dan Anak

Pada minggu pertama dan kedua kehidupan di luar, bayi masih mengalami pengaruh estrogen yang sewaktu hamil memasuki tubuh janin melalui plasenta. Karena itu, uterus bayi baru lahir lebih besar dibandingkan dengan uterus anak kecil. Di samping itu estrogen juga menyebabkan pembengkakan pada payudara bayi wanita maupun pria selama 10 hari pertama dari kehidupannya, kadang-kadang disertai dengan sekresi cairan seperti air susu. Selanjutnya 10-15% dari bayi wanita dapat timbul perdarahan pervagina dalam minggu-minggu pertama yang bersifat *withdrawal bleeding*. Genitalia bayi wanita yang baru lahir itu basah karena sekresi cairan yang jernih. Epitel vagina relatif tebal dan Ph vagina 5, setelah 2-3 minggu epitel vagina tipis dan Ph naik menjadi 7. Pada 1/3 dari bayi wanita, endoserviks tidak terhenti pada ostium uteri eksternum, tetapi menutupi juga sebagian dari *portioservisis*, sehingga terdapat apa yang dinamakan *seudoerosio kongenitalis*. Setelah lebih kurang 1,5 tahun, erosio ini hilang dengan sendirinya.

Pada waktu lahir perbandingan servik dan korpus uteri 1:1 karena hipertrofikorpus, setelah pengaruh estrogen tidak ada perbandingan lambat laun menjadi 2:1. Pada pubertas dengan pengaruh estrogen yang dihasilkan sendiri oleh anak,

perbandingan berubah lagi, dan pada wanita dewasa berubah menjadi 1:2.

Kemudian pada masa kanak-kanak ini adalah bahwa perangsangan oleh hormon kelamin sangat kecil, dan memang kadar hormon estrogen dan gonadotropin sangat rendah. Karena itu alat-alat genital pada masa ini tidak memperlihatkan pertumbuhan yang berarti sampai permulaan pubertas. Dalam masa kanak-kanak pengaruh hipofisis terutama terlihat dalam pertumbuhan badan. Pada masa kanak-kanak sudah nampak perbedaan antara anak pria dan wanita, terutama dalam tingkah lakunya. Tetapi perbedaan ini ditentukan oleh lingkungan dan pendidikan.

Masalah yang mungkin terjadi pada masa bayi dan anak adalah pengutamaan jenis kelamin, sunat perempuan, kurang gizi (malnutrisi), kesakitan dan kematian BBLR, penyakit lain disemua usia dan kekerasan (Sibagariang, 2010). Sehingga Pelayanan kesehatan yang dapat diberikan pada masa ini berupa pemberian ASI eksklusif dan penyapihan yang layak, pemberian makanan dengan gizi seimbang, Imunisasi, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS) dan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM), Pencegahan dan penanggulangan kekerasan pada anak, pendidikan dan kesempatan untuk memperoleh pendidikan yang

sama pada anak laki-laki dan anak perempuan. Laki-laki dan perempuan, sebagai pasangan atau individu merupakan kesamaan/kesetaraan *gender* yaitu keadaan tanpa diskriminasi dalam memperoleh kesempatan, pendidikan, serta akses terhadap pelayanan.

c. Remaja

Secara klinis pubertas mulai dengan timbulnya ciri-ciri kelamin sekunder, dan berakhir kalau sudah ada kemampuan reproduksi. Pubertas pada wanita, mulai kira-kira pada umur 8-14 tahun dan berlangsung kurang lebih selama 4 tahun. Awal pubertas dipengaruhi oleh bangsa, iklim, gizi dan kebudayaan. Pada abad ini secara umum ada pergeseran permulaan pubertas ke arah umur yang lebih muda, dikarenakan meningkatnya kesehatan umum dan gizi.

Kejadian yang penting dalam pubertas adalah pertumbuhan badan yang cepat, tumbuhnya ciri-ciri kelamin sekunder, *menarche*, *telarche*, *pubarche* dan perubahan psikis. Ovarium mulai berfungsi dibawah pengaruh hormon *gonadotropin* dan *hipofisis*, dan hormon ini dikeluarkan atas pengaruh *releasing faktordan hipotalamus*. Dalam ovarium folikel mulai tumbuh, walaupun folikel-folikel tidak sampai matang, karena

sebelumnya mengalami atresia, namun folikel-folikel tersebut sudah mampu mengeluarkan estrogen.

Pada saat yang kira-kira bersamaan, korteks kalenjar suprarena mulai membentuk *androgen*, dan hormon ini memegang peranan dalam pertumbuhan badan. Pengaruh peningkatan hormon yang pertama-tama nampak adalah pertumbuhan badan anak yang lebih cepat, terutama ekstremitasnya dan badan lambat laun mendapatkan bentuk sesuai jenis kelamin. Walaupun ada pengaruh hormon somatotropin, diduga bahwa pada wanita kecepatan pertumbuhan terutama disebabkan oleh estrogen. Estrogen ini pula yang pada suatu waktu menyebabkan penutupan garis epifisis tulang-tulang, sehingga pertumbuhan badan terhenti. Pengaruh estrogen yang lain ialah pertumbuhan genitalia interna, genitalia eksterna dan ciri-ciri kelamin sekunder. Dalam masa pubertas genitalia interna dan eksterna lambat laun tumbuh mencapai bentuk dan sifat seperti masa dewasa.

Masalah yang ditemui pada masa ini meliputi seks komersial, pelecehan seksual, penyalahgunaan obat (alkohol, obat, tembakau), kekerasan *gender*, praktik tradisional berbahaya, perilaku seks tidak aman, kehamilan remaja, aborsi tidak aman, ISR/IMS/HIV/ AIDS (Sibagariang, 2010). Sehingga

pelayanan kesehatan yang dapat diberikan pada masa remaja adalah pemberian gizi seimbang, informasi kesehatan reproduksi yang adekuate, pencegahan kekerasan sosial, mencegah ketergantungan NAPZA, perkawinan usia yang wajar, pendidikan dan peningkatan keterampilan, peningkatan penghargaan diri, peningkatan pertahanan terhadap godaan dan ancaman.

d. Usia Subur

Masa ini merupakan masa terpenting bagi wanita dan berlangsung kira-kira 33 tahun. Haid pada masa ini paling teratur dan siklus alat genita bermakna untuk memungkinkan kehamilan. Pada masa ini terjadi ovulasi kurang lebih 450 kali, dan selama ini wanita berdarah selama 1800 hari. Walaupun pada usia 40 tahun keatas wanita masih mampu hamil, tetapi fertilitas menurun cepat seduah usia tersebut.

Pada usia ini kehamilan sehat paling mungkin terjadi. Inilah usia produktif dalam menapak karir yang penuh kesibukan di luar rumah. Di usia ini wanita harus lebih memperhatikan kondisi tubuhnya agar selalu dalam kondisi prima, sehingga jika terjadi kehamilan dapat berjalan dengan lancar, dan bayi yang dilahirkan pun sehat. Pada periode ini masalah kesehatan berganti dengan gangguan kehamilan, kelelahan kronis akibat merawat anak, dan

tuntutan karir. Kanker, kegemukan, depresi, dan penyakit serius tertentu mulai menggerogoti tubuhnya. Gangguan yang sering muncul pada usia ini, adalah endometriosis yang ditandai dengan gejala nyeri haid, kram haid, nyeri pinggul saat berhubungan seks, sakit saat buang air besar atau buang air kecil. Penderita kadang mengalami nyeri hebat, tetapi ada juga yang tidak mengalami gejala apa-apa (Sibagariang, 2010).

Masalah yang mungkin ditemui pada masa ini adalah kesakitan dan kematian ibu yang disebabkan berbagai kondisi, malnutrisi/anemia, kemandulan, pelecehan/kekerasan seksual, komplikasi aborsi, ISR/IMS/HIV/AIDS dan pengaturan kesuburan. Sehingga pelayanan kesehatan yang dapat diberikan berupa pemeliharaan kehamilan dan pertolongan persalinan yang aman, pencegahan kecacatan dan kematian pada ibu dan bayi, menggunakan kontrasepsi untuk mengatur jarak kelahiran dan jumlah kehamilan, pencegahan terhadap PMS atau HIV/AIDS, pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, pencegahan penanggulangan masalah aborsi, deteksi dini kanker payudara dan leher rahim, pencegahan dan manajemen infertilitas.

e. Usia Lanjut

Pada masa ini, wanita mengalami *klimakterium* dan *menopause*. *klimakterium* bukan suatu keadaan patologi,

melainkan suatu masa peralihan yang normal, yang berlangsung beberapa tahun sebelum dan beberapa tahun sesudah *menopause*. Kita menjumpai kesulitan dalam menentukan awal dan akhir *klimakterium*. Tetapi dapat dikatakan bahwa *klimakterium* mulai kira-kira 6 tahun sebelum *menopause*, berdasarkan keadaan *endokrinologi* (kadar estrogen mulai turun dan kadar hormon gonadotropin naik), dan jika ada gejala-gejala klinis.

Klimakterium kira-kira berakhir 6-7 tahun sesudah *menopause*. Pada saat ini kadar estrogen telah rendah yang sesuai dengan keadaan senium, dan gejala-gejala neurovegetatif telah terhenti. Dengan demikian lama *klimakterium* kurang lebih 13 tahun. Mengenai dasarnya *klimakterium* dapat dikatakan bahwa jika pubertas disebabkan oleh mulainya sintesis hormon gonadotropin oleh hipofisis, *klimakterium* disebabkan oleh kurang beraksinya ovarium terhadap rangsangan hormon itu. Hal ini disebabkan oleh ovarium menjadi tua, bisa dianggap ovarium lebih dahulu tua daripada alat-alat tubuh lainnya.

Pada wanita dalam *klimakterium* terjadi perubahan-perubahan tertentu, yang dapat menyebabkan gangguan ringan dan kadang-kadang berat. *Klimakterium* merupakan masa perubahan, umumnya masa itu dilalui oleh wanita tanpa banyak keluhan, hanya pada sebagian kecil (25% wanita Eropa, pada wanita

Indonesia kurang) ditemukan keluhan yang cukup berat yang menyebabkan wanita bersangkutan minta pertolongan dokter. Perubahan dan gangguan itu sifatnya berbeda beda menurut waktunya *klimakterium*. Pada permulaan *klimakterium* kesuburan menurun, pada masa *premenopause* terjadi kelainan perdarahan, sedangkan pada *pascamenopause* terdapat gangguan vegetatif, psikis dan organis. Gangguan vegetatif biasanya berupa rasa panas dengan keluarnya malam dan perasaan jantung berdebar debar. Dalam masa pasca *menopause* dan seterusnya dalam masa senium, terjadi atrofi alat-alat genital.

Sedangkan *menopause* adalah haid terakhir, atau saat terjadinya haid terakhir atau saat terjadinya haid terakhir. Diagnosis dibuat setelah terdapat *aminorhea* sekurang-kurangnya satu tahun. Berhentinya haid didahului oleh siklus haid yang lebih panjang, dengan perdarahan yang berkurang. Umur waktu terjadinya *menopause* dipengaruhi oleh keturunan, kesehatan umum dan pola kehidupan. Ada kecenderungan dewasa ini untuk terjadinya *menopause* pada umur yang lebih tua. Terjadinya *menopause* ada hubungannya dengan *menarche*. Makin dini *menarche* terjadi, makin lambat *menopause* timbul. Pada abad ini tampak bahwa *menarche* makin dini timbul dan *menopause* makin lambat terjadi, sehingga masa reproduksi makin panjang.

Walaupun demikian di Negara-negara maju *menopause* tidak bergeser lagi keumur yang lebih muda. Tampaknya batas maksimal telah tercapai.

Tahap selanjutnya adalah senium. Pada senium telah tercapai keadaan keseimbangan hormonal yang baru, sehingga tidak ada lagi gangguan vegetatif maupun psikis. Yang mencolok pada masa ini ialah kemunduran alat-alat tubuh dan kemampuan fisik, sehingga proses menjadi tua. Dalam masa senium terjadi pula osteoporosis dengan intensitas berbeda pada masing-masing wanita. Walaupun sebab-sebabnya belum jelas betul, namun berkurangnya *osteotrofoblas* memegang peranan dalam hal ini.

Masalah yang mungkin terjadi pada masa ini adalah penyakit sistem sirkulasi, kekerasan, *prolaps/osteoporosis*, kanker saluran reproduksi, payudara/kanker prostat, ISR/IMS/HIV/AIDS (Sibagariang, 2010). Sehingga pelayanan kesehatan yang dapat diberikan berupa perhatian terhadap *menopause/andropause*, perhatian terhadap kemungkinan penyakit utama degeneratif termasuk rabun, gangguan metabolisme tubuh, gangguan morbilitas dan osteoporosis, deteksi dini kanker rahim.

2. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Siklus Kesehatan Wanita

a. Faktor genetik

Merupakan modal utama atau dasar faktor bawaan yang normal, seperti suku, bangsa.

b. Faktor lingkungan

Komponen biologis, misalnya organ tubuh, gizi, perawatan, kebersihan lingkungan, pendidikan, social budaya, tradisi, agama, adat, ekonomi, politik.

c. Faktor perilaku

Keadaan perilaku akan mempengaruhi tumbuh kembang anak. Perilaku yang tertanam pada masa anak akan terbawa dalam kehidupan selanjutnya.

Selain itu, hambatan sosial, budaya, dan ekonomi yang dialami sepanjang hidup perempuan merupakan akar masalah yang mendasar yang menyebabkan buruknya kesehatan perempuan saat hamil, bersalin, dan masa nifas. Tingkat pendidikan, kualitas dan kuantitas makanan, nilai dan sikap, sistem kesehatan yang tersedia dan bisa diakses, situasi ekonomi, serta kualitas hubungan seksualnya mempengaruhi perempuan dalam menjalankan masa reproduksinya.

Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi secara “lebih luas“, meliputi: Masalah kesehatan reproduksi remaja yaitu pada saat pertama anak perempuan mengalami haid/menarche yang bisa beresiko timbulnya anemia, perilaku seksual bila kurang pengetahuan dapat terjadi kehamilan diluar nikah, abortus tidak aman, tertular penyakit menular seksual (PMS), termasuk HIV/AIDS. Remaja saat menginjak masa dewasa dan melakukan perkawinan, dan ternyata belum mempunyai pengetahuan yang cukup untuk memelihara kehamilannya maka dapat mengakibatkan terjadinya risiko terhadap kehamilannya (persalinan sebelum waktunya) yang akhirnya akan menimbulkan risiko terhadap kesehatan ibu hamil dan janinnya. Dalam kesehatan reproduksi mengimplikasikan seseorang berhak atas kehidupan seksual yang memuaskan dan aman. Seseorang berhak terbebas dari kemungkinan tertular penyakit infeksi menular seksual yang bisa berpengaruh pada fungsi organ reproduksi, dan terbebas dari paksaan. Hubungan seksual dilakukan dengan saling memahami dan sesuai etika serta budaya yang berlaku (Prijatin & Rahayu, 2016).

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Wanita (Wilujeng, 2013).

a. Kemiskinan

Diperkirakan sekitar 40% penduduk Indonesia masih berada di bawah garis kemiskinan sejak terjadinya krisis ekonomi yang berkepanjangan. Hal ini menghambat akses terhadap pelayanan kesehatan yang pada akhirnya dapat berakibat kesakitan, kecacatan dan kematian.

b. Kedudukan perempuan dalam keluarga dan masyarakat

Kedudukan perempuan dalam keluarga dan masyarakat ditentukan oleh banyak hal, misalnya keadaan sosial ekonomi, budaya dan nilai-nilai yang berlaku di masyarakat di mana mereka menetap. Dewasa ini masih banyak ditemukan diskriminasi terhadap perempuan, antara lain:

- 1) Perempuan dinomor-duakan dalam segala aspek kehidupan, misalnya dalam pemberian makan sehari-hari, kesempatan memperoleh pendidikan, kerja dan kedudukan.
- 2) Perempuan seringkali terpaksa menikah pada usia muda, karena tekanan ekonomi atau orang tua mendorong untuk cepat menikah agar terlepas dari beban ekonomi.
- 3) Keterbatasan perempuan dalam pengambilan keputusan untuk kepentingan dirinya, misalnya dalam ber-KB, dalam memilih bidan sebagai penolong persalinan atau dalam mendapat pertolongan segera di RS ketika

diperlukan, disamping kurangnya kesempatan mengendalikan penghasilan keluarga.

- 4) Tingkat pendidikan perempuan yang belum merata dan masih rendah menyebabkan informasi yang diterima tentang kesehatan reproduksi sangat terbatas. Seperti diketahui, tingkat pendidikan yang meningkat dapat meningkatkan rasa percaya diri, wawasan dan kemauan untuk mengambil keputusan yang baik bagi diri dan keluarga, termasuk yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi
- c. Akses ke fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan
- 1) Jarak ke fasilitas kesehatan yang cukup jauh dan sulit dicapai
 - 2) Kurangnya informasi tentang kemampuan fasilitas kesehatan
 - 3) Keterbatasan biaya
 - 4) Tradisi yang menghambat pemanfaatan tenaga dan fasilitas Kesehatan.
- d. Kualitas pelayanan kesehatan reproduksi yang kurang memadai, antara lain karena:

- 1) Pelayanan kesehatan yang kurang memperhatikan kebutuhan klien
- 2) Kemampuan fasilitas kesehatan yang kurang memadai
- e. Beban ganda, tanggung jawab tidak proporsional sehingga kesehatan anak perempuan dan perempuan semakin buruk.
- f. Akses untuk pelayanan kespro rendah karena:
 - 1) Pengetahuan tentang seksualitas dan informasi mengenai hak reproduksi masih rendah.
 - 2) Menonjolnya perilaku seksual resiko tinggi
 - 3) Diskriminasi sosial
 - 4) Sikap negatif terhadap perempuan dan anak perempuan
 - 5) Rendahnya kemampuan dalam pengendalian kehidupan seksual pada reproduksi
- g. Kurangnya penanganan kesehatan reproduksi (kespro) dan seksual pada laki-laki dan perempuan usia lanjut.
- h. Kebijakan dan program kesehatan masih belum mempertimbangkan perbedaan sosial, ekonomi dan perbedaan lainnya antara perempuan dan masih rendahnya kemandirian perempuan.

LATIHAN

1. Jelaskan definisi siklus hidup wanita!

2. Faktor apa sajakah yang mempengaruhi siklus kesehatan wanita?
3. Jelaskan 1 faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan wanita!

RANGKUMAN

1. Konsep kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan siklus kehidupan perempuan (*life-cycle-approach*) atau pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan sejak dari janin sampai liang kubur (*from womb to tomb*) atau biasa juga disebut dengan “*Continuum of care women cycle*“.
2. Faktor yang mempengaruhi siklus kesehatan wanita adalah faktor genetic, lingkungan dan perilaku.
3. Faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan wanita adalah kemiskinan, kedudukan wanita dan akses.

TES FORMATIF 1

1. Disebut apakah masa dimana perempuan menjalankan tugas kehidupannya yaitu mulai hamil, melahirkan, masa nifas dan menyusui dan masa antara yaitu merencanakan jumlah atau jarak anak dengan menggunakan alat kontrasepsi?
A. Masa konsepsi

- B. Masa bayi dan anak
 - C. Masa remaja
 - D. Masa reproduksi
 - E. Masa usia lanjut
2. Pemantauan kesehatan apakah yang dilakukan terhadap wanita pada masa konsepsi?
- A. Status gizi
 - B. Status imunisasi
 - C. Status reproduksi
 - D. Status mental
 - E. Status pekerjaan
3. Diskriminasi apakah yang dilakukan pada wanita sehingga mengganggu status gizinya secara langsung?
- A. Perempuan dinomor-duakan dalam segala aspek kehidupan, misalnya dalam pemberian makan sehari-hari, kesempatan memperoleh pendidikan, kerja dan kedudukan.
 - B. Perempuan seringkali terpaksa menikah pada usia muda, karena tekanan ekonomi atau orang tua mendorong untuk cepat menikah agar terlepas dari beban ekonomi.
 - C. Keterbatasan perempuan dalam pengambilan keputusan untuk kepentingan dirinya, misalnya dalam ber-KB,

dalam memilih bidan sebagai penolong persalinan atau dalam mendapat pertolongan segera di RS ketika diperlukan, disamping kurangnya kesempatan mengendalikan penghasilan keluarga.

- D. Tingkat pendidikan perempuan yang belum merata dan masih rendah menyebabkan informasi yang diterima tentang kesehatan reproduksi sangat terbatas.
 - E. Pendapat bahwa wanita hanya akan memasak di dapur dan melahirkan anak
4. Program manakah yang termasuk dalam kesehatan reproduksi?
- A. Jarak ke fasilitas kesehatan yang cukup jauh dan sulit dicapai
 - B. Kurangnya informasi tentang kemampuan fasilitas kesehatan
 - C. Keterbatasan biaya.
 - D. Tradisi yang menghambat pemanfaatan tenaga dan fasilitas kesehatan
 - E. Pelayanan kesehatan yang kurang memperhatikan kebutuhan *klien*
5. Apakah yang dapat menyebabkan rendahnya akses pelayanan kesehatan reproduksi?

- A. Pengetahuan mengenai hak reproduksi masih rendah.
- B. Perilaku seksual berisiko sudah dialami sebagian besar masyarakat
- C. Diskriminasi sosial untuk usia menikah
- D. Sikap negatif terhadap laki-laki
- E. Rendahnya kemampuan dalam pemenuhan kebutuhan pokok

DAFTAR PUSTAKA

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Kementerian Kesehatan RI.

Prijatni I, Rahayu S. 2016. Kesehatan reproduksi dan keluarga berencana.

Sibaringan E. 2010. Kesehatan Reproduksi wanita. Jakarta: TIM

Wilujeng RD. 2013. Modul Kesehatan Reproduksi. AKBID Griya Husada.

MODUL 3

PENDAHULUAN

Gender seringkali dirancukan dengan istilah jenis kelamin terutama jenis kelamin perempuan. Padahal istilah gender bukan hanya menyangkut jenis kelamin perempuan, melainkan juga jenis kelamin laki-laki. Gender berbeda dengan seks atau jenis kelamin laki-laki dan perempuan yang bersifat biologis. Perbedaan peran gender sangat membantu kita untuk memikirkan kembali tentang pembagian peran yang selama ini dianggap telah melekat pada manusia perempuan dan laki-laki untuk membangun gambaran relasi gender yang dinamis dan tepat serta cocok dengan kenyataan yang ada dalam masyarakat.

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah menyelesaikan materi pada bab ini, diharapkan mampu menjelaskan dan menganalisis konsep *gender dan issue gender*.

Tujuan Instruksional Khusus:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep *gender*
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang perspektif teori *gender*
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang *issue gender*

4. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang perubahan peran perempuan mempengaruhi perubahan peran dalam keluarga
5. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang pendidikan dan pengasuhan anak dengan perspektif *gender*

KEGIATAN BELAJAR 1

Konsep Gender dan Issue Gender

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Konsep *Gender*

Gender dimaknai sebagai konstruksi sosio-kultural yang membedakan karakteristik maskulin dan feminin. *Gender* berbeda dengan seks atau jenis kelamin laki-laki dan wanita yang bersifat biologis. Walaupun jenis kelamin laki-laki sering berkaitan erat dengan *gender* maskulin dan jenis kelamin wanita berhubungan dengan *gender* feminin. Kaitan antara jenis kelamin dengan *gender* bukanlah merupakan korelasi *absolut*.

Secara teoretik, tiga definisi mengenai *gender* yaitu pertama, *gender* adalah pembedaan peran, identitas, serta hubungan antara perempuan dan lelaki yang merupakan hasil bentukan masyarakat. Kedua, *gender* adalah seperangkat

harapan, keyakinan, dan stereotip yang seharusnya dilakukan oleh seorang individu, laki-laki atau perempuan dalam kehidupan sosial mereka. Ketiga, *gender* adalah seperangkat peran, seperti halnya kostum dan topeng di teater yang menyampaikan kepada orang lain bahwa kita adalah feminin atau maskulin (Zamroni, 2013).

Istilah *gender* diperkenalkan oleh para ilmuwan sosial untuk menjelaskan perbedaan perempuan dan laki-laki yang bersifat bawaan sebagai ciptaan Tuhan dan yang bersifat bentukan budaya yang dipelajari dan disosialisasikan sejak kecil. Perbedaan ini sangat penting, karena selama ini sering sekali mencampur adukan ciri-ciri manusia yang bersifat kodrati dan yang bersifat bukan kodrati (*gender*). Perbedaan peran *gender* ini sangat membantu kita untuk memikirkan kembali tentang pembagian peran yang selama ini dianggap telah melekat pada manusia perempuan dan laki-laki untuk membangun gambaran relasi *gender* yang dinamis dan tepat serta cocok dengan kenyataan yang ada dalam masyarakat. Perbedaan konsep *gender* secara sosial telah melahirkan perbedaan peran perempuan dan laki-laki dalam masyarakatnya. Secara umum adanya *gender* telah melahirkan perbedaan peran, tanggungjawab, fungsi dan bahkan ruang tempat dimana manusia beraktivitas. Sedemikian

rupanya perbedaan *gender* ini melekat pada cara pandang kita, sehingga kita sering lupa seakan-akan hal itu merupakan sesuatu yang permanen dan abadi sebagaimana permanen dan abadinya ciri biologis yang dimiliki oleh perempuan dan laki-laki (Puspitawati, 2012).

2. Perspektif Teori *Gender*

Perbedaan secara biologis antara laki-laki dan perempuan mempunyai implementasi di dalam kehidupan sosial, budaya, ekonomi dan bahkan politik. Persepsi yang seolah-olah mengendap di alam bawah sadar ialah jika seseorang mempunyai atribut biologis, seperti penis pada diri laki-laki atau vagina pada diri perempuan, maka itu juga menjadi atribut *gender* yang bersangkutan dan selanjutnya akan menentukan peran sosial di dalam masyarakat. Atribut ini juga senantiasa digunakan untuk menentukan hubungan relasi *gender*, seperti pembagian fungsi, peran, dan status di dalam masyarakat.

Teori psikoanalisa beranggapan bahwa peran dan relasi *gender* ditentukan oleh dan mengikuti perkembangan psikoseksual, terutama dalam masa *phallic stage*, yaitu suatu masa ketika seorang anak menghubungkan identitas ayah dan ibunya dengan alat kelamin yang dimiliki masing-masing. Rasa rendah diri seorang anak perempuan mulai muncul ketika dirinya

menentukan “sesuatu’ yang kurang, yang oleh Freud diistilahkan dengan “kecemburuan alat kelamin” (*penis envy*). Jadi jelas bahwa unsur biologis merupakan faktor dominan (*determinant factor*) di dalam menentukan pola perilaku seseorang. Kiranya masih perlu dipertanyakan apakah perempuan iri kepada alat kelamin laki-laki atau iri kepada hak-hak yang diberikan masyarakat kepada makhluk yang berjenis kelamin laki-laki.

Teori fungsionalis struktural yang mendasarkan pandangan kepada keutuhan masyarakat beranggapan bahwa keterkaitan fungsi dan peran antara laki-laki dan perempuan merupakan unsur yang berpengaruh di dalam keutuhan masyarakat. Jadi fungsi dan peran masih didasarkan kepada jenis kelamin, karena itu, sistem patriarki yang memberikan peran menonjol kepada laki-laki dianggap suatu hal yang wajar (Zamroni, 2013).

3. Issue Gender

Ketidakseimbangan berdasarkan *gender* mengacu pada ketidakseimbangan akses ke sumber-sumber penting, yang meliputi kekuasaan barang-barang material, jasa yang diberikan orang lain, prestise, peranan yang menentukan, waktu yang leluasa, kesempatan memperoleh pendidikan dan pelatihan serta kebebasan dari paksaan atau siksaan fisik. Perbedaan *gender* (*gender differences*) antara laki-laki dan perempuan berlangsung

terus menerus dalam sejarah yang sangat panjang dan kompleks hingga sekarang. Ia dibentuk, disosialisasikan, diperkuat bahkan dikonstruksikan secara sosial hingga banyak yang dianggap sebagai ketentuan Tuhan (seolah-olah bersifat biologis yang tidak dapat diubah lagi), sehingga perbedaan *gender* dianggap dan dipahami sebagai sebuah kodrat.

Kebudayaan yang dimotori oleh budaya patriarki menafsirkan perbedaan biologis ini menjadi indikator kepastian dalam berperilaku yang akhirnya berujung pada pembatasan hak, akses, partisipasi, kontrol dan menikmati manfaat dari sumberdaya dan informasi. Akhirnya tuntutan peran, tugas, kedudukan dan kewajiban yang pantas dilakukan oleh laki-laki atau perempuan dan yang tidak pantas dilakukan oleh laki-laki atau perempuan sangat bervariasi dari masyarakat satu ke masyarakat lainnya (Zamroni, 2013).

Ada sebagian masyarakat yang sangat kaku membatasi peran yang pantas dilakukan baik oleh laki-laki maupun perempuan, misalnya tabu bagi seorang laki-laki masuk ke dapur atau menggendong anaknya di depan umum dan tabu bagi seorang perempuan untuk sering keluar rumah untuk bekerja. Namun demikian, ada juga sebagian masyarakat yang fleksibel dalam memperbolehkan laki-laki dan perempuan melakukan

aktivitas sehari-hari, misalnya perempuan diperbolehkan bekerja sebagai kuli bangunan sampai naik ke atap rumah atau memanjat pohon kelapa, sedangkan laki-laki sebagian besar menyabung ayam untuk berjudi (Puspitawati, 2012).

4. Perubahan Peran Perempuan Mempengaruhi Perubahan Peran dalam Keluarga

Jumlah perempuan yang bekerja di dunia politik sekarang ini termasuk meningkat dengan pesat. Keadaan tersebut terjadi karena beberapa faktor, yaitu: 1) kesempatan perempuan memperoleh akses pendidikan tinggi sebagaimana kaum laki-laki semakin besar, 2) kebijakan baru pemerintah yang memberikan kesempatan besar agar perempuan berpartisipasi dalam pembangunan, 3) lajunya perkembangan ekonomi maupun industri meningkatkan keinginan perempuan untuk bekerja di bidang politik.

Kebutuhan keluarga yang semakin besar membuat baik suami maupun istri harus bekerja untuk mencukupi kebutuhan keluarga sehari-hari. Memang banyak ketegangan yang terjadi dalam keluarga dimana suami dan istri bekerja, berbeda dengan dimana hanya suami saja yang bekerja dan istri berperan menjaga keluarga di rumah. Ketegangan terjadi pada umumnya karena bersumber dari pergeseran peran dan tuntutan lingkungan.

Perempuan yang menikah dan memutuskan untuk bekerja pasti peran yang ditanggung akan bertambah, atau sering disebut sebagai wanita berperan ganda. Bahkan ada yang menyebutkan *triple* peran, yaitu istri, penanggungjawab keluarga, dan sebagai pencari nafkah. Sehingga peran perempuan tidak hanya diranah keluarga, tetapi juga di ranah publik. Tentunya hal ini cukup sulit bagi perempuan untuk menjalankan peran tersebut. Perempuan yang berperan ganda, akan terbantu dengan adanya pembagian tugas yang adil beserta suami. Akan tetapi, banyak pula terjadi istri telah mempunyai peran ganda, tetapi suami tidak bersedia membantu istrinya diranah keluarga. Para suami masaih menjalankan peran sebagai laki-laki pencari nafkah.

Akibat terjadinya perubahan peran, maka sering kali menimbulkan ketegangan antara suami dan istri dalam keluarga. Meskipun demikian, perempuan lebih sering mengalami ketegangan dalam dinamika antara tugas pekerjaan di dunia domestik dan dunia publik dibandingkan dengan laki-laki, terutama dalam pembagian waktu dan tanggungjawab. Banyak laki-laki merasa kurang terlibat dalam urusan publik karena merasa pekerjaan utaman laki-laki adalah untuk pekerjaan publik.

Pada dasarnya motivasi orang bekerja adalah untuk memenuhi kebutuhan dasar bagi kelangsungan hidup. Perempuan

bekerja motivasinya didasari atas ada 2 alasan yakni kebutuhan ekonomi dan aktualisasi diri.

a. Kebutuhan ekonomi

Keadaan ini muncul karena kesadaran bahwa pendapatan tunggal tidak dapat lagi mencukupi kebutuhan keluarga, sehingga banyak perempuan yang mengambil peran dalam upaya menghidupi keluarganya. Kebanyakan perempuan bekerja untuk menambah gaji suami atau menopang keuangan keluarga.

b. Aktualisasi diri

Bekerja bagi perempuan lebih dari sekedar mencari uang, karena banyak sekali keuntungan didapat bila mereka bekerja. Selain mendapat tambahan uang, juga memiliki tempat yang dituju setiap hari, untuk pengembangan keterampilan, menjadi anggota komunitas tertentu, memiliki persahabatan dan menjadi pribadi yang baik.

Suami dapat menerima istrinya bekerja jika alasannya untuk menambah ekonomi. Perannya sebagai pencari nafkah dianggap merupakan sesuatu yang mutlak menjadi kekuasaan suami. Jika suami merasa mampu menghidupi keluarganya, maka para suami tidak bisa menerima istrinya bekerja karena ingin mengembangkan potensi diri (Sumiyatiningsih, 2014).

5. Pendidikan dan Pengasuhan Anak dengan Perspektif

Gender

Sebagai dampak perubahan peran laki-laki dan perempuan di dalam keluarga maka dalam pola pendidikan dan pengasuhan anak membutuhkan pola yang meliputi beberapa aspek (Sumiyatiningsih, 2014):

a. Pendidikan tidak sesuai *gender*.

Orang tua hendaknya tidak membedakan perlakuan terhadap anak laki-laki dan perempuan. Perlakuan ini bertujuan untuk mengkondisikan lingkungan anak dengan perspektif kesetaraan peran laki-laki dan perempuan. Dengan demikian keluarga tidak lagi turut melakukan pelabelan kepada anak laki-laki dan perempuan.

b. Menumbuhkan sikap kritis pada anak.

Biasakan anak sejak dini mempertanyakan hal-hal yang dilihat, dialami dan dirasakannya dan berikan jawaban yang sesuai dengan logika berpikir sesuai dengan usia dan kondisi anak. Dalam hal ini diharapkan anak-anak tidak membedakan perbedaan peran, berlaku deskriminatif, sebaliknya menghargai peran-peran baik domestik maupun publik.

c. Tidak deskriminatif.

Orang tua hendaknya tidak membedakan perlakuan terhadap anak laki-laki dan perempuan, supaya anak-anak terbiasa bertingkah laku dan berbuat secara egaliter. Anak-anak perlu diperkenalkan pada nilai-nilai yang menghargai perbedaan antara laki-laki dan perempuan dengan tanpa membeda-bedakan.

d. Demokratis.

Sikap ini sangat penting dalam pengasuhan anak supaya anak merasa dihargai dan memiliki konsep diri yang matang. Anak perlu diberi kesempatan untuk mengemukakan pendapatnya dan orang tua menjadi pendengar yang baik serta menindaklanjuti apa yang diungkapkan anak selanjutnya membicarakan bersama. Tanamkan kepada anak bahwa berbeda pendapat tidak berarti salah, tetapi harus saling menghargai perbedaan maupun pendapat orang lain.

LATIHAN

1. Jelaskan tiga definisi gender!
2. Jelaskan perspektif gender menurut teori psikoanalisa!
3. Jelaskan motivasi dari perempuan yang bekerja!

RANGKUMAN

Konsep gender tidak hanya mengenai jenis kelamin, akan tetapi secara sosial perbedaan konsep gender mampu melahirkan perbedaan peran perempuan dan laki-laki dalam masyarakat. Secara umum adanya gender telah melahirkan perbedaan peran, tanggung jawab, fungsi dan bahkan ruang tempat dimana manusia beraktivitas. Ada sebagian masyarakat yang sangat kaku membatasi peran yang pantas dilakukan baik oleh laki-laki maupun perempuan. Namun demikian, ada juga sebagian masyarakat yang fleksibel dalam memperbolehkan laki-laki dan perempuan melakukan aktivitas sehari-hari, sehingga diharapkan terjadi kesetaraan gender.

TES FORMATIF 1

1. Apakah yang dimaksud dengan *gender*?
 - A. Perbedaan perempuan dan laki-laki yang bersifat bentukan budaya yang dipelajari dan disosialisasikan sejak kecil
 - B. Perbedaan laki-laki dan perempuan berdasarkan jenis kelamin
 - C. Perbedaan kemampuan yang dimiliki laki-laki dan perempuan

- D. Perbedaan tingkat Pendidikan yang dimiliki laki-laki dan perempuan
 - E. Perbedaan watak dan sifat laki-laki dan perempuan
2. Apakah yang dapat menyebabkan jumlah wanita yang bekerja menjadi semakin banyak?
- A. Kesempatan perempuan memperoleh akses pendidikan tinggi sebagaimana kaum laki-laki semakin besar
 - B. Kebijakan pemerintah yang membatasi kesempatan besar agar perempuan berpartisipasi dalam pembangunan
 - C. Laju perkembangan ekonomi maupun industri yang membatasi lowongan pekerjaan
 - D. Banyak nepotisme
 - E. Jenis pekerjaan yang spesifik untuk wanita saja
3. Alasan wanita untuk bekerja adalah untuk pengembangan keterampilan, menjadi anggota komunitas tertentu, atau memiliki persahabatan dan menjadi pribadi yang baik. Termasuk aspek apakah alasan tersebut?
- A. Ekonomi
 - B. Aktualisasi diri
 - C. Politik
 - D. Sosial
 - E. Budaya

4. Bagaimanakah pola pengasuhan anak dengan perspektif *gender*?
- A. Orang tua membedakan perlakuan terhadap anak laki-laki dan perempuan.
 - B. Menumbuhkan sikap kritis pada anak laki-laki dan wanita
 - C. Diskriminatif.
 - D. Demokratis dalam hal tertentu
 - E. Pilih kasih dalam membesarkan anak
5. Apakah contoh kesetaraan *gender* dalam kesehatan reproduksi?
- A. Laki-laki dan perempuan berhak untuk mendapatkan Pendidikan
 - B. Suami dan isteri berhak memutuskan bersama jenis kontrasepsi yang digunakan
 - C. Terdapat ruangan khusus menyusui
 - D. Karyawan laki-laki dan perempuan sama-sama memiliki jadwal cuti melahirkan
 - E. Peringatan hari ibu

DAFTAR PUSTAKA

Puspitawati, H. 2012. *Gender dan Keluarga: Konsep dan Realita di Indonesia*. PT IPB Press. Bogor.

Sumiyatiningsih, D. 2014. Pergeseran Peran Laki-Laki dan Perempuan dalam Kajian Feminis. *Waskita: Jurnal Studi Agama dan Masyarakat*.

Zamroni, M. 2013. Perempuan dalam Kajian Komunikasi Politik dan *Gender*. *Jurnal Dakwah*. Vol. XIV, No 1 Tahun 2013.

MODUL 4

PENDAHULUAN

Isu gender masih menjadi polemik di tengah masyarakat. Isu gender masih dikaitkan dengan adanya stigma ketidaksetaraan gender, yang menyatakan bahwa salah satu gender merasa dirugikan oleh gender lainnya. Hingga saat ini, konsep yang melekat menyatakan bahwa ketidaksetaraan gender disebabkan oleh akses partisipasi dan kontrol yang tidak seimbang bagi perempuan dalam mencapai sumber daya, walaupun disisi lain juga dialami oleh sebagian laki-laki. Berbagai ketidaksetaraan gender ditemukan di berbagai tatanan kehidupan, baik dalam ranah sosial, ekonomi, hukum maupun kebijakan politik. Indonesia merupakan salah satu negara yang relatif banyak kasus ketidaksetaraan gender. Masih melekatnya stigma budaya bahwa anak perempuan tidak boleh mengejar pendidikan yang lebih tinggi masih terjadi di Indonesia. Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan, menjelaskan bahwa ketidaksetaraan gender dipraktikan mulai dari kekerasan rumah tangga, perkawinan anak dibawah umur, dan tingginya angka perceraian. Oleh karena itu, pada bab ini

akan menguraian konsep ketidaksetaraan gender dan praktiknya dalam pernikahan.

Tujuan Instruksional Umum:

Setelah menyelesaikan materi pada bab ini, diharapkan mampu menjelaskan dan menganalisis ketidaksetaraan *gender* dalam pernikahan.

Tujuan Instruksional Khusus:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep dan ketidaksetaraan *gender*
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang ketidaksetaraan *gender* dalam pernikahan
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang ketidakadilan *gender* dan konfigurasi politik UU No. 1 Tahun 1974 tentang perkawinan
4. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang invertilitas sebagai alasan poligami: refleksi ketidakadilan *gender*
5. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang ketidaksetaraan pernikahan dalam adat Bali
6. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang keadilan *gender* dalam nafkah *Iddah* cerai (Talak) *Ba'in*

KEGIATAN BELAJAR 1

Ketidaksetaraan *Gender* Dalam Pernikahan

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Konsep dan Ketidaksetaraan *Gender*

Istilah *gender* seringkali dirancukan dengan istilah jenis kelamin, dan lebih rancu lagi karena *gender* seringkali diartikan dengan jenis kelamin perempuan. Padahal istilah *gender* bukan hanya menyangkut jenis kelamin perempuan, melainkan juga jenis kelamin laki-laki. Pemahaman dan pembedaan antara konsep seks dan *gender* sangatlah diperlukan dalam melakukan analisis untuk memahami persoalan-persoalan ketidakadilan sosial yang menimpa perempuan. Hal ini disebabkan karena ada kaitan erat antara perbedaan *gender* (*gender differences*) dan ketidakadilan *gender* (*gender inequalities*) dengan struktur ketidakadilan masyarakat secara lebih luas.

Hal terpenting yang perlu dimengerti dalam memahami konsep *gender* adalah perbedaan jenis kelamin dan *gender*. Jenis kelamin adalah perbedaan biologis hormonal dan patologis antara perempuan dan laki-laki, misalnya laki-laki memiliki penis, testis dan sperma sedangkan perempuan mempunyai vagina, payudara, ovum dan rahim. Perbedaan biologis tersebut bersifat kodrati atau

pemberian Tuhan tanpa terbantahkan. Sedangkan yang dimaksud dengan *gender* adalah seperangkat sikap, peran, tanggungjawab, fungsi, hak dan perilaku yang melekat pada diri laki-laki dan perempuan akibat bentukan budaya atau lingkungan masyarakat tempat manusia itu tumbuh dan dibesarkan. *Gender* dalam masyarakat ini dapat dicontohkan sebagai berikut, bahwa laki-laki sering digambarkan sebagai manusia yang kuat, perkasa, berani, rasional dan tegar. Sebaliknya perempuan digambarkan dengan figur yang lemah, pemalu, penakut, emosional, rapuh dan lembut gemulai.

Pada dasarnya, perbedaan *gender* yang terjadi bukanlah suatu masalah, sepanjang perbedaan *gender* tersebut tidak melahirkan ketidakadilan *gender*. *Gender* pada akhirnya dipersoalkan karena perbedaan *gender* telah mengakibatkan berbagai ketidakadilan, baik bagi kaum laki-laki dan terutama bagi kaum perempuan. Ketidakadilan *gender* merupakan sistem dan struktur dimana baik kaum laki-laki dan kaum perempuan menjadi korban dari sistem tersebut. Bentuk-bentuk ketidakadilan *gender* dalam masyarakat ini dapat dilihat dari sejumlah indikator yakni: marginalisasi perempuan, subordinasi, pandangan *stereotype*, kekerasan dan beban kerja ganda.

a. Marginalisasi perempuan

Marginalisasi perempuan sebagai salah satu bentuk ketidakadilan *gender*. Proses marginalisasi (peminggiran/pemiskinan) yang mengakibatkan kemiskinan, banyak terjadi dalam masyarakat terjadi dalam masyarakat di negara berkembang seperti penggusuran dari kampung halaman dan eksploitasi. Pemiskinan atas perempuan maupun laki yang disebabkan jenis kelamin merupakan salah satu bentuk ketidakadilan yang disebabkan *gender*. Sebagai contoh, banyak pekerja perempuan tersingkir dan menjadi miskin akibat dari program pembangunan seperti intensifikasi pertanian yang hanya memfokuskan petani laki-laki. Perempuan dipinggirkan dari berbagai jenis kegiatan pertanian dan industri yang lebih memerlukan keterampilan yang biasanya lebih banyak dimiliki laki-laki.

b. Subordinasi

Subordinasi pada dasarnya adalah keyakinan bahwa salah satu jenis kelamin dianggap lebih penting atau lebih utama dibanding jenis kelamin lainnya. Sudah sejak dahulu ada pandangan yang menempatkan kedudukan dan peran perempuan lebih rendah dari laki-laki. Banyak kasus dalam tradisi, tafsiran ajaran agama maupun dalam aturan birokrasi yang meletakkan

kaum perempuan sebagai subordinasi dari kaum laki-laki. Kenyataan memperlihatkan bahwa masih ada nilai-nilai masyarakat yang membatasi ruang gerak terutama perempuan dalam kehidupan. Sebagai contoh apabila seorang isteri yang hendak mengikuti tugas belajar, atau hendak berpergian ke luar negeri harus mendapat izin suami, tetapi kalau suami yang akan pergi tidak perlu izin dari isteri.

c. Stereotipe

Stereotipe dimaksud adalah citra baku tentang individu atau kelompok yang tidak sesuai dengan kenyataan empiris yang ada. Pelabelan negatif secara umum selalu melahirkan ketidakadilan. Salah satu stereotipe yang berkembang berdasarkan pengertian *gender*, yakni terjadi terhadap salah satu jenis kelamin, khususnya perempuan. Hal ini mengakibatkan terjadinya diskriminasi dan berbagai ketidakadilan yang merugikan kaum perempuan. Misalnya pandangan terhadap perempuan yang tugas dan fungsinya hanya melaksanakan pekerjaan yang berkaitan dengan pekerjaan domestik atau kerumahtanggaan. Hal ini tidak hanya terjadi dalam lingkup rumah tangga tetapi juga terjadi di tempat kerja dan masyarakat, bahkan di tingkat pemerintah dan negara. Apabila seorang laki-laki marah, ia dianggap tegas, tetapi bila perempuan marah atau

tersinggung dianggap emosional dan tidak dapat menahan diri. Standar nilai terhadap perilaku perempuan dan laki-laki berbeda, namun standar nilai tersebut banyak menghakimi dan merugikan perempuan.

d. Kekerasan (*violence*)

Berbagai bentuk tidak kekerasan terhadap perempuan sebagai akibat perbedaan, muncul dalam berbagai bentuk. Kata kekerasan merupakan terjemahan dari *violence*, artinya suatu serangan terhadap fisik maupun integritas mental psikologis seseorang. Oleh karena itu kekerasan tidak hanya menyangkut serangan fisik saja seperti pemerkosaan, pemukulan dan penyiksaan, tetapi juga yang bersifat non fisik, seperti pelecehan seksual sehingga secara emosional terusik. Pelaku kekerasan bermacam-macam, ada yang bersifat individu, baik di dalam rumah tangga sendiri maupun di tempat umum, ada juga di dalam masyarakat itu sendiri. Pelaku bisa saja suami/ayah, keponakan, sepupu, paman, mertua, anak laki-laki, tetangga, dan majikan.

e. Beban kerja ganda

Bentuk lain dari diskriminasi dan ketidakadilan *gender* adalah beban ganda yang harus dilakukan oleh salah satu jenis kelamin tertentu secara berlebihan. Dalam suatu rumah tangga pada umumnya beberapa jenis kegiatan dilakukan laki-laki, dan

beberapa dilakukan oleh perempuan. Berbagai observasi, menunjukkan perempuan mengerjakan hampir 90% dari pekerjaan dalam rumah tangga. Sehingga bagi mereka yang bekerja, selain bekerja di tempat kerja juga masih harus mengerjakan pekerjaan rumah tangga. Dalam proses pembangunan, kenyataannya perempuan sebagai sumber daya insani masih mendapat pembedan perlakuan, terutama bila bergerak dalam bidang publik. Dirasakan banyak ketimpangan, meskipun di sisi lain ada juga ketimpangan yang dialami laki-laki.

Kelima kategori ketidakadilan *gender* tersebut dapat pula digunakan untuk menilai apakah suatu kebijakan publik atau tatanan sosial masyarakat telah mencerminkan sensitivitasnya terhadap masalah *gender* atau tidak. Dalam konteks itu maka, terkait dengan masalah kebijakan pemerintahan yang selama ini berjalan, maka ada enam aspek yang dapat dijadikan tolok ukur pembangunan yang dapat dijadikan unit analisis menyangkut sensitivitasnya pada persoalan *gender*. Keenam aspek itu adalah aspek pendidikan, aspek kesehatan, aspek ekonomi, aspek politik, aspek hukum, dan aspek hak asasi manusia.

Ketidaksetaraan *gender* dapat menurunkan kesejahteraan dan menghambat pembangunan yang akan merugikan

masyarakat baik laki-laki, perempuan dan anak-anak. Dampaknya akan mempengaruhi kemampuan mereka untuk meningkatkan taraf kehidupan. Ketidaksetaraan *gender* juga mengurangi produktifitas dalam usaha sehingga mengurangi prospek mengentaskan kemiskinan dan kemajuan ekonomi. Ketidaksetaraan *gender* juga dapat melemahkan pemerintahan suatu negara dan dengan demikian berakibat pada buruknya efektifitas kebijakan pembangunan (Subiyantoro, 2005).

2. Ketidaksetaraan Gender dalam Pernikahan

a. Ketidakadilan Gender dan Konfigurasi Politik UU No. 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan

Undang-Undang Republik Indonesia No. 1 Tahun 1974 tentang perkawinan yang telah diundangkan pada tanggal 2 Januari 1974 (dan berlaku secara efektif mulai tanggal 1 Oktober 1975) merupakan ijtihad hukum bangsa Indonesia dalam menata keluarga Indonesia. Keberadaan hukum perkawinan ini juga ditegaskan sebagai aktualisasi nilai-nilai Pancasila, serta sebagai kebutuhan yang mutlak adanya bagi negara dan bangsa Indonesia.

Bagi masyarakat Indonesia, perkawinan sangat terkait dengan keyakinan dan norma agama. Pasal 1 dari UU No. 1 Tahun 1974 memang telah sejalan dengan falsafah Pancasila.

Pasal tersebut menyebutkan bahwa, perkawinan adalah ikatan lahir batin antara seorang pria dengan seorang wanita sebagai suami istri dengan tujuan membentuk keluarga (rumah tangga) yang bahagia dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa. Dari pasal tersebut dapat dipahami bahwa perkawinan di Indonesia merupakan salah praktik keagamaan, baik dalam prosesi perkawinan maupun membinanya dikategorikan sebagai ibadah sosial. Konstruksi hukum yang dibangun dalam Pasal 1 tentang perkawinan ini dapat memberikan kesan bahwa dengan ibadah/ritual berbentuk perkawinan maka kedua belah pihak dapat mencapai kehidupan yang kekal dan bahagia berdasarkan orientasi tertinggi agama, yakni Ketuhanan Yang Maha Esa. Perkawinan tidak hanya orientasi sekularisme semata, melainkan juga orientasi asketisme dapat dirasakan kehadirannya.

Hal ini berbeda dengan konsep perkawinan KUH Perdata (*Burgerlijk Wetboek*), khususnya sebagaimana pada ketentuan Pasal 26 KUH Perdata (*Burgerlijk Wetboek*) yang memandang perkawinan hanya sebatas hubungan keperdataan belaka. Salah satu hukum yang memuat adalah buku I titel 5 Pasal 30 NBW berbunyi *De Wet beschouwt het huwelijk alleen in zijn burgerlijke betrekkingen* (Undang-undang memandang perkawinan hanya sebagai hubungan keperdataan semata). Hal ini tergambar di

negara Belanda, bahwa hidup bersama tanpa pernikahan dapat didokumentasikan dalam pencatatan sipil.

Pada bahasan sub bab sebelumnya menyatakan bahwa analisis perbedaan *gender* berfokus pada fenomena ketidakadilan *gender*. Ketidakadilan *gender* yang dimaksud termanifestasikan dalam beragam bentuk. Pertama, terjadi marginalisasi (terutama pemiskinan ekonomi) terhadap perempuan. Kedua, terjadinya subordinasi pada salah satu jenis kelamin, umumnya kepada kaum perempuan. Ketiga, pelabelan negatif (*stereotype*) terhadap jenis kelamin tertentu, yang berakibat diskriminasi dan berujung ketidakadilan. Keempat, kekerasan terhadap jenis kelamin tertentu, umumnya terhadap perempuan. Kelima, beban kerja lebih panjang dan lebih banyak (*double burden*). Semua manifes ketidakadilan *gender* di atas saling terkait dan tersosialisasi dengan kuat sehingga menjadi konstruksi sosial dan akhirnya dipahami menjadi kodrat.

Berangkat dari ketidakadilan *gender* yang termanifestasikan dalam berbagai tindakan, maka tatanan hukum pun terbuka menjadi ruang ketidakadilan. Salah satunya adalah Undang-Undang Perkawinan. Seperti dinyatakan Mahfud MD, bahwa produk hukum sangat dipengaruhi oleh konfigurasi politik yang ada, karena ia memiliki energi lebih dibanding hukum itu

sendiri. Dengan demikian, apabila konfigurasi politik berpola otoriter maka ia akan melahirkan produk hukum berwatak represif. Demikian halnya jika konfigurasi politiknya bias *gender*, maka ketidakadilan *gender* sangat potensial tercipta. Variabel dominasi laki-laki yang begitu kuat dan ditambah pemahaman teks keberagamaan yang dipengaruhi pola diskriminatif dan berketidakadilan *gender* sangat menentukan produk hukum yang kemungkinan besar juga berwatak tidak adil *gender*.

Undang-Undang Nomor 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan merupakan bagian penting dalam pembangunan untuk diwujudkan oleh Pemerintah Soeharto di samping GBHN 1973. Dalam pidato kenegaraan pada tanggal 16 Agustus 1973, Soeharto menyatakan: “Dalam membina keluarga yang berbahagia sangatlah perlu usaha yang sungguh-sungguh untuk meletakkan perkawinan sebagai ikatan suami istri atau calon suami istri dalam kedudukannya yang semestinya dan suci, seperti yang diajarkan oleh agama yang kita anut masing-masing dalam negara yang berdasarkan Pancasila ini. Karena itu, sudah seharusnya apabila negara memberi perlindungan yang selengkap-lengkapnya pada keselamatan perkawinan. Perlindungan yang

diberikan kepada suami atau istri terhadap tujuan-tujuan yang menyimpang dari keluhuran perkawinan.”

Undang-Undang Perkawinan yang digadag-gadag oleh Pemerintah Soeharto ternyata tidak semulus sebagaimana yang diharapkan. Sebulan sebelum pengajuannya menjadi undang-undang, muncul reaksi keras dari berbagai lapisan masyarakat Muslim berupa pernyataan penolakan atas RUU tersebut. Banyak ulama, baik dari kalangan tradisonal maupun modernis, dari Aceh sampai Jawa Timur, menolak RUU tersebut. Penolakan itu disampaikan melalui beberapa media, khutbah di masjid-masjid, ceramah, pengajian, tulisan di koran, demonstrasi, dan surat pernyataan organisasi kemasyarakatan Islam. Isu kepercayaan agama (pergeseran akidah) menjadi latar belakang penolakan terhadap RUU tersebut. Penolakan juga dipicu oleh iklim politik pada saat itu dimana kekalahan partai politik Islam dalam Pemilu 1971 dirasakan sebagai gejala depolitisasi Islam.

Namun di saat bersamaan, komposisi dukungan terhadap nasib perempuan di dalam parlemen sangat minim. Bahkan pada masa itu boleh jadi keberpihakan terhadap perempuan dapat dimaknai sebagai bentuk pertentangan terhadap ajaran agama (Islam). Para pemikir politik memang banyak yang menulis tentang masalah perempuan, hanya saja dengan perspektif yang

memberikan legitimasi peran domestik perempuan, memberikan justifikasi terhadap subordinasi serta ketidaktampakan perempuan di ranah publik (*public invisibility*). Politik secara konsisten dapat dikatakan hanya ranah milik laki-laki (*male preserve*). Hal yang demikian nyata-nyata memberikan legitimasi terhadap peminggiran perempuan, dengan alasan ketidakmampuan perempuan, atau tidak adanya kapasitas yang dimiliki oleh perempuan di bidang politik karena kodratnya sebagai istri dan ibu rumah tangga.

Selanjutnya dalam konfigurasi peta kekuatan politik pada waktu itu, terhadap produk hukum khususnya Undang-Undang Perkawinan, bahwa terdapat dua alasan penolakan atasnya oleh umat Islam. Pertama, RUU tersebut dinilai bertentangan ajaran Islam (hukum Islam) seperti sahnya perkawinan, prinsip monogami dan perkawinan antaragama. Kedua, masalah kedudukan Peradilan Agama yang tidak disebutkan dalam RUU tersebut. RUU tersebut hanya menyebutkan “Pengadilan dalam lingkup Peradilan Umum, hak pengadilan dan pengadilan”. Hal ini juga terjadi karena Departemen Agama tidak dilibatkan dalam penyusunan RUU tersebut.

Pengesahan UU No. 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan dan dikeluarkannya Peraturan Pemerintah No. 9 Tahun 1975 tentang

Pelaksanaan Undang-Undang No.1 Tahun 1974 tentang Perkawinan, maka berlakulah peraturan tersebut secara nasional untuk masyarakat Indonesia, yang tidak mengikat dalam penghapusan atas ketentuan peraturan perkawinan yang ada, seperti hukum Islam. Hal ini yang disampaikan Hazairin dan Soemiyati bahwa hukum perkawinan Islam masih dapat berlaku, sebagaimana diatur dalam Pasal 66 dan Pasal 2 ayat 1 UU No.1 Tahun 1974 tentang Perkawinan dan peraturan-peraturan lain yang mengatur tentang perkawinan sejauh telah diatur dalam Undang-undang ini, dinyatakan tidak berlaku”. Namun demikian, bahwa perkawinan adalah sah apabila dilakukan menurut masing-masing agamanya dan kepercayaannya”.

Seiring dinamika yang berkembang, dan dalam menjaga hubungan dengan kepentingan-kepentingan umat Islam, kemudian lahir Undang-Undang No. 7 Tahun 1987 tentang Peradilan Agama, serta melalui Instruksi Presiden No.1 Tahun 1991 serta berdasarkan SK. Menteri Agama No. 154 Tahun 1991 diterapkanlah Kompilasi Hukum Islam (KHI). KHI ini terdiri dari Buku I tentang Perkawinan, Buku II tentang Kewarisan, Buku III tentang Perwakafan.

b. Invertilitas sebagai Alasan Poligami: Refleksi Ketidakadilan Gender

Struktur organ biologis manusia secara anatomis, baik laki-laki maupun perempuan relatif berbeda, khususnya organ reproduksi. Secara normal, keduanya dapat saling melengkapi pada proses konsepsi. Namun dalam kondisi tertentu, keduanya menjadi rentan dengan risiko yang sama, yaitu terjadi invertilitas (kemandulan). Invertilitas bukan hanya dapat dialami oleh perempuan saja, namun juga dialami oleh laki-laki. Berangkat dari kekurangan yang terjadi pada masing-masing pasangan perkawinan, terdapat ketentuan hukum yang tidak menguntungkan yang ditimpakan kepada salah satu pihak jika invertilitas yang dialami istri menjadi alasan poligami. Sementara itu, tidak berakibat hukum apapun jika kondisi yang sama dialami oleh suami. Pasal 4 Ayat 2 Undang-Undang No. 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan menyebutkan:

“Pengadilan dimaksud pada ayat (1) pasal ini hanya memberikan izin kepada seorang suami yang akan beristri lebih dari seorang apabila:

- 1) Istri tidak dapat menjalankan kewajibannya sebagai istri;
- 2) Istri mendapat cacat badan atau penyakit yang tidak dapat disembuhkan;

3) Istri tidak dapat melahirkan keturunan.

Ketidakadilan yang dilegalkan secara hukum dalam bentuk poligami sepihak merupakan pintu masuk untuk menghilangkan makna dan marwah perkawinan itu sendiri. Ketentuan semacam ini berpotensi menciptakan kerancuan makna atas misi untuk menciptakan keluarga bahagia berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa. Apa yang dinyatakan Pasal 4 Ayat 2 UU No.1 Tahun 1974 ini terkesan memahami perkawinan dari satu sudut pandang saja, khususnya kepentingan laki-laki. Perkawinan yang merupakan peristiwa yang sifatnya sangat privat, sekalipun ternyata masih didominasi laki-laki, disisi lain terjadi kesetaraan *gender* antara laki-laki dan perempuan dalam ranah publik. Nilai-nilai kemanusiaan, keadilan, kebijaksanaan, dan ketuhanan dalam sila-sila Pancasila rasanya juga sulit ditemukan dalam pencermatan atas pasal tersebut.

c. Ketidaksetaraan Pernikahan dalam Adat Bali

Masyarakat Bali memiliki pandangan hidup yang sangat dipengaruhi dan dijiwai oleh Kebudayaan Bali dan Agama Hindu. Pandangan hidup tersebut mengandung konsep dasar mengenai kehidupan yang dicita-citakan dan pikiran-pikiran mendalam mengenai wujud kehidupan yang lebih baik dalam masyarakat. Namun dalam kenyataannya, khususnya dalam

penerapan hukum adat di Bali masih sangat kontras dengan adanya ketidaksetaraan *gender*. Hukum adat di Bali sangat kental dipengaruhi oleh budaya patriarki, di mana kedudukan laki-laki dianggap lebih tinggi dari perempuan. Budaya patriarki masih memandang perempuan lebih rendah dari laki-laki (Nyoman, 2015).

Terutama dalam hal perkawinan adanya konsep *purusa predana* yang dianut oleh masyarakat Bali sebagai refleksi dari ajaran Agama Hindu tentang jiwa (*purusa*) yang identik dengan laki-laki dan material (*predana*) yang identik dengan perempuan. Kekeliruan dalam merefleksikan pemahaman akan konsep *purusa* dan *predana* dalam wujud laki-laki dan perempuan telah menimbulkan adanya ketimpangan dan ketidakadilan terhadap perempuan di Bali. Tradisi adat perkawinan oleh masyarakat Hindu Bali menganggap bahwa perempuan (*predana*) dianggap lebih rendah kedudukannya dari pada laki-laki (*purusa*).

Pemberlakuan adat istiadat masyarakat Bali yang masih belum mencerminkan kesetaraan *gender*. Perempuan Bali jika sudah menikah dia sepenuhnya menjadi hak milik laki-laki yang menikahinya dan keluarga pihak laki-laki, tanpa adanya banyak perdebatan. Semasa kecil, perempuan Bali sudah dibentuk dan dipersiapkan untuk menjadi milik keluarga lain. Begitu juga

dalam hal pembagian waris bagi perempuan yang sudah menikah keluar dari keluarga, namanya akan dihapuskan dari calon penerima warisan di rumahnya sendiri. Warisan dari pihak laki-laki adalah sepenuhnya menjadi milik suami yang nantinya akan diwariskan kembali kepada anak laki-laki dalam keluarga tersebut, sehingga perempuan Hindu di Bali sering dikatakan sebagai “Pewaris tanpa warisan”. Ketimpangan atau diskriminasi antara laki-laki dan perempuan di Bali juga tercermin dari kata-kata yang dipakai pada saat seorang laki-laki meminang si perempuan yaitu dengan menggunakan kata “*ngayahin*” yang diartikan sebagai “*melayani*”. Akan beda artinya jika laki-laki pada saat meminang perempuan dengan menggunakan kata-kata “*mendampingi*” yang mencerminkan kedudukan yang setara antara suami dan istri.

Fenomena tersebut sesuai dengan ciri-ciri sistem kekerabatan patrilineal oleh Holleman dan Koentjaraningrat dalam Sudarta tahun 2006, sebagai berikut (Sudarta, 2006):

- 1) Hubungan kekerabatan diperhitungkan melalui garis keturunan ayah, anak-anak menjadi hak ayah;
- 2) Harta keluarga atau kekayaan orang tua diwariskan melalui garis pria;

- 3) Pengantin baru hidup menetap pada pusat kediaman kerabat suami (adat patrilokal);
- 4) Pria mempunyai kedudukan yang tinggi dalam kehidupan masyarakat, dengan perkataan lain perempuan yang telah kawin (menikah) dianggap memutuskan hubungan dengan keluarganya sendiri, tanpa hak berpindah ke dalam keluarga suaminya dan tidak akan memiliki hak-hak dan harta benda.

d. Keadilan *Gender* dalam Nafkah *Iddah* Cerai (Talak) *Ba'in*

Perceraian atau Talak *ba'in*, yaitu talak yang tidak memberi peluang rujuk bagi mantan suami terhadap mantan istrinya, dan untuk mengembalikan mantan istri ke dalam ikatan perkawinan dengan suami sebelumnya harus melaksanakan akad baru yang memenuhi syarat dan rukun perkawinan. Ketentuan rujuk ini juga menjadi sorotan dalam kajian *gender*, karena mayoritas ulama mengatakan bahwa persetujuan istri tidak diperlukan dalam menerima atau tidak menerima suaminya yang akan rujuk kembali.

Umat islam di Indonesia mengenal dua sumber hukum yang diberlakukan, yaitu Undang-undang RI No. 1/1974 dan Kompilasi Hukum Islam (KHI). Pada pasal 149 (b) KHI disebutkan bahwa istri tidak mendapatkan hak nafkah iddah,

tempat tinggal dan pakaian dalam talak *ba'in* dan dalam keadaan istri nusyuz. Hak nafkah hanya didapatkan apabila perceraian tersebut merupakan talak raj'i (suami yang mengajukan), dan itupun selama penyebab permohonan talak bukan karena istri nusyuz. Sehingga, istri yang diceraikan selalu mendapatkan keadilan berupa hak nafkah selama masa iddah.

Salah satu hak dan kewajiban suami istri pasca terjadinya cerai (talak) dinyatakan di dalam Pasal 149 (b) KHI yang menyatakan bahwa apabila perkawinan putus disebabkan talak, maka mantan suami diwajibkan memberikan nafkah, tempat tinggal dan kiswah kepada mantan istrinya selama dalam masa iddah, kecuali mantan istri dijatuhi talak *ba'in* atau nusyuz (durhaka) dan dalam kondisi tidak hamil.

Prespektif ketidakadilan *gender* dalam aturan undang-undang yang menegaskan hak nafkah bagi istri dari mantan suaminya dalam talak bain. Ketidakadilan tersebut terlihat ketika seorang istri yang diikat dengan iddah, tidak boleh menikah untuk sementara waktu dengan orang lain, dan harus menetap di rumah suaminya tapi tidak diberi hak nafkah. Seolah-olah seorang perempuan mendapatkan hukuman dengan adanya perceraian tersebut. Sedangkan laki-laki tidak mendapatkan sanksi dalam bentuk apapun ketika ia mentalak istrinya dengan talak bain atau

disebabkan oleh khulu'. Walaupun keinginan bercerai itu dari pihak istri, tentulah penyebabnya adalah suaminya juga. Kadang-kadang pengajuan khulu' oleh istri disebabkan dia telah dicerai oleh suaminya di bawah tangan dan atau telah ditelantarkan oleh suaminya tanpa dinafkahi sekian lama.

Jika dilihat dari perspektif fiqih, maka dapat dilihat bahwasanya para ahli fiqih sendiri berbeda pendapat mengenai pemberian nafkah iddah pada talak *ba'in*. Ulama Hanabilah, Zhahiriyah, Ishaq dan Abu Tsaur berpandangan bahwa istri yang tertalak *ba'in* tidak mendapatkan hak nafkah dan fasilitas tempat tinggal sekalipun hamil, sebab hal tersebut diwajibkan sebagai imbalan rujuk bagi suami. Disisi lain, dalam talak *ba'in* suami tidak memiliki hak rujuk, oleh karenanya tidak ada nafkah dan fasilitas tempat tinggal. Ulama Hanafiyah berpendapat bahwa perempuan yang tertalak *ba'in* berhak atas nafkah dan fasilitas tempat tinggal secara bersama, kecuali apabila perempuan tersebut dalam masa iddah karena perceraian yang disebabkan oleh pelanggaran istri, seperti murtad setelah bercampur atau tindakan istri menodai kehormatan mertua seperti orang tua suami dan saudara-saudaranya, istri hanya berhak tempat tinggal tetapi tidak mempunyai hak nafkah. Adapun pendapat ulama *Malikiyah*, *Syafi'iyah* dan *Jumhur Ulama Salaf* berpendapat bahwa

istri berhak atas tempat tinggal, baik hamil maupun tidak, dan berhak nafkah jika hamil.

Keadilan dan kesetaraan *gender* dalam hubungannya dengan nafkah iddah bagi istri yang tertalak *ba'in*, sebagaimana terdapat dalam hukum perkawinan bagi umat Islam di Indonesia, belum dapat dikategorikan sebagai produk hukum yang berkeadilan *gender*. Walaupun hukum perkawinan tersebut telah mengadopsi pendapat Jumhur ulama, tetapi sisi keadilan yang diharapkan didapatkan oleh perempuan dalam mengakhiri perkawinannya belum terwujud. Hal ini karena mereka mempunyai kewajiban untuk menjalankan iddah setelah bercerai dan menempati rumah suaminya dalam masa iddah tersebut, baik alam talak raj'i maupun talak *ba'in*. Keharusan menjalani iddah di rumah suaminya tentu harus diimbangi dengan hak nafkah yang mesti mereka terima selama masa menunggu tersebut (Maulida dan Busyro, 2018).

LATIHAN

1. Bentuk ketidakadilan gender dalam masyarakat ini dapat dilihat dari sejumlah indikator seperti: marginalisasi perempuan, subordinasi, pandangan stereotipe, kekerasan dan

beban kerja ganda. Jelaskan masing-masing indikator tersebut dan berikanlah contoh konkret di lingkungan anda!

2. Bagaimana anda menyikapi praktik ketidaksetaraan gender pernikahan dalam adat dan budaya di daerah anda?

RANGKUMAN

Perbedaan gender yang terjadi bukanlah suatu masalah, sepanjang perbedaan gender tersebut tidak melahirkan ketidakadilan gender. Gender pada akhirnya dipersoalkan karena perbedaan gender telah mengakibatkan berbagai ketidakadilan, baik bagi kaum laki-laki dan terutama bagi kaum perempuan. Ketidakadilan gender merupakan sistem dan struktur dimana baik kaum laki-laki dan kaum perempuan menjadi korban dari sistem tersebut. Bentuk ketidakadilan gender dalam masyarakat ini dapat dilihat dari sejumlah indikator yakni: marginalisasi perempuan, subordinasi, pandangan stereotipe, kekerasan dan beban kerja ganda. Selain itu, ketidaksetaraan gender juga dipraktikkan dalam pernikahan, seperti menikahkan anak dibawah umur, ketimpangan pembagian warisan terhadap perempuan yang sudah menikah keluar dari keluarga, dan diskriminasi adat yang menyatakan bahwa istri sebagai “pelayan” suami, sehingga suami bertindak semena-mena.

TES FORMATIF 1

1. Apakah yang disebut dengan keyakinan bahwa salah satu jenis kelamin dianggap lebih penting atau lebih utama dibanding jenis kelamin lainnya?
 - A. Marginalisasi perempuan
 - B. Subordinasi
 - C. Stereotype
 - D. Kekerasan
 - E. Beban kerja ganda

2. Apakah contoh bentuk ketidaksetaraan *gender* dalam pernikahan?
 - A. Perempuan Bali jika sudah menikah dia sepenuhnya menjadi hak milik laki-laki yang menikahinya dan keluarga pihak laki-laki, tanpa adanya banyak perdebatan
 - B. Perempuan berhak memilih alat kontrasepsi yang diinginkan
 - C. Anak perempuan yang dilahirkan memiliki hak yang sama
 - D. Anak perempuan yang dilahirkan menjadi milik ayahnya
 - E. Anak laki-laki yang dilahirkan menjadi milik ayahnya

3. Apakah contoh keadilan *gender* dalam hal talak/cerai?
 - A. Wanita yang dicerai tetap diberikan nafkah selama masa iddah
 - B. Wanita yang dicerai tetap mendapat nafkah selamanya
 - C. Wanita yang dicerai berhak menikah kembali
 - D. Suami yang menceraikan berhak memberikan tuduhan terkait pengajuan cerainya
 - E. Suami yang menceraikan mendapatkan nafkah dari mantan isterinya
4. Bagaimanakah pola kekerabatan berdasarkan patrilineal?
 - A. Hubungan kekerabatan diperhitungkan melalui garis keturunan ayah, anak-anak menjadi hak ayah
 - B. Harta keluarga atau kekayaan orang tua diwariskan secara merata
 - C. Pengantin baru hidup menetap pada pusat kediaman kerabat istri
 - D. Pria mempunyai kedudukan yang sama dalam kehidupan masyarakat
 - E. Anak perempuan yang dilahirkan menjadi hak ayah
5. Pasal 4 Ayat 2 Undang-Undang No. 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan menyebutkan: Pengadilan dimaksud pada ayat

(1) pasal ini hanya memberikan izin kepada seorang suami yang akan beristri lebih dari seorang apabila:

- A. istri masih dapat menjalankan kewajibannya sebagai istri
- B. istri tidak cacat badan atau tidak menderita penyakit yang tidak dapat disembuhkan
- C. istri tidak dapat melahirkan keturunan.
- D. Istri bekerja
- E. Istri memiliki peran ganda

DAFTAR PUSTAKA

Maulida F, Busyro B. 2018. Nafkah Iddah Akibat Talak Bain Dalam Perspektif Keadilan *Gender* (Analisis terhadap Hukum Perkawinan Indonesia). *Al Hurriyah: Jurnal Hukum Islam*. 26;3(2):113-30.

Nyoman RN. 2015. Perempuan Bali dalam Pergulatan *Gender* (Kajian Budaya, Tradisi, dan Agama Hindu). *Jurnal Studi Kultural*. 1(1).

Subiyantoro EB. 2005. *Sensitivitas Gender Kebijakan Pemerintahan SBY*.

Sudarta W. 2006. Pola Pengambilan Keputusan Suami-Istri Rumah Tangga Petani Pada Berbagai Bidang Kehidupan. *Jurnal Kembang Rampai Perempuan Bali*.

MODUL 5

PENDAHULUAN

Tujuan Instruksional Umum:

Mengetahui dan mampu menjelaskan konsep pemberdayaan wanita.

Tujuan Instruksional Khusus:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep pemberdayaan wanita.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang tujuan pemberdayaan wanita.
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang tahapan pemberdayaan.
4. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang prinsip-prinsip pemberdayaan.
5. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang strategi dan upaya pemberdayaan perempuan dalam pembangunan sosial.
6. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang kontribusi perempuan.
7. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang model pemberdayaan wanita melalui pendekatan keluarga.

8. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang indikator keberhasilan pemberdayaan.
9. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang pendekatan pemberdayaan wanita di bidang ekonomi.

KEGIATAN BELAJAR 1

Pemberdayaan Wanita

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Konsep Pemberdayaan Wanita

Persamaan merupakan pilar bagi setiap masyarakat demokratis yang bercita-cita mencapai keadilan sosial dan hak asasi manusia. Kenyataannya dalam setiap masyarakat dan lingkungan kegiatan, perempuan menjadi sasaran dari ketidaksetaraan dalam hukum maupun dalam kenyataan sesungguhnya. Keadaan ini diperburuk karena disebabkan oleh diskriminasi di dalam keluarga, masyarakat, dan di lingkungan kerja (PBB, 1990).

a. Definisi pemberdayaan

Definisi pemberdayaan dalam arti sempit, yang berkaitan dengan sistem pengajaran antara lain dikemukakan oleh Merriam

Webster dan Oxford English Dictionary kata “*empower*” mengandung dua arti. Pengertian pertama adalah *to give power of authority* dan pengertian kedua berarti *to give ability to or enable*. Dalam pengertian pertama diartikan sebagai memberi kekuasaan, mengalihkan kekuasaan, atau mendelegasikan otoritas ke pihak lain. Pengertian kedua, diartikan sebagai upaya untuk memberikan kemampuan atau keberdayaan. Proses pemberdayaan dalam konteks aktualisasi diri berkaitan dengan upaya untuk meningkatkan kemampuan individu dengan menggali segala potensi yang dimiliki oleh individu tersebut baik menurut kemampuan keahlian (*skill*) ataupun pengetahuan (*knowledge*). Seseorang tokoh pendidikan, Paulo Freire, berpendapat bahwa pendidikan seharusnya dapat memberdayakan dan membebaskan para peserta didiknya, karena dapat mendengarkan suara dari peserta didik. Yang dimaksud suara adalah segala aspirasi maupun segala potensi yang dimiliki oleh peserta didik tersebut.

Secara konseptual, pemberdayaan atau pemberkuasaan (*empowerment*) berasal dari kata “*power*” yang artinya keberdayaan atau kekuasaan. Pemberdayaan adalah suatu cara dengan mana seseorang, rakyat, organisasi. Dan komunikasi diarahkan agar mampu menguasai (berkuasa atas) kehidupannya.

Pemberdayaan adalah sebuah proses dengan mana orang menjadi cukup kuat untuk berpartisipasi dalam berbagai pengontrol atas, dan mempengaruhi terhadap kejadian-kejadian serta lembaga-lembaga yang mempengaruhi kehidupannya. Pemberdayaan didefinisikan sebagai proses dimana pihak yang tidak berdaya bisa mendapatkan kontrol yang lebih banyak terhadap kondisi atau keadaan dalam kehidupannya. Kontrol ini meliputi kontrol terhadap berbagai macam sumber (mencakup fisik dan intelektual) dan ideologi meliputi (keyakinan, nilai dan pemikiran) (Suharto, 2003).

Konsep pemberdayaan dalam istilah Kindervetter, 1979 bahwa "mendekatkan masyarakat memahami dan mengontrol sosial ekonomi dan kekuatan politik dalam sesuatu tatanan untuk mengembangkannya dimana mereka berada dalam satu masyarakat". Sementara tokoh lain Rubin, 1992 adalah "pemberdayaan sebagai upaya menggiring warga masyarakat agar mereka merasa lebih bertanggung jawab terhadap dirinya dan lingkungannya".

Definisi tentang pemberdayaan menurut Sutrisno, 1995 dan Wasliman, 1998 bahwa:

- 1) Datang dari rencana pembangunan nasional Indonesia artinya sebagai dukungan terhadap rencana proyek

pembangunan yang direncanakan dan ditemukan oleh oleh pemerintah. Ukuran tingkat dan peran serta dan ke mana rakyat ikut menanggung biaya pembangunan, baik berupa uang maupun tenaga dalam melaksanakan pembangunan pemerintah.

- 2) Bersifat *universal* artinya kerjasama yang erat antara rencana dan rakyat dalam merencanakan, melaksanakan, melestarikan, dan mengembangkan hasil pembangunan yang telah dicapai.

Di dalam undang-undang otonomi daerah Nomor 22 Tahun 1999 disebutkan bahwa pemberdayaan itu ialah partisipasi atau keikutsertaan masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pemilikan untuk mencapai perubahan kondisi (kehidupan, kemampuan) masyarakat yang lebih baik (layak).

Pada intinya pemberdayaan adalah membantu klien untuk memperoleh daya untuk mengambil keputusan dan menentukan tindakan yang akan dilakukan terkait dengan diri mereka termasuk mengurangi hambatan pribadi dan sosial. Hal ini dilakukan untuk meningkatkan kemampuan dan rasa percaya diri untuk menggunakan daya yang dimiliki antara lain dengan transfer daya dari lingkungannya (Marmoah, 2014).

b. Definisi wanita

Sebagai perempuan seseorang tentu kerap dipanggil dengan panggilan yang berbeda-beda. Kadang cewek, kadang perempuan, dan yang paling terdengar elegan adalah wanita.

1) Makna etimologis

Kata wanita berasal dari frasa ‘Wani Ditoto’ atau berani diatur dalam etimologi Jawa. Sebutan wanita dimaknai berdasarkan kemampuannya untuk tunduk dan patuh pada lelaki sesuai dengan perkembangan budaya di tanah Jawa pada masa tersebut. Sementara itu, menurut bahasa Sansekerta, kata perempuan muncul dari kata per-empu-an. ‘Per’ memiliki makna makhluk dan ‘Empu’ artinya mulia, tuan, atau mahir, sehingga dapat disimpulkan bahwa makna kata perempuan adalah makhluk yang mulia, atau memiliki kemampuan.

2) Pengertian dalam kamus

Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), kata perempuan bermakna seperti:

- a. Orang (manusia), dapat menstruasi, hamil, melahirkan anak, dan menyusui, wanita.
- b. Istri yaitu bininya sedang hamil.
- c. Betina (khusus untuk hewan).

- d. Kata wanita bermakna perempuan dewasa, yaitu kaum-kaum putri (dewasa).

Pengertian kata wanita menurut Kamus Kuno Jawa-Inggris dahulu bermakna ‘yang diinginkan’, dalam hal ini perempuan dianggap sebagai objek, sesuatu yang diinginkan oleh pria. Sebaliknya, kata perempuanan menurut KBBI di tahun 1988 justru bermakna ‘kehormatan sebagai perempuan’.

3) Perubahan makna

Kata wanita ternyata mengalami proses perubahan makna yang semakin positif, sebutan tersebut merupakan bentuk halus dari kata perempuan. Sebaliknya, kata perempuan justru mengalami penurunan di mata masyarakat. Wanita yang terdengar indah dan elegan itu memiliki sejarah panjang sia-sia sistem *feodal* dan nuansa patriarki pada zaman dahulu.

c. Definisi pemberdayaan wanita

Terdapat dua ciri dari pemberdayaan wanita. Pertama, sebagai refleksi kepentingan emansipatoris yang mendorong masyarakat berpartisipasi secara kolektif dalam pembangunan. Kedua, sebagai proses pelibatan diri individu atau masyarakat dalam proses pencerahan, penyadaran dan pengorganisasian kolektif sehingga mereka dapat berpartisipasi.

Adapun pemberdayaan terhadap wanita adalah salah satu cara strategis untuk meningkatkan potensi wanita dan meningkatkan peran wanita baik di domain publik maupun domestik. Hal tersebut dapat dilakukan diantaranya dengan cara:

- 1) Membongkar mitos kaum wanita sebagai pelengkap dalam rumah tangga. Pada zaman dahulu, muncul anggapan yang kuat dalam masyarakat bahwa kaum wanita adalah *konco wingking* (teman di belakang) bagi suami serta anggapan “*swarga nunut neraka katut*” (ke surga ikut, ke neraka terbawa). Kata *nunut* dan *katut* dalam bahasa Jawa berkonotasi pasif dan tidak memiliki inisiatif, sehingga nasibnya sangat tergantung kepada suami.
- 2) Memberi beragam ketrampilan bagi kaum wanita. Sehingga kaum wanita juga dapat produktif dan tidak menggantungkan nasibnya terhadap kaum laki-laki. Berbagai keterampilan bisa diajarkan, diantaranya seperti keterampilan menjahit, menyulam serta berwirausaha dengan membuat kain batik dan berbagai jenis makanan.
- 3) Memberikan kesempatan seluas-luasnya terhadap kaum wanita untuk bisa mengikuti atau menempuh pendidikan seluas mungkin. Hal ini diperlukan mengingat masih menguatnya paradigma masyarakat bahwa setinggi-tinggi

pendidikan perempuan nantinya akan kembali ke dapur. Inilah yang mengakibatkan masih rendahnya (sebagian besar) pendidikan bagi wanita.

Pemberdayaan wanita adalah upaya peningkatan kemampuan wanita dalam mengembangkan kapasitas dan keterampilannya untuk meraih akses dan penguasaan terhadap, antara lain posisi pengambil keputusan, sumber-sumber, dan struktur atau jalur yang menunjang. Pemberdayaan wanita dapat dilakukan melalui proses penyadaran sehingga diharapkan wanita mampu menganalisis secara kritis situasi masyarakat dan dapat memahami praktik-praktik diskriminasi yang merupakan konstruksi sosial, serta dapat membedakan antara peran kodrati dengan peran *gender*. Dengan membekali wanita dengan informasi dalam proses penyadaran, pendidikan pelatihan dan motivasi agar mengenal jati diri, lebih percaya diri, dapat mengambil keputusan yang diperlukan, mampu menyatakan diri, memimpin, menggerakkan wanita untuk mengubah dan memperbaiki keadaannya untuk mendapatkan bagian yang lebih adil sesuai nilai kemanusiaan universal.

Jadi, pemberdayaan wanita adalah usaha mengalokasikan kembali kekuasaan melalui perubahan struktur sosial. Posisi wanita akan membaik hanya ketika wanita dapat mandiri dan

mampu menguasai atas keputusan-keputusan yang berkaitan dengan kehidupannya.

2. Tujuan Pemberdayaan Wanita

Tujuan dari pendekatan ini adalah menekankan pada sisi produktivitas tenaga kerja wanita, khususnya terkait dengan pemberdayaan wanita, sedangkan sasarannya adalah kalangan wanita dewasa. Untuk meningkatkan akses wanita agar supaya bisa meningkatkan pemberdayaan. Adapun strategi yang dijalankan untuk meningkatkan pemberdayaan wanita, seperti melalui kegiatan-kegiatan keterampilan yang diantaranya menjahit, menyulam, bordir dan lain sebagainya. Selain itu, tujuan dari program pemberdayaan wanita adalah:

- a. Meningkatkan kemampuan kaum wanita untuk melibatkan diri dalam program pembangunan, sebagai partisipasi aktif (subjek) agar tidak sekedar menjadi objek pembangunan seperti yang terjadi selama ini.
- b. Meningkatkan kemampuan kaum wanita dalam kepemimpinan, untuk meningkatkan posisi tawar-menawar dan keterlibatan dalam setiap pembangunan baik sebagai perencana, pelaksana, maupun melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan.

- c. Meningkatkan kemampuan kaum wanita dalam mengelola usaha skala rumah tangga, industri kecil maupun industri besar untuk menunjang peningkatan kebutuhan rumah tangga, maupun untuk membuka peluang kerja produktif dan mandiri.
- d. Meningkatkan peran dan fungsi organisasi wanita di tingkat lokal sebagai wadah pemberdayaan kaum wanita agar dapat terlibat secara aktif dalam program pembangunan pada wilayah tempat tinggalnya.

Sedangkan tujuan pemberdayaan wanita menurut Kementerian Pemberdayaan Perempuan (2014) antara lain adalah (Kemenperin, 2014):

- a. Meningkatkan kedudukan dan peran wanita di berbagai bidang kehidupan keluarga, masyarakat, bangsa dan negara.
- b. Meningkatkan peran wanita sebagai pengambil keputusan dalam mewujudkan kesetaraan dan keadilan *gender*.
- c. Meningkatkan kualitas peran kemandirian organisasi wanita dengan mempertahankan nilai persatuan dan kesatuan.
- d. Meningkatkan komitmen dan kemampuan semua lembaga yang memperjuangkan kesetaraan dan keadilan *gender*.
- e. Mengembangkan usaha pemberdayaan wanita, kesejahteraan keluarga dan masyarakat serta perlindungan anak.

Tujuan pemberdayaan perempuan tersebut dijalankan berdasarkan pada arah kebijakan dan program pemberdayaan, serta langkah-langkah yang telah ditentukan oleh Kementerian Pemberdayaan Perempuan.

3. Tahapan Pemberdayaan

Pemberdayaan tidak bersifat selamanya, melainkan sampai target mampu untuk bersikap mandiri, dan kemudian dilepas untuk mandiri, meski dari jauh tetap dilakukan pemantauan. Dilihat dari pendapat tersebut berarti pemberdayaan melalui suatu masa proses belajar, hingga mencapai status, mandiri. Meskipun demikian dalam rangka menjaga kemandirian tersebut tetap dilakukan pemeliharaan semangat, kondisi, dan kemampuan secara terus menerus supaya tidak mengalami kemunduran lagi. Proses belajar dalam rangka pemberdayaan akan berlangsung secara bertahap. Pemberdayaan sebagai suatu proses, tentunya dilaksanakan secara bertahap, dan tidak bisa dilaksanakan secara instan. Tahap-tahap yang dalam pemberdayaan yaitu (Sulistiyani, 2004):

- a. Tahap penyadaran dan pembentukan perilaku. Pada tahap ini, dilakukan pembentukan kesadaran menuju perilaku sadar dan peduli sehingga merasa membutuhkan peningkatan kapasitas diri.

- b. Tahap transformasi kemampuan berupa wawasan pengetahuan, kecakapan keterampilan agar terbuka wawasan dan memberikan keterampilan dasar sehingga dapat mengambil peran di dalam pembangunan.
- c. Tahap peningkatan kemampuan intelektual dan kecakapan keterampilan-keterampilan sehingga terbentuklah inisiatif dan kemampuan inovatif untuk mengantarkan pada kemandirian.

Dalam tahap pertama, tahap perilaku dan pembentukan perilaku merupakan tahap persiapan dalam proses pemberdayaan masyarakat. Pada tahap ini pelaku pemberdayaan berusaha menciptakan prakondisi supaya dapat memfasilitasi berlangsungnya proses pemberdayaan yang efektif. Sentuhan penyadaran akan lebih membuka keinginan dan kesadaran masyarakat tentang kondisinya saat itu, sehingga dapat merangsang kesadaran mereka tentang perlunya memperbaiki kondisi untuk menciptakan masa depan yang lebih baik.

Dalam tahap kedua, dengan adanya pengetahuan, dan kecakapan keterampilan maka sasaran dari pemberdayaan akan memiliki pengetahuan, kemampuan, dan keterampilan yang menjadi nilai tambahan dari potensi yang dimiliki. Sedangkan pada tahap ketiga, dalam tahapan peningkatan kemampuan

intelektual dan keterampilan ini sasaran pemberdayaan diarahkan untuk lebih mengembangkan kemampuan yang dimiliki, meningkatkan kemampuan dan kecakapan keterampilan yang pada nantinya akan mengarahkan pada kemandirian (Sari, 2017).

4. Prinsip-Prinsip Pemberdayaan

Ada 4 (empat) prinsip pemberdayaan yang biasanya digunakan untuk suksesnya program pemberdayaan yaitu sebagai berikut (Najiati, 2005).

a. Kesetaraan

Merupakan prinsip utama dari proses pemberdayaan. Kesetaraan adalah adanya kesejajaran kedudukan antara masyarakat dengan lembaga yang melakukan program-program pemberdayaan masyarakat maupun antara laki-laki dan perempuan. Dinamika yang dibangun adalah hubungan kesetaraan dengan mengembangkan mekanisme berbagai pengetahuan, pengalaman, serta keahlian satu sama lain. Masing-masing mengakui kelebihan dan kekurangan, sehingga terjadi proses saling belajar.

b. Partisipasi

Program pemberdayaan yang dapat menstimulasi kemandirian masyarakat adalah program yang sifatnya

partisipatif, direncanakan, dilaksanakan, diawasi, dan dievaluasi oleh masyarakat.

Makna partisipasi dalam pembangunan atau pemberdayaan menurut Asngari adalah individu atau masyarakat secara aktif terlibat dalam (Susanti, 2015):

- 1) Keterlibatan dalam pengambilan keputusan.
 - 2) Keterlibatan dalam pengawasan.
 - 3) Keterlibatan dimana masyarakat mendapatkan manfaat dan penghargaan.
 - 4) Partisipasi sebagai proses pemberdayaan.
 - 5) Partisipasi bermakna kerja kemitraan.
- c. Kesewadayaan atau kemandirian

Prinsip kemandirian adalah menghargai dan mengedepankan kemampuan masyarakat daripada bantuan pihak lain. Konsep ini tidak memandang orang miskin sebagai objek yang tidak berkemampuan (*the have not*), melainkan sebagai subjek yang memiliki kemampuan sedikit (*the have little*). Mereka memiliki kemampuan untuk menabung, pengetahuan yang mendalam tentang kendala-kendala usahanya, mengetahui kondisi lingkungannya, memiliki tenaga kerja dan kemauan, serta memiliki norma-norma bermasyarakat yang sudah lama dipatuhi.

Semua itu harus digali dan dijadikan modal dasar bagi proses pemberdayaan.

d. Keberlanjutan

Program pemberdayaan perlu dirancang untuk berkelanjutan, sekalipun pada awalnya peran pendamping lebih dominan dibanding masyarakat sendiri. Tapi secara perlahan dan pasti, peran pendamping akan makin berkurang.

5. Strategi dan Upaya Pemberdayaan Wanita dalam Pembangunan Sosial

Kesadaran mengenai peran wanita mulai berkembang yang diwujudkan dalam pendekatan program wanita dalam pembangunan. Hal ini didasarkan pada satu pemikiran mengenai perlunya kemandirian bagi kaum wanita, supaya pembangunan dapat dirasakan oleh semua pihak. Karena wanita merupakan sumber daya manusia yang sangat berharga sehingga posisinya di ikut sertakan dalam pembangunan. Pemberdayaan menjadi strategi penting dalam meningkatkan peran wanita dalam meningkatkan potensi diri agar lebih mampu mandiri dan berkarya.

Untuk melaksanakan pemberdayaan wanita maka terdapat 4 (empat) langkah strategi yang bisa dilakukan, yaitu sebagai berikut (Julia, 1996):

- 1) Pemberdayaan Wanita (*Women Empowerment*).
- 2) Kesetaraan Gender (*Gender Equality*).
- 3) Pemberian Peluang dan Penguatan Aksi (*Affirmative Action*).
- 4) Harmonisasi (Sinkronisasi Peraturan atau Perundang-Undangan dan Kebijakan) (*Synchronization of Regulations and Policies*).

6. Peran Wanita

Adapun pengertian peran yang dikemukakan oleh Suratman adalah fungsi atau tingkah laku yang diharapkan ada pada individu seksual sebagai status aktifitas yang mencakup peran domestik maupun peran publik. Menurut Hubies bahwa analisis alternatif pemecahan atau pembagian peran wanita dapat dilihat dari perspektif dalam kaitannya dengan posisinya sebagai manager rumah tangga, partisipan pembangunan dan pekerja pencari nafkah. Jika dilihat dari peran wanita dalam rumah tangga, maka dapat digolongkan, antara lain sebagai berikut:

a. Peran tradisional

Pada peran tradisional, wanita harus mengerjakan semua pekerjaan rumah, dari membersihkan rumah, memasak, mencuci, mengasuh anak serta segala hal yang berkaitan dengan rumah tangga. Pekerjaan-pekerjaan rumah tangga dalam mengatur rumah serta membimbing dan mengasuh anak tidak dapat diukur

dengan nilai uang. Ibu merupakan *figure* yang paling menentukan dalam membentuk pribadi anak. Hal ini disebabkan karena anak sangat terikat terhadap ibunya sejak anak masih dalam kandungan.

b. Peran transisi

Wanita juga berperan atau terbiasa bekerja untuk mencari nafkah. Partisipasi tenaga kerja wanita atau ibu disebabkan karena beberapa faktor, misalnya pada bidang pertanian, wanita dibutuhkan hanya untuk menambah tenaga yang ada, sedangkan dibidang industri peluang bagi wanita untuk bekerja sebagai buruh industri, khususnya industri kecil yang cocok bagi wanita yang berpendidikan rendah. Faktor lain adalah masalah ekonomi yang mendorong lebih banyak wanita untuk mencari nafkah.

c. Peran konteporer

Adalah peran dimana seorang wanita hanya memiliki peran diluar rumah tangga atau sebagai wanita karier.

Sedangkan menurut Astuti (2014) mengenai peran *gender* wanita terdiri dari:

1) Peran produktif

Peran produktif pada dasarnya hampir sama dengan peran transisi, yaitu peran dari seorang wanita yang memiliki peran tambahan sebagai pencari nafkah tambahan bagi keluarganya.

Peran produktif adalah peran yang dihargai dengan uang atau barang yang menghasilkan uang atau jasa yang berkaitan dengan kegiatan ekonomi. Peran ini diidentikan sebagai peran wanita di sektor publik contohnya seperti petani, penjahit, buruh, guru, dan pengusaha.

2) Peran domestik

Pada dasarnya peran domestik ini hampir sama dengan peran tradisional, hanya saja peran ini lebih menitikberatkan pada kodrat wanita secara biologis tidak dapat dihargai dengan nilai uang/barang. Peran ini terkait dengan kelangsungan hidup manusia, contoh peran ibu pada saat mengandung, melahirkan dan menyusui anak adalah kodrat dari seorang ibu. Peran ini pada akhirnya diikuti dengan mengerjakan kewajiban mengerjakan pekerjaan rumah.

3) Peran sosial

Peran sosial pada dasarnya merupakan suatu kebutuhan dari para ibu rumah tangga untuk mengaktualisasikan dirinya dalam masyarakat.

7. Model Pemberdayaan Wanita Melalui Pendekatan Keluarga

Pendekatan keluarga dalam pemberdayaan wanita artinya mengaktualisasikan dan merevitalisasi fungsi keluarga agar

memiliki kemampuan, kekuatan dan mandiri dalam menjalankan fungsi keluarganya, sehingga menjadi keluarga yang berdaya dalam hal kesetaraan dan pemerataan *gender* (KKG).

Menurut Oakley dan Marsden (1984), proses pemberdayaan masyarakat mengandung dua kecenderungan, yaitu:

- a. Proses pemberdayaan yang menekankan pada proses memberikan atau mengalihkan sebagian kekuasaan, kekuatan atau kemampuan kepada masyarakat agar individu menjadi lebih berdaya. Proses ini dapat dilengkapi pula dengan upaya membangun asset material guna mendukung pembangunan kemandirian mereka melalui organisasi.
- b. Proses pemberdayaan yang menekankan pada proses menstimulasi, mendorong atau memotivasi agar individu memiliki kemampuan atau keberdayaan untuk menentukan apa yang menjadi pilihan hidupnya melalui proses dialog.

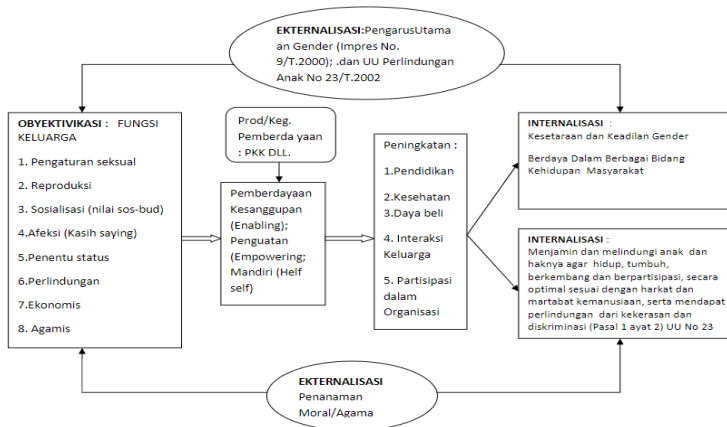
Dari pandangan tersebut pemberdayaan dapat disarikan meliputi tiga komponen yaitu:

- 1) Memberikan kekuatan (*empowering*).
- 2) Memberikan kemampuan (*enabling*).
- 3) Memberikan kemandirian (*help self*).

Ketiga komponen tersebut perlu dilakukan untuk reaktualisasi dan revitalisasi fungsi keluarga dengan melakukan berbagai kebijakan, program, kegiatan dan gerakan. Untuk tujuan tersebut perlu dibuat model pemberdayaan wanita melalui pendekatan keluarga, yang mencakup:

- a. Model fungsional pemberdayaan wanita pendekatan keluarga

Model fungsional artinya meningkatkan fungsi keluarga dengan rujukan normatif Inpres No.9 Tahun 2000, tentang PUG dan UU No 23/2002 tentang perlindungan anak, serta penguatan norma nilai ajaran agama, melalui pemberdayaan yang memberikan penguatan, kemampuan dan kemandirian, sehingga ada peningkatan dalam pendidikan, kesehatan, daya beli, interaksi keluarga, partisipasi dalam organisasi, sehingga keluarga menjadi berdaya dalam KKG, berbagai bidang kehidupan serta mampu memberikan perlindungan pada anak. Mekanisme kerjanya dilakukan dengan konstruksi realitas sosial, yang dimulai dengan eksternalisasi melalui aspek normatif undang-undang PUG dan perlindungan anak, kemudian menjadi bagian dari rujukan perilakunya, karena ada sanksinya. Dengan demikian lama-kelamaan akan menjadi kebutuhan, sesuatu yang harus dilaksanakan atau terinternalisasi.

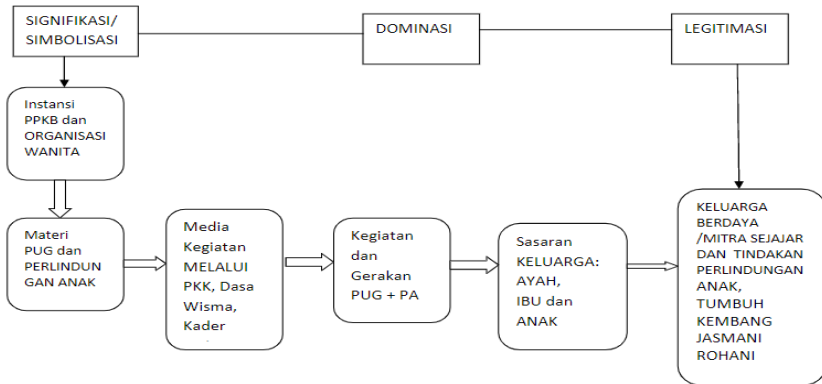


Gambar 5.1. Model Pemberdayaan Wanita Pendekatan Keluarga

b. Model mekanisme KIE pemberdayaan wanita pendekatan keluarga

Model mekanisme KIE yaitu proses pemberdayaan yang dimulai dari sumber informasi lembaga formal (PPKB) dan organisasi wanita melakukan pemberdayaan dengan berbagai kegiatan dan gerakan, melalui aktualisasi dan revitalisasi program PKK, dasa wisma, Kader Pemberdayaan/KB sebagai mediana kepada sasaran keluarga (ayah, ibu dan anak) guna mencapai keberdayaan wanita yang menjadi mitra sejajar dalam keluarga dan tumbuh kembang anak secara jasmani dan rohani dengan haknya yang penuh. Mekanisme kerjanya dengan

strukturasi, yaitu dimulai dengan simbolisasi/signifikansi proses komunikasi, karena sudah menjadi simbol maka akan mendominasi dan menjadi legitimasi, legal, atau alat legitimasi.



Gambar 5.2. Model Mekanisme KIE Pemberdayaan Wanita Pendekatan Keluarga

8. Indikator Keberhasilan Pemberdayaan

Pemberdayaan wanita dilakukan untuk menunjang dan mempercepat tercapainya kualitas hidup dan mitra kesejajaran antara laki-laki dan wanita yang bergerak dalam seluruh bidang atau sektor. Keberhasilan pemberdayaan wanita menjadi cita-cita semua orang. Namun untuk mengetahui keberhasilan sebagai sebuah proses, dapat dilihat dari indikator pencapaian keberhasilannya. Adapun indikator pemberdayaan wanita adalah sebagai berikut (Nugroho, 2008):

- a. Adanya sarana yang memadai guna mendukung wanita untuk menempuh pendidikan semaksimal mungkin.
- b. Adanya peningkatan partisipasi dan semangat kaum wanita untuk berusaha memperoleh dan mendapatkan pendidikan dan pengajaran bagi diri mereka.
- c. Meningkatnya jumlah wanita mencapai jenjang pendidikan tinggi, sehingga dengan demikian, wanita mempunyai peluang semakin besar dalam mengembangkan karir sebagaimana halnya laki-laki.
- d. Adanya peningkatan jumlah wanita dalam lembaga legislatif, eksekutif dan pemerintahan.
- e. Peningkatan keterlibatan aktivis wanita dalam kampanye pemberdayaan pendidikan terhadap wanita.

Adanya Kementerian Pemberdayaan Perempuan merupakan bentuk kepedulian pemerintah terhadap wanita Indonesia yang berdaya. Dilihat dari visinya "terwujudnya kesetaraan dan keadilan *gender*, kesejahteraan dan perlindungan anak dalam kehidupan berkeluarga, bermasyarakat, berbangsa dan bernegara", maka selayaknya, harus menjalankan program sebaik-baiknya dan bisa menyentuh mayoritas wanita Indonesia yang berada di pedesaan. Keberadaan kementerian ini harus

dioptimalkan dan tentu saja tidak menafikan beberapa program yang telah berjalan saat ini.

9. Pendekatan Pemberdayaan Wanita Di Bidang Ekonomi

Pemberdayaan wanita lebih banyak ditekankan di bidang ekonomi untuk meningkatkan kemampuan dalam mengelola usaha, khususnya dalam hal ini adalah usaha *home industry*. Ada lima langkah penting yang perlu diperhatikan dalam upaya pengembangan kemampuan berwirausaha bagi wanita, yaitu sebagai berikut:

- a. Membantu dan mendorong kaum wanita untuk membangun dan mengembangkan pengetahuan serta kompetensi diri mereka, melalui berbagai program pelatihan.
- b. Membantu kaum wanita dalam strategi usaha dan pemasaran produk.
- c. Memberikan pemahaman terhadap regulasi dan peraturan pemerintah terkait dengan legalitas dunia usaha.
- d. Mendorong dan membantu kaum wanita untuk mampu menggunakan teknologi informasi dan komunikasi secara optimal.
- e. Membuat usaha mikro (jaringan usaha mikro perempuan atau forum pelatihan usaha).

LATIHAN

1. Bagaimanakah langkah yang harus dilakukan untuk mengembangkan kewirausahaan untuk wanita?
2. Jelaskan indikator keberhasilan wanita!
3. Jelaskan peran wanita dalam rumah tangga!

RANGKUMAN

1. Terdapat dua ciri dari pemberdayaan wanita. Pertama, sebagai refleksi kepentingan emansipatoris yang mendorong masyarakat berpartisipasi secara kolektif dalam pembangunan. Kedua, sebagai proses pelibatan diri individu atau masyarakat dalam proses pencerahan, penyadaran dan pengorganisasian kolektif sehingga mereka dapat berpartisipasi.
2. Prinsip pemberdayaan adalah kesetaraan, partisipasi, kemandirian dan keberlanjutan.

TES FORMATIF 1

1. Apakah yang disebut pemberdayaan wanita?
 - A. proses pelibatan diri wanita dalam proses pencerahan, penyadaran dan pengorganisasian kolektif sehingga mereka dapat berpartisipasi.

- B. Proses kegiatan wanita untuk meningkatkan pengetahuan
 - C. Proses wanita untuk bekerja
 - D. Wanita yang menggunakan Pendidikan yang dimiliki hanya untuk mendapatkan posisi tertentu
 - E. Proses wanita melanjutkan sekolah
2. Apakah langkah awal yang dapat dilakukan wanita untuk berwirausaha?
- A. Membantu dan mendorong kaum wanita untuk membangun dan mengembangkan pengetahuan serta kompetensi diri mereka, melalui berbagai program pelatihan.
 - B. Membantu kaum wanita dalam strategi berwirausaha
 - C. Memberikan pemahaman terhadap regulasi dan peraturan pemerintah terkait dengan legalitas dunia usaha.
 - D. Mendorong dan membantu kaum wanita untuk mampu menggunakan teknologi informasi dan komunikasi secara optimal.
 - E. Membuat usaha mikro (jaringan usaha mikro perempuan atau forum pelatihan usaha).
3. Apakah indikator yang dapat digunakan untuk mengetahui pemberdayaan wanita?

- A. Adanya sarana yang memadai guna mendukung wanita untuk menempuh pendidikan semaksimal mungkin.
 - B. Adanya peningkatan partisipasi dan semangat kaum wanita untuk menentukan usia menikah
 - C. Meningkatnya jumlah wanita mencapai jenjang pendidikan tinggi, sehingga dengan demikian, wanita mempunyai peluang semakin besar dalam mengembangkan karier dengan tujuan mengalahkan laki-laki
 - D. Adanya peningkatan jumlah wanita yang melahirkan anak laki-laki
 - E. Peningkatan keterlibatan aktivis untuk menolak kesetaraan *gender*
4. Peran wanita manakah yang dijalankan dengan wanita harus mengerjakan semua pekerjaan rumah, dari membersihkan rumah, memasak, mencuci, mengasuh anak serta segala hal yang berkaitan dengan rumah tangga?
- A. Tradisional
 - B. Konteporer
 - C. Produktif
 - D. Sosial
 - E. Transisi

5. Peran wanita manakah yang dijalankan dengan seorang wanita hanya memiliki peran diluar rumah tangga atau sebagai wanita karier?
- A. Tradisional
 - B. Konteporer
 - C. Produktif
 - D. Sosial
 - E. Transisi

DAFTAR PUSTAKA

Julia Cleves Mosse. 1996. *Gender dan Pembangunan* Alih bahasa Hatian Siliwati. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

Kementerian Pemberdayaan Perempuan. 2014. Indonesia Terlambat Menghadapi MEA 2015 dalam <http://kemenperin.go.id/artikel/8055/Indonesia-Terlambat-Hadapi-MEA-2015>, akses tanggal 29 Mei 2020.

Marmoah, Sri. 2014. *Manajemen Pemberdayaan Perempuan* Rimba. Yogyakarta: Deepublish.

Najiati, Sri., Asmana, Agus., Suryadiputra, I Nyoman N. 2005. *Pemberdayaan Masyarakat di Lahan Gambut*. Bogor: Wetlands International–IP hlm. 54-60.

- Nugroho. 2008. *Gender dan Administrasi Publik Studi tentang Kualitas Kesetaraan dalam Administrasi Publik Indonesia Pasca Reformasi 1998-2002*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- PBB. 1990. *The World's Women 1970-1990: Trends and Statistics*. PBB: No.E.90.XVII.3.
- Sari, NA. 2017. *Pemberdayaan Kelompok Tani Ternak Melalui Pelestarian Kambing Peranakan Ettawa Ras Kaligesing di Wilayah Kecamatan Kaligesing, Kabupaten Purworejo*. Semarang: Universitas Negeri Semarang, 2017.
- Suharto, Edi. 2003. *Pembangunan Kebijakan dan Kesejahteraan Sosial*. Cetakan Ke-1. Bandung: Mizan.
- Sulistiyani, AT. 2004. *Kemitraan dan Model-Model Pemberdayaan*. Yogyakarta: Gava Media, 2004.
- Susanti, Aityas Dian. 2015. *Pola Partisipasi Warga dalam Pengembangan Desa Wisata Umbul Sidomukti Kabupaten Semarang*. Universitas Diponegoro, ISSN: 0853-2877; 15 (1): 48.

MODUL 6

PENDAHULUAN

Tujuan Instruksional Umum:

Mahasiswa dapat menjelaskan konsep kesehatan keluarga

Tujuan Instruksional Khusus:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep kesehatan keluarga
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang program Indonesia sehat
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang indikator kesehatan keluarga

KEGIATAN BELAJAR 1

Konsep Kesehatan Keluarga

A. MATERI PEMBELAJARAN

Konsep pelayanan kesehatan dasar umumnya dikenal dengan istilah *primary health care*. Di setiap negara memberlakukan implementasi *primary health care* dengan cara yang berbeda-beda. Pada negara maju, *primary health care*

diterapkan dengan memisahkan pelayanan perorangan dengan pelayanan kesehatan masyarakat. Berbeda dengan hal tersebut, di Indonesia menerapkan pelayanan kesehatan perorangan dan pelayanan kesehatan masyarakat dalam satu wadah terpadu yang dikenal sebagai pusat kesehatan masyarakat (puskesmas). Sehingga puskesmas menjalankan kedua pelayanan tersebut secara bersamaan (Ferdiansyah, 2016).

Masyarakat menganggap bahwa tidak perlu datang ke puskesmas kalau tidak sakit. Disisi lain, petugas puskesmas menganggap bahwa kalau tidak ada yang datang ke puskesmas, maka masyarakat sudah sehat. Sehingga ada anggapan bahwa puskesmas identik dengan tempat berkumpulnya orang-orang sakit. Anggapan seperti ini harus dapat diubah dengan program pendekatan keluarga dengan menggunakan konsep kesehatan keluarga (Ferdiansyah, 2016).

1. Konsep Kesehatan Keluarga

Keluarga adalah sekumpulan orang yang memiliki ikatan perkawinan di dalamnya, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial pada tiap anggota keluarga. Keluarga adalah suatu lembaga yang merupakan satuan terkecil dari masyarakat. Karena merupakan

satuan dari masyarakat, keluarga memiliki peran yang cukup signifikan dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat. Tinggi rendahnya derajat kesehatan keluarga akan sangat menentukan tinggi rendahnya derajat kesehatan masyarakat. Yang dimaksud satu keluarga adalah satu kesatuan keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) sebagaimana dinyatakan dalam Kartu Keluarga. Jika dalam satu rumah tangga terdapat kakek dan atau nenek atau individu lain maka rumah tangga tersebut dianggap terdiri lebih dari satu keluarga (Tumbage dkk, 2017).

Pendekatan pada keluarga adalah suatu upaya pada pendekatan satuan terkecil masyarakat, yang dinilai akan lebih efektif dalam mengatasi berbagai persoalan kesehatan, seperti gizi buruk, sanitasi buruk, penyebaran penyakit menular seperti tuberkulosis, HIV/AIDS, malaria serta pengendalian penyakit tidak menular seperti obesitas, darah tinggi, diabetes dan lain-lain (Ferdiansyah, 2016).

Menurut Friedman pada tahun 1998, terdapat lima fungsi keluarga, yaitu adalah sebagai berikut (Rohimah dan Tika, 2019):

- a. Fungsi afektif (*The Affective Function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan

- dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.
- b. Fungsi sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
 - c. Fungsi reproduksi (*The Reproduction Function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
 - d. Fungsi ekonomi (*The Economic Function*) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
 - e. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*The Health Care Function*) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi.

Dari kelima fungsi keluarga yang dikemukakan oleh Friedman, fungsi keluarga kelima erat kaitannya dengan konsep kesehatan keluarga yang mana fungsi keluarga pada fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*The Health Care Function*) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan. Sedangkan tugas-tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan adalah (Rohimah dan Tika, 2019):

- a. Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarganya,
- b. Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat,
- c. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit,
- d. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarganya,
- e. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan.

Adapun fungsi keluarga secara spesifik menurut Siswanto pada tahun 2006, adalah sebagai berikut (Tumbage dkk, 2017):

- a. Reproduksi

Fungsi keluarga bukan hanya mempertahankan dan mengembangkan keturunan atau generasi, tetapi juga merupakan tempat mengembangkan fungsi reproduksi secara universal (menyeluruh), diantaranya: seks yang sehat dan berkualitas, pendidikan seks bagi anak, dan yang lain.

b. Sosialisasi

Anak akan menyesuaikan diri dengan kebudayaan, kebiasaan, dan situasi sosial dalam perkembangan perilakunya, akan ada proses pembentukan identitas diri dalam proses hubungan anak dengan anggota keluarga yang lain. Akhirnya anak akan belajar peran model sesuai dengan jenis kelaminnya dan akan berusaha menjalankan apa yang menjadi tanggung jawabnya.

c. Pertumbuhan Individu

Di dalam keluarga individu (anak) akan tumbuh dan berkembang menjadi individu yang matang (*mature*) dan mandiri (*independence*). Kemantangan individu meliputi fisik dan psikisnya. Fungsi keluarga dalam memenuhi kebutuhan fisik dan psikis berupa kebutuhan makan dan pembinaan kepribadian.

d. Pendidikan

Pada dasarnya, ketika seseorang telah terlahir ke dunia ia telah dilengkapi berbagai perangkat seperti panca indera dan akal

untuk menyerap berbagai ilmu. Keluarga mempunyai peran dan tanggung jawab yang besar terhadap pendidikan anak-anaknya dalam menambah dan mengasah ilmu untuk menghadapi kehidupan dewasanya.

e. Religius (Agama dan Keyakinan)

Fungsi keluarga dalam hal ini yakni membina norma/ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga, memberikan contoh konkret dalam hidup sehari-hari dalam pengalaman dari ajaran agama, melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang tidak atau kurang diperolehnya di sekolah dan masyarakat, dan membina rasa, sikap, dan praktik kehidupan berkeluarga beragama sebagai fondasi menuju Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera.

f. Rekreasi Keluarga

Merupakan tempat untuk melakukan kegiatan yang dapat mengurangi ketegangan akibat berada di rumah maupun di luar rumah.

g. Perawatan Kesehatan Keluarga

Masih merupakan unit utama dimana pencegahan dan pengobatan penyakit dilakukan. Masih sangat ditemukan keterlibatan dan dukungan dalam keluarga dimana tanpa hal ini proses rehabilitas akan susah dilakukan di dalam keluarga.

2. Program Indonesia Sehat

Program Indonesia sehat merupakan salah satu agenda ke-5 dari Nawa Cita, yaitu meningkatkan kualitas hidup manusia Indonesia dengan menegakkan tiga pilar utama, yaitu penerapan paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan pelaksanaan jaminan kesehatan (JKN). Upaya yang digunakan untuk pencapaian pembangunan kesehatan ini dimulai dari unit terkecil dari masyarakat, yaitu keluarga. Oleh karena itu pemerintah mencanangkan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-KS) melalui kegiatan survei keluarga sehat di masing-masing wilayah puskesmas (Kemenkes RI, 2016).

Dalam mensukseskan agenda besar ini puskesmas sebagai salah satu ujung tombak yang dapat merangkul setiap masyarakat yang ada. Mereka yang berinteraksi langsung dengan masyarakat melalui pemberian pelayanan kesehatan selama ini, dan mereka juga yang lebih sering berinteraksi dengan para kader kesehatan di masyarakat. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-KS) sudah dimulai sejak tahun 2016 yang dilaksanakan pada 9 provinsi, namun pada tahun 2018 telah ditargetkan untuk dilaksanakan di seluruh Indonesia (Kemenkes RI, 2017).

Kualitas suatu program dapat terlihat dari hasil monitoring dan Evaluasi yang telah dilaksanakan, dalam hal ini kementerian kesehatan telah membuat panduan monitoring dan evaluasi yang lebih menitikberatkan pada proses dan *output* pelaksanaan program yang meliputi persiapan pada pelatihan SDM, pelaksanaan di lapangan, sampai pada rencana intervensi dan analisis perubahan Indeks Keluarga Sehat (IKS) (Kemenkes RI, 2016).

Sasaran dari Program Indonesia Sehat adalah meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan nansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran ini sesuai dengan sasaran pokok RPJMN 2015-2019, yaitu (Tumbage dkk, 2017):

- a. Meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak,
- b. Meningkatnya pengendalian penyakit,
- c. Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan,
- d. Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN kesehatan,

- e. Terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin, serta
- f. Meningkatnya responsivitas sistem kesehatan. Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan menegakkan tiga pilar utama, yaitu penerapan paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN).

Penerapan paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan upaya promotif dan preventif, serta pemberdayaan masyarakat. Penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan, dan peningkatan mutu menggunakan pendekatan *continuum of care* dan intervensi berbasis risiko kesehatan. Sedangkan pelaksanaan JKN dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan manfaat, serta kendali mutu dan biaya. Kesemuanya itu ditujukan kepada tercapainya keluarga-keluarga sehat (Tumbage dkk, 2017).

3. Indikator Kesehatan Keluarga

Indikator keluarga sehat adalah indikator utama yang digunakan sebagai penanda status kesehatan suatu keluarga.

Adanya indikator ini adalah bagian dari pelaksanaan Program Indonesia Sehat. Dikutip dari laman Kementerian Kesehatan RI, Program Indonesia Sehat merupakan program utama penggabungan kesehatan yang dilaksanakan melalui Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019. Program ini ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015 (Tumbage dkk, 2017).

Tujuan 12 indikator keluarga sehat adalah untuk membangun kesehatan masyarakat tentang menjaga kesehatan. Jadi, sehat bukan hanya tentang berobat ketika sakit saja, tapi sehat juga dimulai dari kebiasaan sehari-hari untuk menjaga kesehatan agar terhindar dari berbagai macam penyakit. Untuk menyatakan bahwa suatu keluarga sehat atau tidak digunakan sejumlah penanda atau indikator. Dalam rangka pelaksanaan Program Indonesia Sehat telah disepakati adanya 12 indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga. Kedua belas indikator utama tersebut adalah sebagai berikut (Rohimah dan Tika, 2019):

- a. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
- b. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
- c. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
- d. Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif

- e. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan
- f. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
- g. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
- h. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan
- i. Anggota keluarga tidak ada yang merokok
- j. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- k. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih
- l. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat

Tentu saja keluarga itu beragam, ada yang hanya terdiri dari 2 orang lansia, misalnya kakek dan nenek; tetapi bisa juga keluarga besar: suami, istri, 10 orang anak yang umurnya dari bayi sampai remaja. Oleh karena itu keluarga dinyatakan sehat bila indikator yang layak diterapkan pada keluarga tersebut >80% tergolong baik (Tumbage dkk, 2017).

Dalam satu wilayah tertentu, misalnya satu desa, andaikan ada 1000 keluarga, setelah dilihat 12 indikator keluarga sehat tersebut, dapat diketahui berapa persen keluarga yang tergolong sehat. Bila ada 450 keluarga yang tergolong sehat, maka proporsi keluarga sehat di desa tersebut adalah $450 / 1000 * 100\% = 45\%$.

Proporsi ini bila ditulis dalam bentuk indeks menjadi 0,45. Jadi IKS desa tersebut adalah 0,45. Dengan demikian IKS merupakan proporsi keluarga sehat/jumlah seluruh keluarga di wilayah tertentu, yang besarnya berkisar antara 0 – 1 (Rohimah dan Tika, 2019).

LATIHAN

1. Sebutkan 12 indikator keluarga sehat!
2. Bagaimanakan pelaksanaan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga?
3. Jelaskan fungsi keluarga!

RANGKUMAN

1. Keluarga adalah sekumpulan orang yang memiliki ikatan perkawinan di dalamnya, kelahiran dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional serta sosial pada tiap anggota keluarga.
2. Indikator keluarga sehat adalah indikator utama yang digunakan sebagai penanda status kesehatan suatu keluarga. Adanya indikator ini adalah bagian dari pelaksanaan Program Indonesia Sehat. Dikutip dari laman Kementerian

Kesehatan RI, Program Indonesia Sehat merupakan program utama penggabungan kesehatan yang dilaksanakan melalui Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019.

TES FORMATIF 1

1. Indikator kesehatan keluarga apakah yang digunakan terkait kesehatan anak?
 - A. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
 - B. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
 - C. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
 - D. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
 - E. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur

2. Sasaran RPJMN manakah yang dijadikan sasaran program Indonesia sehat?
 - A. Meningkatnya status kesehatan dan gizi remaja
 - B. Meningkatnya pengendalian penyakit,
 - C. Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan rujukan saja

- D. Meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat saja
 - E. Terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan di daerah teretentu
3. Apakah istilah dari fungsi keluarga sebagai cara mempertahankan dan mengembangkan keturunan atau generasi?
- A. Reproduksi
 - B. Sosialisasi
 - C. Pertumbuhan individu
 - D. Religious
 - E. Pendidikan
4. Apakah istilah dari fungsi keluarga untuk menyesuaikan diri dengan kebudayaan, kebiasaan, dan situasi sosial dalam perkembangan perilakunya, akan ada proses pembentukan identitas diri dalam proses hubungan anak dengan anggota keluarga yang lain?
- A. Reproduksi
 - B. Sosialisasi
 - C. Pertumbuhan individu
 - D. Religious
 - E. Pendidikan

5. Apakah tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan?
- A. Mengenal gangguan perkembangan kesehatan bagi kepala keluarga
 - B. Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan untuk yang sakit saja
 - C. Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit parah, sedangkan yang ringan diobati sendiri
 - D. Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarganya,
 - E. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan pengobatan tradisional di sekitar tempat tinggal

DAFTAR PUSTAKA

- Ferdiansyah, D. 2016. Metode Pendekatan Keluarga, Terobosan Baru dalam Pembangunan Kesehatan di Indonesia. *Jurnal Majalah Farmasetika*. 1(4):5-8.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Jakarta: Pusat Analisis Determinan Kementerian Kesehatan.

Kementerian Kesehatan RI. 2017. Pedoman Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan PISPK. Vol. 1, Kemenkes RI. Jakarta.

Kementerian Kesehatan RI. 2017. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK).

Talud. 2017. *Acta Diurna Komunikasi*. 6(2): 1-14.

Tumbage, SME, Femmy, CMT dan Selvi, MT. 2017. Peran Ganda Ibu Rumah Tangga dalam Meningkatkan Kesejahteraan Keluarga di Desa Allude Kecamatan Kolongan Kabupaten

Rohimah, S dan Tika, S. 2019. Pencapaian Indikator Keluarga Sehat Desa Saguling Kecamatan Baregbeg Kabupaten Ciamis. *Jurnal Keperawatan Galuh*. 1(1): 57-72.

MODUL 7

PENDAHULUAN

Tujuan Instruksional Umum

Setelah menyelesaikan bab ini, diharapkan para mahasiswa mampu menjelaskan dan menganalisis hak anak dalam keluarga sejahtera.

Tujuan Instruksional Khusus

1. Menguraikan peran anak dalam keluarga
2. Menguraikan pentingnya tumbuhkembang optimal anak
3. Menguraikan prinsip dasar hak-hak anak
4. Menguraikan peran Pemerintah dan Pemerintah Daerah dalam pemenuhan hak hak anak
5. Menguraikan peran Keluarga dalam pemenuhan hak-hak anak

KEGIATAN BELAJAR 1

Hak Anak dalam Keluarga Sejahtera

A. Materi

1. Latar belakang

Anak merupakan karunia dari Tuhan Yang Maha Esa, keberadaannya merupakan anugerah yang harus dijaga, dirawat

dan dilindungi. Setiap anak secara kodrati memiliki harkat, martabat dan hak-hak sebagai manusia yang harus dijunjung tinggi oleh siapapun. Anak adalah bagian yang tidak terpisahkan dari keberlangsungan hidup manusia dan keberlangsungan sebuah bangsa dan negara. Agar kelak mampu bertanggung jawab dalam keberlangsungan bangsa dan negara, setiap anak perlu mendapat perlindungan dan kesempatan yang seluas-luasnya untuk tumbuh dan berkembang secara optimal baik fisik, mental, maupun sosial. Untuk itu, perlu dilakukan upaya perlindungan untuk mewujudkan kesejahteraan anak dengan memberikan jaminan terhadap pemenuhan hak-haknya tanpa adanya perlakuan diskriminatif.

Langkah hukum pertama yang secara formal menempatkan hak-hak anak dalam piagam PBB dimulai pada tahun 1924, ketika Liga Bangsa-Bangsa mendukung Deklarasi Pertama Hak-Hak Anak (*Convention on the Rights of the Child/Konvensi Hak Asasi Anak/KHA*). Sinyal selanjutnya adalah ketika Deklarasi Umum Hak Asasi Manusia (*Universal Declaration of Human Rights*) mencatatkan pengakuan dan perlindungan hak-hak anak didalam isi deklarasi tersebut dan selanjutnya di adopsi oleh Sidang Umum PBB pada tahun 1948. Deklarasi Umum tersebut menyatakan: “Semua manusia

dilahirkan merdeka dan sama dalam keluhuran dan hak” dan juga menekankan bahwa “Ibu dan Anak berhak atas perlakuan perlindungan khusus” serta harus merujuk kepada “keluarga sebagai kelompok yang fundamental dalam masyarakat”. Setelah itu pada tahun 1958 ada pengakuan kedua terhadap Deklarasi Hak-Hak Anak tahun 1924 tersebut. KHA yang disahkan oleh Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) dengan Resolusi 44/25 pada tanggal 20 November 1989, dan mulai mempunyai kekuatan memaksa (*entered in to force*) pada tanggal 2 September 1990. KHA merupakan perjanjian internasional mengenai Hak Azasi Manusia (HAM) yang mengintegrasikan hak sipil dan politik (*political and civil rights*), secara bersamaan dengan hak-hak ekonomi, sosial dan budaya (*economic, social and cultural rights*). Kehadirannya mengesampingkan dikotomisasi antara hak sipil dan politik sebagai generasi pertama HAM dengan dengan hak ekonomi, sosial dan budaya yang dikenal generasi kedua HAM.

Keluarga sebagai unit dasar dari masyarakat yang menjadi penentu keberhasilan dalam mempercepat terwujudnya komitmen negara belum mendapat bantuan dan bimbingan secara teratur, terorganisasi, dan terjadwal. Tanggung jawab utama untuk melindungi, mendidik dan mengembangkan anak terletak pada

keluarga. Akan tetapi segenap lembaga pemerintah dan masyarakat belum banyak membantu. Seharusnya lembaga tersebut menghormati hak anak dan menjamin kesejahteraan anak serta memberikan bantuan dan bimbingan yang layak bagi orangtua, keluarga, wali, dan pihak-pihak yang mengasuh anak supaya dapat tumbuh dan berkembang dalam lingkungan yang aman dan stabil serta suasana yang bahagia, penuh kasih dan pengertian. Selain itu, ada pemahaman yang berbeda-beda di kalangan orangtua mengenai arti anak. Pada sebagian orangtua memahami anak sebagai “amanah” dan “titipan” yang harus dilindungi dan dihargai. Sedangkan pada sebagian orangtua ‘anak’ sebagai “aset keluarga” dan “anak harus mengerti orangtua”. Dari pemahaman yang terakhir ini kadang-kadang anak menjadi korban perdagangan anak, eksploitasi ekonomi dan seksual, serta tumbuh dan berkembangnya terabaikan. Sejumlah besar anak-anak hidup tanpa bantuan orangtua, misalnya anak yatim piatu, anak jalanan, anak pengungsi, dan anak yang tergusur dari tempat tinggalnya, anak korban perdagangan, anak korban eksploitasi ekonomi dan seksual, serta mereka yang berada di lembaga pemasyarakatan, belum mendapat perhatian dan perlindungan secara khusus. Hal yang sama juga dialami oleh lembaga sosial yang memberikan pelayanan kepada anak-anak

tersebut, kurang mendapat pembinaan dan apresiasi dari pemerintah dan masyarakat.

2. Hak-hak Anak dalam aturan perundang-undangan

Di Indonesia, pembangunan di bidang kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal. Hak atas pelayanan dan perlindungan kesehatan bagi anak di Indonesia merupakan hak dasar sebagaimana termaktub dalam pasal 28 Undang-Undang Dasar 1945 menyebutkan bahwa : *“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”*. Selanjutnya, Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 menyebutkan: *“Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”*.Pencantuman hak terhadap pelayanan kesehatan tersebut, tidak lain bertujuan untuk menjamin hak-hak kesehatan yang fundamental seperti tertuang dalam *Declaration of Human Right 1948*, bahwa *health is a fundamental human right*.

Indonesia sebagai negara peserta anggota PBB telah mengikatkan dirinya secara hukum (*legally binding*) dengan meratifikasi KHA pada tahun 1990. Jika dibandingkan dengan negara-negara lainnya, Indonesia termasuk negara peserta yang progresif dengan meratifikasi KHA pada tahap awal, kendatipun dengan melakukan reservasi atas 7 pasal yang dinilai hak yang dasar bagi anak. Undang-undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, telah mencantumkan tentang hak anak, pelaksanaan kewajiban dan tanggung jawab orang tua, keluarga, masyarakat, pemerintah, dan negara untuk memberikan perlindungan pada anak. Selain itu perlindungan anak juga disebutkan di dalam Undang-undang Nomor 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak yang akhirnya disempurnakan dengan dikeluarkannya Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak, yang mempertegas tentang perlunya pemberatan sanksi pidana dan denda bagi pelaku kejahatan terhadap anak terutama kepada kejahatan seksual yang bertujuan untuk memberikan efek jera, serta mendorong adanya langkah konkrit untuk memulihkan kembali fisik, psikis dan sosial anak. Hal tersebut perlu dilakukan untuk mengantisipasi anak (korban kejahatan) dikemudian hari tidak menjadi pelaku kejahatan yang

sama. Karena berdasarkan fakta yang terungkap pada saat pelaku kejahatan terhadap anak (terutama pelaku kejahatan seksual) diperiksa di persidangan, ternyata sang pelaku dulunya juga pernah mengalami (pelecehan seksual) sewaktu sang pelaku masih berusia anak, sehingga sang pelaku terobsesi untuk melakukan hal yang sama sebagaimana yang pernah dialami.

Dalam KHA, ada 4 (empat) prinsip dasar yang kemudian dirumuskan utuh dalam Pasal 2 Undang-undang No.23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak, tersebut yang menyebutkan: Penyelenggaraan perlindungan anak berdasarkan Pancasila dan berlandaskan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 serta prinsip- prinsip dasar Konvensi Hak-Hak Anak meliputi:

- a. Non diskriminasi;
- b. Kepentingan yang terbaik bagi anak;
- c. Hak untuk hidup, kelangsungan hidup, dan perkembangan;
- d. Penghargaan terhadap pendapat anak.

a. Prinsip Non Diskriminasi

Beberapa konvensi HAM mengartikan diskriminasi sebagai adanya pembedaan (*distinction*), pengucilan (*exclusion*), pembatasan (*restriction*) atau pilihan/pertimbangan (*preference*)

, yang berdasarkan atas ras (*race*), warna kulit (*colour*), kelamin (*sex*), bahasa (*language*), agama (*religion*), politik (*political*) atau pendapat lain (*other opinion*), asal usul sosial atau nasionalitas, kemiskinan (*poverty*), kelahiran atau status lain. Perlu digarisbawahi kemungkinan terjadinya diskriminasi anak yang membutuhkan perlindungan khusus, anak tidak beruntung atau kelompok anak-anak yang berisiko, misalnya anak cacat (*disabled children*), anak pengungsi (*refuge children*).

b. Prinsip Kepentingan Terbaik Bagi Anak

Prinsip kepentingan terbaik bagi anak (*the best interest of the child*) diadopsi dari Pasal 3 ayat 1 KHA, dimana prinsip ini diletakkan sebagai pertimbangan utama (*a primary consideration*) dalam semua tindakan untuk anak, baik oleh institusi kesejahteraan sosial pada sektor publik ataupun privat, pengadilan, otoritas administratif, ataupun badan legislatif. Pasal 3 ayat 1 KHA meminta negara dan pemerintah, serta badan-badan publik dan privat memastikan dampak terhadap anak atas semua tindakan mereka, yang tentunya menjamin bahwa prinsip *the best interest of the child* menjadi pertimbangan utama, memberikan prioritas yang lebih baik bagi anak dan membangun masyarakat yang ramah anak (*child friendly society*).

Jadi, asas kepentingan yang terbaik bagi anak adalah

bahwa dalam semua tindakan yang menyangkut anak yang dilakukan oleh pemerintah, masyarakat, badan legislatif, dan badan yudikatif, maka kepentingan yang terbaik bagi anak harus menjadi pertimbangan utama.

c. Prinsip Untuk Hidup, Kelangsungan Hidup, dan Perkembangan

Prinsip ini merupakan implementasi dari pasal 6 KHA, yang kemudian secara eksplisit dianut sebagai prinsip-prinsip dasar dalam UU No. 23/2002. Selanjutnya, prinsip ini dituangkan dalam norma hukum Pasal 4 UU No. 23/ 2002. Jika dibandingkan, norma hukum pasal 4 UU No. 23/2002 mengacu dan bersumber kepada Pasal 28 B ayat 1 dan ayat 2 UUD 1945. Sementara itu, ketentuan perundang-undangan lainnya seperti UU No. 39/1999 juga mengatur hak hidup ini yang merupakan asas-asas dasar dalam Pasal 4 dan 9 UU No. 39/1999). Hak hidup ini, dalam wacana instrumen/konvensi internasional merupakan hak asasi yang universal, dan dikenali sebagai hak yang utama (*supreme right*). Asas hak untuk hidup, kelangsungan hidup, dan perkembangan adalah hak asasi yang paling mendasar bagi anak yang dilindungi oleh negara, pemerintah, masyarakat, keluarga, dan orang tua.

d. Prinsip Penghargaan Terhadap Pendapat Anak

Prinsip ini merupakan wujud dari hak partisipasi anak yang diserap dari Pasal 12 KHA. Mengacu kepada Pasal 12 ayat 1 KHA, diakui bahwa anak dapat dan mampu membentuk atau mengemukakan pendapatnya dalam pandangannya sendiri yang merupakan hak berekspresi secara bebas (*capable of forming his or her own views the rights to express those views freely*). Jaminan perlindungan atas hak mengemukakan pendapat terhadap semua hal tersebut, mesti dipertimbangkan sesuai usia dan kematangan anak. Sejalan dengan itu, negara peserta wajib menjamin bahwa anak diberikan kesempatan untuk menyatakan pendapatnya pada setiap proses peradilan ataupun administrasi yang mempengaruhi hak anak, baik secara langsung ataupun tidak langsung. Dalam Pasal 3 UU No. 23/2002, prinsip penghargaan terhadap pendapat anak ini juga secara eksplisit diadopsi sebagai prinsip dasar, bersamaan dengan Pancasila sebagai asas dan UUD 1945 sebagai landasan penyelenggaraan perlindungan anak. Secara umum prinsip ini merupakan realisasi dari penghormatan atas hak-hak anak untuk berpartisipasi dan menyatakan pendapatnya dalam pengambilan keputusan terutama jika menyangkut hal-hal yang mempengaruhi kehidupannya.

3. Peran pemerintah, masyarakat dan orang tua terhadap hak anak

Selain tanggung jawab Negara, Pemerintah dan Pemerintah Daerah, Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 juga memberikan amanah, tanggung jawab dan kewajiban kepada masyarakat, sehingga masyarakat tidak boleh lagi berpangku tangan dan bermasa bodoh dalam hal perlindungan kepada anak, diantara kewajiban dan tanggung jawab masyarakat diantaranya adalah melakukan kegiatan peran serta masyarakat dalam penyelenggaraan perlindungan anak yang dilaksanakan dengan melibatkan organisasi kemasyarakatan, akademisi, dan pemerhati anak.

Peran Pemerintah, dan Pemerintah Daerah dalam Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 diatur dalam beberapa pasal yang diantaranya mewajibkan dan memberikan tanggung jawab untuk menghormati pemenuhan hak anak tanpa membedakan suku, agama, ras, golongan, jenis kelamin, etnik, budaya dan bahasa, status hukum, urutan kelahiran, dan kondisi fisik dan/atau mental, serta melindungi, dan menghormati hak anak dan bertanggung jawab dalam merumuskan dan melaksanakan kebijakan di bidang penyelenggaraan perlindungan anak. Kemudian dalam undang-undang ini pemerintah daerah berkewajiban dan bertanggung

jawab untuk melaksanakan dan mendukung kebijakan nasional dalam penyelenggaraan perlindungan anak di daerah yang dapat diwujudkan melalui upaya daerah membangun kabupaten/kota layak anak, serta memberikan dukungan sarana, prasarana, dan ketersediaan sumber daya manusia dalam penyelenggaraan perlindungan anak. Secara spesifik, Pemerintah mengatur hak atas pelayanan dan perlindungan kesehatan bagi anak dan remaja di dalam Pasal 128 s/d 137 UU No. 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan. Adapun dalam desain pelaksanaannya, hak tersebut diarahkan melalui kebijakan strategi dan aktivitas untuk menurunkan Angka Kematian Anak (AKA), antara lain melalui hak mendapatkan air susu ibu (ASI), peningkatan program upaya kesehatan perorangan, program upaya kesehatan masyarakat, program pencegahan dan pemberantasan penyakit dan program promosi kesehatan.

Orang tua berperan dalam hal perlindungan kepada anak, mengasuh, memelihara, mendidik, dan melindungi anak, menumbuhkembangkan anak sesuai dengan kemampuan, bakat, dan minatnya, mencegah terjadinya perkawinan pada usia dini dan memberikan pendidikan karakter dan penanaman nilai budi pekerti pada anak. Karena pada kenyataannya orang tua adalah yang paling dekat dengan sang anak dalam kesehariannya yang secara

langsung memantau pertumbuhan fisik dan psikis sang anak dan memantau pergaulan keseharian sang anak.

RANGKUMAN

1. Langkah hukum pertama yang secara formal menempatkan hak-hak anak dalam piagam PBB dimulai pada tahun 1924, ketika Liga Bangsa-Bangsa mendukung Deklarasi Pertama Hak-Hak Anak (*Convention on the Rights of the Child*/Konvensi Hak Asasi Anak/KHA).
2. Hak atas pelayanan dan perlindungan kesehatan bagi anak di Indonesia merupakan hak dasar sebagaimana termaktub dalam pasal 28 Undang-Undang Dasar 1945 menyebutkan bahwa: "*Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan*". Selanjutnya, Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 menyebutkan: "*Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak*".

LATIHAN

1. Hak atas pelayanan dan perlindungan kesehatan bagi anak di Indonesia sesuai UUD 1945 pasal 28 meliputi hal berikut:
 - A. *“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”*
 - B. *”Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”.*
 - C. *”Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan, fasilitas pelayanan umum yang layak, dan fasilitas pendidikan”.*
 - D. *“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin”*
 - E. *“Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan”*
2. Prinsip penghargaan terhadap pendapat anak adalah:
 - A. Anak bebas mengemukakan pendapat selama masih sesuai dengan pendapat orangtua dan guru.

- B. Anak dapat dan mampu membentuk atau mengemukakan pendapatnya dalam pandangannya sendiri yang merupakan hak berekspresi secara bebas
 - C. Jaminan perlindungan atas hak mengemukakan pendapat
 - D. Masyarakat tidak boleh lagi berpangku tangan dan bermasa bodoh dalam hal perlindungan kepada anak
 - E. Menghormati hak anak dan bertanggung jawab dalam merumuskan dan melaksanakan kebijakan di bidang penyelenggaraan perlindungan anak
3. Konvensi hak anak meliputi:
- A. Diskriminasi;
 - B. Kepentingan yang terbaik bagi orangtua dan anak;
 - C. Hak untuk hidup, kelangsungan hidup, dan perkembangan;
 - D. Penghargaan terhadap pendapat orangtua dan anak.
 - E. Penghargaan terhadap orangtua

TES FORMATIF 1

1. Apa sesungguhnya peran anak dalam keluarga? Jelaskan
2. Apa yang Sdr. Ketahui tentang tumbuhkembang optimal seorang anak?
3. Jelaskan prinsip dasar Hak-hak Anak

4. Jelaskan apa saja peran Pemerintah dan Pemerintah Daerah dalam pemenuhan Hak-hak Anak
5. Jelaskan peran Keluarga dalam pemenuhan Hak-hak Anak

DAFTAR PUSTAKA

Morton S, Pencheon D, Squires N. Sustainable Development Goals (SDGs) and their implementation. A national global framework for health, development and equity needs a systems approach at every level. *BMB*,2017;124:81-90.

Patilima H. Kota Layak Anak. 2017

Undang-undang No. 39 Tahun 1999 Tentang Hak Asasi Manusia

Undang-undang No. 23 Tahun 2002 Tentang Perlindungan Anak

Undang-undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak

UNICEF. Convention on the Rights of the Child, New York, 1989

UNICEF, Pengembangan Hak Anak: Pedoman Pengembangan Pelatihan tentang Konvensi Hak Anak, Jakarta,1996

MODUL 8

PENDAHULUAN

Tujuan Instruksional Umum:

Mengetahui dan mampu menjelaskan indikator kesehatan keluarga.

Tujuan Instruksional Khusus:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep kesehatan keluarga.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang tugas keluarga dibidang kesehatan.
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang konsep pendekatan keluarga dalam pencapaian prioritas pembangunan kesehatan (konsep, tujuan, pelaksanaan).

KEGIATAN BELAJAR 1

Indikator Kesehatan Keluarga

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Konsep Kesehatan Keluarga

a. Kesehatan

Kesehatan merupakan salah satu faktor kesejahteraan manusia. Menurut WHO kesehatan adalah keadaan sejahtera secara fisik, mental dan sosial yang merupakan satu kesatuan, bukan hanya terbebas dari penyakit maupun cacat. Sejalan dengan definisi sehat menurut WHO, menurut Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan menyatakan bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia yang merupakan hak fundamental setiap warga Negara dan mutlak untuk dipenuhi. Hal ini berarti kesehatan berperan penting untuk menunjang produktifitas orang tersebut dalam hidupnya. Dalam Undang-Undang Kesehatan No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan juga dijelaskan bahwa upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal setiap orang.

b. Definisi keluarga

Keluarga adalah dua atau tiga individu yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau pengangkatan dan mereka hidup dalam suatu rumah tangga, berinteraksi satu sama lain, dan memiliki peranannya masing-masing, menciptakan serta mempertahankan kebudayaan (Akhyadi & Mulyono, 2018). Keluarga bisa disebut sebagai unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal disuatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Setiadi, 2008).

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh ikatan perkawinan, adopsi, kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial diri tiap anggota keluarganya (Sofyan, 2019). Dari beberapa definisi tersebut dapat ditarik kesimpulan bahwa keluarga:

- 1) Terdiri dari dua orang atau lebih.
- 2) Adanya ikatan perkawinan dan pertalian darah.
- 3) Hidup dalam satu rumah tangga.
- 4) Unit terkecil dari masyarakat.
- 5) Dibawah asuhan seorang kepala rumah tangga.

- 6) Setiap anggota keluarga memiliki perannya masing-masing.
- 7) Menciptakan dan mempertahankan suatu kebudayaan.

c. Tipe keluarga

Tipe atau bentuk keluarga menurut Friedman (2010) adalah sebagai berikut (Friedman, 2010):

- 1) Tipe keluarga tradisional
 - a) Keluarga inti (*nuclear family*), yaitu suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, anak (kandung atau angkat). Dua bentuk variasi yang sedang berkembang dalam keluarga-keluarga inti adalah keduanya pekerja/berkarier dan keluarga tanpa anak. Keluarga adoptif merupakan satu tipe lain dari keluarga inti yang tercatat dalam literatur karena memiliki keadaan dan kebutuhan yang khusus.
 - b) Keluarga besar (*extended family*), yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga yang lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, keponakan, paman, bibi. Tipe keluarga ini lebih sering terdapat di kalangan kelas pekerja dan keluarga imigran. Karena manusia hidup lebih lama, perceraian, hamil dikalangan remaja, lahir diluar perkawinan semakin meningkat pula, dan rumah menjadi tempat tinggal bagi beberapa generasi, biasanya hanya bersifat sementara.

- c) Keluarga “Dyad” yaitu satu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan tanpa anak.

Selain itu terdapat juga beberapa tipe keluarga yaitu sebagai berikut:

- a) Keluarga campuran (*blended family*), keluarga yang terdiri dari suami, istri, anak-anak kandung serta anak-anak tiri.
- b) Keluarga menurut hukum (*common law family*), keluarga yang terdiri dari pria dan wanita yang tidak terikat dalam perkawinan sah serta anak-anak mereka yang tinggal bersama.
- c) Keluarga orang tua tunggal (*single parent family*), keluarga yang terdiri dari pria atau wanita, mungkin karena bercerai, berpisah, ditinggal mati atau mungkin tidak pernah menikah, serta anak-anak mereka tinggal bersama.
- d) Keluarga hidup bersama (*commune family*), keluarga yang terdiri dari pria, wanita dan anak-anak yang tinggal bersama, berbagi hak, dan tanggung jawab serta memiliki kekayaan bersama.
- e) Keluarga serial (*serial family*), keluarga yang terdiri dari pria dan wanita yang telah menikah dan mungkin telah punya anak, tetapi kemudian bercerai dan masing-masing menikah

lagi serta memiliki anak-anak dengan pasangan masing-masing, tetapi semuanya menganggap sebagai satu keluarga.

- f) Keluarga gabungan/komposit (*composite family*), keluarga terdiri dari suami dengan beberapa istri dan anak-anaknya (poliandri) atau istri dengan beberapa suami dan anak-anaknya (poligini) yang hidup bersama.
- g) Keluarga tinggal bersama (*cohabitation family*), keluarga yang terdiri dari pria dan wanita yang hidup bersama tanpa ada ikatan perkawinan yang sah.

2) Tipe keluarga non tradisional

Tipe keluarga nontradisional menurut Friedman (2010) antara lain keluarga dengan orang tua yang tidak pernah menikah dan anak biasanya ibu dan anak, keluarga pasangan yang tidak menikah dengan anak, pasangan heteroseksual *cohabiting* (kumpul kebo), keluarga homoseksual, *augmented family*, keluarga komuni, keluarga asuh (Friedman, 2010).

d. Struktur keluarga

Menurut Friedman (2010) struktur keluarga terdiri atas:

- 1) Pola dan proses komunikasi
- 2) Pola interaksi keluarga yang berfungsi bersifat terbuka dan jujur, selalu menyelesaikan konflik keluarga, berpikiran positif.

- 3) Struktur peran. Peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai dengan posisi sosial yang diberikan.
- 4) Struktur kekuatan. Kekuatan merupakan kemampuan (potensial dan aktual) dari individu untuk mengendalikan atau mempengaruhi untuk merubah perilaku orang lain kearah positif.

e. Fungsi keluarga

Menurut Friedman (2010), terdapat lima fungsi dasar keluarga yaitu sebagai berikut:

1) Fungsi afektif

Fungsi ini berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Fungsi afektif berhubungan dengan fungsi internal keluarga diantaranya perlindungan psikososial dan dukungan terhadap anggotanya. Sejumlah penelitian penting dilakukan untuk memastikan pengaruh positif kepribadian yang sehat dan ikatan keluarga pada kesehatan serta kesejahteraan individu.

2) Fungsi sosialisasi dan status sosial

Fungsi sosialisasi dan status sosial ini memfasilitasi sosialisasi primer anak yang bertujuan menjadikan anak sebagai

anggota masyarakat yang produktif serta memberikan status pada anggota keluarga.

3) Fungsi reproduksi

Untuk mempertahankan kontinuitas keluarga selama beberapa generasi dan untuk keberlangsungan hidup masyarakat.

4) Fungsi ekonomi

Untuk memenuhi sandang, papan, pangan maka keluarga memerlukan sumber keuangan. Fungsi ini sulit dijalankan pada keluarga dibawah garis kemiskinan.

5) Fungsi perawatan kesehatan

Yaitu menyediakan kebutuhan fisik-makanan, pakaian, tempat tinggal, perawatan kesehatan. Fungsi keperawatan kesehatan bukan hanya fungsi esensial dan dasar keluarga namun fungsi yang mengemban fokus sentral dalam keluarga yang berfungsi dengan baik dan sehat. Akan tetapi, memenuhi fungsi perawatan kesehatan bagi semua anggota keluarga dapat sulit akibat tantangan eksternal dan internal. Pratt (1976, 1982) menunjukkan bahwa alasan keluarga mengalami kesulitan memberikan perawatan keluarga bagi anggota mereka terletak pada struktur keluarga dan sistem pelayanan kesehatan. Pratt menemukan bahwa saat keluarga memiliki asosiasi yang luas dengan organisasi, terlibat dalam aktivitas umum, dan

menggunakan sumber komunitas, mereka memanfaatkan pelayanan perawatan kesehatan dengan lebih cepat. Selain itu praktik kesehatan personal meningkat saat suami secara aktif terlibat dalam urusan internal keluarga , termasuk masalah yang berkenaan dengan sistem pelayanan kesehatan.

f. Peran keluarga

Peran-peran keluarga sangat penting, dan merupakan peran sentral yang setiap orang harus dipelajari agar dapat dimainkan secara sukses, sedangkan untuk berfungsinya individu secara sukses melainkan juga keberhasilan fungsi keluarga.

1) Peran formal

Sejumlah perilaku yang kurang lebih bersifat homogeny keluarga membagi peran mereka kepada anggota keluarga seperti cara masyarakat membagi peran-perannya. Peran formal yang biasa dalam keluarga yaitu peran sebagai peran pencari nafkah, ibu rumah tangga pengasuh dan lain-lain.

2) Peran informal

Peran informal mempunyai tuntutan yang berbeda tidak terlalu didasarkan pada atribut-atribut/kepribadian anggota keluarga individual. Dengan demikian, seorang anggota keluarga mungkin menjadi penengah, berupaya mencari penyelesaian apabila ada anggota keluarga yang konflik.

3) Nilai dan norma

Nilai adalah keyakinan abadi yang berfungsi sebagai pedoman umum bagi perilaku dan dalam keluarga nilai-nilai tersebut membimbing perkembangan aturan-aturan dan nilai-nilai keluarga yang lebih spesifik daripada norma-norma keluarga. Norma adalah rasa perilaku yang dianggap menjadi tahu dari masyarakat tertentu dan pola-pola perilaku semacam ini didasarkan pada nilai-nilai keluarga dan itu merupakan modal perilaku.

g. Tahap perkembangan keluarga

Tahap siklus kehidupan keluarga terdiri dari delapan tahapan yaitu (Elizabeth, 1993):

- 1) Tahap awal perkawinan (*newly married*), yaitu suatu pasangan baru saja kawin dan belum mempunyai anak.
- 2) Tahap keluarga dengan bayi (*birth of the first child*), yaitu keluarga tersebut telah mempunyai bayi, dapat satu atau dua orang.
- 3) Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah (*family with pre-school children*), yaitu keluarga tersebut telah mempunyai anak dengan usia prasekolah (30 bulan sampai 6 tahun).

- 4) Tahap keluarga dengan anak usia sekolah (*family with children in school*), yaitu keluarga tersebut telah mempunyai anak dengan usia sekolah (6-13 tahun).
- 5) Tahap keluarga dengan anak usia remaja (*family with teenagers*), yaitu keluarga tersebut telah mempunyai anak dengan usia remaja (13-20 tahun).
- 6) Tahap keluarga dengan anak-anak yang meninggalkan keluarga (*family as launching centre*), yaitu satu persatu anak meninggalkan keluarga, dimulai oleh anak tertua dan diakhiri oleh anak terkecil.
- 7) Tahap orang tua usia menengah (*parent alone in middle years*), yaitu semua anak telah meninggalkan keluarga, tinggal suami istri usia menengah.
- 8) Tahap keluarga usia jompo (*aging family members*), yaitu suami istri telah berusia lanjut sampai dengan meninggal dunia.

2. Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan

Hal-hal terpenting untuk dicermati bahwa dalam kaitannya dengan kesehatan adalah sejauh mana keluarga secara mandiri mampu melakukan tugas kesehatannya. Selain itu tugas keluarga adalah mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberi perawatan pada anggota

keluarga yang sakit, mempertahankan/menciptakan suasana rumah sehat, serta mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat.

3. Konsep Pendekatan Keluarga dalam Pencapaian Prioritas Pembangunan Kesehatan

a. Konsep pendekatan keluarga

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan didalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya. Keluarga sebagai fokus dalam pendekatan pelaksanaan program Indonesia Sehat. Pendekatan keluarga yang dimaksud disini merupakan pengembangan dari kunjungan rumah oleh puskesmas dan perluasan dari upaya Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas), yang meliputi kegiatan berikut (Kemenkes RI, 2017):

- 1) Kunjungan keluarga untuk pendataan/pengumpulan data Profil Kesehatan Keluarga dan Peremajaan (*updating*) pangkalan datanya.

- 2) Kunjungan keluarga dalam rangka promosi kesehatan sebagai upaya promotif dan preventif.
- 3) Kunjungan keluarga untuk menindaklanjuti pelayanan kesehatan dalam gedung.
- 4) Pemanfaatan data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga untuk pengorganisasian/pemberdayaan masyarakat dan manajemen puskesmas.

b. Tujuan

Pendekatan keluarga ini memiliki tujuan sebagai berikut (Teli, 2018):

- 1) Meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan komprehensif, meliputi pelayanan promotif dan preventif serta pelayanan kuratif dan rehabilitatif dasar.
- 2) Mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimum (SPM) kabupaten/kota dan SPM provinsi, melalui peningkatan akses dan skrining kesehatan.
- 3) Mendukung pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta JKN.
- 4) Mendukung tercapainya tujuan program Indonesia Sehat dalam rencana strategis Kementerian Kesehatan tahun 2015-2019.

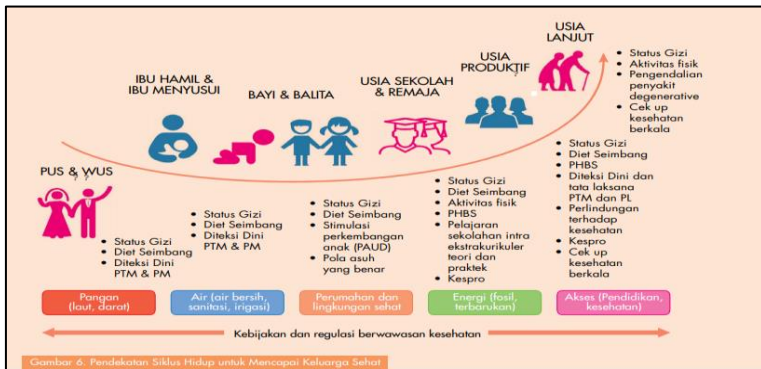
c. Pelaksanaan pendekatan keluarga

Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga melakukan analisis kesehatan keluarga berdasarkan 12 indikator kesehatan keluarga, yaitu sebagai berikut:

- 1) Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB).
- 2) Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan.
- 3) Bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap.
- 4) Bayi mendapatkan ASI Eksklusif.
- 5) Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan.
- 6) Penderita *tuberculosis* paru mendapatkan pengobatan sesuai standar.
- 7) Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur.
- 8) Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak diterlantarkan.
- 9) Anggota keluarga tidak ada yang merokok.
- 10) Keluarga sudah menjadi anggota JKN.
- 11) Keluarga mempunyai akses sarana air bersih.
- 12) Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat.

Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan perhitungan indeks keluarga sehat (IKS). Perhitungan indeks keluarga sehat ini bertujuan untuk menentukan tingkatan keluarga menurut status kesehatan yang dimiliki keluarga tersebut. Setiap keluarga

yang dikunjungi dilakukan perhitungan indeks kesehatan (IKS) dari setiap keluarga. Data kesehatan keluarga dikaji dengan menggunakan instrumen profil kesehatan keluarga (Prokesga) berupa *family folder* yang merupakan satu sarana untuk merekam (menyimpan) data keluarga dan data individu anggota keluarga (Kemenkes, 2017).



Sumber: Kemenkes, 2016.

Gambar 7.1. Pendekatan Siklus Hidup untuk Mencapai Keluarga Sehat

Dalam Rencana Strategis (Renstra) disebutkan bahwa salah satu acuan bagi arah kebijakan Kementerian Kesehatan adalah penerapan pendekatan pelayanan kesehatan yang terintegrasi dan berkesinambungan (*continuum of care*). Hal ini berarti bahwa pelayanan kesehatan harus dilakukan terhadap seluruh tahapan

siklus hidup manusia (*life cycle*), sejak masih dalam kandungan, sampai lahir menjadi bayi, tumbuh menjadi anak balita, anak usia sekolah, remaja, dewasa muda (usia produktif), dan akhirnya menjadi dewasa tua atau usia lanjut (lihat gambar. 7.1 diatas). Untuk dapat melaksanakan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan terhadap seluruh tahapan siklus hidup manusia, maka fokus pelayanan kesehatan harus pada keluarga. Dalam pemberian pelayanan kesehatan, individu-individu harus dilihat dan diperlakukan sebagai bagian dari keluarganya (Kemenkes Program Indonesia Sehat, 2016).

Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan penghitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari setiap keluarga. Sedangkan keadaan masing-masing indikator, mencerminkan kondisi PHBS dari keluarga yang bersangkutan. Dalam pelaksanaan pendekatan keluarga ini tiga hal berikut harus diadakan atau dikembangkan, yaitu:

- 1) Instrumen yang digunakan di tingkat keluarga.
- 2) Forum komunikasi yang dikembangkan untuk kontak dengan keluarga.
- 3) Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra puskesmas.

LATIHAN

1. Jelaskan konsep pendekatan keluarga dalam prioritas pembangunan!
2. Bagaimanakah pendekatan siklus hidup untuk mencapai keluarga sehat?
3. Sebutkan 12 indikator kesehatan keluarga!

RANGKUMAN

1. Peran keluarga adaah peran formal, informal dan peran nilai/normal.
2. Hal-hal terpenting untuk dicermati bahwa dalam kaitanya dengan kesehatan adalah sejauh mana keluarga secara mandiri mampu melakukan tugas kesehatannya. Selain itu tugas keluarga adalah mengenal masalah kesehatan, membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat, memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit, mempertahankan/menciptakan suasana rumah sehat, serta mempertahankan hubungan dengan menggunakan fasilitas kesehatan masyarakat.

TES FORMATIF 1

1. Komponen apa saja yang terdapat dalam keluarga?
 - A. Terdiri dari inimal 1 orang
 - B. Adanya ikatan perkawinan dan pertalian darah.
 - C. Hidup dalam rumah berbeda tapi ada ikatan darah
 - D. Unit terpenting dari masyarakat.
 - E. Dibawah asuhan seorang ibu rumah tangga.
2. Apakah istilah untuk keluarga inti ditambah dengan keluarga yang lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, keponakan, paman, bibi?
 - A. Keluarga inti
 - B. Keluarga besar
 - C. Keluarga dyad
 - D. Keluarga campuran
 - E. Keluarga tiri
3. Apakah istilah untuk satu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri, dan tanpa anak?
 - A. Keluarga inti
 - B. Keluarga besar
 - C. Keluarga dyad
 - D. Keluarga campuran
 - E. Keluarga tiri

4. Tahap manakah yang menunjukkan tahap awal pembentukan keluarga?
 - A. Tahap awal perkawinan (*newly married*), yaitu suatu pasangan baru saja kawin dan belum mempunyai anak.
 - B. Tahap keluarga dengan bayi (*birth of the first child*), yaitu keluarga tersebut telah mempunyai bayi, dapat satu atau dua orang.
 - C. Tahap keluarga dengan anak usia prasekolah (*family with pre-school children*), yaitu keluarga tersebut telah mempunyai anak dengan usia prasekolah (30 bulan sampai 6 tahun).
 - D. Tahap keluarga dengan anak usia sekolah (*family with children in school*), yaitu keluarga tersebut telah mempunyai anak dengan usia sekolah (6-13 tahun).
 - E. Tahap keluarga dengan anak usia remaja (*family with teenagers*), yaitu keluarga tersebut telah mempunyai anak dengan usia remaja (13-20 tahun).
5. Apakah tujuan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga?
 - A. Meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan komprehensif, meliputi pelayanan promotif dan preventif serta pelayanan kuratif dan rehabilitatif dasar.

- B. Mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimum (SPM) kabupaten/kota dan SPM provinsi, melalui peningkatan pengobatan
- C. Mendukung pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN) dengan meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menjadi peserta JKN penerima bantuan iuran
- D. Membudayakan keluarga untuk melakukan perilaku sehat
- E. Menciptakan budaya perilaku sehat

DAFTAR PUSTAKA

- Akhyadi, A. S., & Mulyono, D. 2018. Program Parenting Dalam Meningkatkan Kualitas Pendidikan Keluarga (Program Pengabdian di Desa Karangpakuan, Kecamatan Darmaraja, Kabupaten Sumedang). *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat (Abdimas) IKIP Siliwangi*, 1(1), 1–8.
- Elizabeth B. 1993. *Hurlock, Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan*, Jakarta, Erlangga.
- Friedman, M. 2010. *Buku ajar keperawatan keluarga: riset, teori, dan praktek*. Edisi ke-5. Jakarta: EGC.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. *Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga*.

- Kementerian Kesehatan RI. 2017. Analisis pendataan keluarga sehat.
- Kementerian Kesehatan RI. 2017. Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK).
- Setiadi. 2008. Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sofyan, I. 2019. Mindful Parenting: Strategi Membangun Pengasuhan Positif Dalam Keluarga. *Journal of Early Childhood Care & Education*, 1(2), 30–37.
- Teli Margaretha. 2018. Pedoman asuhan keperawatan komunitas. Kupang: Lima Bintang.
- World Health Organization.
- Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

MODUL 9

PENDAHULUAN

Pernikahan atau perkawinan merupakan salah satu hal yang melekat dan penting di kehidupan manusia. Hal ini dikarenakan pernikahan atau perkawinan merupakan sarana untuk membentuk keluarga. Menurut Undang-Undang No.1 Tahun 1974, pernikahan adalah ikatan lahir batin antara seorang pria dan seorang wanita sebagai seorang suami-istri dengan tujuan membentuk keluarga (rumah tangga) yang bahagia dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa.

Dalam melakukan peran sebagai pasangan, suami dan istri haruslah memiliki kesehatan lahir dan batin yang baik. Salah satu indikasi calon pengantin sehat adalah kondisi kesehatan reproduksinya baik. Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan yang menunjukkan kondisi kesehatan fisik, mental, dan sosial seseorang dihubungkan dengan fungsi dan proses reproduksinya termasuk didalamnya tidak memiliki penyakit atau kelainan yang mempengaruhi kegiatan reproduksi tersebut.

Masalah kesehatan reproduksi dapat terjadi sepanjang siklus hidup manusia, misalnya kehamilan remaja, aborsi tidak aman, komplikasi kehamilan, persalinan, dan nifas, serta penyakit

menular seksual. Kemudian masalah reproduksi yang masih menjadi persoalan di Indonesia adalah Angka Kematian Ibu (AKI).

Berdasarkan data World Bank tahun 2017, bahwa AKI Indonesia menduduki posisi ketiga tertinggi diantara negara ASEAN, yaitu 177 kematian per 100 ribu kelahiran. Hal ini masih jauh dengan target Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) tahun 2030 yaitu kurang dari 70 kematian per 100 ribu kelahiran. Adapun menurut salah satu penelitian di Indonesia, faktor yang menyebabkan tingginya AKI di pedesaan Indonesia adalah faktor sosial ekonomi dan budaya, seperti kurangnya dukungan lingkungan sosial kepada perilaku sehat, serta kurang memadainya kemampuan finansial suami (WHO, 2019).

Tujuan Instruksional Umum:

Pada bab ini membahas tentang pelayanan kesehatan reproduksi bagi calon pengantin yang merupakan bagian upaya pemenuhan hak reproduksi dan upaya meningkatkan derajat kesehatan, serta dapat berkontribusi pada percepatan penurunan angka kematian ibu dan bayi baru lahir.

Tujuan Instuksional Khusus:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang hak reproduksi dan seksual.

2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang persiapan pranikah.
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang gangguan dalam kehidupan seksual suami istri.

KEGIATAN BELAJAR 1

Kesehatan Reproduksi Calon Pengantin

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Hak reproduksi dan seksual

Pernikahan merupakan akad atau janji nikah yang diucapkan atas nama Tuhan Yang Maha Esa yang merupakan awal dari kesepakatan bagi calon pengantin untuk saling memberi ketenangan (sakinah) dengan mengembangkan hubungan atas dasar saling cinta dan kasih (mawaddah warahmah). Pernikahan adalah awal terbentuknya sebuah keluarga. Tujuan pernikahan bukan hanya untuk pemenuhan syahwat belaka. Kehidupan rumah tangga yang bahagia, tentram, aman, serta nyaman merupakan idaman bagi setiap pasangan yang telah menikah. Maka dari itu, setiap calon pengantin hendaknya mempunyai bekal yang cukup untuk dapat membangun suatu rumah tangga yang sakinah, mawaddah, warahmah.

Setiap individu yang akan melangsungkan perkawinan sejatinya harus menyiapkan kebutuhan yang nantinya akan dihadapi dalam membina rumah tangga, baik moril maupun materil. Dalam pernikahan ini masing-masing pihak baik suami maupun istri memiliki peranan yang sama dalam memperoleh hak-hak reproduksi dan seksual.

Konferensi internasional tentang kependudukan dan pembangunan (ICPD) 1994 di Kairo memberikan definisi tentang hak-hak reproduksi, yaitu hak-hak reproduksi merupakan bagian dari hak asasi manusia yang diakui oleh hukum nasional, dokumen internasional tentang hak asasi manusia, dan dokumen-dokumen kesepakatan atau perjanjian lainnya. Hak-hak ini menjamin hak-hak dasar setiap pasangan dan individu untuk memutuskan secara bebas dan bertanggungjawab mengenai jumlah, jarak, dan waktu memiliki anak dan untuk memperoleh informasi dan juga terkandung makna memiliki hak untuk memperoleh standar tertinggi dari kesehatan reproduksi dan seksual. Juga termasuk hak mereka untuk membuat keputusan menyangkut reproduksi yang bebas dari diskriminasi, perlakuan sewenang-wenang, dan kekerasan (ICPD, 1994).

Hak reproduksi dan seksual antara lain (Kementrian Kesehatan, 2015):

- a. Memiliki hak yang sama dalam memutuskan kapan akan mempunyai anak, berapa jumlah anak, dan jarak kelahiran serta menentukan waktu kelahiran dan dimana anak tersebut dilahirkan.
- b. Mendapatkan informasi yang lengkap tentang kesehatan reproduksi dan seksual, serta efek samping obat-obatan, alat dan tindakan medis yang digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi dan seksual.
- c. Mendapatkan informasi yang mudah, lengkap, dan akurat tentang penyakit menular seksual, agar perempuan dan laki-laki terlindungi dari infeksi menular seksual (IMS) dan infeksi saluran reproduksi (ISR) serta memahami upaya pencegahan dan penularannya yang dapat berakibat buruk terhadap kesehatan reproduksi dan seksual bagi laki-laki, perempuan, dan keturunannya.
- d. Memperoleh informasi dan pelayanan KB yang aman, efektif, terjangkau, dapat diterima, sesuai dengan pilihan tanpa paksaan.
- e. Pihak perempuan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang dibutuhkan yang memungkinkannya sehat dan selamat dalam menjalani kehamilan, persalinan, dan nifas, serta memperoleh bayi yang sehat.

- f. Hubungan suami istri harus didasari penghargaan terhadap pasangan masing-masing dan dilakukan dalam kondisi dan waktu yang diinginkan bersama tanpa unsur pemaksaan, ancaman, dan kekerasan.
- g. Informasi yang diterima harus bisa membuat calon pengantin mengerti tentang informasi yang diberikan sehingga dapat membuat keputusan tanpa terpaksa.

Selain penting bagi suami istri, pemahaman kesehatan reproduksi juga penting bagi remaja, khususnya untuk memenuhi kebutuhan pendidikan dan pelayanan kaum remaja guna memungkinkan mereka menghadapi seksualitasnya dengan cara yang positif dan bertanggungjawab. Kesehatan reproduksi tidak tercapai oleh banyak orang karena beberapa faktor berikut:

- a. Tingkat pengetahuan yang tidak mencukupi.
- b. Kelaziman perilaku seksual beresiko tinggi.
- c. Praktik-praktik sosial yang mendiskriminatif.
- d. Sikap-sikap negatif terhadap wanita dan gadis.
- e. Kekuasaan terbatas yang dimiliki banyak wanita dan gadis atas kehidupan seksual dan reproduksi mereka.

- f. Kaum remaja khususnya mudah terkena karena kekurangan mereka akan informasi dan pelayanan yang relevan dikebanyakan negeri.
- g. Wanita dan pria yang lebih tua mempunyai masalah kesehatan reproduksi dan seksual yang khas, yang sering kurang ditanggapi.

Tujuan yang hendak dicapai dari program kesehatan reproduksi antara lain adalah (Mariana Amuruddin, 2003):

- a. Untuk memastikan bahwa informasi yang menyeluruh dan faktual serta beraneka jenis pelayanan pemeliharaan kesehatan reproduksi, termasuk perencanaan keluarga, ada tersedia, terjangkau, dapat diterima, dan cocok untuk semua pemakai.
- b. Untuk memungkinkan dan mendukung keputusan sukarela yang bertanggungjawab dalam hal kehamilan dan metode keluarga berencana pilihan mereka, dan juga metode lain pilihan mereka dalam hal pengaturan kesuburan yang tidak bertentangan dengan hukum, serta mempunyai informasi, pendidikan, dan cara untuk memperolehnya.

- c. Untuk memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi yang mengalami perubahan sepanjang siklus hidup dan melakukan hal itu dengan cara yang peka terhadap keanekaragaman.

2. Persiapan pranikah

Kebijakan memberikan edukasi mengenai hubungan romantik juga diberlakukan di negara seperti Inggris dan Australia. Berbagai penelitian sudah sejak lama membuktikan mengenai kebermanfaatan program persiapan pranikah untuk membantu pasangan membangun hubungan jangka panjang yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan anak (Hawkins dan Erickson, 2014).

Saat ini, program persiapan pranikah di Indonesia hanya sebatas pembekalan secara agama yang dilakukan oleh penghulu di KIA. Persiapan pranikah ini dilakukan dengan metode ceramah yang berlangsung selama kurang lebih 1 jam selama 1 kali pertemuan. Durasi ini tentu tidak cukup untuk menyiapkan pasangan dengan keterampilan yang dibutuhkan untuk menghadapi pernikahan. Program persiapan pranikah seharusnya membantu pasangan untuk dapat mengatasi tugas-tugas penting yang akan mereka hadapi setelah menikah (Bagarozzi, 1984). Program persiapan pranikah sepatutnya membantu pasangan untuk memiliki keterampilan dan kemampuan pemecahan

masalah yang dibutuhkan saat berbagai masalah pernikahan hadir. Selain itu, program persiapan pranikah sebaiknya juga memberi kesempatan bagi partisipan untuk mengevaluasi kembali mengenai tujuan mereka menikah.

Konseling pranikah adalah pelatihan berbasis pengetahuan dan keterampilan yang menyediakan informasi mengenai pernikahan yang dapat bermanfaat untuk mempertahankan dan meningkatkan hubungan pasangan yang akan menikah. Konseling pranikah juga dikenal dengan nama program persiapan pernikahan, pendidikan pranikah, konseling edukatif pranikah, dan terapi pranikah.

Konseling pranikah dimaksudkan untuk membantu pasangan calon pengantin untuk menganalisis kemungkinan masalah dan tantangan yang akan muncul dalam rumah tangga mereka dan membekali mereka kecakapan untuk memecahkan masalah. Konseling pranikah (*premarital counseling*) merupakan upaya untuk membantu calon suami dan calon istri oleh seorang konselor profesional, sehingga mereka dapat berkembang dan mampu memecahkan masalah yang dihadapinya melalui cara yang menghargai, toleransi, dan dengan komunikasi yang penuh pengertian, sehingga tercapai motivasi keluarga, perkembangan, kemandirian, dan kesejahteraan seluruh anggota keluarga.

Teori lain yang berdekatan dengan penyelenggaraan pendidikan pra-nikah adalah teori pendidikan menjadi orang tua atau dikenal dengan *parenting education*. Diantara cakupan dalam pendidikan ini adalah menyangkut bagaimana peserta dapat mempersiapkan diri sebagai orang tua dan mendidik anaknya.

Lebih lanjut, persiapan pranikah dapat dilakukan dengan cara (Kementrian Kesehatan, 2015):

a. Persiapan Fisik

- 1) Pemeriksaan status kesehatan: tanda-tanda vital (suhu, nadi, frekuensi nafas, tekanan darah).
- 2) Pemeriksaan darah rutin: Hb, Trombosit, Lekosit.
- 3) Pemeriksaan darah yang dianjurkan: Golongan Darah dan Rhesus, Gula Darah Sewaktu (GDS), Talasemia, Hepatitis B dan C, TORCH (TOksoplasmosis, Rubella, Citomegalovirus dan Herpes simpleks).
- 4) Pemeriksaan urin: urin rutin.

b. Persiapan Gizi: Peningkatan status gizi calon pengantin terutama perempuan melalui penanggulangan KEK (kekurangan energi kronis) dan anemia gizi besi serta defisiensi asam folat.

- c. Status Imunisasi TT: Pencegahan dan perlindungan diri yang aman terhadap penyakit tetanus dilakukan dengan pemberian 5 dosis imunisasi TT untuk mencapai kekebalan penuh.

Tabel 8.1. Status Imunisasi TT

Status TT	Interval (Selang Waktu)	Lama
TT I		0
TT II	4 minggu setelah TT I	3 tahun
TT III	6 bulan setelah TT II	5 tahun
TT IV	1 tahun setelah TT III	10 tahun
TT V	1 tahun setelah TT IV	25 tahun

- d. Menjaga kebersihan organ reproduksi
- 1) Sebaiknya pakaian dalam diganti minimal 2 kali sehari.
 - 2) Tidak menggunakan pakaian dalam yang ketat dan berbahan non sintetik.
 - 3) Memakai handuk yang bersih, kering, tidak lembab/bau.
 - 4) Membersihkan organ reproduksi luar dari depan ke belakang dengan menggunakan air bersih dan dikeringkan menggunakan handuk atau tisu.

- 5) Khusus untuk perempuan: tidak boleh terlalu sering menggunakan cairan pembilas vagina.
- 6) Tidak memakai pembalut tipis dalam waktu lama.
- 7) Menggunakan pembalut ketika menstruasi dan diganti paling lama setiap 4 jam sekali atau setelah buang air.
- 8) Bagi perempuan yang sering keputihan, berbau dan berwarna segera memeriksakan diri ke petugas kesehatan.
- 9) Bagi laki-laki dianjurkan disunat untuk kesehatan.

3. Gangguan dalam kehidupan seksual suami istri

Kesehatan seksual menunjuk kepada suatu rentang kondisi perilaku seksual dari yang tidak sehat sampai pada yang sehat. Perilaku seksual yang sehat dapat disejajarkan dengan perilaku seksual yang normal, yang adekuat, dan yang tidak mengalami gangguan fungsi; dan sebaliknya perilaku seksual yang tidak sehat dapat disejajarkan dengan perilaku seksual yang tidak normal, tidak adekuat, dan mengalami gangguan fungsi (disfungsi seksual).

Kondisi perilaku seksual seseorang dan pasangannya, baik yang sehat maupun yang tidak sehat mewarnai kualitas hidup yang bersangkutan dan pasangannya; artinya perilaku seksual yang sehat dapat membuat hidupnya berkualitas dan sebaliknya perilaku seksual yang tidak sehat dapat membuat hidupnya tidak

berkualitas. Disfungsi seksual dapat mengganggu kualitas hidup yang bersangkutan dan pasangannya. Hal ini menggambarkan betapa *urgentnya* kondisi perilaku seksual seseorang dalam kehidupannya. Kualitas hidup seseorang seolah tergantung pada kesehatan perilaku seksualnya. Namun, banyak yang tidak menyadari akan hal itu. Banyak orang tidak menyadari bahwa kehidupan seksual sangat mempengaruhi kualitas hidup (Wimpie Pangkahila, 2006).

World Health Organization (WHO) mencantumkan bahwa "aktivitas seksual" sebagai salah satu aspek dalam menilai kualitas hidup manusia. Berarti kalau kehidupan seksual terganggu, maka kualitas hidup juga terganggu. Sebaliknya, kalau kehidupan seksual baik dan menyenangkan, maka kualitas hidup menjadi lebih baik (Wimpie Pangkahila, 2006).

Kehidupan seksual suami dan istri adalah suatu hubungan yang dibina oleh suami dan istri, dimana masing-masing pihak dapat memperlihatkan bentuk kasih sayang cintanya lewat sebuah tindakan pribadi yang dilakukan berdua. Pada dasarnya setiap orang yang sudah dewasa memiliki dorongan untuk melakukan hubungan seksual terutama bagi mereka yang menikah dan telah hidup bersama setiap hari. Namun ada kalanya dorongan seksual

tersebut terganggu oleh beberapa hal (Kementrian Kesehatan, 2015).

Gangguan seksual dapat dipengaruhi oleh faktor fisik dan psikis. Kalau kedua faktor ini baik, fungsi seksual juga baik. Faktor fisik adalah ada tidaknya penyakit, pola hidup sehat, atau ada tidaknya pengobatan yang didapat untuk mendukung fungsi organ tubuh. Sementara faktor psikis misalnya stres, kejenuhan, serta suasana hubungan yang pribadi atau kadar cinta dengan pasangan (Kementrian Kesehatan, 2015).

Gangguan seksual dapat terjadi pada suami (laki-laki) ataupun istri (perempuan). Oleh karena itu, kehidupan seksual dalam rumah tangga tidak boleh berpihak hanya kepada satu orang saja, tetapi harus dapat dikomunikasikan apa yang menjadi kebutuhan seksual dari masing-masing pihak, apa yang disukai dan apa yang tidak disukai, sehingga ketika kegiatan seksual itu dilaksanakan, pihak suami atau istri sama-sama mengetahui apa yang bisa dan apa yang tidak bisa dilakukan oleh mereka. Tujuannya adalah agar kedua belah pihak sama-sama puas (Kementrian Kesehatan, 2015).

a. Gangguan Seksual Pada Perempuan

- 1) Gangguan dorongan seksual, misalnya dorongan seksual hipoaktif dan ketidaksenangan terhadap aktivitas seksual.

- 2) Gangguan bangkitan seksual, yaitu vagina yang kurang mengeluarkan cairan meskipun sudah dalam keadaan cukup terangsang.
 - 3) Tidak bisa atau sulit untuk mencapai orgasme saat berhubungan seksual.
 - 4) Rasa sakit atau tidak nyaman di kelamin dan sekitarnya setiap kali berhubungan seksual.
- b. Gangguan Seksual Pada Laki-Laki
- 1) Gangguan dorongan seksual, misalnya akibat penyakit fisik atau psikis.
 - 2) Disfungsi ereksi, misalnya karena menderita diabetes melitus.
 - 3) Gangguan ejakulasi, yaitu ejakulasi dini atau justru ejakulasi yang terhambat.
 - 4) Gangguan orgasme, yaitu tidak bisa merasakan orgasme.
- c. Mencegah Gangguan Seksual
- 1) Selalu ingat bahwa kehidupan seksual adalah milik bersama dan dibina bersama pasangan.
 - 2) Bersikap dan bicara secara terbuka apa adanya. Masing-masing pasangan berhak tahu mana hal yang mereka suka dan mana hal yang tidak mereka suka.

- 3) Menjaga kesehatan tubuh dan jiwa. Bentuk tubuh yang ideal menjadi faktor pendukung untuk membangkitkan gairah dari masing-masing pasangan.
- 4) Menghindari gaya hidup tak sehat, misalnya rokok, stres, kurang tidur, pola makan tidak baik, dan tidak berolahraga. Stamina akan berkurang sehingga akan cepat lelah. Akibatnya, keinginan untuk melakukan hubungan seksual akan berkurang.
- 5) Tidak menggunakan obat/ramuan yang tidak jelas isi dan indikasinya. Meminum obat yang tidak jelas hanya akan membahayakan fungsi organ tubuh lain seperti hati dan ginjal. Bahkan konsumsi obat yang kandungannya tidak jelas dapat memberikan efek jangka panjang terjangkau penyakit.
- 6) Menjaga keseimbangan antara kesibukan dan rileksasi.
- 7) Mengusahakan untuk memiliki waktu khusus hanya berdua bersama pasangan.
- 8) Tidak melakukan hubungan seksual sebagai hal yang rutin.

LATIHAN

1. Tuliskan hak reproduksi dan seksual menurut Kementerian Kesehatan!
2. Tuliskan persiapan pranikah menurut Kementerian Kesehatan!
3. Tuliskan gangguan seksual pada laki-laki dan perempuan!

RANGKUMAN

1. Pernikahan adalah awal terbentuknya sebuah keluarga. Dalam pernikahan terdapat hak-hak reproduksi dan seksual. Hak-hak ini berupa hak menjamin hak-hak dasar setiap pasangan dan individu untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai jumlah, jarak, dan waktu memiliki anak. Selain itu hak ini berguna untuk memperoleh informasi mengenai standar tertinggi dari kesehatan reproduksi dan seksual, termasuk hak untuk membuat keputusan menyangkut reproduksi yang bebas dari diskriminasi, perlakuan sewenang-wenang, dan kekerasan.
2. Program persiapan pranikah dibuat untuk membantu pasangan membangun hubungan jangka panjang yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan anak. Program persiapan pranikah di Indonesia masih sebatas pembekalan secara

agama yang dilakukan oleh penghulu di KIA, yang dilakukan dengan metode ceramah yang berlangsung selama kurang lebih 1 jam selama 1 kali pertemuan.

3. Aktivitas seksual merupakan salah satu aspek dalam menilai kualitas hidup manusia. Namun dorongan seksual tersebut dapat terganggu oleh beberapa hal. Gangguan seksual dapat dipengaruhi oleh faktor fisik dan psikis. Faktor fisik adalah ada tidaknya penyakit, pola hidup sehat, atau ada tidaknya pengobatan yang didapat untuk mendukung fungsi organ tubuh. Sementara faktor psikis misalnya stres, kejenuhan, serta suasana hubungan yang pribadi atau kadar cinta dengan pasangan.

TES FORMATIF 1

1. Bidan di Puskesmas X memeriksa catin perempuan. Bidan tersebut memeriksa tekanan darah, Hb, golongan darah dan *rhesus*, serta memeriksa urin. Yang dilakukan bidan tersebut terhadap catin perempuan adalah...
 - A. Persiapan gizi
 - B. Persiapan fisik
 - C. Persiapan status imunisasi TT
 - D. Persiapan organ reproduksi

2. Gangguan seksual yang dipengaruhi oleh ada tidaknya penyakit, pola hidup sehat, atau ada tidaknya pengobatan yang didapat untuk mendukung fungsi organ tubuh adalah gangguan seksual dari faktor...

A. Fisik

B. Psikis

C. Diri sendiri

D. Pasangan

3. Seorang bidan desa sedang melakukan pengkajian pada desa binaannya, didapatkan data bahwa di desa tersebut banyak terjadi kasus anemia sekitar 40% dari usia reproduktif, sehingga banyak terjadi kelahiran bayi berat badan lahir rendah (BBLR).

Rencana asuhan apakah yang paling tepat dilakukan pada kasus tersebut...

A. Konseling nutrisi

B. Mencari donator tetap

C. Pemberdayaan ekonomi

D. Pendekatan tokoh masyarakat

DAFTAR PUSTAKA

- Bagarozzi, DA; Anderson, SA; Pollane, L. 1984. Premarital Education and Training Sequence (PETS): A 3 Year Follow Up of an Experimental Study. *Journal of Counseling and Development*: 63.
- Hawkins, AJ; Erickson, SE. 2015. Is Couple And Relationship Education Efective For Lower Income Participant? A Meta Analytic Study. *Journal of Family Psychology*: 29(1).
- Kementrian Kesehatan RI. 2015. Kesehatan Reproduksi dan Seksual Bagi Calon Pengantin. Jakarta.
- Mariana Amiruddin. 2003. Kesehatan dan hak reproduksi perempuan. Yayasan Jurnal Perempuan dan Japan Foundation Indonesia.
- The International United Nations Conference on Population and Development (ICPD). 1994. Program of Action of the International Conference on Population and Development. Cairo.
- Wimpie Pangkahila. 2006. Seks yang Membahagiakan: Menciptakan Keharmonisan Suami Isteri. Jakarta: Penerbit Buku Kompas.

MODUL 10

PENDAHULUAN

Tujuan Instruksi Umum:

Mahasiswa dapat menjelaskan tentang esehatan reproduksi terpadu di pelayanan kesehatan dasar.

Tujuan Instruksi Khusus:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang tentang konsep pelayanan kesehatan reproduksi terpadu (PKRT)
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang pelayanan kesehatan dasar
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang pendekatan dan pelaksanaan PKRT
4. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang strategi pelaksanaan PKRT

KEGIATAN BELAJAR 1

Kesehatan Reproduksi Terpadu di Pelayanan Kesehatan Dasar

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Konsep Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

Lokakarya Nasional Kesehatan Reproduksi Tahun 1996 menyepakati 2 paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

(PKRT) yang dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan dasar, yaitu (Kemenkes RI, 2015):

a. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) merupakan pelayanan kesehatan reproduksi yang mengintegrasikan 4 komponen program, yaitu Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), Pencegahan dan Penanganan Infeksi Menular Seksual/Infeksi Saluran Reproduksi dan HIV-AIDS serta Kesehatan Reproduksi Remaja.

b. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK) merupakan pelayanan kesehatan reproduksi yang mengintegrasikan ke 4 komponen esensial di atas dengan komponen kesehatan reproduksi lain seperti pada *menopause* dan *andropause* pada lanjut usia, pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan, pencegahan dan penanganan kanker serviks dan lain sebagainya.

Pelayanan kesehatan dasar pada awalnya diharapkan dapat melaksanakan pelayanan integratif esensial yang terdiri dari 4 komponen: KIA, KB, kesehatan reproduksi remaja dan pencegahan dan penanganan IMS dan HIV/AIDS, yang kemudian ditingkatkan menjadi pelayanan komprehensif dengan

penambahan komponen pelayanan kesehatan reproduksi pada lanjut usia (lansia). Namun pada kenyataannya terdapat variasi dalam ketersediaan, kesiapan dan perkembangan program dalam lingkup kesehatan reproduksi yang akan diintegrasikan. Untuk itu, pengintegrasian pelayanan dari program-program tersebut secara umum disebut sebagai pelayanan kesehatan reproduksi terpadu (PKRT).

2. Pelayanan Kesehatan Dasar

Salah satu strategi yang dilakukan dalam rangka mengatasi ketidakmerataan derajat kesehatan dan akses pelayanan kesehatan di dunia, *World Health Organization* (WHO) dalam Deklarasi Alma Ata tahun 1978 merekomendasikan 2 strategi, yaitu agar setiap Negara melakukan pendekatan pelayanan primer (*Primary Health Care*) dan menyusun suatu Sistem Kesehatan Nasional (SKN). Dalam deklarasi tersebut, *Primary Health Care* (PHC) diterjemahkan sebagai sejumlah “pelayanan kesehatan esensial yang secara ilmiah dapat dipertanggungjawabkan, dapat diterima secara sosial, dapat diakses oleh setiap individu/keluarga, diselenggarakan dengan peran serta masyarakat, secara ekonomis dapat ditanggung oleh masyarakat dan negara, disertai dengan semangat kemandirian (*self-reliance and self-determination*).” *Primary Health Care* merupakan

tingkat pertama kontak individu, keluarga, dan masyarakat dengan SKN sehingga membawa pelayanan kesehatan sedekat mungkin dengan tempat tinggal maupun tempat kerja.

Beberapa definisi terkait pelayanan kesehatan dasar adalah sebagai berikut (Laura K, 2006):

- a. Pelayanan kesehatan dasar didefinisikan sebagai seperangkat layanan tingkat pertama yang dapat diakses secara universal yang mempromosikan kesehatan, pencegahan penyakit, dan memberikan layanan diagnostik, kuratif, rehabilitatif, suportif, dan paliatif (*Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF)*, 2003).
- b. Pelayanan kesehatan dasar terdiri dari banyak komponen yang mencakup:
 - 1) Kombinasi pelayanan kesehatan berkualitas tinggi dan layanan kesehatan lainnya seperti pencegahan penyakit dan pendidikan kesehatan;
 - 2) Layanan disediakan tidak hanya untuk individu, tetapi juga untuk masyarakat secara keseluruhan, termasuk program kesehatan masyarakat yang berhubungan dengan epidemi, memperbaiki kualitas air atau udara, atau program promosi kesehatan yang dirancang untuk

mengurangi risiko yang berkaitan dengan tembakau, alkohol, dan penyalahgunaan material;

- 3) Layanan diatur sedemikian sehingga memenuhi kebutuhan dan karakteristik populasi yang dilayani, baik sekelompok orang yang tinggal di wilayah tertentu (pendekatan teritorial) atau sekelompok orang yang termasuk dalam kelompok sosial atau budaya tertentu (pendekatan populasi);
- 4) Kerja sama tim dan kolaborasi antar-disiplin ilmu diharapkan dari penyedia layanan kesehatan, baik yang bekerja di organisasi pelayanan kesehatan primer atau berpartisipasi dalam jaringan penyedia layanan;
- 5) Pelayanan tersedia selama 24 jam dalam sehari dan tujuh (7) hari dalam seminggu; dan
- 6) Pengambilan keputusan didesentralisasikan ke organisasi berbasis masyarakat untuk memastikan bahwa layanan disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik populasi yang dilayani dan bahwa masyarakat dapat dimobilisasi untuk mencapai sasaran kesehatan yang secara langsung mempengaruhi komunitas mereka.

Tujuan utama pelayanan kesehatan dasar adalah untuk secara signifikan meningkatkan pentingnya pelayanan pertama

dan mereka yang memberikan layanan tersebut (*Commission on the Future of Health Care in Canada*, 2002).

Dengan banyaknya definisi terkait pelayanan kesehatan dasar, definisi yang menjadi acuan global adalah definisi yang dikeluarkan oleh WHO. Berdasarkan definisi tersebut, kata kunci dalam definisi pelayanan kesehatan dasar (*primary health care/PHC*) adalah (Kemenkes RI, 2018):

- a. Ilmiah,
- b. *Acceptable* secara sosial,
- c. *Accessible* (terjangkau),
- d. Peran serta masyarakat,
- e. *Affordable* secara ekonomis, dan
- f. Semangat kemandirian (*self-reliance*).

Sejumlah “pelayanan kesehatan esensial” tersebut sering juga disebut “pelayanan dasar (juga disebut *basic health services*) yang terdiri dari beberapa jenis pelayanan kesehatan yang dianggap esensial (sangat penting) untuk menjaga kesehatan seseorang, keluarga dan masyarakat agar hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Esensial berarti: 1) kalau pelayanan tersebut disediakan akan memberikan daya ungkit maksimum meningkatkan derajat kesehatan dan sebaliknya; dan 2) kalau

tidak disediakan akan memberikan dampak paling negatif terhadap status kesehatan penduduk (Kemenkes RI, 2018).

Di Indonesia, pelayanan kesehatan dasar mengalami perkembangan yang dinamis dari waktu ke waktu. Pertama adalah “18 program pokok” yang harus dilaksanakan oleh Puskesmas. Beberapa di antara program pokok tersebut adalah pelayanan dasar. Ke-18 program pokok tersebut sebagai berikut (Kemenkes RI, 2018):

a. Program kesehatan ibu dan anak (KIA)

Merupakan upaya kesehatan ibu dan anak dibidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menetek, bayi dan anak balita serta anak prasekolah. Tujuan program ini adalah tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal, bagi ibu dan keluarganya untuk menuju norma keluarga bahagia sejahtera (NKKBS) serta meningkatnya derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang optimal yang merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia seutuhnya.

Program pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan salah satu program pelayanan kesehatan dasar. Pelayanan KIA menjadi tolak ukur dalam Standar Pelayanan

Minimal (SPM) bidang kesehatan dan memiliki 10 (sepuluh) indikator kinerja, antara lain (Depkes RI, 2008):

- 1) Persentase cakupan kunjungan ibu hamil K4 dengan target 95%;
 - 2) Persentase cakupan komplikasi kebidanan yang ditangani dengan target 80%;
 - 3) Persentase cakupan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan dengan target 90%;
 - 4) Persentase cakupan pelayanan nifas dengan target 90%;
 - 5) Persentase cakupan neonatus komplikasi yang ditangani dengan target 80%;
 - 6) Persentase cakupan kunjungan bayi dengan target 90%;
 - 7) Persentase cakupan desa/kelurahan *Universal Child Immunization* (UCI) dengan target 100%;
 - 8) Persentase cakupan pelayanan anak balita dengan target 90%;
 - 9) Persentase cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-24 bulan pada keluarga miskin dengan target 100%;
 - 10) Persentase cakupan bayi BBLR yang ditangani dengan target 100% (Colti, 2012).
- b. Program keluarga berencana

Dasar penyelenggaraan pelayanan KB adalah UU RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 78 tentang Keluarga Berencana yang berbunyi (Kemenkes, 2013):

- 1) Pelayanan kesehatan dalam keluarga berencana dimaksudkan untuk pengaturan kehamilan bagi pasangan usia subur untuk membentuk generasi penerus yang sehat dan cerdas:
- 2) Pemerintah bertanggung jawab dan menjamin ketersediaan tenaga, fasilitas pelayanan, alat dan obat dalam memberikan pelayanan keluarga berencana yang aman, bermutu dan terjangkau oleh masyarakat:
- 3) Ketentuan mengenai pelayanan keluarga berencana dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

KB pasca persalinan sebenarnya bukan hal yang baru, karena sejak 2007, melalui Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), di dalamnya terdapat amanat persalinan yang memuat tentang perencanaan penggunaan KB setelah bersalin. Penerapan KB pasca persalinan ini sangat penting karena kembalinya kesuburan pada seorang ibu setelah melahirkan tidak dapat diprediksi dan dapat terjadi sebelum datangnya siklus haid, bahkan pada wanita menyusui. Ovulasi pertama pada wanita tidak menyusui dapat terjadi pada 34 hari pasca persalinan, bahkan dapat terjadi lebih awal. Hal ini

menyebabkan pada masa menyusui, seringkali wanita mengalami kehamilan yang tidak diinginkan (*KTD/unwanted pregnancy*) pada interval yang dekat dengan kehamilan sebelumnya. Kontrasepsi seharusnya sudah digunakan sebelum aktifitas seksual dimulai. Oleh karena itu sangat strategis untuk memulai kontrasepsi sedini mungkin setelah persalinan (Kemenkes, 2013).

Pelayanan KB pasca persalinan merupakan strategi yang penting dari kesehatan masyarakat dengan keuntungan yang signifikan terhadap ibu dan bayinya. Idealnya pemilihan kontrasepsi pasca persalinan, telah diperkenalkan pada saat kehamilan agar tidak terlambat untuk mendapatkannya karena pada umumnya wanita mulai menggunakan kontrasepsi pada minggu keenam pasca persalinan. Pelayanan KB Pasca Persalinan merupakan salah satu program strategis untuk menurunkan kehamilan yang tidak diinginkan (Kemenkes, 2013).

Seorang ibu yang baru melahirkan bayi biasanya lebih mudah untuk diajak menggunakan kontrasepsi, sehingga waktu setelah melahirkan adalah waktu yang paling tepat untuk mengajak seorang ibu menggunakan kontrasepsi. Tujuan pelayanan KB Pasca Persalinan adalah untuk mengatur jarak kehamilan/kelahiran, dan menghindari kehamilan yang tidak diinginkan, sehingga setiap keluarga dapat merencanakan

kehamilan yang aman dan sehat. Pelayanan KB pasca persalinan dimulai dengan pemberian informasi dan konseling yang sudah dimulai sejak masa kehamilan. Tenaga kesehatan sebagai pemberi pelayanan memegang peranan penting dalam memberikan informasi dan konseling KB pasca persalinan kepada calon peserta KB (Kemenkes, 2013).

c. Program gizi

Dalam rangka pencapaian indikator kinerja program Direktorat Jenderal Bina gizi dan KIA, sesuai tugas dan fungsinya, setiap direktorat lingkup Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA akan melaksanakan kegiatan sebagai berikut (Dirjen Bina Gizi dan KIA, 2014):

- 1) Pembinaan gizi masyarakat;
- 2) Pembinaan kesehatan bayi, anak dan remaja;
- 3) Pembinaan kesehatan ibu dan reproduksi;
- 4) Pembinaan upaya kesehatan kerja dan olahraga;
- 5) Pembinaan kesehatan tradisional dan komplementer.

d. Program pengobatan

Pengobatan merupakan suatu proses ilmiah yang dilakukan oleh dokter berdasarkan temuan-temuan yang diperoleh selama *anamnesis* dan pemeriksaan. Dalam proses pengobatan terkandung keputusan ilmiah yang dilandasi oleh pengetahuan

dan keterampilan untuk melakukan intervensi pengobatan yang memberi manfaat maksimal dan resiko sekecil mungkin bagi pasien. Hal tersebut dapat dicapai dengan melakukan pengobatan yang rasional. Pengobatan rasional menurut WHO (1987) yaitu pengobatan yang sesuai indikasi, diagnosis, tepat dosis obat, cara dan waktu pemberian, tersedia setiap saat dan harga terjangkau (Direktorat Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan, 2007).

e. Program pemberantasan penyakit

Prioritas penyakit menular, masih tertuju pada penyakit HIV/AIDS, *tuberculosis*, malaria, demam berdarah, *influenza* dan flu burung. Disamping itu Indonesia juga belum sepenuhnya berhasil mengendalikan penyakit *neglected diseases* seperti kusta, filariasis, *leptospirosis*, dan lain-lain. Angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi seperti polio, campak, difteri, pertusis, hepatitis B, dan tetanus baik pada maternal maupun neonatal sudah sangat menurun, bahkan pada tahun 2014, Indonesia telah dinyatakan bebas polio (Direktorat Jenderal P2PL, 2015).

Salah satu upaya untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian penyakit menular adalah dengan pemberian imunisasi. Penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) diantaranya adalah Difteri, Pertusis, Tetanus, *Tuberkulosis*,

Campak, *Poliomielitis*, Hepatitis B, dan *Hemofilus Influenza* Tipe B (Hib). Keberhasilan Program imunisasi adalah hilangnya (eradikasi) penyakit cacar dari muka dunia; hilangnya penyakit polio di sebagian besar negara-negara di dunia dan diharapkan pada tahun 2020 penyakit polio telah berhasil dihapus dari seluruh dunia; serta menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat PD3I. Beberapa penyakit tersebut telah menjadi perhatian dunia dan merupakan komitmen global yang wajib diikuti oleh semua negara, yaitu Eradikasi Polio (ERAPO), Eliminasi Campak–Pengendalian Rubella (EC-PR) dan *Maternal Neonatal Tetanus Elimination* (MNTE). Salah satu upaya untuk mencapai hal tersebut adalah mempertahankan cakupan imunisasi yang tinggi dan merata di seluruh wilayah dan penguatan surveilans PD3I. Hal ini bertujuan untuk menghindarkan terjadinya daerah kantong yang akan mempermudah terjadinya kejadian luar biasa (KLB) (Direktorat Jenderal P2PL, 2015).

Kecenderungan penyakit menular terus meningkat dan telah mengancam sejak usia muda. Selama dua dekade terakhir ini, telah terjadi transisi epidemiologis yang signifikan, penyakit tidak menular telah menjadi beban utama, meskipun beban penyakit menular masih berat juga. Indonesia sedang mengalami *double burden* penyakit, yaitu penyakit tidak menular dan

penyakit menular sekaligus. Penyakit tidak menular utama meliputi jantung, *stroke*, hipertensi, diabetes melitus, kanker dan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). Jumlah kematian akibat PTM terus meningkat dari 41,75% pada tahun 1995 menjadi 59,7% di 2007 (Direktorat Jenderal P2PL, 2015).

Oleh karena itu deteksi dini harus dilakukan dengan secara proaktif mendatangi sasaran, karena sebagian besar tidak mengetahui bahwa dirinya menderita penyakit tidak menular. Dalam rangka pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) antara lain dilakukan melalui pelaksanaan Pos Pembinaan Terpadu Pengendalian Penyakit Tidak Menular (Posbindu-PTM) yang merupakan upaya monitoring dan deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular di masyarakat. Sejak mulai dikembangkan pada tahun 2011 Posbindu-PTM pada tahun 2015 telah berkembang menjadi 11.027 Posbindu di seluruh Indonesia (Direktorat Jenderal P2PL, 2015).

f. Program kesehatan lingkungan

Kesehatan lingkungan sebagai salah satu upaya kesehatan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagaimana tercantum dalam Pasal 162 Undang-Undang Nomor

36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. Ketentuan mengenai penyelenggaraan kesehatan lingkungan selanjutnya diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan, yang pengaturannya ditujukan dalam rangka terwujudnya kualitas lingkungan yang sehat tersebut melalui upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor risiko kesehatan lingkungan di permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi serta tempat dan fasilitas umum (UU No. 32, 2009).

Untuk mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat terutama karena meningkatnya penyakit dan/atau gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh faktor risiko lingkungan, pemerintah telah menetapkan puskesmas sebagai fasilitas pelayanan kesehatan terdepan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Dalam pengaturan puskesmas ditegaskan bahwa salah satu upaya kesehatan masyarakat yang bersifat esensial adalah berupa pelayanan kesehatan lingkungan. Upaya kesehatan masyarakat esensial tersebut harus diselenggarakan oleh setiap Puskesmas

untuk mendukung pencapaian standar pelayanan minimal kabupaten/kota bidang kesehatan (UU No. 32, 2009).

g. Program perawatan kesehatan masyarakat

Upaya keperawatan kesehatan masyarakat merupakan upaya kesehatan penunjang yang terintegrasi dalam semua upaya kesehatan Puskesmas termasuk dalam upaya kesehatan wajib (Promosi kesehatan, Kesehatan lingkungan, KIA/KB, P2M, Gizi dan Pengobatan) tetapi dapat juga sebagai upaya kesehatan pengembangan yang wajib dilakukan pada daerah tertentu (Kepmenkes, 2006).

Dengan terintegrasinya upaya Puskesmas ke dalam upaya kesehatan wajib maupun upaya pengembangan, diharapkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dapat lebih bermutu karena diberikan secara holistik, komprehensif pada semua tingkat pencegahan (Kepmenkes, 2006).

Upaya keperawatan kesehatan masyarakat adalah pelayanan profesional yang terintegrasi dengan pelayanan kesehatan di puskesmas yang dilaksanakan oleh perawat. Perawat Puskesmas mempunyai tugas pokok memberikan pelayanan keperawatan dalam bentuk asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Untuk mencapai

kemandirian masyarakat baik di sarana pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas (Kepmenkes, 2006).

h. Program usaha kesehatan sekolah (UKS)

UKS merupakan saluran utama pendidikan kesehatan yang ada di sekolah untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat dan selanjutnya membentuk perilaku hidup sehat, yang nantinya akan menghasilkan kesehatan peserta didik secara optimal. Program UKS adalah program pemerintah yang wajib ada dan dilaksanakan di sekolah dalam pelayan dan pendidikan kesehatan atau kebiasaan hidup sehat di sekolah dan diterapkan di lingkungan sekitar. UKS wajib dilaksanakan pada semua tingkatan pendidikan, baik sekolah negeri maupun swasta mulai dari tingkat SD hingga SMA (Andi, 2013).

Menurut Departemen Kesehatan RI (1976: 18-27), program UKS dapat dikelompokkan menjadi 3 yaitu lingkungan kehidupan sekolah yang sehat, pendidikan kesehatan dan pelayanan kesehatan di sekolah. Menurut Djoned Sutatmo dalam Andi Untara (2013), lingkungan sekolah yang sehat meliputi: (1) Pengadaan ruang/sudut UKS, (2) Pembinaan kantin sekolah, (3) Pengadaan sarana air bersih yang memenuhi syarat, (4) Pengadaan tempat pembuangan sampah yang memenuhi syarat, (5) Pengadaan tempat pembuangan air limbah yang memenuhi

syarat, (6) Pengadaan kamar mandi/WC khusus siswa, (7) Pengadaan kamar mandi/WC khusus guru dan karyawan (Andi, 2013).

i. Program usia lanjut (Usila)

Tujuan dari program kesehatan lansia adalah: 1) mengupayakan agar para lansia menikmati masa tua bahagia dan berguna; 2) memfokuskan pada upaya promotif dan preventif; 3) kegiatan pembinaan sebaiknya dimulai dari usia pra lansia; 4) adanya peran serta aktif dan partisipasi lintas sektor; 5) meningkatkan kerjasama lintas sektor; 6) puskesmas sebagai kunci utama dalam penggerakan masyarakat diharapkan melakukan upaya pro aktif bekerjasama dengan para tokoh masyarakat untuk meningkatkan kesejahteraan lansia (kementerian Kesehatan RI, 2014).

j. Program kesehatan kerja

Adapun kegiatan yang terdapat dalam program ini diantaranya adalah; 1) pembinaan kesehatan pekerja; 2) pembinaan pelayanan kesehatan pekerja; 3) pengendalian faktor risiko kesehatan lingkungan dan lingkungan kerja; 4) kegiatan kesehatan dan keselamatan kerja; 5) pembinaan SDM dan profesi kesehatan kerja (Rustansi, 2017).

k. Program kesehatan gigi dan mulut

Undang Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, pasal 93 ayat 1 menyatakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut ditujukan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk peningkatan kesehatan gigi, pencegahan penyakit gigi, pengobatan penyakit gigi, dan pemulihan kesehatan gigi oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan atau masyarakat yang dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan.

l. Program kesehatan jiwa

Kesehatan Jiwa adalah kondisi dimana seorang individu dapat berkembang secara fisik, mental, spiritual, dan sosial sehingga individu tersebut menyadari kemampuan sendiri, dapat mengatasi tekanan, dapat bekerja secara produktif, dan mampu memberikan kontribusi untuk komunitasnya. Upaya kesehatan jiwa adalah setiap kegiatan untuk mewujudkan derajat kesehatan jiwa yang optimal bagi setiap individu, keluarga, dan masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

Upaya kesehatan jiwa bertujuan untuk; 1) menjamin setiap orang dapat mencapai kualitas hidup yang baik, menikmati kehidupan kejiwaan yang sehat, bebas dari ketakutan, tekanan, dan gangguan lain yang dapat mengganggu kesehatan jiwa; 2) menjamin setiap orang dapat mengembangkan berbagai potensi kecerdasan; 3) memberikan perlindungan dan menjamin pelayanan Kesehatan Jiwa bagi ODMK dan ODGJ berdasarkan hak asasi manusia; 4) memberikan pelayanan kesehatan secara terintegrasi, komprehensif, dan berkesinambungan melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif bagi ODMK dan ODGJ; 5) menjamin ketersediaan dan keterjangkauan sumber daya dalam upaya kesehatan jiwa; 6) meningkatkan mutu upaya kesehatan jiwa sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi; 7) memberikan kesempatan kepada ODMK dan ODGJ untuk dapat memperoleh haknya sebagai Warga Negara Indonesia (UU No. 18, 2014).

m. Program kesehatan mata

Melalui kegiatan pelayanan kesehatan mata yang diintegrasikan di Puskesmas yang merupakan pintu gerbang utama yang berhubungan langsung dengan masyarakat sehingga angka kesakitan mata dapat ditekan dan angka kebutaan serta

kemunduran fungsi penglihatan dapat dihilangkan (Kemenkes RI, 2008).

n. Program penyuluhan kesehatan masyarakat

Program penyuluhan kesehatan masyarakat memiliki berbagai macam kegiatan yang terbagi atas advokasi kepada pemangku kebijakan, bina suasana di lingkungan masyarakat, gerakan masyarakat atau pemberdayaan yang menjadikan masyarakat bukan hanya tahu tetapi juga mau dan mampu untuk hidup sehat. Adapun kegiatan yang biasa dilakukan pada program penyuluhan kesehatan masyarakat adalah penyuluhan kelompok masyarakat, penyuluhan kelompok pelajar (SD, SMP dan SMA), penyuluhan dalam Gedung, penyuluhan keliling), pelaksanaan survei PHBS dan pemberdayaan masyarakat melalui diantaranya kegiatan desa siaga (Kemenkes RI, 2008).

o. Program penanganan gawat darurat

Pelayanan gawat darurat adalah tindakan medis yang dibutuhkan oleh korban/pasien gawat darurat dalam waktu segera untuk menyelamatkan nyawa dan pencegahan kecacatan. Sistem penanggulangan gawat darurat terpadu yang selanjutnya disingkat SPGDT adalah suatu mekanisme pelayanan korban/pasien gawat darurat yang terintegrasi dan berbasis *call*

center dengan menggunakan kode akses telekomunikasi 119 dengan melibatkan masyarakat (Permenkes RI No 19, 2016).

p. Program kesehatan keluarga

Program kesehatan keluarga sangat erat kaitannya dengan pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) terdapat 12 indikator utama yang digunakan sebagai penanda status kesehatan sebuah keluarga. Indikator PIS-PK meliputi: program keluarga berencana (KB); persalinan ibu di fasilitas kesehatan; bayi memperoleh imunisasi dasar lengkap, air susu ibu (ASI) eksklusif dan pemantauan pertumbuhan; pengobatan penderita tuberkulosis (TBC); pengobatan penderita hipertensi; pengobatan dan perlakuan baik penderita gangguan jiwa; anggota keluarga tidak merokok, memiliki jaminan kesehatan, memiliki sarana air bersih serta menggunakan akses jamban sehat.

q. Program laboratorium sederhana

Laboratorium puskesmas melaksanakan pengukuran, penetapan dan pengujian terhadap bahan yang berasal dari manusia untuk penentuan jenis penyakit, kondisi kesehatan, atau faktor yang dapat berpengaruh pada kesehatan perorangan dan masyarakat di wilayah kerja (Kemenkes RI, 2008).

r. Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP).

Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) merupakan sumber pengumpulan data dan informasi di tingkat Puskesmas. Segala data dan informasi baik faktor utama dan tenaga pendukung lain yang menyangkut puskesmas untuk dikirim ke pusat serta sebagai bahan laporan untuk kebutuhan. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui sistem administrasi pencatatan dan pelaporan dalam pelaksanaan SP2TP dari aspek *input* (sumber daya manusia, material dan kebijakan), aspek proses (pencatatan dan pelaporan masing-masing program kepetugas SP2TP dan *menginput* laporan data dalam pelaporan (LB)), dan aspek *output* (ketepatan waktu, kelengkapan data, dan keakurata data) diwilayah kerja Puskesmas (Lubis, 2017).

Ke-18 pelayanan tersebut dikelompokkan menjadi 3, yaitu 1) pelayanan pengobatan; 2) pelayanan kesehatan masyarakat; dan 3) sistem informasi untuk menunjang pelayanan (Kemenkes RI, 2018).

3. Pendekatan dalam Pelaksanaan PKRT

Hal yang baru dan perlu diperhatikan dalam pelaksanaan PKRT adalah pelaksanaan paradigma baru, yaitu (Kemenkes RI, 2015).

- a. Mengutamakan kepentingan klien dengan memperhatikan hak reproduksi, keadilan dan kesetaraan *gender*.
- b. Menggunakan pendekatan siklus hidup dalam menangani masalah kesehatan reproduksi. Dalam pendekatan siklus hidup, dikenal 5 (lima) tahap, yaitu: Konsepsi, Bayi dan anak, Remaja, Usia subur, dan Usia lanjut
- c. Memperluas jangkauan pelayanan kesehatan reproduksi secara proaktif.
- d. Meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas.

Adapun prinsip yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan kesehatan reproduksi terpadu adalah (Kemenkes RI, 2015):

- a. Pelayanan yang holistik

Pelayanan yang diberikan memandang klien sebagai manusia yang utuh, artinya pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan klien, namun petugas kesehatan dapat menawarkan dan memberikan pelayanan lain yang dibutuhkan oleh klien yang diidentifikasi melalui proses anamnesis. Keterpaduan pelayanan harus dikaji secara menyeluruh pada 4 atau sekurang-kurangnya 3 komponen esensial kesehatan reproduksi, meskipun dengan gradasi yang berbeda-beda sesuai dengan kondisi dan kebutuhan setempat.

b. Keterpaduan dalam pelayanan

Pelayanan kesehatan reproduksi diupayakan dapat diberikan secara terpadu, sehingga klien mendapatkan semua pelayanan yang dibutuhkan dalam ruang lingkup reproduksi sekaligus dalam satu kali kunjungan/pelayanan. Keterpaduan pelayanan antar komponen kesehatan reproduksi yang diberikan dapat dilakukan oleh 1 (satu) orang, tetapi bisa juga dilakukan oleh beberapa orang, namun harus pada 1 (satu) institusi. Pelayanan dilaksanakan secara terpadu dalam 1 (satu) tempat yang sama dan dalam 1 (satu) hari, yang dikenal dengan “*One Stop Services*” (sekali datang semua pelayanan diperoleh). Pelayanan komponen program kesehatan reproduksi yang akan diterpadukan harus dapat diberikan setiap hari kerja.

c. Fleksibel

Untuk pelayanan yang memerlukan rujukan ke jenjang yang lebih tinggi, termasuk pelayanan konseling, bisa dilakukan pada waktu atau fasilitas lain dimana pelayanan yang dibutuhkan tersedia. Rujukan ini harus dipantau untuk memastikan klien mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan.

d. Strategi Pelaksanaan

Adapun strategi dalam pelaksanaan PKRT adalah sebagai berikut (Kemenkes RI, 2014):

- 1) Meningkatkan upaya advokasi dan komitmen pemerintah daerah ditiap angkat administrasi untuk menciptakan suasana yang mendukung dalam pelaksanaan program kesehatan reproduksi.
- 2) Menyediakan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu yang merata dan sesuai dengan kewenangan ditiap tingkat pelayanan.
- 3) Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi dengan memperhatikan kepuasan klien.
- 4) Mengembangkan upaya kesehatan reproduksi dengan prioritas sesuai dengan masalah spesifik daerah.
- 5) Menerapkan program kesehatan reproduksi melalui kemitraan lintas program dan, sektor terkait, termasuk organisasi profesi, *agen* donor, LSM dan masyarakat.
- 6) Meningkatkan keadilan dan kesetaraan *gender*, termasuk meningkatkan hak perempuan dalam kesehatan reproduksi.
- 7) Meningkatkan penelitian dan pengumpulan data berwawasan *gender* yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi dalam rangka mendukung kebijakan program dan peningkatan kualitas pelayanan.

e. Kegiatan Pokok

Kegiatan pokok yang perlu dilakukan adalah sebagai berikut (Kemenkes RI, 2014):

- 1) Pemantapan Manajemen Program Kesehatan Reproduksi
 - a) Penetapan kebijakan dan strategi yang mendukung terlaksananya pelayanan kesehatan reproduksi yang terpadu sesuai kebutuhan klien.
 - b) Penetapan standar pelayanan yang mengacu pada masing masing komponen sesuai dengan kebijakan dan strategi program yang ada.
 - c) Perluasan dan pemerataan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu.
 - d) Pemantauan dan evaluasi program serta pelayanan kesehatan reproduksi dengan menggunakan instrumen (indikator) pemantauan yang telah disepakati.
- 2) Penerapan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

Agar pelayanan kesehatan reproduksi bersifat responsif terhadap kebutuhan klien, maka setiap pelayanan yang diberikan perlu diterpadukan. Dengan demikian pelayanan kesehatan reproduksi yang dibutuhkan seorang klien perlu menampung aspek pelayanan kesehatan reproduksi lainnya yang relevan dengan tetap mengikuti

standar pelayanan yang berlaku bagi masing masing jenis pelayanan. Beberapa contoh keterpaduan PKRT dimana masing-masing komponen pelayanan memasukkan unsur pelayanan lainnya sebagai berikut:

a) Pelayanan KIA:

- 1) Pada pelayanan antenatal terpadu, persalinan dan nifas memasukkan unsur pelayanan pencegahan dan penanganan IMS serta melakukan motivasi klien untuk pelayanan KB dan memberikan pelayanan KB pasca persalinan. Dalam pertolongan persalinan dan penanganan bayi baru lahir perlu memperhatikan kewaspadaan standar terhadap pencegahan infeksi.
- 2) Asuhan Pasca Keguguran (APK) memasukkan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS serta konseling/pelayanan KB pasca persalinan.

b) Pelayanan KB

- 1) Pada pelayanan KB memasukan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS, HIV dan AIDS.
- 2) Pelayanan KB difokuskan selain kepada sasaran muda-usia paritas rendah (mupar) yang lebih mengarah kepada kepentingan pengendalian

populasi; juga diarahkan untuk sasaran dengan “4 terlalu”.

- c) Pencegahan dan penanggulangan IMS, termasuk HIV dan AIDS. Pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS, termasuk HIV dan AIDS dimasukkan ke dalam setiap komponen pelayanan kesehatan reproduksi seperti pada pelayanan antenatal terpadu melalui program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA), pada saat pelayanan KB, serta pada saat pemberian KIE terhadap perilaku seksual berisiko pada remaja.
- 1) Pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang bersifat promotif dan preventif terfokus pada pelayanan KIP/K, yang memasukkan materi-materi *Family Life Education* dan *Life Skill Education*.
 - 2) Pelayanan kesehatan reproduksi remaja memperhatikan aspek fisik, termasuk kesehatan dan gizi, agar remaja, khususnya remaja putri dapat dipersiapkan menjadi calon ibu yang sehat.
 - 3) Pelayanan kesehatan reproduksi remaja secara khusus bagi remaja bermasalah diberikan sesuai dengan kebutuhan dan masalahnya, misalnya

kehamilan di luar nikah, kehamilan remaja, remaja dengan ketergantungan narkotika, psikotropik dan zat adiktif lainnya (napza), dan lain-lain.

d) Kesehatan reproduksi lanjut usia dan kesehatan reproduksi lainnya

1) Pelayanan kesehatan reproduksi lanjut usia lebih ditekankan untuk meningkatkan kualitas hidup pada usia lanjut. Selain upaya promotif dan preventif, pengembangan upaya kesehatan reproduksi lanjut usia juga ditujukan untuk mengatasi masalah yang ditemukan pada lanjut usia, misalnya masalah *menopause/andropause* dan pencegahan osteoporosis serta penyakit degeneratif lainnya.

2) Pada pelayanan kesehatan reproduksi lainnya diberikan sesuai dengan kebutuhan, misalnya pada kasus keguguran diberikan pelayanan asuhan pasca keguguran untuk mencegah terjadinya perdarahan dan infeksi kemudian diberikan pelayanan KB pasca keguguran.

3) **Penerapan Kegiatan Pendukung**

Kegiatan pendukung meliputi berbagai kegiatan untuk mengatasi masalah yang berkaitan dengan program dan

pelayanan kesehatan reproduksi. Penanganan masalah sosial yang berkaitan erat dengan kesehatan reproduksi antara lain:

- a) Keadilan dan kesetaraan *gender*
- b) Kekerasan terhadap perempuan dan anak

Kegiatan untuk mengatasi masalah ini dilaksanakan secara lintas program dan lintas sektor. Bentuk kegiatan yang dilakukan oleh sektor kesehatan antara lain:

- a) Meningkatkan pemahaman petugas ditiap tingkatan tentang keadilan dan kesetaraan *gender* serta berbagai bentuk kekerasan terhadap perempuan dan anak, serta akibatnya terhadap kesehatan.
- b) Meningkatkan keterampilan pengelola program dalam melakukan analisis *gender* serta pengarusutamaan *gender* dalam kebijakan program kesehatan.
- c) Meningkatkan peran serta laki-laki dalam kesehatan reproduksi.
- d) Menangani kasus kekerasan terhadap perempuan dan anak, baik dalam aspek medis maupun KIP/K dalam mengatasi masalah klien, dan menghubungkan klien untuk mendapatkan pelayanan lain.

1) Advokasi dan mobilisasi sosial

Kegiatan advokasi dan mobilisasi sosial diperlukan untuk pemantapan dan perluasan komitmen dan dukungan politis dalam upaya mengatasi masalah kesehatan reproduksi. Pelaksanaan kegiatan dapat bekerjasama dengan program dan sektor lain.

2) Koordinasi lintas sektor

Dalam penanganan masalah kesehatan reproduksi diperlukan koordinasi lintas sektor dan program. Untuk itu di tingkat nasional perlu diadakan forum koordinasi yang bersifat fungsional.

3) Pemberdayaan masyarakat

Kegiatan pemberdayaan masyarakat diperlukan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat secara mandiri dalam mengatasi masalah kesehatan reproduksi, misalnya pengorganisasian transportasi rujukan ibu hamil/bersalin, arisan peserta KB, tabulin dan sebagainya.

4) Pemenuhan kebutuhan logistik

Dalam memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas diperlukan dukungan sarana dan prasarana yang memadai.

5) Peningkatan keterampilan petugas

Dalam upaya peningkatan kualitas pelayanan kesehatan reproduksi, antara lain diperlukan kegiatan untuk peningkatan keterampilan melalui pelatihan, orientasi, lokakarya dan sebagainya, agar kegiatan ini dapat terlaksana secara terpadu, efektif dan efisien.

LATIHAN

1. Sebutkan komponen pelayanan kesehatan reproduksi terpadu!
2. Bagaimana strategi pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu?
3. Sebutkan komponen pelayanan kesehatan dasar!

RANGKUMAN

1. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) merupakan pelayanan kesehatan reproduksi yang

mengintegrasikan 4 komponen program, yaitu Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), Pencegahan dan Penanganan Infeksi Menular Seksual/Infeksi Saluran Reproduksi dan HIV-AIDS serta Kesehatan Reproduksi Remaja.

2. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK) merupakan pelayanan kesehatan reproduksi yang mengintegrasikan ke 4 komponen esensial di atas dengan komponen kesehatan reproduksi lain seperti pada *menopause* dan *andropause* pada lanjut usia, pencegahan dan penanganan kekerasan terhadap perempuan, pencegahan dan penanganan kanker serviks dan lain sebagainya.

TES FORMATIF 1

1. Manakah program yang hanya terdapat di program kesehatan reproduksi komprehensif?
 - A. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
 - B. Keluarga Berencana (KB)
 - C. Pencegahan dan Penanganan Infeksi Menular Seksual/Infeksi Saluran Reproduksi dan HIV-AIDS
 - D. Kesehatan Reproduksi Remaja
 - E. Kesehatan lansia

2. Apa saja yang tercakup dalam pelayanan kesehatan dasar?
 - A. Kombinasi pelayanan kesehatan berkualitas tinggi dan layanan kesehatan lainnya seperti pencegahan penyakit dan pendidikan kesehatan;
 - B. Layanan disediakan hanya untuk individu
 - C. Layanan diatur sedemikian sehingga memenuhi kebutuhan dan karakteristik populasi sekelompok orang yang tinggal di wilayah tertentu saja
 - D. Kerja sama tim dan kolaborasi disiplin ilmu yang sama
 - E. Pelayanan tersedia selama 24 jam dalam sehari dan libur 1 hari perminggu
3. Program pelayanan kesehatan dasar manakah yang memiliki tujuan tercapainya kemampuan hidaup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal, bagi ibu dan keluarganya untuk menuju norma keluarga bahagia sejahtera (NKKBS) serta meningkatnya derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang optimal yang merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia seutuhnya?
 - A. Kesehatan ibu dan anak
 - B. Gizi
 - C. Kesehatan lingkungan
 - D. Promosi kesehatan

- E. Pengobatan
4. Apakah yang harus diperhatikan dalam melaksanakan PKRT?
 - A. Mengutamakan kepentingan klien dengan memperhatikan hak reproduksi, keadilan dan kesetaraan *gender*.
 - B. Menggunakan pendekatan siklus hidup dalam menangani masalah kesehatan reproduksi khusus pada siklus konsepsi
 - C. Memperluas jangkauan pelayanan kesehatan reproduksi secara pasif
 - D. Meningkatkan kualitas hidup masyarakat melalui pelayanan kesehatan reproduksi remaja saja
 - E. Meningkatkan kualitas pelayanan KB
 5. Apakah contoh pelaksanaan keterpaduan PKRT program KIA dengan program lainnya?
 - A. Pada pelayanan KB memasukan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS, HIV dan AIDS.
 - B. Pelayanan KB difokuskan selain kepada sasaran muda-usia paritas-rendah (mupar) yang lebih mengarah kepada kepentingan pengendalian populasi; juga diarahkan untuk sasaran dengan “4 terlalu”.

- C. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang bersifat promotif dan preventif terfokus pada pelayanan KIP/K, yang memasukkan materi-materi *Family Life Education* dan *Life Skill Education*.
- D. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja memperhatikan aspek fisik, termasuk kesehatan dan gizi, agar remaja, khususnya remaja putri dapat dipersiapkan menjadi calon ibu yang sehat.
- E. Asuhan Pasca Keguguran (APK) memasukkan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS serta konseling/pelayanan KB pasca persalinan.

DAFTAR PUSTAKA

- Andi Untara. 2013. Survei Pelaksanaan Program Usaha Kesehatan Sekolah di Sekolah Dasar Se - Kecamatan Kretek Kabupaten Bantul Tahun 2013. Skripsi, Universitas Negeri Yogyakarta, Yogyakarta.
- Colti S dan Elviera G. 2012. Analisis Pencapaian Indikator KIA di Puskesmas Kalibagor. *Jurnal Kesmas Indonesia*, 4 (6) : 120-95.
- Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA. 2014. Rencana Strategis tahun 2015-2019. Kementerian Kesehatan RI. Jakarta.

- Direktorat jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan. 2007. Pedoman pengobatan dasar di puskesmas 2007. Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI, 2014. Pusat data dan informasi. Kementerian Kesehatan. Jakarta Selatan, 2014.
- Kementerian Kesehatan RI. 2014. Petunjuk teknis pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu di tingkat pelayanan kesehatan dasar. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA. Direktorat Bina Kesehatan Ibu. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2015. Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Dasar. Direktorat Jenderal Bina Gizi dan KIA. Direktorat Bina Kesehatan Ibu. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2018. Penguatan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas. Direktorat Kesehatan dan Gizi Masyarakat. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan RI. 2013. Situasi keluarga berencana di Indonesia. Buletin Jendela, Data dan Informasi. Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan RI. Nomor 279. 2006. Pedoman penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat di puskesmas. Kementerian Kesehatan. Jakarta.
- Laura K. Muldoon, William E. Hogg and Miriam Levitt. 2006. *Primary Care (PC) and Primary Health Care (PHC): What is the Difference?*, Canadian Journal of Public Health, Vol.

97, No. 5 (September/October 2006), pp. 409-411, Canadian Public Health Association.

Lubis, N. 2017. pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan terpadu puskesmas (sp2tp) di wilayah kerja puskesmas terjun kecamatan medan marelan tahun 2017. Skripsi. Universitas Sumatera Utara, Medan.

Marwati, T, Irfani R.A, Aulia A. 2018. Promosi kesehatan untuk mendukung program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) indicator hipertensi dan KB di desa Combongan. Jurnal Pemberdayaan: Publikasi hasil pengabdian kepada masyarakat; 2(1): 75-82.

Rustandi, K. 2017. Kebijakan penyelenggaraan kesehatan kerja dan olahraga. Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.

UU No. 32/2009 tentang Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan hidup

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu.

MODUL 11

PENDAHULUAN

Tujuan Instruksi Umum:

Mahasiswa dapat menjelaskan tentang program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga

Tujuan Instruksi Khusus:

- a. Mahasiswa dapat menjelaskan tentang konsep pendekatan keluarga
- b. Mahasiswa dapat menjelaskan tentang keluarga sebagai fokus pemberdayaan
- c. Mahasiswa dapat menjelaskan konsep program PIS-PK

KEGIATAN BELAJAR 1

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Konsep Pendekatan Keluarga

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak

hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya. Keluarga sebagai fokus dalam pendekatan pelaksanaan program Indonesia Sehat karena menurut Friedman (1998), terdapat Lima fungsi keluarga, yaitu (Kemenkes, RI. 2016):

- a. Fungsi afektif (*The Affective Function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.
- b. Fungsi sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.
- c. Fungsi reproduksi (*The Reproduction Function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

- d. Fungsi ekonomi (*The Economic Function*) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*The Health Care Function*) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi.

2. Keluarga Sebagai Fokus Pemberdayaan

Keluarga adalah suatu lembaga yang merupakan satuan (*unit*) terkecil dari masyarakat, terdiri atas ayah, ibu, dan anak. Keluarga yang seperti ini disebut rumah tangga atau keluarga inti (keluarga batih). Sedangkan keluarga yang anggotanya mencakup juga kakek dan atau nenek atau individu lain yang memiliki hubungan darah, bahkan juga tidak memiliki hubungan darah (misalnya pembantu rumah tangga), disebut keluarga luas (*extended family*). Oleh karena merupakan *unit* terkecil dari masyarakat, maka derajat kesehatan rumah tangga atau keluarga menentukan derajat kesehatan masyarakatnya (Kemenkes, RI. 2016).

Sementara itu, derajat kesehatan keluarga sangat ditentukan oleh PHBS dari keluarga tersebut. Dengan demikian, inti dari pengembangan desa dan kelurahan adalah memberdayakan keluarga-keluarga agar mampu mempraktikkan PHBS. PHBS adalah sekumpulan perilaku yang dipraktikkan atas dasar kesadaran sebagai hasil pembelajaran, yang menjadikan seseorang, keluarga, kelompok atau masyarakat mampu menolong dirinya sendiri (mandiri) di bidang kesehatan dan berperan aktif dalam mewujudkan kesehatan masyarakat (Kemenkes, RI. 2016).

Di bidang pencegahan dan penanggulangan penyakit serta penyehatan lingkungan harus dipraktikkan perilaku mencuci tangan dengan sabun, menggunakan air bersih, menggunakan jamban sehat, memberantas jentik nyamuk, tidak merokok di dalam ruangan, dan lain-lain (Kemenkes, RI. 2016).

Di bidang kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana harus dipraktikkan perilaku meminta pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan, menimbang balita dan memantau perkembangannya secara berkala, memberikan imunisasi dasar lengkap kepada bayi, menjadi asektor keluarga berencana, dan lain-lain (Kemenkes, RI. 2016).

Di bidang gizi dan farmasi harus dipraktikkan perilaku makan dengan gizi seimbang, minum Tablet Tambah Darah (TTD) selama hamil, memberi bayi Air Susu Ibu saja (ASI eksklusif), dan lain-lain (Kemenkes, RI. 2016). Sedangkan di bidang pemeliharaan kesehatan harus dipraktikkan perilaku ikut serta dalam jaminan pemeliharaan kesehatan, aktif mengurus dan atau memanfaatkan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat (UKBM), memanfaatkan Puskesmas dan sarana kesehatan lain, dan lain-lain (Kemenkes, RI. 2016).

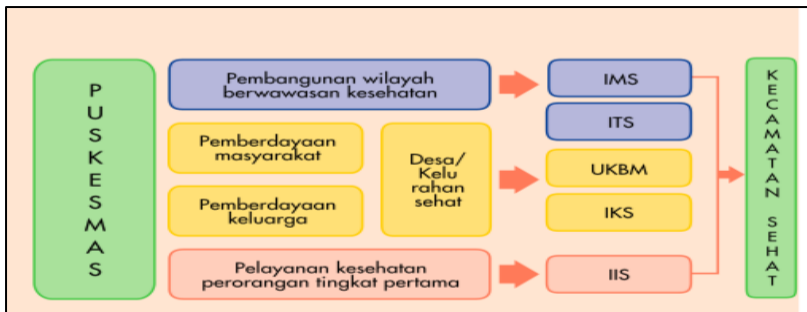
PHBS harus dipraktikkan di semua bidang kesehatan masyarakat karena pada hakikatnya setiap masalah kesehatan merupakan hasil perilaku, yaitu interaksi manusia (*host*) dengan bibit penyakit atau pengganggu lainnya (*agent*) dan lingkungan (*environment*) (Kemenkes, RI. 2016).

Pemberdayaan masyarakat adalah bagian dari fungsi upaya kesehatan masyarakat (UKM) dari Puskesmas. Karena keluarga merupakan lembaga terkecil dari masyarakat, maka pemberdayaan masyarakat harus dimulai dari pemberdayaan keluarga. Pemberdayaan masyarakat yang selama ini dilaksanakan di bidang kesehatan dipandu dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1529/Menkes/SK/X/ 2010 tentang Pedoman Umum Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga

Aktif. Dalam pedoman ini disebutkan bahwa pemberdayaan masyarakat desa/kelurahan merupakan kelanjutan dari pemberdayaan keluarga melalui pengembangan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) tatanan rumah tangga. Tujuan dari pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif itu tidak lain adalah terciptanya Desa Sehat dan Kelurahan Sehat (Kemenkes, RI. 2016).

Kegiatan Puskesmas dalam melaksanakan upaya kesehatan perorangan (UKP) tingkat pertama memang dapat menghasilkan individu sehat, yang diukur dengan Indikator Individu Sehat (IIS). Tetapi dengan cara ini saja, Kecamatan Sehat akan sulit dicapai. Melalui pemberdayaan masyarakat desa dan kelurahan di wilayah kerjanya, Puskesmas akan lebih cepat mencapai Kecamatan Sehat. Dengan mengembangkan dan membina desa dan kelurahan, Puskesmas melaksanakan pemberdayaan keluarga dan pemberdayaan masyarakat. Pemberdayaan keluarga akan menghasilkan keluarga-keluarga sehat yang diukur dengan Indeks Keluarga Sehat (IKS). Sedangkan pemberdayaan masyarakat desa dan kelurahan akan menghasilkan peran serta masyarakat berupa UKBM seperti Posyandu, Posbindu, Polindes, Pos UKK, dan lain-lain.

Sementara itu, kegiatan Puskesmas dalam pelaksanaan pembangunan wilayah berwawasan kesehatan akan menghasilkan tatanan-tatanan sehat, seperti sekolah sehat, pasar sehat, kantor sehat, masjid dan mushola sehat, dan lain-lain yang diukur dengan Indikator Tatanan Sehat (ITS), dan masyarakat sehat yang diukur dengan Indikator Masyarakat Sehat (IMS). Kesemua upaya Puskesmas tersebut akhirnya akan bermuara pada terciptanya Kecamatan Sehat, seperti pada skema gambar 10.1



Gambar 10.1 Upaya Puskesmas untuk Mencapai Kecamatan Sehat

3. Konsep Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)

Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, pemerintah telah menetapkan bahwa pelaksana dari program ini adalah pusat kesehatan

masyarakat (puskesmas) (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 39 Tahun 2016). Puskesmaslah ujung tombak dan penentu keberhasilan program ini. Adapun area prioritas/sasaran yang telah ditetapkan oleh pemerintah melalui program ini adalah penurunan angka kematian ibu/angka kematian bayi (AKI dan AKB), penurunan prevalensi balita pendek (*stunting*), penanggulangan penyakit menular dan penanggulangan penyakit tidak menular. Pelaksanaannya melalui pendekatan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif (Kemenkes, RI. 2016).

Program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) mengintegrasikan pelaksanaan program melalui pendekatan 6 komponen utama dalam penguatan sistem kesehatan (*six building blocks*), yaitu penguatan upaya pelayanan kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, sistem informasi kesehatan, akses terhadap ketersediaan obat esensial, pembiayaan dan kepemimpinan atau pemerintah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Sasaran dari Program Indonesia Sehat adalah meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran ini sesuai dengan RPJMN 2015-2019 yaitu meningkatnya status kesehatan dan gizi

ibu dan anak, meningkatnya pengendalian penyakit, meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan, meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan *universal* melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN kesehatan, dan terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin serta meningkatnya responsivitas sistem kesehatan (Marwati, 2018).

Penyakit tidak menular cenderung terus meningkat dan telah mengancam sejak usia muda. Penyakit tidak menular utama yaitu hipertensi, *diabetes mellitus*, kanker dan Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK). Perlu diadakan deteksi dini yang dilakukan secara proaktif mendatangi sasaran, karena sebagian besar tidak mengetahui bahwa dirinya menderita penyakit tidak menular. Pengendalian Penyakit Tidak Menular (PTM) antara lain dilakukan melalui pelaksanaan Pos Pembinaan Terpadu Pengendalian Penyakit Tidak Menular (Posbindu-PTM) yang merupakan upaya monitoring dan deteksi dini faktor resiko penyakit tidak menular di masyarakat (Marwati, 2018).

Dalam pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) terdapat 12 indikator utama yang digunakan sebagai penanda status kesehatan sebuah keluarga.

Indikator PIS-PK meliputi: program keluarga berencana (KB); persalinan ibu di fasilitas kesehatan; bayi memperoleh imunisasi dasar lengkap, air susu ibu (ASI) eksklusif dan pemantauan pertumbuhan; pengobatan penderita tuberkulosis (TBC); pengobatan penderita hipertensi; pengobatan dan perlakuan baik penderita gangguan jiwa; anggota keluarga tidak merokok, memiliki jaminan kesehatan, memiliki sarana air bersih serta menggunakan akses jamban sehat. Adapun rincian dari 12 indikator tersebut adalah sebagai berikut:

1. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)

Keluarga mengikuti program KB adalah jika keluarga merupakan pasangan usia subur, suami atau isteri atau keduanya, terdaftar secara resmi sebagai peserta/akseptor KB dan atau menggunakan alat kontrasepsi (Kemenkes, RI. 2016). Penelitian di Pakistan didapatkan program KB berdampak pada tingkat pendapatan keluarga. Keluarga dengan anak yang sedikit mampu memberikan kebutuhan yang layak bagi anak-anak mereka, dibandingkan dengan keluarga yang mempunyai anak lebih banyak dan belum mengikuti program KB (Ayesha, 2015). Penelitian lain menyimpulkan bahwa terdapat pengaruh yang positif antara program Keluarga Berencana terhadap kesejahteraan keluarga (Makmur, 2013).

2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan

Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan adalah jika di keluarga terdapat ibu pasca bersalin (usia bayi 0-11 bulan) dan persalinan ibu tersebut, dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik, bidan praktek swasta) (Kemenkes, RI. 2016). Faktor yang berkorelasi pemilihan tempat dan penolong persalinan pada penelitian di Kabupaten Sigi yaitu pengetahuan dan sikap ibu (Dompas, 2014). Penelitian lain didapatkan pendidikan yang rendah, waktu tempuh ke fasilitas kesehatan juga berpengaruh bermakna dengan pemilihan persalinan di non tenaga kesehatan (Hermawan, 2017).

3. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap

Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap adalah jika di keluarga terdapat bayi (usia 12- 23 bulan), bayi tersebut telah mendapatkan imunisasi HB0, BCG, DPT-HB1, DPT-HB2, DPT-HB3, Polio1, Polio2, Polio3, Polio4, Campak (Kemenkes, RI. 2016). Penelitian didapatkan bayi yang tidak mendapat imunisasi lengkap disebabkan karena kurangnya pemahaman dari orang tua dan juga masih banyak orang tua yang percaya terhadap mitos-mitos sehingga takut untuk membawa bayi untuk memberikan imunisasi (Dompas, 2014).

4. Bayi mendapat Air Susu Ibu (ASI) eksklusif

Bayi mendapat ASI eksklusif adalah jika di keluarga terdapat bayi usia 7–23 bulan dan bayi tersebut selama 6 bulan (usia 0-6 bulan) hanya diberi ASI saja (ASI eksklusif) (Kemenkes, RI. 2016). Penelitian mendapatkan bayi yang tidak mendapatkan ASI secara eksklusif didapatkan banyak ibu pasca melahirkan secara caesarean sehingga setelah melahirkan bayi langsung dipisahkan dari ibu, disisi lain ibu takut karena efek samping seperti obat antibiotik yang akan berpengaruh terhadap bayinya. Adanya perubahan struktur masyarakat dan keluarga, kemudahan yang didapat sebagai hasil kemajuan teknologi pembuatan makanan bayi, gencarnya iklan tentang susu formula, kesibukan ibu di luar rumah karena bekerja maupun karena tugas-tugas sosial. Adanya anggapan bahwa produksi ASI yang tidak mencukupi juga menyebabkan kegagalan pemberian ASI eksklusif. Faktor kurangnya rasa percaya diri pada sebagian ibu untuk dapat menyusui bayinya akan mendorong ibu untuk lebih mudah memberikan pengganti ASI seperti susu formula atau bahkan pengenalan makanan prelakteal (Susilaningsih, 2013).

5. Balita mendapatkan pertumbuhan pemantauan

Balita mendapatkan pertumbuhan adalah jika di keluarga terdapat balita (usia 2–59 bulan 29 hari) dan bulan yang lalu

ditimbang berat badannya di Posyandu atau fasilitas kesehatan lainnya dan dicatat pada KMS/buku KIA (Kemenkes, RI. 2016). Pemantauan tumbuh kembang balita jarang dilakukan salah satu faktornya adalah tingkat pendidikan ibu yang rendah berhubungan secara tidak langsung. Pengetahuan yang dimiliki ibu mempengaruhi dalam pemberian stimulasi perkembangan motorik pada anak. Hal ini didukung dengan sikap orang tua dalam menerima informasi dari luar tentang pemantauan perkembangan motorik anak 3-4 tahun (Kusumaningtyas, 2016).

6. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar

Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar adalah jika di keluarga terdapat anggota keluarga berusia ≥ 15 tahun yang menderita batuk dan sudah 2 minggu berturut-turut belum sembuh atau didiagnosis sebagai penderita tuberkulosis (TB) paru dan penderita tersebut berobat sesuai dengan petunjuk dokter/petugas kesehatan (Kemenkes, RI. 2016). Peran keluarga dalam upaya pencegahan, proses pengobatan dan upaya pemenuhan nutrisi terhadap penderita TBC masih dalam kategori sedang. Faktor pendidikan yang rendah menyebabkan pengetahuan dan wawasan keluarga kurang tentang penyakit TBC, faktor ekonomi keluarga yang rendah

sehingga mempengaruhi daya beli keluarga dalam memenuhi kebutuhan nutrisi penderita (Farida, 2013).

7. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur

Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur adalah jika di dalam keluarga terdapat anggota keluarga berusia ≥ 15 tahun yang didiagnosiskan sebagai penderita tekanan darah tinggi (hipertensi) dan berobat teratur sesuai dengan petunjuk dokter atau petugas kesehatan (Kemenkes, RI. 2016). Penelitian di Minahasa Utara didapatkan hubungan antara peran keluarga dalam kepatuhan berobat pasien hipertensi di keluarga (Koyongian, 2015).

8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan

Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan adalah jika di keluarga terdapat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa berat dan penderita tersebut tidak ditelantarkan dan/atau dipasung serta diupayakan kesembuhannya (Kemenkes, RI. 2016).

9. Anggota keluarga tidak ada yang merokok

Anggota keluarga tidak ada yang merokok adalah jika tidak ada seorang pun dari anggota keluarga tersebut yang sering atau kadang-kadang menghisap rokok atau produk lain dari

tembakau. Termasuk di sini adalah jika anggota keluarga tidak pernah atau sudah berhenti dari kebiasaan menghisap rokok atau produk lain dari tembakau (Kemenkes, RI. 2016). Penelitian kohort mendapatkan anak yang terpapar dengan asap rokok dari lahir sampai usia prasekolah didapatkan berhubungan dengan kejadian *stunting* (Muraro, 2014).

10. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Keluarga sudah menjadi anggota JKN adalah jika seluruh anggota keluarga tersebut memiliki kartu keanggotaan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan/atau kartu kepesertaan asuransi kesehatan lainnya (Kemenkes, RI. 2016). Terdapat hubungan pengetahuan keluarga yang rendah tentang JKN terhadap kepesertaan BPJS (Sastradimulya, 2015).

11. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih

Keluarga mempunyai akses sarana air bersih adalah jika keluarga tersebut memiliki akses dan menggunakan air leding, PDAM atau sumur pompa, atau sumur gali, atau mata air terlindung untuk keperluan sehari-hari (Kemenkes, RI. 2016). Studi literatur tentang krisis ketersediaan air bersih merupakan masalah di perkotaan dengan kepadatan penduduk yang tinggi dan sumber air yang tidak memadai. Rendahnya ketersediaan air

bersih memberikan dampak buruk terutama bagi kesehatan (Utami, 2017).

12. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat

Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat adalah jika keluarga tersebut memiliki akses dan menggunakan sarana untuk buang air besar berupa kloset leher angsa atau kloset plengsengan (Kemenkes, RI. 2016). Faktor pengetahuan, sikap, jarak rumah ke jamban, dukungan keluarga dan dukungan masyarakat berhubungan dengan perilaku keluarga dalam mengakses jamban sehat (Qudsiyah, 2015).

LATIHAN

1. Bagaimanakah upaya Puskesmas untuk mencapai kecamatan sehat?
2. Bagaimanakah keluarga sebagai pusat pemberdayaan?
3. Bagaimanakah konsep PIS-PK?

RANGKUMAN

Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, pemerintah telah menetapkan bahwa pelaksana dari program ini adalah pusat kesehatan masyarakat

(puskesmas) (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 39 Tahun 2016). Puskesmaslah ujung tombak dan penentu keberhasilan program ini. Adapun area prioritas/sasaran yang telah ditetapkan oleh pemerintah melalui program ini adalah penurunan angka kematian ibu/angka kematian bayi (AKI dan AKB), penurunan prevalensi balita pendek (*stunting*), penanggulangan penyakit menular dan penanggulangan penyakit tidak menular. Pelaksanaannya melalui pendekatan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.

TES FORMATIF 1

1. Apakah yang dimaksud dengan fungsi afektif keluarga?
 - A. Mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain
 - B. Proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya
 - C. Mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
 - D. Memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu

meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

- E. Mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi
2. Apakah yang dimaksud dengan fungsi keluarga sebagai pemeliharaan kesehatan?
- A. Mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain
 - B. Proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya
 - C. Mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
 - D. Memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
 - E. Mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi
3. Indikator apakah yang menunjukk Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)?

- A. Jika keluarga merupakan pasangan usia subur, suami atau isteri atau keduanya, terdaftar secara resmi sebagai peserta/akseptor KB dan atau menggunakan alat kontrasepsi
 - B. Jika suami isteri menggunakan kondom atau alat kontrasepsi mandiri
 - C. Jika suami dan isteri menggunakan metode kontrasepsi modern
 - D. Jika suami dan isteri menggunakan metode kontrasepsi tradisional
 - E. Jika suami dan isteri bersedia melakukan metode kontrasepsi mantap
4. Indikator apakah yang menunjukkan bayi mendapat imunisasi dasar lengkap?
- A. Mendapatkan imunisasi hingga program bulan imunisasi anak sekolah
 - B. Mendapatkan imunisasi hingga *booster* campak
 - C. Mendapatkan imunisasi hingga *booster* DPT-TT
 - D. Mendapatkan imunisasi hingga usia 9 bulan
 - E. Mendapatkan minimal imunisasi saat lahir
5. Indikator apakah yang menunjukkan keluarga mempunyai akses sarana air bersih?

- A. Keluarga tersebut memiliki akses dan menggunakan air leding, PDAM atau sumur pompa, atau sumur gali, atau mata air terlindung untuk keperluan sehari-hari
- B. Keluarga memiliki akses air minum isi ulang
- C. Keluarga memiliki jamban keluarga
- D. Keluarga memiliki akses air sungai
- E. Keluarga memiliki akses filtrasi air hingga menjadi jernih dan bersih

DAFTAR PUSTAKA

- Ayesha K, Adnan K. 2015. Family planning implications of considering children a luxury good. *Research and Development Solutions*.
- Dompas, R. 2014. Gambaran Pemberian Imunisasi Dasar Pada Bayi Usia 0-12 Bulan. *Jurnal Ilmiah Bidan*; 2(2).
- Farida, Eddy S, dan Lita SH. 2013. Gambaran peran keluarga terhadap penderita TBC di wilayah kerja Puskesmas Kota Datar Kecamatan Hampanan Perak Kabupaten Deli Serdang Provinsi Sumatera Utara 2013. Medan: Universitas Sumatera Utara.
- Kementerian Kesehatan RI. 2016. Pedoman Umum: Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Jakarta: Katalog Kementerian Kesehatan RI.

- Koyongian, AS, Rina K, Jill L. 2015. Hubungan peran keluarga dengan kepatuhan berobat pasien hipertensi di Desa Batu Kecamatan Likupang Selatan kabupaten Minahasa Utara. *e-Journal Keperawatan (eKp)*; 3(3).
- Kusumaningtyas, K, Sri W. 2016. Faktor pendapatan dan pendidikan keluarga terhadap perkembangan motorik halus anak usia 3-4 Tahun. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes.*; 7(1).
- Makmur, S. 2013. Pelaksanaan keluarga berencana (KB) terhadap tingkat kesejahteraan keluarga. *Jurnal Ilmiah Pendidikan Geografi*.
- Marwati, T, Irfani R.A, Aulia A. 2018. Promosi kesehatan untuk mendukung program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) indicator hipertensi dan KB di desa Combongan. *Jurnal Pemberdayaan: Publikasi hasil pengabdian kepada masyarakat.*; 2(1): 75-82.
- Muraro et al. 2014. Effect of tobacco smoke exposure during pregnancy and preschool age on growth from birth to adolescence: a cohort study. *BMC Pediatrics*;14(99).
- Qudsiyah et al. 2015. Factors associated with high number of open defecation (OD) in District Jember (Studies in Sumber Kalong Village, Kalisat Subdistrict). *e- Jurnal Pustaka Kesehatan*. 3(2): 362- 9.
- Rahel, TL, Aswinda D, Yustika U, dan Betsy SS. Analisis masalah kesehatan penduduk berdasarkan 12 indikator

keluarga sehat rumah susun Tambora. Indonesia Jurnal Kesehatan; 2(1): 14-23.

Sastradimulya, F, Eka N, Yuli S. 2015. Hubungan tingkat pengetahuan pasien tentang jaminan kesehatan nasional dengan status kepesertaan BPJS. Bandung: Universitas Islam bandung.

Sri U, Handayani, SK. 2017. Ketersediaan air bersih untuk kesehatan: Kasus dalam pencegahan diare pada anak. Jakarta: Universitas Terbuka.

Susilaningsih, TI. 2013. Gambaran pemberian asi eksklusif bayi 0-6 bulan di wilayah Puskesmas Samigaluh II Tahun 2013. Jurnal Kesehatan Reproduksi; 4(2):81-90.

MODUL 12

PENDAHULUAN

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan. Keluarga terbentuk oleh ikatan pernikahan. Adapun keluarga sehat adalah suatu keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan keluarga yang terdiri dari individu-individu yang dikepalai oleh seorang kepala keluarga yang tinggal dalam satu lingkungan/satu rumah dapat hidup secara sosial dan ekonomis. Untuk mencapai keluarga yang sehat tersebut, pemerintah Indonesia perlu merumuskan dan mengatur kebijakan akan hal tersebut. Salah satunya adalah dengan program-program pernikahan.

Tujuan Instruksional Umum:

Pada bab ini memberikan pengertian dan kesadaran kepada pembaca, khususnya para remaja agar didalam merencanakan keluarga, mereka dapat mempertimbangkan berbagai aspek berkaitan dengan kehidupan berkeluarga, kesiapan fisik, mental,

emosional, pendidikan, sosial, ekonomi serta menentukan jumlah dan jarak kelahiran.

Tujuan Instuksional Khusus:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang konseling pranikah.
2. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang tes kesehatan pranikah.
3. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang penundaan usia pernikahan.
4. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang keluarga berencana.

KEGIATAN BELAJAR 1

Program Pernikahan dan Keluarga Sehat

A. Materi Pembelajaran

1. Konseling pranikah

a. Pengertian konseling pranikah

Konseling pranikah merupakan prosedur pelatihan berbasis pengetahuan dan keterampilan yang menyediakan informasi mengenai pernikahan yang dapat bermanfaat untuk mempertahankan dan meningkatkan hubungan pasangan yang akan menikah setelah mereka menikah.

Konseling pranikah juga dikenal dengan nama program persiapan pernikahan, pendidikan pranikah, konseling edukatif pranikah, dan terapi pranikah. Konseling pranikah diberikan oleh psikolog atau konselor pernikahan (Sofyan, 2008).

b. Tujuan konseling pranikah

Tujuan konseling pranikah ialah untuk meningkatkan hubungan sebelum pernikahan sehingga dapat berkembang menjadi hubungan pernikahan yang stabil dan memuaskan.

Konseling pranikah akan membekali pasangan dengan kesadaran akan masalah potensial yang dapat terjadi setelah menikah, dan informasi serta sumber daya untuk secara efektif mencegah atau mengatasi masalah-masalah tersebut hingga pada akhirnya dapat menurunkan tingkat ketidakbahagiaan dalam pernikahan dan perceraian.

Konseling pranikah juga bermanfaat untuk menjembatani harapan-harapan yang dimiliki oleh pasangan terhadap pasangannya dan pernikahan yang mereka inginkan yang belum sempat atau belum bisa dibicarakan sebelumnya dengan dibantu oleh tenaga profesional psikolog/konselor pernikahan.

c. Materi konseling pranikah

Adapun materi yang diberikan saat konseling pranikah adalah sebagai berikut (Fatchiah, 2009):

- 1) Memberikan informasi mengenai kehidupan pernikahan kepada pasangan.
- 2) Meningkatkan kemampuan komunikasi pasangan.
- 3) Mengembangkan keterampilan menyelesaikan konflik.
- 4) Memberi kesempatan pada pasangan untuk mendiskusikan mengenai topik tertentu yang sensitif, seperti mengenai peran dan tanggung jawab suami-istri, seks, keuangan, dan hubungan dengan mertua.

2. Tes kesehatan pranikah

Di kalangan masyarakat kita, tes kesehatan pra nikah atau *pre-marital screening* masih belum membudaya. Pemeriksaan kesehatan ini umumnya belum dianggap sebagai hal penting yang perlu dilakukan oleh setiap pasangan sebelum menikah. Padahal, tes kesehatan pra nikah ini dapat menghindarkan berbagai risiko penyakit jangka panjang, baik bagi pasangan tersebut maupun keturunannya (Katz, K&Nare C, 2002).

Ada beberapa tahapan dari tes kesehatan pra nikah, meliputi pemeriksaan riwayat penyakit terdahulu, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium (Katz, K& Nare C, 2002).

Pemeriksaan riwayat penyakit terdahulu memberikan gambaran risiko penyakit yang dimiliki. Kemudian melalui

pemeriksaan fisik bisa diketahui adanya gangguan maupun kelainan. Dengan pemeriksaan laboratorium, penyakit-penyakit yang belum diketahui sebelumnya bisa dideteksi (Katz, K& Nare C, 2002).

Selanjutnya dilakukan skrining untuk mengantisipasi penularan penyakit infeksi, seperti TBC, HIV, *toxoplasma* dan hepatitis. Risiko penyakit hormonal bisa diantisipasi dengan skrining. Penyakit hormonal seperti diabetes melitus, memberikan risiko keguguran pada ibu hamil dan berisiko bayi lahir cacat. Dengan skrining pranikah, istri bisa mengantisipasi hal tersebut dengan menjaga pola hidup untuk mengendalikan kadar gula darahnya. Begitu pula dengan penyakit kongenital, misalnya kelainan jantung, meskipun penyakit ini tidak menular, tetapi pada istri yang hamil berisiko kematian jika kerusakan jantung yang dialaminya tergolong berat (Katz, K& Nare C, 2002).

Risiko lain yang bisa diantisipasi adalah invertilitas (ketidaksuburan). Melalui skrining, calon pasangan suami-istri bisa mengetahui kondisi sistem reproduksinya. Misalkan pada wanita dengan obesitas, risiko invertilitasnya tinggi, maka ia harus menurunkan berat badannya mendekati ideal jika ingin sukses hamil (Katz, K& Nare C, 2002).

Begitu pula jika terjadi gangguan pada sistem reproduksinya, bisa dilakukan pengobatan lebih dulu. Kesehatan reproduksi pria juga bisa diketahui melalui *skrining*. Apabila ditemukan gangguan, maka faktor-faktor risiko harus dihindari, misalnya merokok, terpapar radiasi dan terkena panas berlebihan yang bisa merusak sel sperma. Jika ada kelainan pada alat reproduksi, bisa dilakukan operasi dan pengobatan. Hal ini bisa meminimalisir kasus invertilitas yang sering membuat pasangan gelisah karena lama tidak mendapatkan keturunan (Katz, K&Nare C, 2002).

3. Penundaan usia pernikahan

Batas usia dalam melangsungkan perkawinan adalah sangat penting. Hal ini karena di dalam perkawinan menghendaki kematangan psikologis. Usia perkawinan yang terlalu muda dapat mengakibatkan meningkatnya kasus perceraian karena kurangnya kesadaran untuk bertanggungjawab dalam kehidupan berumah tangga bagi suami istri.

Meskipun batas umur perkawinan telah ditetapkan dalam pasal 7 ayat (1) UU No. 1 tahun 74, yaitu perkawinan hanya diijinkan jika pihak pria sudah mencapai umur 19 tahun dan pihak wanita sudah mencapai umur 16 tahun. Kenyataannya masih banyak kita jumpai perkawinan di bawah umur.

Undang-Undang nomer 23 tahun 2002, tentang perlindungan anak pasal 1, menjelaskan dalam undang-undang ini yang dimaksud dengan anak adalah seseorang yang belum berusia 18 tahun, termasuk yang masih dalam kandungan. Hak anak adalah bagian dari hak asasi manusia yang wajib dijamin, dilindungi dan dipenuhi oleh orangtua, masyarakat, pemerintah dan negara.

Undang-Undang RI nomer 4 tahun 1979 tentang kesejahteraan anak, menyebutkan bahwa anak adalah mereka yang belum berusia 21 tahun dan belum menikah. Maka, secara keseluruhan dapat dilihat bahwa rentang usia anak terletak pada skala 0 sampai dengan 21 tahun. Penjelasan mengenai batas usia 21 tahun ditetapkan berdasarkan pertimbangan kepentingan usaha, kesejahteraan sosial, kematangan pribadi, dan kematangan mental seseorang yang umumnya dicapai setelah seseorang melampaui usia 21 tahun.

Usia perkawinan yang masih muda bagi perempuan menjadi refleksi perubahan sosial ekonomi. Pergeseran ini tidak hanya berpengaruh terhadap potensi kelahiran tetapi juga terkait dengan peran dalam pembangunan bidang pendidikan dan ekonomi (Abdullah Boedi dan Saebani Beni Ahmad, 2013 & Rafidah dkk, 2009).

Para remaja masih perlu bekal yang banyak, baik bekal kedewasaan fisik, mental maupun sosial ekonomi, ilmu pengetahuan umum, agama, pengalaman hidup dalam kehidupan berumah tangga. Faktor lingkungan masyarakat dan orangtua cukup berpengaruh terhadap pembentukan konsep diri pada anak, karena si anak melihat kalau ibunya banyak juga yang melakukan pernikahan dini. Faktor tingkat ekonomi orangtua yang rendah banyak menyebabkan orangtua menikahkan anaknya di usia yang masih muda. Peranan orang tua sangat besar artinya bagi psikologis anak-anaknya. Mengingat keluarga adalah tempat pertama bagi tumbuh perkembangan anak sejak lahir hingga dewasa, maka pola asuh anak perlu disebarluaskan pada setiap keluarga ekonomi (Abdullah Boedi dan Saebani Beni Ahmad, 2013& Rafidah dkk, 2009).

Pendewasaan usia perkawinan (PUP) adalah upaya untuk meningkatkan usia pada perkawinan pertama, sehingga mencapai usia minimal pada saat perkawinan yaitu 20 tahun bagi wanita dan 25 tahun bagi pria. Apabila seseorang gagal mendewasakan usia perkawinannya, maka dianjurkan untuk penundaan kelahiran anak pertama. Dengan menunda usia perkawinan, diharapkan para remaja lebih siap dalam memasuki rumah tangga dan membina keluarga yang lebih harmonis (BKKBN, 2010).

PUP bukan sekedar menunda sampai usia tertentu saja tetapi mengusahakan agar pernikahan dilakukan pada pasangan yang sudah siap/dewasa dari ekonomi, kesehatan, mental/psikologi. Tujuan program pendewasaan usia perkawinan adalah memberikan pengertian dan kesadaran kepada remaja agar didalam merencanakan keluarga, mereka dapat mempertimbangkan berbagai aspek berkaitan dengan kehidupan berkeluarga, kesiapan fisik, mental, emosional, pendidikan, sosial, ekonomi serta menentukan jumlah dan jarak kelahiran (BKKBN, 2010).

a. Dilihat dari aspek kesehatan

Bagi remaja puteri yang menikah pada usia muda (<20 tahun) dapat berpengaruh pada tingginya angka kematian ibu yang melahirkan, kematian bayi serta rendahnya derajat kesehatan ibu dan anak. Dalam masa reproduksi perempuan, usia dibawah 20 tahun adalah usia yang diharapkan dapat menunda perkawinan dan kehamilan, karena merupakan masa tumbuh kembang secara fisik dan psikis, kemudian tubuh remaja puteri berusia kurang dari 20 tahun, secara anatomi juga belum siap untuk proses mengandung maupun melahirkan (dapat terjadi komplikasi), karena itu dianjurkan agar perempuan menikah pada usia minimal 20 tahun dan laki-laki usia 25 tahun. Apabila terjadi

pernikahan usia dini, maka dianjurkan untuk menunda kehamilan sampai usia isteri 20 tahun, yaitu dengan menggunakan kontrasepsi KB (Fadlyana dan Larasaty, 2009).

Apabila sudah terlanjur hamil pada pernikahan usia dini, maka upaya ekstra segera dilakukan, yaitu menjaga kondisi kesehatan ibu dan janin yang dikandungnya dengan melakukan pemeriksaan rutin maupun berkala kepada tenaga medis (dokter/bidan), kemudian yang tidak kalah pentingnya adalah ibu hamil mendapatkan asupan makanan yang bergizi, menghindari stress dan sebagainya. Perempuan yang hamil pada usia remaja cenderung memiliki berbagai resiko kehamilan yang disebabkan kurangnya pengetahuan dan ketidaksiapan dalam menghadapi kehamilannya, akibatnya mereka kurang memperhatikan kehamilannya, hal ini dapat mengakibatkan keguguran pada usia kurang dari 20 minggu, pre eklampsia (tekanan darah yang tidak teratur), eklampsia (terjadi kejang pada kehamilan), infeksi (peradangan), anemia (kadar hemoglobin dalam darah berkurang), terjadinya kanker rahim karena belum sempurnanya perkembangan pada dinding rahim (Fadlyana dan Larasaty, 2009).

Terjadinya resiko kematian pada proses persalinan, *premature* (kelahiran bayi sebelum usia kehamilan 37 minggu),

terjadi kesulitan persalinan (disebabkan karena faktor dari ibu, bayi dan proses persalinan), BBLR (berat bayi lahir rendah < dari 2.500 gram), kematian bayi (usia < dari 1 tahun), kelainan bawaan (kelainan/cacat sejak dalam proses kehamilan) (Fadlyana dan Larasaty, 2009).

b. Dilihat dari aspek ekonomi

Perekonomian dalam keluarga sangat penting, karena ekonomi dapat mempengaruhi keharmonisan dalam keluarga, secara umum pada usia remaja yang menikah dini mempunyai sebab akibat dengan kemiskinan. Keluarga dengan kondisi ekonomi rendah memiliki kecenderungan untuk menikahkan anak di usia dini, disisi lain remaja yang menikah usia dini sering kali mengalami kesulitan ekonomi. Untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari dalam keluarga biasanya masih bergantung kepada orang tua dan orang lain yang mau membantu. Oleh karena itu idealnya setiap calon suami isteri harusnya sudah menyiapkan diri untuk memenuhi kebutuhannya, seperti kebutuhan primer (kebutuhan yang wajib dipenuhi), kebutuhan sekunder (kebutuhan yang diperlukan setelah semua kebutuhan primer terpenuhi), dan kebutuhan tersier (Afifah, 2011).

Disisi lain program PUP menganjurkan setiap remaja dapat mempersiapkan diri secara ekonomi sebelum memasuki kehidupan keluarga, yaitu dengan menunda usia perkawinan sampai dengan adanya kesiapan secara ekonomi untuk masing-masing pasangan atau calon suami-isteri (Afifah, 2011).

c. Dilihat dari aspek psikologis

Merupakan kesiapan individu dalam menjalankan peran sebagai suami atau isteri, mengetahui akan tugasnya masing-masing, siap dalam memasuki kehidupan perkawinan, mampu menghadapi berbagai masalah yang timbul, saling menjaga keharmonisan rumah tangga/keluarga, menjaga kelangsungan pernikahan, kemampuan menyesuaikan diri sebagai pasangan suami-isteri (Newman, 2006).

d. Dilihat dari aspek pendidikan

Menyangkut pendidikan dan keterampilan sebagai penopang dan sumber dalam mencari nafkah untuk memenuhi kebutuhan hidup, biasanya pernikahan dini sering kali menyebabkan remaja tidak lagi bersekolah, mempunyai tanggungjawab baru sebagai kepala keluarga dan calon ayah atau isteri sebagai calon ibu. Kondisi lain biaya pendidikan yang tidak terjangkau menyebabkan remaja terutama perempuan berhenti

sekolah dan kemudian dinikahkan untuk mengalihkan beban tanggungjawab orang tua (Newman, 2006).

e. Dilihat dari aspek kependudukan

Median usia kawin pertama bagi perempuan sangat mempengaruhi situasi kependudukan, terutama fertilitas (kemampuan seorang perempuan untuk melahirkan bayi hidup). Pernikahan dini pada perempuan akan mempunyai rentang waktu lebih panjang terhadap resiko untuk hamil, semakin muda umur perkawinan seseorang, maka masa subur reproduksi akan lebih panjang dilewatkan dalam ikatan perkawinan (Wolfinger&Wilcox, 2008).

Tujuan PUP seperti ini berimplikasi pada perlunya peningkatan usia kawin yang lebih dewasa. Program pendewasaan usia kawin dalam program KB bertujuan meningkatkan usia kawin perempuan pada umur 21 tahun serta menurunkan kelahiran pertama pada usia ibu di bawah 21 tahun. Pendewasaan usia perkawinan dan perencanaan keluarga merupakan kerangka dari program pendewasaan usia perkawinan. Kerangka ini terdiri dari empat masa reproduksi, yaitu (BKKBN, 2010): 1) Masa menunda perkawinan dan kehamilan, 2) Masa mencegah kehamilan, 3) Masa menjarangkan kehamilan, 4) Masa mengakhiri kehamilan.

a. Masa Menunda Perkawinan dan Kehamilan

Elizabeth B. Hurlock (1993) mengungkapkan bahwa laki-laki, organ pendewasaan usia perkawinan dan hak-hak reproduksi bagi remaja di usia 14 tahun baru sekitar 10% dari ukuran matang. Setelah dewasa, ukuran dan proporsi tubuh dan organ reproduksi berkembang. Bagi laki-laki, kematangan organ reproduksi terjadi pada usia 20 atau 21 tahun. Organ reproduksi perempuan tumbuh pesat pada usia 16 tahun.

Pada masa tahun pertama menstruasi dikenal dengan tahap kemandulan remaja, yang tidak menghasilkan ovulasi atau pematangan dan pelepasan telur yang matang dari folikel dalam indung telur. Organ reproduksi dianggap sudah cukup matang di atas 18 tahun, pada usia ini rahim (*uterus*) bertambah panjang dan indung telur bertambah besar. Dalam masa reproduksi, usia di bawah 20 tahun adalah usia yang dianjurkan untuk menunda perkawinan dan kehamilan. Usia ini seorang remaja masih dalam proses tumbuh kembang baik secara fisik maupun psikis. Proses pertumbuhan berakhir pada usia 20 tahun, maka dianjurkan perempuan menikah pada usia 20 tahun. Apabila pasangan suami istri menikah pada usia kurang dari 20 tahun, maka dianjurkan untuk menunda kehamilan sampai usia istri 20 tahun dengan menggunakan alat kontrasepsi.

b. Masa Mencegah Kehamilan

Perempuan yang menikah pada usia kurang dari 20 tahun dianjurkan menunda kehamilannya sampai usianya minimal 20 tahun. Untuk menunda kehamilan pada masa ini ciri kontrasepsi yang diperlukan adalah kontrasepsi yang mempunyai *reversibilitas* dan efektivitas tinggi. Kontrasepsi yang dianjurkan adalah kondom, Pil, IUD, implan dan suntik.

c. Masa Menjarangkan kehamilan

Masa menjarangkan kehamilan terjadi pada periode pasangan usia subur (PUS) berada pada umur 20-35 tahun, merupakan periode yang paling baik untuk hamil dan melahirkan karena resiko paling rendah bagi ibu dan anak. Jarak ideal untuk menjarangkan kehamilan adalah 5 tahun, sehingga tidak ada 2 balita dalam 1 periode. Untuk menjarangkan kehamilan dianjurkan menggunakan alat kontrasepsi.

Pemakaian alat kontrasepsi pada tahap ini dilaksanakan untuk menjarangkan kelahiran agar ibu dapat menyusui anaknya dengan baik dan benar. Semua kontrasepsi, yang dikenal sampai sekarang dalam program keluarga berencana nasional, pada dasarnya cocok untuk menjarangkan kelahiran. Akan tetapi dianjurkan setelah kelahiran anak pertama langsung menggunakan alat kontrasepsi spiral (IUD).

d. Masa Mengakhiri Kehamilan

Masa mengakhiri kehamilan, berada pada usia PUS di atas 35 tahun, sebab secara empirik diketahui melahirkan anak di atas 35 tahun banyak mengalami resiko medik. Ciri kontrasepsi yang dianjurkan untuk masa ini adalah kontrasepsi yang mempunyai efektivitas sangat tinggi, dapat dipakai jangka panjang dan tidak menambah kelainan yang sudah ada (pada usia tua kelainan seperti penyakit jantung, darah tinggi, keganasan dan metabolik biasanya meningkat, oleh karena itu sebaiknya tidak diberikan kontrasepsi yang menambah kelainan tersebut). Kontrasepsi yang dianjurkan adalah steril, IUD dan implan.

4. Keluarga berencana

Keluarga Berencana atau yang lebih akrab disebut KB adalah program skala nasional untuk menekan angka kelahiran dan mengendalikan pertumbuhan penduduk di suatu negara. Sebagai contoh, Amerika Serikat punya program KB yang disebut dengan *planned parenthood*. Program KB juga secara khusus dirancang demi menciptakan kemajuan, kestabilan, dan kesejahteraan ekonomi, sosial, serta spiritual setiap penduduknya (Wilopo, 1997).

Program KB di Indonesia diatur dalam UU N0 10 tahun 1992, yang dijalankan dan diawasi oleh Badan Kependudukan

dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Wujud dari program Keluarga Berencana adalah pemakaian alat kontrasepsi untuk menunda/mencegah kehamilan. Berikut alat kontrasepsi yang paling sering digunakan kondom, pill KB, IUD, suntik, KB implan/susuk, vasektomi dan tubektomi (KB permanen) (Purwaningsih, 2016).

Mencatat berbagai sumber, data Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) terbaru dari BKKBN menyebutkan tren angka kelahiran total (*total fertility rate*/TFR) di Indonesia nyatanya memang mengalami penurunan sejak tahun 1991. Pada akhir tahun 1991, angka kelahiran total tercatat mencapai tiga persen. Catatan terbaru melaporkan bahwa angka kelahiran total di Indonesia berhasil diturunkan dari 2,6 anak per wanita pada 2012 menjadi 2,4 anak per wanita pada 2017. Penurunan tren ini sejalan beriringan dengan semakin meningkatnya jumlah pemakaian alat kontrasepsi (alat KB) dari 62% pada tahun 2012 menjadi 66 persen hingga 2017 silam (BKKBN, 2018).

Namun meski angka total kelahiran dinyatakan menurun, angka tersebut diakui oleh KBBN belum mencapai sasaran Rencana Strategis (Renstra) yang bertujuan untuk menurunkan TFR hingga 2,28 anak per wanita. Itulah kenapa pemerintah berencana untuk kembali melanjutkan kampanye

program keluarga berencana demi mencapai target tersebut pada akhir 2019 (BKKBN, 2018).

Program keluarga berencana tidak semata-mata dibuat untuk memenuhi target pemerintah saja. Jika dilihat dari kacamata medis, program ini sebenarnya memiliki banyak keuntungan bagi kesehatan setiap anggota keluarga. Tak hanya ibu, anak dan suami juga bisa merasakan efek dari program ini secara langsung. Berikut berbagai manfaat menjalankan program keluarga berencana:

a. Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan

Di Indonesia, ada sekitar 20% insiden kebobolan hamil (kehamilan yang tidak direncanakan/diinginkan) dari total jumlah kehamilan yang tercatat pada populasi pasangan menikah. Ini menandakan bahwa akses informasi dan pengetahuan soal kontrasepsi masih tergolong rendah.

Kehamilan yang tidak direncanakan bisa terjadi pada wanita yang belum atau sudah pernah hamil tetapi sedang tidak ingin punya anak. Kejadian ini juga bisa saja terjadi karena waktu kehamilan yang tidak sesuai dengan yang diinginkan, misalnya jarak usia anak pertama dan kedua terlalu dekat.

Ada berbagai risiko komplikasi kesehatan yang mungkin terjadi akibat kehamilan yang tidak diinginkan, baik untuk sang

ibu sendiri maupun jabang bayinya. Kehamilan yang tidak direncanakan dan tidak diinginkan dapat meningkatkan risiko bayi lahir prematur, berat rendah (BBLR), hingga cacat lahir.

Sementara risiko pada ibu termasuk depresi saat hamil dan setelah melahirkan (*postpartum*), hingga komplikasi melahirkan yang bisa berujung fatal seperti toksemia, perdarahan berat, hingga kematian ibu. Oleh karena itu, penting bagi setiap wanita dan pria Indonesia untuk mengetahui tentang manfaat kontrasepsi dan pentingnya merencanakan kehamilan sebelum memutuskan untuk berhubungan seksual.

b. Mengurangi risiko aborsi

Kehamilan tidak diinginkan sangat berisiko meningkatkan angka aborsi *ilegal* yang bisa berakibat fatal. Sebab pada dasarnya, hukum Indonesia menyatakan aborsi adalah tindakan ilegal dengan beberapa pengecualian tertentu. Tindak aborsi sangat diatur ketat dalam UU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan dan Peraturan Pemerintah Nomor 61 tahun 2014 tentang Kesehatan Reproduksi.

Berdasarkan dua aturan negara tersebut, aborsi di Indonesia hanya boleh dilakukan di bawah pengawasan tim dokter setelah didasari alasan medis yang kuat. Misalnya, karena kehamilan berisiko tinggi yang mengancam nyawa ibu dan/atau

janin, korban perkosaan, dan kasus gawat darurat tertentu. Di luar itu, aborsi dinyatakan *illegal* dan termasuk ranah hukum pidana.

Itu kenapa kebanyakan kasus aborsi di Indonesia dilakukan sendiri diam-diam dengan prosedur yang tidak sesuai dengan standar medis. Alhasil, risiko kematian ibu dan janin akibat aborsi sangatlah tinggi.

c. Menurunkan angka kematian ibu

Merencanakan kapan waktu yang tepat untuk hamil dan punya anak nyatanya menguntungkan buat kesehatan wanita. Kehamilan yang tidak diinginkan dan tidak direncanakan dapat memperbesar peluang risiko berbagai komplikasi kehamilan dan melahirkan, termasuk kematian ibu.

Tren komplikasi kehamilan dan melahirkan sebagian besar ditunjukkan oleh kelompok perempuan yang menikah di usia terlalu dini. Data kolaborasi BPS dan UNICEF Indonesia melaporkan, anak perempuan usia 10-14 tahun berisiko lima kali lebih besar untuk meninggal saat masih hamil maupun selama persalinan akibat komplikasinya daripada perempuan yang hamil di usia 20-24 tahun.

Beberapa risiko komplikasi yang harus dihadapi oleh anak perempuan yang hamil di usia belia adalah fistula obstetri, infeksi, perdarahan hebat, anemia, dan eklampsia. Hal ini bisa

terjadi karena tubuh anak perempuan belum “matang” secara fisik maupun biologis. Alhasil, mereka akan lebih berisiko untuk menerima dampak dari kehamilan yang tidak direncanakan dengan matang.

Risiko berbagai komplikasi ini juga tercermin dan mungkin terjadi terlebih jika semakin sering hamil dengan jarak yang berdekatan. Kabar baiknya, berbagai penyebab kematian ibu akibat komplikasi kehamilan dan persalinan sebenarnya dapat dicegah salah satunya dengan mengikuti program KB. Sebab selain menekankan pentingnya kontrasepsi demi mencegah kehamilan, program keluarga berencana juga menyediakan akses layanan untuk merencanakan waktu, jumlah, dan jarak kehamilan yang tepat bagi setiap pasangan.

d. Mengurangi angka kematian bayi

Wanita yang hamil dan melahirkan di usia dini berisiko lebih tinggi melahirkan bayi prematur, lahir dengan berat badan rendah, dan kekurangan gizi. Berbagai laporan bahkan mengatakan bahwa bayi yang dilahirkan oleh perempuan berusia sangat belia memiliki risiko kematian dini lebih tinggi daripada ibu yang berusia lebih tua.

Hal ini terjadi karena janin bersaing untuk mendapatkan asupan gizi dengan tubuh ibunya, yang notabene juga sama-sama masih dalam tahap tumbuh kembang. Bayi yang tidak mendapatkan cukup asupan gizi dan darah bernutrisi akan terhambat atau bahkan gagal berkembang dalam kandungan.

e. Membantu mencegah HIV/AIDS

Salah satu metode kontrasepsi yang umum dan paling mudah ditemukan adalah kondom. Kontrasepsi ini bisa di temukan dengan mudah di setiap minimarket dan toko swalayan. Sayangnya, banyak orang masih segan menggunakan kontrasepsi satu ini karena merasa bahwa kondom justru mengurangi kenikmatan saat berhubungan seksual. Padahal penggunaan kondom tak hanya sebatas untuk mencegah kehamilan yang tidak diinginkan saja. Kondom juga dapat mencegah penularan penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS.

Pada wanita, kontrasepsi dapat mengurangi risiko penyebaran virus HIV dari ibu yang terinfeksi kepada bayi. Alhasil, risiko bayi terinfeksi HIV setelah dilahirkan pun menurun.

f. Menjaga kesehatan mental keluarga

Meski pahit untuk didengar, kenyataannya tidak semua anak hasil kehamilan di luar rencana tergolong sejahtera lahir batin selama hidupnya. Kehamilan yang tidak diinginkan berpotensi merampas hak anak untuk bertumbuh kembang secara maksimal dari segala aspek, mulai dari tumbuh kembang secara biologis, sosial, dan pendidikan.

Setiap anak yang dilahirkan dari rahim seorang ibu berhak untuk mendapatkan kasih sayang yang tulus dari orangtua. Jadi, tentu saja kehadiran buah hati perlu dipersiapkan secara matang.

Di sisi lain, wanita juga sangat rentan mengalami depresi saat hamil dan setelah melahirkan. Apalagi jika kehamilan tersebut terjadi pada usia belia atau bahkan ketika pasangan belum siap memiliki anak. Pria pun juga sudah terbukti bisa mengalami depresi selama istrinya hamil atau melahirkan, karena belum siap secara fisik, finansial, hingga mental untuk menjadi seorang ayah sekaligus kepala keluarga.

Melalui program keluarga berencana, pasangan bisa menentukan sendiri kapan waktu yang tepat untuk memiliki momongan. Dengan begitu, pasangan bisa mempersiapkan kehamilan secara fisik, finansial, dan mental dengan lebih baik. Program keluarga berencana juga dapat membantu dalam

merencanakan masa depan sikecil dengan lebih matang. Persiapan yang matang ini tentu akan memengaruhi kondisi psikologis sekeluarga.

Lebih jauh lagi, program keluarga berencana bisa memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi pasangan untuk mengembangkan potensi diri demi mencapai kesejahteraan pribadi sebelum merasa mantap untuk membangun keluarga bahagia, seperti meniti karir, melanjutkan studi ke tingkat yang lebih tinggi, atau mengasah kemampuan yang di miliki.

LATIHAN

1. Apa saja materi yang diberikan ketika konseling pranikah?
2. Apa saja tahapan dari tes kesehatan pranikah?
3. Apa maksud dari Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP)?
4. Apa saja manfaat program KB?

RANGKUMAN

1. Konseling pranikah merupakan prosedur pelatihan berbasis pengetahuan dan keterampilan yang menyediakan informasi mengenai pernikahan yang dapat bermanfaat untuk mempertahankan dan meningkatkan hubungan pasangan yang akan menikah setelah mereka menikah.

2. Konseling pranikah juga dikenal dengan nama program persiapan pernikahan, pendidikan pranikah, konseling edukatif pranikah, dan terapi pranikah. Konseling pranikah diberikan oleh psikolog atau konselor pernikahan.
3. Tes kesehatan pra nikah (*pre-marital screening*) dapat menghindarkan berbagai risiko penyakit jangka panjang, baik bagi pasangan tersebut maupun keturunannya. Ada beberapa tahapan dari tes kesehatan pra nikah, meliputi pemeriksaan riwayat penyakit terdahulu, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan laboratorium.
4. Pemeriksaan riwayat penyakit terdahulu memberikan gambaran risiko penyakit yang dimiliki. Kemudian melalui pemeriksaan fisik bisa diketahui adanya gangguan maupun kelainan. Dengan pemeriksaan laboratorium, penyakit-penyakit yang belum diketahui sebelumnya bisa dideteksi.
5. Menurut UU No. 1 tahun 1974 mengenai batas umur perkawinan, bahwa perkawinan hanya diijinkan jika pihak pria sudah mencapai umur 19 tahun dan pihak wanita sudah mencapai umur 16 tahun.
6. Program Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP) yang dibuat oleh BKKBN bertujuan untuk menunda sampai usia tertentu saja dan mengusahakan agar pernikahan dilakukan pada

pasangan yang sudah siap/dewasa dari aspek kesehatan, ekonomi, psikologis, pendidikan, serta kependudukan.

7. Keluarga Berencana (KB) adalah program skala nasional untuk menekan angka kelahiran dan mengendalikan pertumbuhan penduduk di suatu negara. Wujud dari program Keluarga Berencana adalah pemakaian alat kontrasepsi untuk menunda/mencegah kehamilan, seperti kondom, pil KB, IUD, suntik, KB implan/susuk, vasektomi dan tubektomi (KB permanen).
8. Manfaat program KB antara lain, mencegah kehamilan yang tidak diinginkan, mengurangi risiko aborsi, menurunkan angka kematian ibu, mengurangi angka kematian bayi, membantu mencegah HIV/AIDS, serta menjaga kesehatan mental keluarga.

TES FORMATIF 1

1. Seorang Perempuan usia 37 tahun, paritas 5, datang ke bidan praktek mandiri untuk melakukan kontrol ulang suntik 3 bulan. Anamnesa menunjukkan sudah 6 tahun menggunakan suntik 3 bulan. Asuhan yang paling tepat dilakukan oleh bidan...
 - a. Menjelaskan batas penggunaan KB hormonal

- b. Menjelaskan efek samping KB suntik 3 bulan
 - c. Menganjurkan ibu menggunakan alat kontrasepsi jangka panjang
 - d. Memberi penyuntikan KB 3 bulan
2. Pada perencanaan keluarga 20-35 tahun terdapat fase menjarangkan kehamilan. Metode kontrasepsi yang cocok pada fase ini adalah...
- a. Pil
 - b. IUD
 - c. Kondom
 - d. Suntik
3. Nyonya R berumur 40 tahun, dengan paritas 5. Suami nyonya R berumur 45 tahun. Nyonya R bersama suaminya datang ke klinik bidan mandiri dengan tujuan ingin mendapatkan informasi tentang metode kontrasepsi. Nyonya R tidak ingin hamil lagi karena menderita penyakit jantung yang berat. Nyonya R ingin suaminya yang mengikuti program KB. Tujuan KB untuk keluarga nyonya R adalah untuk...
- a. Menjarangkan kehamilan
 - b. Mengakhiri kehamilan
 - c. Mencegah kehamilan
 - d. Menunda kehamilan

DAFTAR PUSTAKA

- Afifah, T. 2011. Perkawinan Dini dan Dampak Status Gizi. *Gizi Indonesia*: 34(2).
- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). 2010. Pendewasaan usia perkawinan dan perlindungan hak-hak reproduksi bagi remaja Indonesia. Jakarta: Direktorat Remaja dan Hak-Hak Reproduksi Remaja.
- Boedi, A; Ahmad, SB. 2013. Pengaruh Pendidikan Terhadap Terjadinya Pernikahan Dini. Jakarta: Rineka Cipta Jaya Jakarta.
- BKKBN. 2018. Informasi Kependudukan KB, dan Pembangunan Keluarga. *Jurnal Keluarga*.
- Fadlyana, E; Larasaty, S. 2009. Pernikahan Usia Dini Dan Permasalahannya. *Sari Pediatri*: 11(2).
- Katz, K; Nare, C. 2002. Reproductive health knowledge & use of services among young adults in Dakar Unegal. *Journal Bio Sosial Science*: 34.
- Kertamuda, Fatchiah E. 2009. Konseling pernikahan untuk keluarga Indonesia. Jakarta: Salemba Humanika. Sofyan, S. Willis. 2008. Konseling keluarga (*Family Counseling*). Bandung: Alfabeta.
- Newman. 2006. Development through life. A psychological approach. USA: Thomson Wadsworth.

- Purwaningsih, SS. 2016. Desentralisasi Program Keluarga Berencana: Tantangan dan Persoalan kasus-kasus provinsi Kalimantan Barat. *Jurnal Kependudukan Indonesia*: 7(2).
- Rafidah. 2009. Faktor-faktor yang berhubungan dengan pernikahan diusia dini. *Jurnal Berita Kedokteran Masyarakat*: 25(2).
- Wilopo, SA. 1997. Arah dan Implementasi Kebijakan Program Keluarga Berencana di Indonesia. Jakarta.
- Wolfinger, NH; Wilcox, WB. 2008. Happily ever after? Religion, marital status, *gender*, and relationship quality. *Social forces*, 2008: 86(3).

MODUL 13

PENDAHULUAN

Tujuan Instruksi Umum:

Mahasiswa dapat menjelaskan tentang program gerakan masyarakat sehat dan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK)

Tujuan Instruksi Khusus:

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang program gerakan masyarakat sehat
- b. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK)

KEGIATAN BELAJAR 1

GERMAS dan PIS-PK

A. MATERI PEMBELAJARAN

Dua kegiatan dengan pendekatan kesehatan masyarakat yang diluncurkan pada tahun 2016 adalah pendekatan keluarga dengan 12 indikator keluarga sehat dan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) yang berfokus pada 3 aspek perubahan

perilaku yaitu melakukan aktivitas fisik, mengonsumsi sayur dan buah, dan melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk mendeteksi faktor resiko yang ada pada setiap orang. Kedua strategi yang diluncurkan ini merupakan andalan pendekatan pembangunan berbasis kesehatan masyarakat sebagai subsistem dari upaya kesehatan dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) (Kemenkes RI 2016a; Kemenkes RI, 2017a).

Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) yang berfokus pada 3 aspek perubahan perilaku yaitu melakukan aktivitas fisik, mengonsumsi sayur dan buah, dan melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk mendeteksi faktor resiko yang ada pada setiap orang. Gerakan ini diperkuat oleh Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017, yang menginstruksikan kepada para Menteri Kabinet Kerja, Kepala Lembaga Pemerintah dan non Pemerintah, Direktur Utama BPJS Kesehatan serta Para Gubernur dan Bupati/Walikota untuk menetapkan kebijakan dan mengambil langkah-langkah sesuai tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing untuk mewujudkan Germas (Inpres No.1 tahun 2017; Kuswenda, 2017).

Melalui Germas diharapkan masyarakat bisa berperilaku sehat, sehingga produktivitas ikut meningkat. Selain itu tercipta lingkungan yang bersih, yang pada akhirnya menurunkan angka

kesakitan dan biaya yang dikeluarkan masyarakat. Seluruh lapisan masyarakat diharapkan terlibat dalam Germas. Bersama-sama, baik individu, keluarga, dan masyarakat mempraktekkan pola hidup sehat sehari-hari. Demikian pula dari kalangan akademisi (universitas), dunia usaha (swasta), organisasi masyarakat (Karang Taruna, PKK, dan lainnya), organisasi profesi, masing-masing menggerakkan institusi dan organisasi agar anggotanya berperilaku sehat. Sedangkan pemerintah pusat dan daerah menyiapkan sarana dan prasarana serta kegiatan yang mendukung pelaksanaan Germas sesuai tugas dan fungsinya (Kuswenda, 2017).

Pada tahun 2016 dan 2017 Kementerian Kesehatan secara nasional akan memulai dengan kampanye melaksanakan kegiatan aktivitas fisik, mengonsumsi sayur dan buah, serta memeriksa kesehatan secara rutin (Kuswenda, 2017):

1. Melakukan aktivitas fisik, adalah setiap gerakan tubuh yang melibatkan otot rangka dan mengakibatkan pengeluaran energi. Aktivitas fisik dapat dilakukan dimana saja dan kapan saja. Gerakan dapat dilakukan paling sedikit 30 menit setiap hari. Perlu batasi kegiatan banyak duduk seperti menonton TV, main game dan komputer, apalagi jika ditambah dengan makan kudapan yang manis, asin, dan berminyak. Aktivitas

fisik dapat dilakukan di sekolah, rumah, tempat kerja, tempat umum.

2. Mengonsumsi makanan seimbang. Sayur dan buah harus selalu tersaji dalam menu sehari-hari baik untuk semua anggota keluarga, baik dikonsumsi di rumah maupun di tempat aktivitas lainnya. Manfaatkan buah dan sayur lokal yang tersedia di pasar setempat. Perlu pembatasan konsumsi makanan yang mengandung gula, garam, minyak, serta perbanyak minum air putih
3. Melakukan pemeriksaan kesehatan rutin. Pemeriksaan kesehatan rutin diantaranya meliputi cek tekanan darah, cek kadar gula darah, cek kolesterol darah, tes darah lengkap di laboratorium, ukur lingkar perut ibu dan anak serta kesehatan reproduksi yaitu khusus perempuan lakukan tes Inspeksi Visual Asam cuka (IVA) untuk deteksi dini kanker leher rahim; pemeriksaan rutin setiap 6 bulan sekali, di Puskesmas dan pelayanan kesehatan lainnya, serta Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) terdekat. Pada ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin, dan anak balita harus dipantau tumbuh kembangnya setiap bulan di Posyandu.

Program Indonesia Sehat selanjutnya menjadi program utama pembangunan kesehatan, yang kemudian direncanakan pencapaiannya melalui Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Program Indonesia Sehat (PIS) dilaksanakan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan (Kemenkes RI, 2016; Sugiharti dkk, 2019).

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) mengintegrasikan pelaksanaan program melalui pendekatan 6 komponen utama dalam penguatan sistem kesehatan (*six building blocks*), yaitu penguatan upaya pelayanan kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, sistem informasi kesehatan, akses terhadap ketersediaan obat esensial, pembiayaan, dan kepemimpinan atau pemerintahan. Pelaksanaan PIS-PK ditekankan pada integrasi pendekatan akses pelayanan kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, pembiayaan dan prasarana-sarana, termasuk program upaya kesehatan masyarakat dan perseorangan yang mencakup seluruh keluarga dalam wilayah kerja puskesmas dan memperhatikan manajemen puskesmas (Kemenkes RI, 2017b; Sugiharti dkk, 2019).

1. Konsep keluarga

Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya. Keluarga sebagai fokus dalam pendekatan pelaksanaan program Indonesia Sehat. Terdapat Lima fungsi keluarga, yaitu (Arsita, 2019):

- a. Fungsi afektif (*The Affective Function*) adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan individu dan psikososial anggota keluarga.
- b. Fungsi sosialisasi yaitu proses perkembangan dan perubahan yang dilalui individu yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosialnya. Sosialisasi dimulai sejak lahir. Fungsi ini berguna untuk membina sosialisasi pada anak, membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak dan dan meneruskan nilai-nilai budaya keluarga.

- c. Fungsi reproduksi (*The Reproduction Function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi ekonomi (*The Economic Function*) yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawatan atau pemeliharaan kesehatan (*The Health Care Function*) adalah untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas yang tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan. Sedangkan tugas-tugas keluarga dalam pemeliharaan kesehatan adalah:
 - 1) Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarganya,
 - 2) Mengambil keputusan untuk tindakan kesehatan yang tepat,
 - 3) Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit,

- 4) Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan untuk kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarganya,
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan fasilitas kesehatan.

2. Pelaksanaan pendekatan keluarga

Berdasarkan Permenkes RI No.39/2016 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, program ini memiliki tujuan yaitu (Kemenkes RI, 2016b):

- a. Meningkatkan akses keluarga dan anggotanya terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif (promotif, preferentif, kuratif dan rehabilitatif)
- b. Pendukung pencapaian SDM di kab/kota melalui peningkatan akses *screening* kesehatan
- c. Menanggung pelaksanaan JKN
- d. Mendukung tercapainya program indonesia sehat dalam renstra kemenkes 2015-2019.

Satu keluarga adalah satu kesatuan keluarga inti (ayah, ibu, dan anak) sebagaimana dinyatakan dalam Kartu Keluarga. Jika dalam satu rumah tangga terdapat kakek dan atau nenek atau individu lain, maka rumah tangga tersebut dianggap terdiri lebih

dari satu keluarga. Untuk menyatakan bahwa suatu keluarga sehat atau tidak digunakan sejumlah penanda atau indikator. Pelaksanaan Program Indonesia Sehat telah disepakati adanya 12 indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga. Kedua belas indikator utama tersebut adalah sebagai berikut (Kemenkes RI, 2016b):

- a. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
- b. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
- c. Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
- d. Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif
- e. Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan
- f. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
- g. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
- h. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan
- i. Anggota keluarga tidak ada yang merokok
- j. Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
- k. Keluarga mempunyai akses sarana air bersih
- l. Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat

Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan penghitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari setiap keluarga. Sedangkan keadaan masing-masing indikator, mencerminkan kondisi PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) dari keluarga yang bersangkutan. Dalam pelaksanaan pendekatan keluarga ini tiga hal berikut harus diadakan atau dikembangkan, yaitu (Kemenkes RI, 2016b; Arsita, 2019):

- a. Instrumen yang digunakan di tingkat keluarga.
 - 1) Profil Kesehatan Keluarga (selanjutnya disebut Prokesga), berupa *family folder*, yang merupakan sarana untuk merekam (menyimpan) data keluarga dan data individu anggota keluarga. Data keluarga meliputi komponen rumah sehat (akses/ ketersediaan air bersih dan akses/penggunaan jamban sehat). Data individu anggota keluarga mencantumkan karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lain-lain) serta kondisi individu yang bersangkutan: mengidap penyakit (hipertensi, tuberkulosis, dan gangguan jiwa) serta perilakunya (merokok, ikut KB, memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, pemberian ASI eksklusif, dan lain-lain).
 - 2) Paket Informasi Keluarga (selanjutnya disebut Pinkesga), berupa *flyer*, leaflet, buku saku, atau bentuk lainnya, yang

diberikan kepada keluarga sesuai masalah kesehatan yang dihadapinya. Misalnya: *Flyer* tentang Kehamilan dan Persalinan untuk keluarga yang ibunya sedang hamil, *Flyer* tentang Pertumbuhan Balita untuk keluarga yang mempunyai balita, *Flyer* tentang Hipertensi untuk mereka yang menderita hipertensi, dan lain-lain.

- b. Forum komunikasi yang dikembangkan untuk kontak dengan keluarga.

Forum komunikasi yang digunakan untuk kontak dengan keluarga dapat berupa forum-forum berikut:

- 1) Kunjungan rumah ke keluarga-keluarga di wilayah kerja Puskesmas.
 - 2) Diskusi Kelompok Terarah (DKT) atau biasa dikenal dengan *focus group discussion* (FGD) melalui Dasa Wisma dari PKK.
 - 3) Kesempatan konseling di UKBM (Posyandu, Posbindu, Pos UKK, dan lain-lain).
 - 4) Forum-forum yang sudah ada di masyarakat seperti majelis taklim, rembug desa, selapanan, dan lain-lain.
- c. Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra Puskesmas.

Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra dapat diupayakan dengan menggunakan tenaga-tenaga berikut:

- 1) Kader-kader kesehatan, seperti kader Posyandu, kader Posbindu, kader Poskestren, kader PKK, dan lain-lain.
- 2) Pengurus organisasi kemasyarakatan setempat, seperti pengurus PKK, pengurus Karang Taruna, pengelola pengajian, dan lain-lain.

Dalam rangka pembangunan kesehatan melalui Program Indonesia Sehat yang merupakan turunan dari visi misi Presiden Republik Indonesia dan 9 agenda prioritas (Nawa Cita) disepakati intervensi jangka pendek melalui beberapa indikator utama untuk penanda status kesehatan sebuah keluarga (Gustina, 2017):

- 1) Keluarga Berencana, yaitu bagaimana agar pasangan usia subur dalam keluarga tersebut menggunakan kontrasepsi. Dalam arti tidak hanya untuk mencegah kehamilan dan mengatur jarak kehamilan, tapi yang terpenting diharapkan agar keluarga mempersiapkan sebuah kehamilan yang sehat. Kehamilan yang diharapkan bukan kehamilan akibat kecelakaan karena tidak/lupa menggunakan kontrasepsi. Dengan demikian maka janin yang dikandung mendapat perhatian sejak dini, diberikan kasih sayang penuh oleh

orangtuanya, dan kehadirannya akan disambut dengan sukacita.

- 2) Persalinan di fasilitas kesehatan. Jika kelahiran bayi merupakan dambaan keluarga, tentulah pasangan dan keluarga akan sangat berhati-hati dalam menjaga kehamilannya sehingga akan melakukan pemeriksaan kehamilan, mengikuti nasihat tenaga kesehatan baik itu bidan, dokter, ataupun dokter spesialis kandungan yang melakukan pemeriksaan sekaligus deteksi risiko pada kehamilannya. Pemanfaatan buku KIA sebagai media informasi serta edukasi keluarga akan mempermudah tenaga kesehatan dalam upaya membangun perubahan perilaku ibu hamil, suami, dan keluarga. Apalagi ketika dilakukan pendampingan diberikan juga informasi tambahan tentang kesehatan ibu dan anak, tentunya keluarga akan tertarik untuk menindaklanjuti edukasi yang diberikan.
- 3) Pendampingan dan media kelas ibu adalah strategi penting untuk menggiring masyarakat agar mau mencari pertolongan persalinan di fasilitas kesehatan. Tidak kalah penting agar tenaga kesehatan melakukan pertolongan persalinan yang sesuai standar dan bayi yang lahir agar mendapatkan inisiasi

menyusu dini dalam upaya mencapai indikator ketiga yaitu setiap bayi mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan.

- 4) Imunisasi lengkap, adalah juga hal yang penting agar anak terhindar dari risiko penyakit seperti tuberkulosis, difteri, campak, tetanus, hepatitis. Imunisasi diberikan sesuai jadwal yang dianjurkan agar anak mempunyai daya tahan fisik terhadap penyakit tersebut. Semua anak sudah mendapatkan jaminan dari pemerintah untuk diberikan imunisasi dasar lengkap. Bahkan saat ini sudah sampai pada imunisasi *booster* pada usia 18 bulan. Dalam hal imunisasi pemerintah juga dalam proses pengembangan agar semua anak balita bisa mendapatkan imunisasi *pneumokok* dan *rotavirus*. Kita berharap tahun 2018 imunisasi ini sudah mulai dijadikan imunisasi dasar. Suatu hal yang menggembirakan, beberapa pemerintah daerah sudah memberikan imunisasi HPV kepada anak remaja putri dalam upaya mencegah terjadinya kanker serviks.
- 5) Pemantauan pertumbuhan balita setiap bulan. Keluarga yang memiliki anak pastinya selalu berharap si anak kelak akan menjadi anak yang pintar, mampu berkarya, dan mampu secara ekonomi. Hal ini perlu disampaikan kepada setiap keluarga bahwa untuk mendapatkannya harus dimulai sejak

kecil dengan memperhatikan pertumbuhan dan perkembangan anak agar secara fisik, mental, sosial, dan intelektual anak dapat tumbuh berkembang dan mampu bersaing. Anak yang mendapat perhatian penuh dari orangtua terbukti menjadi anak-anak yang tangguh.

Perhatian pemantauan pada anak tidak berhenti sampai anak tersebut berusia balita. Tetap menjadi tanggungjawab orangtua serta keluarga sampai anak tersebut memasuki usia sekolah dan remaja. Anak usia sekolah bukan berarti semata tanggungjawab guru. Karena justru di usia ini seharusnya ada interaksi antara guru dengan orangtua serta murid untuk menanamkan perilaku hidup bersih dan sehat. Saling memberikan informasi, dan dilakukan pertemuan secara berkala antara sekolah dengan orangtua untuk membahas cara agar murid dapat mengenyam pendidikan sekaligus mendapatkan pengetahuan kesehatan, agama, dan contoh perilaku yang baik. Buku rapor kesehatanku merupakan media yang dapat digunakan sebagai komunikasi antara pihak sekolah dengan orangtua. Jika komunikasi dan pola asuh diterapkan secara bersama-sama serta saling mendukung antara sekolah, pihak puskesmas dengan orangtua, tentunya bukan hal yang sulit dalam penerapan perilaku

yang sehat, memberikan kecerdasan, serta memberikan ketahanan mental sesuai kaidah agama.

Di satu sisi situasi kesehatan saat ini dihadapkan pada tiga masalah kesehatan yaitu penyakit menular yang belum terselesaikan, penyakit tidak menular yang semakin banyak, serta adanya *emerging disease*. Salah satu penyakit menular yang tetap menjadi masalah adalah tuberkulosis yang dijadikan sebagai indikator keenam yaitu penderita TB paru berobat sesuai standar. Seperti diketahui pengobatan *tuberculosis* membutuhkan waktu cukup panjang. Minimal 6 bulan penderita harus minum obat secara teratur dan terus menerus. Hal ini seringkali membuat penderita jenuh dan tidak minum obat secara rutin, bahkan ada yang berhenti minum obat dengan berbagai alasan. Maka penderita tuberkulosis pun membutuhkan pendampingan keluarga; berupaya mencegah terjadinya penularan dalam keluarga, menyediakan makanan yang berprotein tinggi serta agar secara terus menerus termotivasi minum obat sampai bisa mendapatkan kesembuhan.

Penyakit tidak menular yang memberikan komplikasi sangat luas adalah penyakit hipertensi sehingga ini dijadikan sebagai indikator ketujuh yaitu penderita hipertensi berobat teratur. Hasil Riskesdas mengatakan 1 dari 4 orang dewasa di

Indonesia menderita hipertensi, namun hanya 1/3 penderita yang melakukan pemeriksaan rutin serta minum obat secara teratur. Di sisi lain penyakit hipertensi menyumbangkan komplikasi pada penyebab kematian dan penyakit kronis yang membebani negara seperti penyakit jantung, *stroke*, penyakit ginjal, yang saat ini menghabiskan hampir 30% dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Keluarga memegang peranan penting untuk memotivasi penderita hipertensi agar rutin memeriksakan tekanan darah, minum obat secara teratur, serta memberikan dukungan dalam mengkonsumsi makanan yang sesuai untuk mencegah terjadinya hipertensi berat yang akan menimbulkan komplikasi.

Penyakit tidak menular lainnya adalah gangguan jiwa, yang sangat membutuhkan pendampingan keluarga, baik berupa motivasi maupun dalam ketekunan minum obat. Saat ini penderita gangguan jiwa bukan lagi hal yang ditakutkan karena dengan minum obat, pendampingan serta memotivasi penderita, mereka dapat hidup normal dalam lingkungan sosial yang kondusif bahkan mampu hidup produktif. Ada 4 (empat) indikator pada pendekatan keluarga terkait lingkungan yaitu tidak ada anggota keluarga yang merokok, keluarga memiliki dan memakai air bersih, keluarga memiliki atau memakai jamban sehat serta semua anggota keluarga mempunyai jaminan kesehatan.

Keempat indikator ini perlu menjadi bagian dalam keseharian perilaku keluarga agar dapat menjadi pembelajaran sekaligus menanamkan pola lingkungan sehat. Orangtua yang merokok, selain asap rokok yang dikeluarkan menjadi racun yang dapat menghambat pertumbuhan seorang anak dapat juga menjadi penyebab penyakit dalam keluarga.

Beberapa penyakit yang berkaitan dengan pernafasan sangat dipengaruhi oleh perilaku merokok dimulai dari penyakit yang paling ringan yaitu infeksi pernafasan atas, *bronchitis*, pneumonia, memperberat *tuberculosis*, asma, dan bahkan merupakan pemicu terjadinya kanker paru. Keluarga yang menggunakan air bersih dan jamban sehat terbukti dapat mengurangi kejadian penyakit infeksi seperti diare dan penyakit kulit. Dengan demikian budaya menggunakan air bersih dan jamban sehat seharusnya dibudayakan di setiap rumah agar memberikan dampak terhadap lingkungan yang sehat.

Selain beberapa indikator tersebut di atas, setiap anggota keluarga juga diharapkan mempunyai jaminan kesehatan yang mampu mengatasi setiap permasalahan kesehatan yang terjadi pada keluarga tersebut. Pendekatan keluarga menjadi bagian tak terpisahkan dalam tatanan masyarakat. Jika semua keluarga telah mampu menjadi keluarga sehat diharapkan akan menyumbang

dalam arti mengajak semua keluarga yang ada di sekitarnya untuk juga peduli terhadap kesehatan. Pendamping keluarga menjadi bagian sangat penting sebagai pembawa perubahan (*agent of change*) dalam keluarga yang didampinginya. Ketika menemukan permasalahan kesehatan individu, menjadi kewajiban puskesmas untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada individu yang sakit tersebut. Namun ketika masalahnya muncul di beberapa keluarga tentunya pendekatan tidak bisa hanya pada keluarga tersebut melainkan harus dilakukan pendekatan ke komunitas masyarakat; komunitas yang mempunyai tanggungjawab dalam membangun kesehatan di wilayahnya. Dengan demikian akan tercipta masyarakat yang sehat dalam mewujudkan desa sehat, kecamatan sehat, kota sehat, dan seterusnya menjadikan Indonesia Sehat.

LATIHAN

1. Siapa sajakah masyarakat yang terlibat sebagai mitra program kesehatan?
2. Jelaskan program Germas yang dianjurkan pemerintah!
3. Jelaskan bagaimana program Germas dapat dilaksanakan di seluruh jenis aktivitas masyarakat!

RANGKUMAN

1. Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) yang berfokus pada 3 aspek perubahan perilaku yaitu melakukan aktivitas fisik, mengonsumsi sayur dan buah, dan melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk mendeteksi faktor resiko yang ada pada setiap orang.
2. Kedua belas indikator utama kesehatan keluarga adalah
 - Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
 - Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
 - Bayi mendapat imunisasi dasar lengkap
 - Bayi mendapat air susu ibu (ASI) eksklusif
 - Balita mendapatkan pemantauan pertumbuhan
 - Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
 - Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
 - Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak ditelantarkan
 - Anggota keluarga tidak ada yang merokok
 - Keluarga sudah menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)
 - Keluarga mempunyai akses sarana air bersih

- Keluarga mempunyai akses atau menggunakan jamban sehat

TES FORMATIF 1

1. Apa sajakah yang termasuk dalam program instrum masyarakat sehat?
 - A. Melakukan aktivitas fisik
 - B. Mengonsumsi karbohidrat kompleks
 - C. Melakukan pemeriksaan instrumen jika ada keluhan
 - D. Menjadi akseptor KB
 - E. Melakukan persalinan di fasilitas instrumen
2. Aktivitas fisik manakah yang termasuk dalam Germas?
 - A. Gerakan tubuh yang melibatkan otot rangka dan mengakibatkan pengeluaran energi
 - B. Aktivitas fisik yang hanya dilakukan tempat olahraga.
 - C. Gerakan dapat dilakukan paling sedikit 1 jam setiap hari.
 - D. Tidak perlu batasi kegiatan banyak duduk seperti menonton tv, main *game* dan komputer,
 - E. Aktivitas fisik tidak dapat dilakukan di sekolah, rumah, tempat kerja, tempat umum.
3. Dalam rangka melakukan pendekatan keluarga, instrumen apakah yang digunakan di tingkat keluarga?

- A. Kunjungan rumah ke keluarga-keluarga di wilayah kerja Puskesmas.
 - B. Diskusi Kelompok Terarah (DKT) atau biasa dikenal dengan *focus group discussion* (FGD) melalui Dasa Wisma dari PKK.
 - C. Kesempatan konseling di UKBM (Posyandu, Posbindu, Pos UKK, dan lain-lain).
 - D. Forum-forum yang sudah ada di masyarakat seperti majelis taklim, rembug desa, selapanan, dan lain-lain.
 - E. Profil Kesehatan Keluarga
4. Siapakah yang dapat digandeng untuk meningkatkan keterlibatan masyarakat dalam pelaksanaan posyandu?
- A. Remaja
 - B. Kader
 - C. Bapak RT
 - D. Kecamatan
 - E. Kelurahan
5. Imunisasi apakah yang dinilai sebagai imunisasi dasar lengkap?
- A. BCG
 - B. TT
 - C. Influenza

D. Menigitis

E. DT

DAFTAR PUSTAKA

Arsita N. 2019. Implementasi Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) Sebagai Upaya Pembangunan Kesehatan (Studi di Kecamatan Gadingrejo Kabupaten Pringsewu). Skripsi. Bandar Lampung: Universitas Lampung.

Gustina E. 2017. Mengapa Pendekatan Keluarga? *Warta Kesmas*, 1: 19-21.

Instruksi Presiden Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.

Kementerian Kesehatan RI. 2016a. Buku Panduan GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat).

Kementerian Kesehatan RI. 2016b. Permenkes No. 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga.

Kementerian Kesehatan RI. 2017a. *Warta Kesmas: GERMAS Aksi Nyata untuk Hidup Sehat*, 1 (2017).

Kementerian Kesehatan RI. 2017b. Pedoman Monitoring dan Evaluasi Pelaksanaan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK).

Kuswenda D. 2017. Aksi Bersama Melakukan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat. *Warta Kesmas*, 1: 6-8.

Sugiharti, Mujiati, Masitoh S, dan Laelasari E. 2019. Gambaran Ketersediaan Sumber Daya Manusia dan Prasarana Puskesmas dalam Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK): Analisis Data Risnakes 2017. *Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan*, 3(1): 31-39.

Riwayat Penulis



Prof. Dr. Ari Yunanto, dr., Sp.A (K), S.H.

Menempuh pendidikan sekolah dasar hingga sekolah menengah atas di Salatiga, kemudian melanjutkan pendidikan kedokteran dan lulus tahun 1978 di Universitas Diponegoro Semarang. Selanjutnya menjalankan tugas sebagai dokter Inpres di beberapa Puskesmas di Provinsi Kalimantan Tengah. Meneruskan pendidikan spesialis anak di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang dan lulus pada tahun 1989. Selanjutnya

menjadi dokter spesialis anak di RSUD Ulin Banjarmasin dan dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Banjarmasin. Aktif dan mendalami berbagai kegiatan ilmiah di bidang Neonatologi hingga di kukuhkan sebagai Konsultan Neonatologi pada tahun 2005, selain itu diantara kesibukan sebagai dokter dan dosen melanjutkan pendidikan Ilmu hukum di Fakultas Hukum Universitas Lambung Mangkurat Banjarmasin dan lulus sebagai sarjana hukum pada tahun 2007. Melanjutkan studi Doktor di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang dan lulus pada tahun 2012. Dikukuhkan sebagai guru besar ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat pada tahun 2016. Hingga saat ini bertugas sebagai Kepala Divisi Neonatologi RSUD Ulin Banjarmasin juga sebagai dosen mata kuliah Neonatologi dan mata kuliah Bioetika & HAM di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat serta mengisi mata kuliah Hukum Kesehatan di Program Magister Ilmu Hukum Universitas Lambung Mangkurat Banjarmasin dan beberapa perguruan tinggi di Banjarmasin.



Dr.dr. Edi Hartoyo, Sp. A(K). Lahir di Brebes 5 Juli 1964, pendidikan kedokteran diselesaikan di Fakultas Kedokteran Unissula Semarang pada tahun 1991, sedangkan Spesialis Anak di Fakultas Kedokteran UKG pada tahun 2002, mendapatkan konsultan penyakit infeksi dan pediatri tropik di Fakultas kedokteran Universitas Indonesia (kolegium IKA) pada tahun 2011, sedangkan pendidikan S3 di Fakultas kedokteran Universitas Brawijaya

tahun 2012. Selain pendidikan formal ada beberapa kursus/workshop yang pernah diikuti seperti: Gut microbiota in pediatric di Danone Institute Belanda tahun 2014, Laboratory Infectious Disease di Mahidol University Thailand tahun 2015, Respiratory Infections and Control di NUH Singapore tahun 2017. Beberapa karya ilmiah yang pernah ditulis yaitu buku Disfungsi Endotel pada Demam Berdarah tahun 2016 dan sebagai Contributor (penulis) pada beberapa buku yang diterbitkan oleh Balai Penerbit IDAI seperti: Panduan Imunisasi pada Anak, Buku ajar Penyakit Infeksi dan Pediatri Tropic, Mengenal Corona Virus di Bidang Penyakit Anak dan beberapa jurnal Internasional dan Nasional. Selain itu aktif di bidang organisasi seperti: Ketua IDAI Kalselteng Infeksi 2014-2028, Ketua Komda KUPI 2016 hingga sekarang, Ketua TIM CRS Kalsel (Conginetal Rubella Syndrome) 2018 hingga sekarang, Ketua PPI RSUD Ulin sampai sekarang, anggota Satgas Imunisasi IDAI, Reviewer pada Jurnal Nasional Sari Pediatri dan anggota tim reviewer di Universitas Lambung Mangkurat, Koordinator Pendidikan Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat periode 2017-2020, dan Kepala Departemen Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat 2020 hingga sekarang.



Dr. dr. Iwan Aflanie, M.Kes, Sp.F, SH.

Lahir di Banjarmasin 14 September 1973. Pada tahun 1999 lulus pada Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (FK ULM), melanjutkan pendidikan Magister pada Program Studi Magister Ilmu Kedokteran Klinis Universitas Gadjah Mada dan mendapatkan gelar *Magister Kesehatan (M.Kes)* dan lulus tahun 2007

kemudian setahun selanjutnya menyelesaikan Program Spesialis Forensik dan Medikolegal di Universitas Gadjah Mada (UGM). Program Doktorat dalam Bidang Ilmu Kedokteran Universitas Airlangga diselesaikan pada tahun 2019 dan mendapatkan gelar Doktor (Dr). Selain pada Bidang Kedokteran, Studi lain yang juga diselesaikan adalah pada Program Studi Ilmu Hukum dan meraih Gelar Sarjana Hukum (S.H) pada tahun 2014. Saat ini, selain sebagai mediator di PN Banjarmasin, Asosiasi PT. Arah Bangsa Hebat, dosen pada Fakultas Hukum ULM, dan Fakultas Kedokteran ULM, juga dipercaya sebagai Dekan FK ULM Periode 2020-2024, Ketua Gugus Tugas Covid-19 dan Tim Pakar Percepatan Penanggulangan Covid-19 ULM serta sebagai Direktur Borneo Law Firm sejak tahun 2015-sekarang. Sebelum menjabat sebagai Dekan FK ULM, pada periode 2012-2016 dipercaya sebagai Wakil Dekan Bidang Kemahasiswaan dan Alumni dan pada periode 2016-2020 sebagai Wakil Dekan Bidang Akademik, Koordinator kepaniteraan Klinik FK ULM, dan Kepala Departemen Ilmu Forensik dan Medikolegal FK ULM. Aktif sebagai Pengurus Pusat dan Wilayah Asosiasi Institusi Kedokteran Indonesia (AIPKI) Wilayah IV, Aktif sebagai ketua Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Cabang Banjarmasin, Asosiasi Mediator Indonesia Cabang Banjarmasin, Tim Kendali Mutu dan Biaya BPJS Cabang Banjarmasin, Majelis Kehormatan Etika

Kedokteran (MKEK) IDI Kalsel serta sebagai Wakil Ketua Perhimpunan Dokter Forensik Indonesia, dan anggota PP AIPKI. Pengalaman merumuskan kebijakan Publik serta Rekayasa Sosial dan menjadi narasumber dengan tema seperti Penerapan Aspek Medikolegal Internship Dokter Indonesia, Strategi Penatalaksanaan Jenazah Covid-19 Kota Banjarmasin serta Penerapan Pembatasan Sosial Berskala Besar (PSBB) Kota Banjarmasin. Banyak Penghargaan yang sudah dicapai dalam bidang yang ditempuh seperti sebagai Mahasiswa Berprestasi Tingkat Nasional Pada tahun 1995, Lulusan terbaik pada Universitas Gadjah Mada pada tahun 2007, Presenter Ilmiah Terbaik pada kegiatan PDFI Balikpapan Tahun 2017 dan Presenter Ilmiah Terbaik pada tahun 2019 pada kegiatan PIT PDFI Lombok serta meraih Piagam Tanda Kehormatan Satyalencana Karyasatya XX Tahun 2019. Aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul. Keaktifan lain dilihat dari kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat yang dilakukan serta produktif dalam menulis jurnal nasional maupun internasional, penulisan makalah dan poster.



Dr. dr. Pribakti Budinurdjaja, Sp. OG (K) adalah dokter spesialis obstetri dan ginekologi konsultan uroginekologi, lahir di Balikpapan, Kalimantan Timur, 16 Oktober 1959. Pendidikan dokter umum lulus tahun 1987 dan dokter spesialis obstetri dan ginekologi lulus tahun 1997 di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, Surabaya. Gelar Konsultan Uroginekologi Rekonstruksi diperoleh di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta tahun 2005. Gelar Doktor diperoleh di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, Malang tahun 2019.



dr. Ferry Armanza, SpOG(K)-Onk. Lahir di Palembang, 5 November 1964. Gelar dokter diraih pada tahun 1990 pada Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya dan tahun 2003 gelar Spesialis Obstetri Ginekologi pada Fakultas kedokteran Universitas Udayana. Selain itu meraih gelar konsultan Onkologi Ginekologi pada Fakultas kedokteran Universitas Indonesia tahun 2012. Riwayat pekerjaan

sebagai Dokter Offshore BPPKA Pertamina tahun 1990-1991 dan Dokter PTT Puskesmas Aranio Kabupaten Banjar Kalsel 1993-1996. Saat ini bekerja sebagai dosen pada beberapa program studi yaitu Program Studi keperawatan, Program Studi kesehatan Masyarakat, Program Studi Pendidikan Dokter dan Program Studi Profesi Dokter di Universitas Lambung Mangkurat sejak 1991 hingga sekarang. Selain itu dosen pada Program Studi Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi 2007 hingga sekarang. Diluar Institusi Universitas Lambung Mangkurat, menjadi dosen pula pada beberapa Program Studi D3 Kebidanan Universitas Muhammadiyah, Stikes Abdi Persada, Stikes Bunga Kalimantan Banjarmasin. Jabatan saat ini adalah sebagai Koodinator Program Studi Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi Fakultas kedokteran Universitas Lambung Mangkurat-Rumah Sakit Ulin Banjarmasin.



Dr. dr. Meitria Syahadatina Noor, M.Kes.

Lahir di Surabaya tanggal 19 Mei 1979. Jenjang pendidikan dasar tamat tahun 1991 di SDN Rantau Kiwa 1 Rantau, dan tahun 1994 di SMPN 2 Banjarmasin. Jenjang pendidikan menengah tamat tahun 1997 di SMAN 1 Banjarmasin. Kemudian melanjutkan kuliah di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan lulus profesi dokter tahun 2005. Pada tahun 2006, diangkat sebagai

PNS dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat hingga sekarang. Pada tahun 2008, melanjutkan pendidikan magister di Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Reproduksi Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, lulus tahun 2010. Jenjang pendidikan S3 ditempuh pada tahun 2013-2017 di Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Topik penelitian dan pengabdian masyarakat yang dilakukan serta artikel ilmiah dan buku yang ditulis lebih banyak mengenai kesehatan reproduksi, kesehatan ibu dan anak, dan keluarga berencana.



Prof. Dr. Husaini, SKM., M.Kes. Lahir di Tanjung-Tabalong, 16 Juni 1966 dari 6 bersaudara. Pendidikan terakhir lulusan Program Doktor Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada-Yogyakarta dan lulus tahun 2014, dan sekarang menjadi pengajar tetap di Prodi S1 dan S2 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat Provinsi Kalimantan Selatan, juga aktif

mengajar di beberapa Perguruan Tinggi Swasta. Dikukuhkan

menjadi Guru Besar dalam bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat oleh Rektor Universitas Lambung Mangkurat pada tanggal 18 Agustus 2017 di Banjarmasin.



Andini Octaviana Putri, SKM., M.Kes.

Lahir di Banjarbaru pada 4 Oktober 1993. Lulus dari SMAN 1 Banjarbaru Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2011. Kemudian pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada Januari 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan pasca sarjana di

Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga pada tahun 2016 dan lulus pada tahun 2018. Saat ini Ia bekerja sebagai staf pengajar di Departemen KIA dan Kesehatan Reproduksi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Dalam beberapa tahun terakhir pernah terlibat dalam penelitian dan pengabdian dengan topik yang berkaitan dengan kesehatan ibu anak dan kesehatan reproduksi. Selain itu, Ia aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan yang digunakan sebagai acuan mahasiswa dalam proses belajar mengajar tim penulis jurnal nasional maupun internasional bereputasi, serta aktif mengikuti seminar nasional dan internasional baik sebagai peserta oral presentation maupun peserta poster.



Dian Rosadi lahir di Pandansari pada tanggal 23 Maret 1988. Menempuh pendidikan Strata satu pada tahun 2006 di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan melanjutkan pendidikan Magister tahun 2011 di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan *Field Epidemiology Training Program*

(FETP/EL). Bergabung sebagai staf pengajar di Departemen Epidemiologi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Dalam hal penelitian dan pengabdian sering terlibat tentang penyakit menular dan tidak menular, dasar dan prinsip epidemiologi, surveilans penyakit, metodologi penelitian, manajemen data dan kejadian luar biasa.



Vina Yulia Anhar, SKM. MPH. Lahir di Banjarmasin 11 Oktober 1993, merupakan salah satu tenaga dosen di Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat. Fokus keilmuan yang digeluti yaitu perilaku dan promosi kesehatan. Pendidikan S1 diselesaikan pada tahun 2015 di Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung

Mangkurat. Pada tahun 2018, pendidikan S2 diselesaikan di Program Studi S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada. Beberapa buku ajar yang telah diterbitkan yaitu Dasar-dasar Promosi Kesehatan, Dasar-dasar Manajemen

Kesehatan, dan berbagai modul perkuliahan terkait dengan administrasi dan kebijakan kesehatan serta promosi kesehatan. Pernah terlibat pada berbagai penelitian terkait dengan rokok, kesehatan remaja, kesehatan lingkungan dan lainnya.



Nur Laily, SKM., M.Kes. Lahir di Martapura pada 15 April 1993. Lulus SMAN I Martapura Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan pada tahun 2011. Kemudian pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada Januari 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan pasca sarjana di Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan lulus tahun 2017. Saat ini bekerja sebagai staf pengajar di Departemen Administasi Kebijakan Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat



Fahrini Yulidasari, SKM., MPH. Lahir di Martapura 15 Februari 1985. Pada tahun 2003, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) dan mendapatkan gelar SKM pada tahun 2007, kemudian pada tahun 2011 melanjutkan pendidikan pada peminatan Gizi Kesehatan Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gajah Mada dan mendapatkan gelar *Master of Public Health* (MPH) pada tahun

2014 awal. Saat ini, bekerja sebagai staf pengajar di Program Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM, juga dipercaya dan diamanahi sebagai Kepala Departemen Gizi dan Ketua Unit KTI dan P2M. Selain itu, aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim penulis jurnal nasional maupun internasional, penulisan makalah dan poster.



Ayu Riana Sari. Lahir di Banjarmasin pada tanggal 30 Desember 1989 sebagai anak ke-1 dari dua bersaudara dari pasangan H. Riza Azwari dan Hj. Nurhayati. Saat ini bertempat tinggal di Jln. Jahri Saleh Gg. Keluarga Banjarmasin. Pendidikan sarjana di tempuh di Program Studi Kesehatan Masyarakat, lulus tahun 2011. Pada tahun 2014, diterima di Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya, dan menamatkan pada tahun

2018. Dia bekerja sebagai tenaga pengajar pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Lambung Mangkurat pada awal tahun 2012. Dia pernah menjadi enumerator *preparation plan (master plan) survey of health care needs of Banjarbaru City 2011-2015* dan pernah menjadi enumerator survey nasional pencegahan dan pemberantasan penyalahgunaan dan peredaran gelap narkoba (pada kelompok pekerja) di 33 provinsi tahun 2012. Pengalaman penelitian adalah faktor risiko penyakit chikungunya di Desa Mandikapau Timur Kabupaten Banjar 2010 dan analisis pengaruh koordinasi intraorganizational terhadap kinerja puskesmas dalam program pemantauan pertumbuhan dan perkembangan balita (studi di Puskesmas Kabupaten Banjar). Tata Kelola Riset Fasilitas Kesehatan Integrasi dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan 2019/2020, studi akseptabilitas penggunaan aplikasi 'GAP' pada ponsel sebagai

pendukung pengobatan dan monitoring pola hidup bagi orang yang hidup dengan HIV 2019/2020, youth river cadres as an efforts to improve clean and healthy behavior in the floating market environment 2019, tim pendampingan tata kelola program kesehatan didaerah kerjasama antara biro perencanaan dan anggaran kementerian kesehatan dengan Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat 2019/2020, partisipasi pedagang di pasar terapung dalam manajemen sampah 2020/2021, tim pelaksana kegiatan upaya perbaikan gizi masyarakat dalam rangka pemulihan pelayanan gizi dari dampak pandemi COVID-19 Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada 2020, perilaku pencegahan covid-19 ditinjau dari karakteristik individu dan sikap masyarakat 2020.



Fauzie Rahman, SKM., MPH. Lahir di Amuntai 21 April 1986. Pada tahun 2004, memulai pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada tahun 2008. Pada Tahun 2009 pernah menjadi Verifikator Independen Program Jamkesmas Kota Banjarbaru.

Pada tahun 2010 melanjutkan pendidikan pada Peminatan Kebijakan Manajemen Pelayanan Kesehatan Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada dan mendapatkan gelar *Master of Public Health* (MPH) pada tahun 2013. Selama menjalani Pendidikan Magister juga dipercaya menjadi Asisten Konsultan pada Divisi Manajemen Bencana, Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan (PMPK) FK UGM. Saat ini, selain sebagai staf pengajar di FK ULM, juga dipercaya sebagai Wakil

Dekan Bidang Kemahasiswaan dan Alumni FK ULM, Anggota Senat di FK ULM, Senat Universitas Lambung Mangkurat serta Auditor pada Lembaga Penjamin Mutu ULM. Tidak hanya di institusi pendidikan, ia juga aktif di organisasi Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI), serta Perhimpunan Promosi Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPKMI). Dibidang kegiatan kemahasiswaan, ia juga berperan sebagai pembina di salah satu organisasi mahasiswa FK ULM, dosen pembimbing mahasiswa berprestasi, dan dosen pembimbing kegiatan Pekan Ilmiah Mahasiswa tingkat Nasional serta Reviewer Program Kreativitas Mahasiswa (PKM) 5 Bidang. Selain itu, ia aktif sebagai tim penyusun produk bahan ajar/modul kegiatan, kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat, tim penulis jurnal nasional maupun internasional, penulisan makalah dan poster. Ia juga aktif sebagai reviewer Artikel pada Berkala Ilmiah Mahasiswa Kesehatan Masyarakat Indonesia (BIMKMI), Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia (JAKI) dan *International Conference on Family Planning*.



Muhammad Irwan Setiawan, S.Gz., M.Gz.

Lahir di Pelaihari 23 Juli 1993. Pada tahun 2011 memulai pendidikan sarjana di Program Studi Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro (UNDIP) dan mendapatkan gelar S.Gz pada tahun 2016. Kemudian pada tahun 2016 melanjutkan pendidikan pascasarjana di Magister Ilmu Gizi Universitas Diponegoro dengan konsentrasi Gizi Masyarakat dan mendapatkan gelar M.Gz pada tahun 2018. Sejak bulan Juni 2019 dinyatakan aktif sebagai dosen pengajar di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung

Mangkurat (ULM). Beberapa mata kuliah yang pernah diajar yaitu: Dasar Ilmu Gizi Kesehatan Masyarakat, Ekologi Pangan dan Gizi, Gizi 1000 HPK, Program Gizi dan Evaluasi, Ilmu Kesehatan Masyarakat, Belajar Berbasis Masalah Program Gizi, BBM Faktor Risiko di Wilayah Penyakit Lahan Basah, Pengembangan dan Pengorganisasian Masyarakat, Current Issue Kesehatan Masyarakat dan Gizi Kerja. Hingga saat ini masih aktif mengajar, ikut serta dalam kegiatan-kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat khususnya yang terkait dengan Gizi Masyarakat, tim penulis jurnal nasional maupun internasional bereputasi, serta aktif mengikuti seminar nasional dan internasional sebagai peserta *oral presenter*.



Lia Anggraini, SKM. Lahir di Buntok pada tanggal 27 Juni 1996 dari pasangan Bapak Novi Hertawan dan Ibu Sufiem. Beragama Islam dan bertempat tinggal di Banjarbaru. Adapun riwayat pendidikan yaitu pada tahun 2008 lulus dari SDN 3 Buntok. Kemudian melanjutkan pendidikan di SMPN 2 Buntok dan lulus pada tahun 2011. Pada tahun 2014 lulus dari SMAN 1 Buntok pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM) pada Februari 2014. Saat ini bekerja sebagai staf pengajar di Departemen Gizi Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat dan sedang melanjutkan pendidikan Magister Kesehatan Masyarakat. Dalam beberapa tahun terakhir pernah terlibat dalam penelitian dan pengabdian dengan topik mengenai stunting pada balita.



Hadianor. Lahir di Amuntai pada 20 Mei 1995. Menempuh pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM. Pernah bekerja sebagai staf di Departemen Administasi Kebijakan Kesehatan Program Studi Kesehatan Masyarakat FK ULM. Sejak 2019 sampai sekarang bekerja sebagai Penyuluh Kesehatan Masyarakat di UPT. Puskesmas Babirik Kab. HSU. Pengalaman penulisan

karya tulis ilmiah adalah tentang Faktor Risiko Kejadian Diabetes Mellitus II pada Masyarakat di Wilayah Kerja Puskesmas Martapura Tahun 2016. Analisis Pemetaan SDM Kesehatan Tingkat Provinsi Kal-Sel (2017), Analisis Faktor Risiko Stunting di Kabupaten Hulu Sungai Utara (2017). Ia juga aktif dalam penulisan buku, diantara buku yang pernah dipublikasikan diantaranya Perilaku organisasi komuniaski kesehatan (2017), Program Keluarga Berencana dan Metode Kontrasepsi (2017), Manajemen Strategi Kesehatan (2017), KABAR (Kawasan Bebas Asap Rokok) (2019).



Husnul Fatimah, SKM. Lahir di Kampung Baru 6 April 1998. Pada tahun 2016, memulai pendidikan sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat ULM dengan mengambil peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, kemudian ia menyelesaikan studi S1 pada tahun 2020 dengan predikat wisudawati terbaik se Universitas Lambung Mangkurat. Saat

ini, ia merupakan *freshgraduate* yang aktif dalam hal yang berbau kepenulisan, penelitian dan berwirausaha, serta menjadi relawan kegiatan sosial. Selain itu, ia juga aktif sebagai asisten dosen di

lingkungan Fakultas Kedokteran ULM. Sebelumnya, saat menjadi mahasiswa ia aktif dalam organisasi dan mengikuti kompetisi baik akademik maupun non-akademik.



Atikah Rahayu, SKM., MPH. Lahir di Marabahan tanggal 20 April 1978. Jenjang perkuliahan pertama di tempuh di Akademi Gizi Banjarmasin dengan konsentrasi gizi klinik. Jenjang pendidikan strata 1 di FKM (Fakultas Kesehatan Masyarakat) Universitas Airlangga di Surabaya (2000-2002) dengan topic skripsi bidang gizi. Pada tahun 2010 kembali melanjutkan pendidikan magister ilmu kesehatan masyarakat, peminatan gizi

kesehatan dengan konsentrasi gizi masyarakat pada FK (Fakultas Kedokteran) Universitas Gadjah Mada di Yogyakarta (2010-2012). Mendapat bekal ilmu dan pengetahuan serta didukung dengan diperolehnya sertifikat Ahli Gizi dan kesehatan masyarakat, topik-topik penelitian maupun pengabdian masyarakat terkait dengan gizi masyarakat hingga mengaitkan beberapa metode pendidikan untuk mencegah dan menanggulangi masalah gizi khususnya kejadian pada balita maupun remaja. Beberapa produk ajar telah dihasilkannya dan aktif pula dalam penulisan jurnal bereputasi nasional maupun internasional, serta poster. Aktif pula sebagai reviewer di beberapa jurnal nasional dan aktif dalam organisasi profesi Perkumpulan Ahli dan Dosen Republik Indonesia.



Agus M Ridwan, SKM. Lahir di Kotabaru 11 Agustus 1998. Pada tahun 2016, memulai Pendidikan Sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) hingga sekarang memilih peminatan Administrasi dan Kebijakan Kesehatan sebagai spesifikasi dari jurusan yang digeluti. Saat ini selain sebagai mahasiswa aktif juga sebagai asisten peneliti dosen di Program Studi Kesehatan Masyarakat, ia juga aktif dalam kegiatan sosial seperti pengabdian masyarakat dan bakti sosial. Selain itu juga ia juga sering mengikuti lomba non akademik yang di lakukan oleh internal maupun eksternal kampus, seperti dalam bidang olahraga futsal.