

ISBN 978-623-6340-23-3




BUKU AJAR

**PERILAKU DAN
PSIKOLOGI KESEHATAN
REPRODUKSI**

**PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS LAMBUNG MANGKURAT**

2021

PERILAKU DAN PSIKOLOGI KESEHATAN REPRODUKSI

 085725994411

 cv.mine7

 mine mine

Penerbit : cv. Mine
Perum Sidonejo Bumi Indah F 153
Rt 11 Ngostiharjo Kasihan Bantul
Mobile : 085725994411
email : cv.mine.7@gmail.com

ISBN 978-623-6340-23-3



9 786236 340233



BUKU AJAR
PERILAKU DAN PSIKOLOGI KESEHATAN
REPRODUKSI

Disusun Oleh:

Adi Nugroho

Bahrul Ilmi

Ermina Istiqomah

Muhammad Abdan Shadiqi

Meitria Syahadatina Noor

Roselina Panghiyangani

Editor:

Kusnindyah Praedevy Reviagana



BUKU AJAR PERILAKU DAN PSIKOLOGI KESEHATAN REPRODUKSI

Disusun Oleh:

Adi Nugroho

Bahrul Ilmi

Ermina Istiqomah

Muhammad Abdan Shadiqi

Meitria Syahadatina Noor

Roselina Panghiyangani

Editor:

Kusnindyah Praedevy Reviagana

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 UNDANGUNDANG

Cetakan ke-1 Tahun 2021

CV Mine

Perum SBI F153 Rt 11 Ngestiharjo, Kasihan, Bantul, Yogyakarta-55182

Telp: 085725994411

Email: cv.mine.7@gmail.com

ISBN : 978-623-6340-23-3

KATA PENGANTAR

Kami memanjatkan puji dan syukur ke hadirat Allah SWT karena telah menganugerahkan segala berkah, rahmat, karunia, dan petunjuk-Nya, sehingga Buku Ajar untuk Mata Kuliah Perilaku dan Psikologi Kesehatan Reproduksi telah tersusun dengan baik. Buku ini diperuntukkan sebagai bahan acuan pembelajaran untuk mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Magister dengan topik perkuliahan diantaranya adalah ilmu psikologi yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, masalah psikologi pada masa reproduksi, pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual, macam-macam perilaku kesehatan reproduksi, serta pencegahan dan penanggulangan HIV AIDS dan IMS.

Besar harapan kami agar buku ini dapat digunakan sebagai bahan literasi mahasiswa dalam proses pembelajaran, dan memberikan manfaat yang besar dalam meningkatkan pengetahuan dan wawasan mahasiswa dalam rangka pencapaian kompetensi sesuai dengan persyaratan kurikulum.

Kami menghaturkan rasa terima kasih kepada seluruh pihak yang telah mendorong dan memotivasi dalam penyusunan buku ajar ini, serta pihak-pihak yang berperan dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini. Demi proses penyempurnaan dalam penyusunan buku ajar ini, maka kami memohon segala bentuk masukan, kritik, dan

saran agar nantinya buku ajar ini menjadi lebih informatif, praktis, dan dapat menjadi referensi untuk mahasiswa dalam memahami konsep-konsep perilaku dan psikologi kesehatan reproduksi.

Banjarbaru, September 2021
Tim Penyusun

Program Studi
Kesehatan Masyarakat Program Magister
Fakultas Kedokteran
Universitas Lambung Mangkurat

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPEL	i
TIM PENYUSUN	ii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xiv
TINJAUAN MATA KULIAH	xvi
PETA KOMPETENSI	xviii
MODUL 1. TEORI PSIKOLOGI TERKAIT MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI	
A. Pendahuluan	1
B. Tujuan Pembelajaran.....	2
KEGIATAN BELAJAR	
A. Materi Pembelajaran	2
1. Kesehatan Reproduksi dan Psikologi	2
2. Pendekatan Psikologi pada Kesehatan Reproduksi.....	9
B. Latihan	29
C. Rangkuman	30
D. Tes Formatif	31
E. Daftar Pustaka	33
MODUL 2. ASPEK PSIKOSOSIAL MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI	
A. Pendahuluan	38
B. Tujuan Pembelajaran.....	39
KEGIATAN BELAJAR	
A. Materi Pembelajaran	39
1. Masalah Kesehatan Reproduksi.....	39
2. Penyebab dan Dampak Masalah Kesehatan Reproduksi	45
3. Aspek Psikososial Masalah Kesehatan Reproduksi	60
B. Latihan	69

C. Rangkuman	70
D. Tes Formatif	72
E. Daftar Pustaka	71

MODUL 3. PSIKOLOGI REPRODUKSI REMAJA

A. Pendahuluan	77
B. Tujuan Pembelajaran.....	78

KEGIATAN BELAJAR

A. Materi Pembelajaran	78
1. Kesehatan Reproduksi	78
2. Psikologi Remaja	82
3. Kesehatan Reproduksi pada Remaja	88
B. Latihan	93
C. Rangkuman	93
D. Tes Formatif	94
E. Daftar Pustaka	97

MODUL 4. MASALAH PSIKOLOGIS PADA MASA REPRODUKSI (1)

A. Pendahuluan	99
B. Tujuan Pembelajaran	100

KEGIATAN BELAJAR

A. Materi Pembelajaran	100
1. Aspek Psikologi Menstruasi	104
2. Aspek Psikologi Infertilitas	113
B. Latihan	128
C. Rangkuman	129
D. Tes Formatif	130
E. Daftar Pustaka	133

MODUL 5. MASALAH PSIKOLOGIS PADA MASA REPRODUKSI (2)

A. Pendahuluan	138
B. Tujuan Pembelajaran	139

KEGIATAN BELAJAR

A. Materi Pembelajaran	139
1. Kehamilan	139
2. <i>Antenatal Care</i>	141
3. Ketidaknyamanan Masa Hamil dan Cara Mengatasi	147

4. Kehamilan yang Tidak Diinginkan	151
B. Latihan	153
C. Rangkuman	154
D. Tes Formatif	154
E. Daftar Pustaka	157

MODUL 6. PENDIDIKAN KESEHATAN REPRODUKSI

A. Pendahuluan	158
B. Tujuan Pembelajaran	158

KEGIATAN BELAJAR

A. Materi Pembelajaran	159
1. Pendidikan Kesehatan Reproduksi untuk Remaja	159
2. Pendidikan Kesehatan Reproduksi untuk Wanita Usia Subur	166
3. Pendidikan Kesehatan Reproduksi untuk Pasangan Usia Subur	172
4. Pendidikan Kesehatan Reproduksi untuk Menopause	178
B. Latihan	182
C. Rangkuman	183
D. Tes Formatif	184
E. Daftar Pustaka	187

MODUL 7. KESEHATAN SEKSUAL

A. Pendahuluan	190
B. Tujuan Pembelajaran.....	190

KEGIATAN BELAJAR

A. Materi Pembelajaran	191
1. Definisi Kesehatan Seksual	191
2. Ruang Lingkup Kesehatan Seksual	192
3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Seksual	201
B. Latihan	206
C. Rangkuman	207
D. Tes Formatif	208
E. Daftar Pustaka	210

**MODUL 8. PERILAKU KESEHATAN REPRODUKSI DAN
PENGUKURANNYA**

A. Pendahuluan	212
B. Tujuan Pembelajaran.....	213
KEGIATAN BELAJAR	
A. Materi Pembelajaran	213
1. Perilaku Kesehatan	213
2. Teori Perilaku Kesehatan	227
3. Perilaku Kesehatan Reproduksi Remaja	239
4. Pengukuran Perilaku Kesehatan Reproduksi	241
5. Metode Pengukuran Perilaku	243
6. Skala Pengukuran	246
B. Latihan	257
C. Rangkuman	257
D. Tes Formatif	258
E. Daftar Pustaka	260

**MODUL 9. MASALAH PERILAKU NEGATIF KESEHATAN
REPRODUKSI PADA REMAJA**

A. Pendahuluan	262
B. Tujuan Pembelajaran.....	262
KEGIATAN BELAJAR	
A. Materi Pembelajaran	263
1. Perilaku Negatif Kesehatan Reproduksi	264
2. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Negatif Kesehatan Reproduksi	268
3. Pencegahan dan Penanganan Perilaku Negatif Kesehatan Reproduksi	269
B. Latihan	279
C. Rangkuman	279
D. Tes Formatif	280
E. Daftar Pustaka	282

**MODUL 10. MASALAH PERILAKU NEGATIF PADA WANITA
USIA SUBUR**

A. Pendahuluan	283
B. Tujuan Pembelajaran.....	283
KEGIATAN BELAJAR	
A. Materi Pembelajaran	284

1. Masalah pada Masa Kehamilan	286
2. Kendala pada Masa Kehamilan.....	289
3. Upaya Mengatasi Kecemasan pada Gangguan Kehamilan	298
4. Depresi Postpartum	301
B. Latihan	307
C. Rangkuman	307
D. Tes Formatif	307
E. Daftar Pustaka	310

MODUL 11. MASALAH PERILAKU NEGATIF PADA MENOPAUSE

A. Pendahuluan	311
B. Tujuan Pembelajaran.....	311

KEGIATAN BELAJAR

A. Materi Pembelajaran	312
1. Konsep Kehidupan di Masa Menopause	315
2. Gejala yang Terjadi di Masa Menopause	316
3. Upaya Menghadapi Menopause	325
B. Latihan	327
C. Rangkuman	327
D. Tes Formatif	328
E. Daftar Pustaka	330

MODUL 12. PROGRAM PENCEGAHAN PENULARAN HIV DARI IBU KE ANAK (PPIA)

A. Pendahuluan	331
B. Tujuan Pembelajaran.....	331

KEGIATAN BELAJAR

A. Materi Pembelajaran	332
1. Target Percepatan Eliminasi Kasus HIV AIDS	332
2. Analisis Situasi HIV AIDS di Indonesia	336
3. Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu kepada Anak	341
B. Latihan	383
C. Rangkuman	383
D. Tes Formatif	384
E. Daftar Pustaka	386

MODUL 13. INTERVENSI PERUBAHAN PERILAKU PADA HIV AIDS DAN IMS	
A. Pendahuluan	388
B. Tujuan Pembelajaran.....	388
KEGIATAN BELAJAR	
A. Materi Pembelajaran	389
1. Permasalahan yang Dialami ODHIV	389
2. Kaskade Kasus HIV AIDS berdasarkan Penularan secara Seksual	395
3. Program Pencegahan Penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS)	397
4. Intervensi Perubahan Perilaku pada HIV AIDS dan IMS.....	403
B. Latihan	415
C. Rangkuman	416
D. Tes Formatif	417
E. Daftar Pustaka	419
 RIWAYAT PENULIS	 421

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 1	Informasi Penting Kunjungan ANC	144
Tabel 2	Jadwal Pemberian Imunisasi TT pada Ibu Hamil	145
Tabel 3	Ketidaknyamanan Masa Hamil dan Cara Mengatasinya	147
Tabel 4	Sikap Remaja dalam Penggunaan Poli Remaja di Puskesmas	247
Tabel 5	Kuesioner Pengetahuan tentang Perilaku Seksual	251
Tabel 6	Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Preventif Kesehatan Reproduksi	254
Tabel 7	Rangking Terhadap Sepuluh Pegawai Nakes di Bidang Pelayanan Rumah Sakit	256
Tabel 8	Kaskade Ibu Hamil yang Mendapatkan Pengobatan ARV	340
Tabel 9	Kaskade Bayi Lahir Hidup dari Ibu HIV	340
Tabel 10	Kaskade Sifilis Ibu Hamil	341
Tabel 11	Waktu dan Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak	343
Tabel 12	Faktor yang Berperan dalam Penularan HIV dari Ibu ke Bayi	373
Tabel 13	Penentuan Status Epidemio HIV	379
Tabel 14	Keuntungan dan Kerugian Jenis Persalinan	403
Tabel 15	Perbedaan Tujuan IPP dan KPP	406

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 1	Keterkaitan antara Ilmu, Tingkah Laku, dan Proses Mental	5
Gambar 2	Kerangka Teori <i>Health Belief Model</i>	23
Gambar 3	Kerangka <i>Theory of Reasoned Action</i>	25
Gambar 4	Kerangka <i>Theory of Planned Behavior</i>	26
Gambar 5	Proses Timbulnya Sikap dan Reaksi	215
Gambar 6	Proses Terjadinya Perilaku	216
Gambar 7	Kerangka Teori PPM	229
Gambar 8	Teori Perilaku Berdasarkan <i>Health Belief Model</i>	234
Gambar 9	Kerangka Berpikir TRA	236
Gambar 10	Kerangka Berpikir TPB	237
Gambar 11	Kerangka Berpikir PMT	239
Gambar 12	Kronologis Masa Kehidupan Wanita	314
Gambar 13	Jejaring Perilaku Penularan HIV di Indonesia	337
Gambar 14	Alur Deteksi Dini HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari Ibu Hamil dalam Pelayanan Antenatal Terpadu	353
Gambar 15	Alur Layanan KIE tentang HIV dan Sifilis pada WUS	363
Gambar 16	Alur Tes HIV-Sifilis atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan dan Konseling	369
Gambar 17	Alur Kegiatan PPIA Komprehensif dan Berkesinambungan dengan Pendekatan <i>Prong 1-4</i>	383

DAFTAR SINGKATAN

AIDS	<i>Acquired immune deficiency syndrome</i>
AKDR	Alat kontrasepsi dalam rahim
ANC	<i>Antenatal care</i>
ARV	Antiretroviral
ASI	Air susu ibu
AZT	Zidovudine
BCC	<i>Behavior change communication</i>
BCI	<i>Behavior change intervention</i>
BKKBN	Badan kependudukan dan keluarga berencana nasional
BPS	Badan pusat statistik
COVID	<i>Corona virus disease</i>
ICPD	<i>International conference on population and development</i>
IMB	<i>Information-motivation-behavioural skills model</i>
HAM	Hak asasi manusia
HBM	<i>Health belief model</i>
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
HPV	<i>Human papilloma virus</i>
HRT	<i>Hormone replacement therapy</i>
IMS	Infeksi menular seksual
IMT	Indeks massa tubuh
IPP	Intervensi perubahan perilaku
IUD	<i>Intra uterine device</i>
ISR	Infeksi saluran reproduksi
KB	Keluarga berencana
KEK	Kekurangan energi kronis
KIE	Komunikasi, informasi, dan edukasi
KPP	Komunikasi perubahan perilaku
KRR	Kesehatan reproduksi remaja
KTD	Kehamilan yang tidak diinginkan
LILA	Lingkar lengan atas
LKB	Layanan komprehensif berkesinambungan
LSM	Lembaga swadaya masyarakat
MARCH	<i>Modelling and reinforcement to combat HIV</i>
NSFG	<i>National survey of family growth</i>
ODHIV	Orang dengan HIV-AIDS
OAT	Obat anti tuberkulosis
PBB	Persatuan bangsa-bangsa
PDP	Perawatan, dukungan, dan pengobatan
PID	<i>Pelvic inflammatory disease</i>

PIK	Pusat informasi dan konseling remaja
PKK	Pemberdayaan kesejahteraan keluarga
PKPR	Pelayanan kesehatan peduli remaja
PKRE	Pelayanan kesehatan reproduksi esensial
PMDD	<i>Pre-menstrual dysphoric disorder</i>
PMS	<i>Pre-menstrual syndrome</i>
PMT	<i>Protection motivation theory</i>
PNS	Pegawai negeri sipil
PPIA	Pencegahan penularan HIV dari Ibu ke Anak
PUS	Pasangan usia subur
SKKRI	Survei kesehatan reproduksi remaja Indonesia
SMA	Sekolah menengah atas
SMP	Sekolah menengah pertama
TRA	<i>Theory of reasoned action</i>
TPB	<i>Theory of planned behavior</i>
VL	<i>Viral load</i>
WHO	<i>World health organization</i>
WPS	Wanita pekerja seks
WUS	Wanita usia subur
ZDV	Zidovudine

Tinjauan Mata Kuliah

Secara umum, pembahasan yang terdapat di dalam Mata Kuliah Perilaku dan Psikologi Kesehatan Reproduksi ini adalah berbagai macam teori psikologi, aspek psikologi, kondisi, serta masalah psikologis pada bidang kesehatan reproduksi, konsep pendidikan kesehatan reproduksi dan seksual, berbagai macam bentuk perilaku kesehatan reproduksi, serta pencegahan dan penanggulangan permasalahan HIV-AIDS dan IMS. Sebagai bentuk penjabaran dari topik-topik tersebut, maka buku ajar ini tersusun ke dalam 13 modul antara lain sebagai berikut:

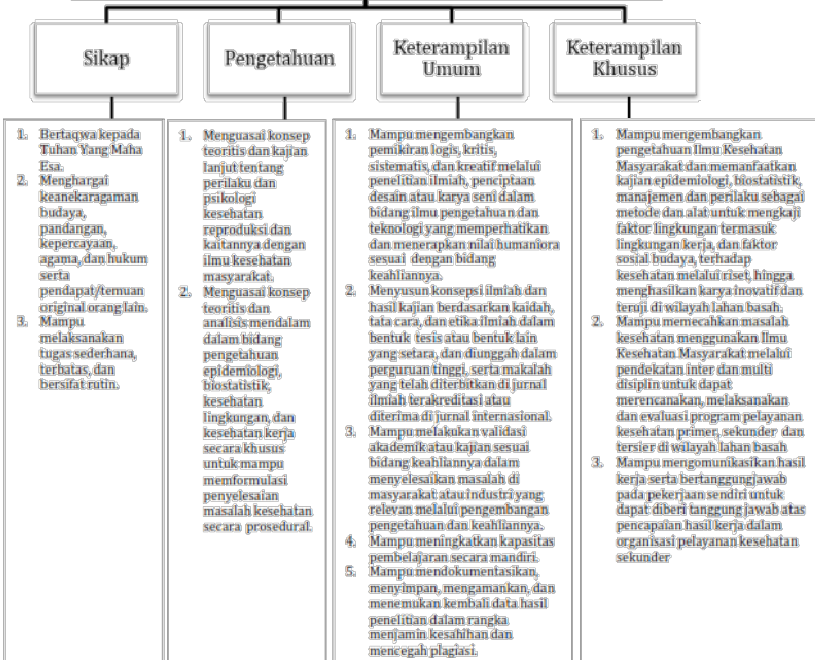
- Modul 1. Teori psikologi terkait masalah kesehatan reproduksi
- Modul 2. Aspek psikososial masalah kesehatan reproduksi
- Modul 3. Psikologi reproduksi remaja
- Modul 4. Masalah psikologis pada masa reproduksi (1)
- Modul 5. Masalah psikologis pada masa reproduksi (2)
- Modul 6. Pendidikan kesehatan reproduksi
- Modul 7. Kesehatan seksual
- Modul 8. Perilaku kesehatan reproduksi dan pengukurannya

- Modul 9. Masalah perilaku negatif kesehatan reproduksi pada remaja
- Modul 10. Masalah perilaku negatif pada wanita usia subur
- Modul 11. Masalah perilaku negatif pada menopause
- Modul 12. Program pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak
- Modul 13. Intervensi perubahan perilaku pada HIV-AIDS dan IMS

Melalui modul-modul yang diberikan, kami berharap mahasiswa dapat mempelajarinya dengan baik dan seksama. Selamat belajar dan semoga berhasil.

PETA KOMPETENSI BUKU AJAR PERILAKU DAN PSIKOLOGI KESEHATAN REPRODUKSI

Pembahasan dalam buku ajar ini meliputi teori psikologi terkait masalah kesehatan reproduksi, aspek psikososial masalah kesehatan reproduksi, psikologi reproduksi remaja, masalah psikologis pada masa reproduksi, pendidikan kesehatan reproduksi, kesehatan seksual, perilaku kesehatan reproduksi dan pengukurannya, masalah perilaku negatif kesehatan reproduksi pada remaja, masalah perilaku negatif pada wanita usia subur, masalah perilaku negatif pada menopause, upaya pencegahan dan penanggulangan serta intervensi perubahan perilaku pada bidang HIV-AIDS, dan IMS.



MODUL 1

TEORI PSIKOLOGI TERKAIT MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI

A. PENDAHULUAN

Salah satu cabang ilmu psikologi yang berkaitan erat dengan kesehatan reproduksi yaitu disebut sebagai psikologi reproduksi. Keilmuan ini mempelajari kondisi seseorang di sepanjang hidupnya, baik ketika melewati fase pubertas, menjadi ayah/ibu, kehamilan, kelahiran, siklus menstruasi, menopause, dan situasi lain dapat menghasilkan perubahan emosional dan membutuhkan perhatian sosial-psikologis yang spesifik. Ilmu psikologi juga dapat diterapkan dalam pemahaman terkait dengan permasalahan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi yaitu, HIV AIDS, masalah reproduksi pada gender, kelainan pada organ seksual, dan kesehatan mental.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa dapat memahami konsep kesehatan reproduksi dan ilmu psikologi serta berbagai bentuk teori dan upaya pendekatan yang dapat menjelaskan tentang kesehatan reproduksi dan permasalahannya.

2. Tujuan Instruksional Khusus

- a. Mahasiswa mampu menguraikan pendekatan psikoanalisis pada masalah kesehatan reproduksi.
- b. Mahasiswa mampu menguraikan pendekatan stimulus-respon pada masalah kesehatan reproduksi.
- c. Mahasiswa mampu menguraikan pendekatan kognitif pada masalah kesehatan reproduksi.
- d. Mahasiswa mampu menguraikan pendekatan internal dan lingkungan pada masalah kesehatan reproduksi.

KEGIATAN BELAJAR

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Kesehatan Reproduksi dan Psikologi

Penjabaran tentang teori-teori psikologi yang berkaitan dengan masalah kesehatan reproduksi akan dimulai terlebih dahulu dengan penjelasan mengenai konsep kesehatan

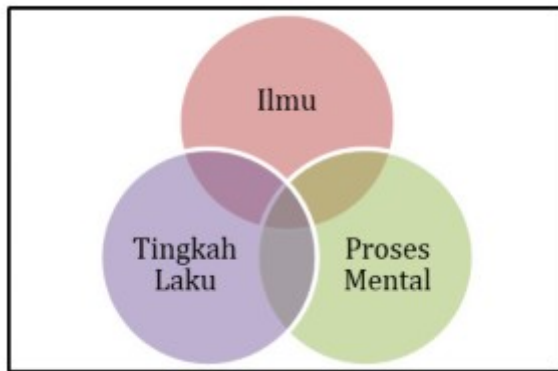
reproduksi dan psikologi itu sendiri. *International Conference on Population and Development* (ICPD) tahun 1994 mendefinisikan kesehatan reproduksi sebagai suatu kondisi atau keadaan yang menyangkut kesejahteraan fisik, mental, dan sosial seutuhnya, bebas dari penyakit atau kecacatan, serta menyangkut sistem, fungsi, dan proses reproduksi (WHO, 2013). Dari definisi ini, kaitan antara kesehatan reproduksi dengan ilmu psikologi berada pada konteks “kesejahteraan mental” manusia. Mental sendiri adalah salah satu objek pengetahuan dari ilmu psikologi.

Untuk semakin mudah memahami kejelasan hubungan antara teori psikologi dengan kesehatan reproduksi, kita juga perlu mengetahui lebih jauh tentang Secara sederhana, psikologi adalah ilmu tentang pikiran dan tingkah laku manusia. Psikologi dianggap sebagai jembatan antara dua cabang ilmu, yakni filosofi yang berfokus pada pemikiran/gagasan dan fisiologi yang berfokus pada fisik otak dan sistem syaraf (Benson et al., 2012). Ketika mempelajari psikologi, maka tidak dapat dipisahkan dengan mempelajari fisik manusia yang dalam hal ini terkait otak dan sistem syaraf.

Definisi lain tentang psikologi yaitu dianggap sebagai ilmu yang mempelajari tingkah laku dan proses mental manusia (Nolen-Hoeksema et al., 2009). Dari definisi ini terdapat tiga kata penting yakni “ilmu”, “tingkah laku”, dan “proses mental”. Ketiga konsep ini saling berkaitan, seperti yang terlihat di gambar 1. Sebagai sebuah ilmu, psikologi menghasilkan pengetahuan dengan mengandalkan proses observasi sistematis. Tingkah laku adalah objek pengetahuan dari ilmu psikologi yang dapat diukur dan diobservasi. Namun, pada konsep ketiga, proses mental adalah objek pengetahuan dari ilmu psikologi yang tidak terlihat bentuknya secara kasat mata. Proses mental berkaitan dengan aktivitas psikologis berupa berpikir, merasa dan menerima rangsangan. Artinya psikologi dapat didefinisikan sebagai ilmu yang mempelajari tingkah laku, pikiran, perasaan, dan respon rangsangan manusia.

Kita kembali pada kaitan antara definisi kesehatan reproduksi dan ilmu psikologi. Salah satu kondisi kesehatan reproduksi ditunjukkan dengan kesejahteraan mental atau bisa disebut juga sebagai kesehatan mental. Searah dengan ilmu psikologi yang mempelajari tentang proses mental, maka semakin jelas keterkaitan antara kesehatan reproduksi

dan ilmu psikologi. Kesehatan reproduksi dan ilmu psikologi sama-sama memiliki objek utama kajian, yakni manusia, yang dalam hal ini berkaitan dengan perilaku terkait masalah reproduksi manusia. Kita akan bahas lebih jauh tentang istilah psikologi reproduksi pada bagian lain.



Gambar 1. Keterkaitan antara Ilmu, Tingkah Laku, dan Proses Mental

Agar memperjelas peran dari ilmu psikologi pada kesehatan reproduksi, kita bisa lihat contoh-contoh dari empat fungsi ilmu psikologi, yakni memahami, menggambarkan, memprediksi, dan mengendalikan.

a. Fungsi memahami

Fungsi memahami ditujukan untuk mengerti tentang tingkah laku seseorang berkaitan dengan fungsi reproduksi, misalnya memahami bagaimana perubahan tingkah laku seksual saat remaja mulai mengalami pubertas.

b. Fungsi menggambarkan

Psikologi bertujuan untuk menggambarkan perbedaan tingkah laku, misalnya memahami bagaimana gambaran perbedaan tingkah laku seksual pada laki-laki dan perempuan.

c. Fungsi memprediksi

Psikologi bertujuan untuk memperkirakan tingkah laku berdasarkan pengetahuan yang pernah diperoleh sebelumnya. Dengan fungsi ini, psikologi dapat memprediksi tingkah laku yang mungkin akan terjadi di masa depan, misalnya terkait dengan antisipasi tingkah laku yang muncul pada orang dengan penyakit menular.

d. Fungsi mengendalikan

Bentuk fungsi psikologi dalam mengendalikan yaitu, psikologi berperan dalam mengendalikan tingkah laku agar sesuai dengan harapan dan membawa perubahan menjadi ke arah yang lebih baik. Biasanya pada fungsi terakhir ini

psikologi akan menggunakan teknik intervensi dalam bidang kesehatan reproduksi, misalnya mengubah perilaku seks agar lebih sehat menggunakan intervensi perilaku. Perlu diingat kembali fokus kajian psikologi tidak hanya terbatas pada tingkah laku, tetapi juga berfokus pada pikiran dan perasaan (proses mental manusia).

Psikologi terbagi menjadi beberapa cabang, seperti biopsikologi, psikologi kognitif, psikologi perkembangan, psikologi sosial, psikologi kepribadian, psikologi sekolah/pendidikan, psikologi industri, psikologi klinis, psikologi kesehatan, dan beberapa cabang lainnya. Cabang psikologi yang berkaitan dengan konteks kesehatan reproduksi adalah psikologi kesehatan (*health psychology*). Cabang psikologi ini mempelajari bagaimana faktor biologis, sosial, dan psikologi mempengaruhi kondisi kesehatan dan penyakit (APA, 2014). Psikologi kesehatan juga bertujuan untuk peningkatan kondisi kesehatan, pencegahan penyakit, hingga peningkatan sistem perawatan kesehatan yang baik (APA, 2014). Pada tujuan terakhir ini, psikologi kesehatan terkadang juga disebut dengan psikologi perawatan kesehatan (*health care psychology*).

Saat ini terjadi perkembangan ilmu psikologi yang lebih maju. Cabang ilmu psikologi semakin berkembang, salah satu cabang lain yang membahas masalah psikologis terkait reproduksi, seperti kelahiran prematur, keguguran, kelainan bawaan, dan masalah psikologis pasca melahirkan (*post-natal depression and stress disorders*), yakni “**Psikologi Reproduksi**” (*reproductive psychology*) (Limiñana-Gras, 2017). Psikologi reproduksi mempelajari sepanjang hidup manusia, yakni ketika melewati fase pubertas, menjadi ayah/ibu, kehamilan, kelahiran, siklus menstruasi, menopause, dan situasi lain dapat menghasilkan perubahan emosional dan membutuhkan perhatian sosial-psikologis yang spesifik (Limiñana-Gras, 2017).

Berkaitan dengan kesehatan reproduksi, maka psikologi dapat menjelaskan perilaku pada beberapa kasus berikut (Faturrochman, 1998):

- a. Infeksi menular seksual, misalnya AIDS.
- b. Masalah reproduksi pada gender spesifik, misalnya pada perempuan berupa sindrom pra-menstruasi.
- c. Kelainan pada organ seksual, misalnya masalah impotensi, ejakulasi prematur pada laki-laki, dan

vaginismus pada wanita (kondisi saat otot-otot di sekitar vagina mengalami pengencangan).

Permasalahan kesehatan reproduksi yang juga berkaitan dengan psikologi yaitu berupa kesehatan mental. Beberapa hal yang menjadi titik pertemuan antara kesehatan reproduksi dengan kesehatan mental adalah masalah psikologis saat kehamilan, saat melahirkan anak, dan masa nifas (*postpartum*), serta dampak dari kekerasan pada kesehatan mental (WHO, 2017). Kekerasan dalam hal ini termasuk diantaranya adalah kekerasan seksual. Kemudian, masalah kesehatan mental yang muncul berkaitan dengan kesehatan reproduksi adalah kematian, kelahiran, dan keguguran, pembedahan dan pengangkatan organ reproduksi, sterilisasi, kehamilan pranikah, HIV-AIDS, menopause, serta infertilitas (WHO, 2017).

2. Pendekatan Psikologi pada Kesehatan Reproduksi

Memahami perilaku seseorang di dalam ilmu psikologi, dikenal dengan melalui beberapa pendekatan (*approach*) dan teori (*theory*). Kita perlu mengenal dulu bahwa “pendekatan” dan “teori” adalah dua hal yang berbeda, tetapi saling

berkaitan. Pendekatan juga kadang disebut sebagai kerangka kerja (*framework*) atau paradigma (*paradigm*) (Glassman & Hadad, 2009), atau disebut juga cara pandang untuk memahami fenomena. Pendekatan terdiri dari beberapa asumsi dasar, metode, dan struktur teoretis (Glassman & Hadad, 2009). Ini artinya, teori adalah turunan dari pendekatan. Teori diartikan sebagai seperangkat prinsip yang terstruktur untuk memahami serangkaian fenomena (Glassman & Hadad, 2009). Sebagai contoh, pendekatan psikoanalisis memiliki teori kepribadian Freudian, pendekatan behaviorisme memiliki berbagai teori, salah satu diantaranya adalah teori stimulus-respon (SR), dan pendekatan kognitif memiliki contoh teori berupa teori *Health Belief Model*. Begitupula dalam bidang kesehatan reproduksi, terdapat beberapa pendekatan psikologi seperti pendekatan psikoanalisis, pendekatan behaviorisme, pendekatan kognitif, dan pendekatan internal lingkungan (Faturrochman, 1998).

a. Pendekatan Psikoanalisis

Pendekatan ini disebut juga pendekatan psikodinamika yang dikenalkan oleh Sigmund Freud. Dasar pemikiran yang paling terkenal dari pendekatan psikoanalisis ini adalah

perilaku didorong dan dikontrol oleh **alam bawah sadar** (Faturrochman, 1998). Ini artinya perilaku berasal dari keyakinan, ketakutan, dan keinginan yang tidak disadari seseorang (Nolen-Hoeksema et al., 2009).

Analisis terhadap masalah kesehatan reproduksi dimulai dengan investigasi mengenai konflik bawah sadar (Apfel & Keylor, 2002). Misalnya, Zihlmann dan de Alvarenga (2015) menjelaskan keputusan terkait reproduksi pada orang dengan HIV-AIDS (ODHIV) didasarkan pada kontradiksi dan logika alam bawah sadar dan trauma narsistik. Belum banyak pembahasan khusus pada pendekatan psikoanalisis dalam menjelaskan kesehatan reproduksi, tetapi beberapa tulisan membahas tentang konsep psikoanalisis pada konteks infertilitas (Apfel & Keylor, 2002), seksualitas (Friedman & Downey, 2007), dan HIV-AIDS (Zihlmann & de Alvarenga, 2015).

Sebuah teori yang dinamakan teori kepribadian yang berhubungan dengan pendekatan psikoanalisis, membagi menjadi 3 struktur: Id (insting), Ego (realitas), dan Superego (moralitas). Sebagai contoh, dalam memahami permasalahan infertilitas, pendekatan psikoanalisis menjelaskan bahwa ego berupa perasaan yang dirasakan secara nyata terbentuk sejak

dini (van der Akker, 2012). Pada tahap selanjutnya, trauma narsistik (ketertarikan berlebih pada diri sendiri) menimbulkan kemarahan dan respon regresif (mekanisme pertahanan ego yang ditandai kemunduran ego ke tahap perkembangan manusia di tingkat sebelumnya) (van der Akker, 2012). Bentuk respon regresif ini adalah ketidakstabilan diri yang disebut fragmentasi diri (terpecah-pecah) dan kecemasan. Kemudian, individu mengalami reorganisasi diri (*self*) untuk mengatasi kehilangan bentuk diri yang ideal sebagai orang tua biologis, akhir dari proses ini adalah terjadinya infertilitas (van der Akker, 2012). Dapat dilihat dari penjelasan van der Akker (2012) ini bahwa pandangan psikoanalisis pada infertilitas berkaitan dengan ego, trauma narsistik, dan mekanisme pertahanan ego. Semua proses ini tentunya “tidak disadari” individu. Ingat, konsep dasar psikoanalisis adalah ketidaksadaran atau alam bawah sadar.

Selain menjelaskan dinamika penyebab terjadinya infertilitas, psikoanalisis dianggap mampu berperan untuk membantu dalam pengobatan medis, khususnya pada infertilitas psikogenik atau ketidaksuburan karena alasan psikologis (Apfel & Keylor, 2002). Psikoanalisis memberikan

konstruksi naratif penjelasan suatu permasalahan kesehatan reproduksi (Friedman & Downey, 2007). Bantuan psikoanalisis ini adalah menganalisis atau menggali awal masalah dari infertilitas agar menjadi solusi pemecahan masalah melalui terapi-terapi psikologis.

Perspektif psikoanalisis juga berkaitan dengan domain seksualitas. Berawal dari salah satu dasar ide Freud yang mengembangkan psikoanalisis berkaitan dengan perkembangan psikoseksual manusia (Friedman & Downey, 2007). Sebagai contoh, Friedman dan Downey (2007) menerangkan bahwa beberapa kasus seperti pelaku pelecehan seksual yang muncul karena adanya perkembangan psikodinamika dari teori *oedipus complex* (ketertarikan anak laki-laki pada ibunya), dan ketakutan anak laki-laki pada ayahnya menyebabkan mereka memiliki ketakutan yang tidak disadari pada seksualitas. Pada konsep perkembangan kepribadian manusia, Freud juga menjelaskan kerangka konsep seksualitas. Terdapat empat fase perkembangan kepribadian manusia yang semua fase berkaitan dengan konsep psikoseksual:

- a. Fase oral (0-1 tahun): Pada fase ini anak mengalami kesenangan daerah mulut, yakni memasukkan benda-benda ke mulut.
- b. Fase anal (1-3 tahun): Pada fase ini anak terfokus pada pencernaan makanan dan pembuangan kotoran, kesenangan anak berada pada mendorong keluar dari anus.
- c. Fase *phallic* (3-6 tahun): Anak mulai memunculkan perasaan seksual dan agresivitas berhubungan dengan organ genital, kenikmatan masturbasi dan fantasi anak. Pada tahap ini kemungkinan muncul gejala *oedipus complex*.
- d. Fase *latent* (6 tahun hingga pubertas): Fase ini ditandai dengan perkembangan psikoseksual yang kurang berkembang pesat, kadang disebut sebagai masa tenang. Kenikmatan seksual ditekan dan berkurang karena anak mengalihkan (sublimasi) aktivitasnya terfokus pada kegiatan lain, seperti sekolah dan pertemanan.
- e. Fase genital (pubertas hingga dewasa): Pada fase ini mulai muncul daya tarik seksual dengan pasangan (tidak pada dirinya sendiri), individu mulai bersosialisasi, hingga mulai mempersiapkan untuk perkawinan dan

berkeluarga. Pada fase terakhir ini, jika dikaitkan dengan reproduksi manusia, maka tanda-tanda kematangan seksual dan aspek psikologis manusia memberikan stabilitas dan rasa aman bagi individu.

b. Pendekatan Behaviorisme: Stimulus-Respon

Pendekatan behaviorisme menekankan pada peran dari stimulus lingkungan yang akan menentukan bagaimana kita bertindak, sederhananya menggunakan istilah “stimulus” (kejadian di lingkungan) dan “respon” (tingkah laku) (Glassman & Hadad, 2009). Kunci dari pendekatan ini adalah proses belajar. Dua proses pembelajaran yang terkenal dari pendekatan behaviorisme adalah pengondisian klasik dan operan.

Tokoh terkenal dari pendekatan ini adalah Ivan Pavlov di Rusia dan B. F. Skinner di Amerika Serikat. Pavlov mengembangkan teori yang dikenal sebagai pengondisian klasik (*classical conditioning*) yang awalnya dikembangkan pada percobaan terhadap anjing. Teori ini menjelaskan bahwa terdapat usaha untuk mengondisikan stimulus yang tidak terkondisi melalui respon yang tidak terkondisi untuk melahirkan respon yang terkondisi. Teori ini berkaitan

dengan proses belajar, individu akan melakukan pembiasaan berdasarkan stimulus dan respon yang ia terima.

Skinner mengembangkan teori yang berbeda dengan Pavlov, yakni pengondisian operan yang ditandai dengan adanya penguatan (*reinforcement*) terhadap perilaku yang dilakukan oleh individu. Teori ini secara aplikatif dapat digunakan untuk modifikasi perilaku (Glassman & Hadad, 2009). Pada konteks kesehatan reproduksi salah satu langkah aplikatif untuk modifikasi perilaku terkait usaha melawan penyebaran HIV adalah dengan *Modelling and Reinforcement to Combat HIV* (MARCH) yang dikenalkan oleh Galavotti et al. (2001). MARCH diimplementasikan dengan membuat drama serial yang mengintegrasikan “penguatan” interpersonal pada tingkat komunitas (dukungan dari teman, anggota keluarga, dan orang lain) (Galavotti et al., 2001). Artinya di samping ada penguatan secara individual, dilakukan pula perubahan norma sosial untuk membentuk perilaku yang bersifat berkelanjutan. MARCH telah diterapkan pada beberapa negara di Afrika, seperti Botswana, Etiopia, Ghana, dan Zimbabwe (Galavotti et al., 2001). Salah satu contoh proyek MARCH adalah sosialisasi kondom untuk mencegah penyebaran infeksi menular seksual, seperti HIV-AIDS.

Berkaitan dengan HIV-AIDS, terdapat pula penerapan pendekatan behaviorisme menggunakan teori *reward-punishment* di Indonesia. Sebagai usaha untuk mencegah penyebaran infeksi menular seksual, Azam et al. (2014) melakukan intervensi dengan model integrasi pendidik komunitas dengan sistem *reward-punishment*. Hasil penelitian tersebut menemukan bahwa program intervensi dapat meningkatkan penggunaan kondom sebesar 82,9% antara sebelum dan setelah intervensi di Lokalisasi Banyu Putih Batang, Jawa Tengah (Azam et al., 2014). Untuk kembali diingat, pemberian hadiah dan hukuman adalah salah satu bentuk strategi untuk memberi penguatan (*reinforcement*) pada suatu perilaku menggunakan pendekatan behaviorisme.

Perilaku muncul karena dibiasakan atau dikondisikan (*conditioning*) sesuai tujuan/keinginan. Penerapan konsep pendekatan behaviorisme ini telah banyak dicoba pada usaha peningkatan kesehatan reproduksi (Faturrochman, 1998). Salah satu aplikasi di konteks kesehatan reproduksi adalah penggunaan konsep **insentif** dan **disinsentif** oleh BKKBN pada penggunaan alat kontrasepsi (Faturrochman, 1998). Pada intervensi ini, pemberian insentif dicontohkan dengan program pemberian bibit pohon, kemudahan pelayanan

kredit/pinjaman uang; sementara pemberian disinsentif dicontohkan dengan perlambatan birokrasi, pengurangan kredit poin bagi pejabat setempat (Faturrochman, 1998).

c. Pendekatan Kognitif

Berbeda dengan pendekatan stimulus-respon pada bagian sebelumnya, pendekatan kognitif berfokus pada fungsi internal manusia yang lebih dalam, yakni kognitif (Glassman & Hadad, 2009). Pendekatan ini adalah pendekatan yang paling didominasi oleh unsur psikologis manusia untuk mengendalikan perilaku manusia (faktor internal). Proses mental yang menjadi perhatian dari pendekatan ini adalah proses memersepsikan, mengingat, menalar, memutuskan, dan memecahkan masalah (Nolen-Hoeksema et al., 2009). Saat ini pendekatan kognitif mengalami kejayaan dalam menjelaskan tingkah laku manusia, termasuk juga pada konteks kesehatan reproduksi.

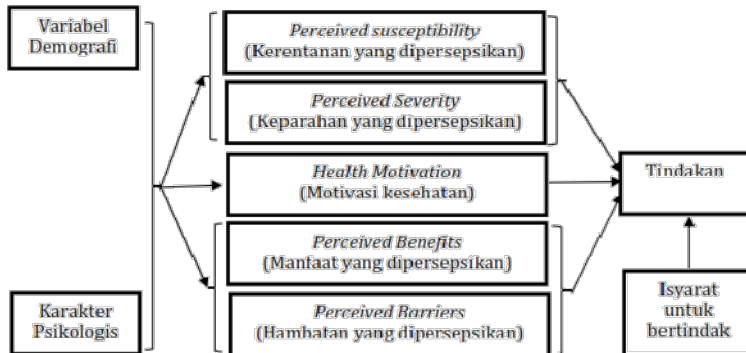
Pendekatan kognitif menyumbangkan banyak teori dalam usaha untuk memahami dan mengubah tingkah laku dalam permasalahan kesehatan. Beberapa contoh teori dari pendekatan kognitif ini adalah *Health Belief Model (HBM)*, *Theory of Reasoned Action (TRA)*, *Theory of Planned Behavior*

(TPB), *Protection Motivation Theory (PMT)*, dan *Information-Motivation-Behavioural Skills Model (IMB)* (van der Akker, 2012). Pada bagian ini akan dibahas tiga teori pertama yang populer dalam menjelaskan masalah kesehatan reproduksi.

1) *Health Belief Model (HBM)*

Dikembangkan oleh Rosenstock (1966, 1974), HBM merupakan model kognitif yang didasari oleh tiga latar belakang pribadi variabel (seperti sosio-demografis, psikososial, dan struktur) (van der Akker, 2012). Meskipun ada pula yang menyebutkan hanya ada dua latar belakang pribadi, yakni variabel demografi (seperti gender dan usia) dan karakteristik psikologis (seperti kepribadian dan tekanan kelompok) (Abraham & Sheeran, 2014). Kemudian ada empat variabel kunci yang terdiri dari dua variabel yang mengancam perilaku kesehatan dan dua variabel yang merupakan harapan mengenai perilaku kesehatan (van der Akker, 2012). Terdapat tambahan variabel kunci lain, yakni motivasi kesehatan (Abraham & Sheeran, 2014). Serta ada isyarat/cara untuk bertindak sebagai variabel tambahan yang mempengaruhi perilaku/tindakan yang sedang diteliti (Abraham & Sheeran, 2014; van der Akker, 2012).

Beberapa riset juga menambahkan efikasi diri (*self-efficacy*) karena dianggap menjadi keyakinan individu untuk melakukan perilaku yang sedang diprediksi di HMB (Abraham & Sheeran, 2014). Agar lebih mudah lihat gambar 2 untuk memahaminya. Mudah menemukan riset yang menggunakan HBM dalam menjelaskan perilaku dan kesehatan reproduksi. Salah satunya adalah riset Zhao et al. (2012) di Cina untuk memprediksi penggunaan kondom pada wanita pekerja seks (WPS). Di Indonesia, HBM juga dibuktikan persepsi kerentanan, keparahan, manfaat, hambatan, efikasi diri, dan stimulus tindakan memiliki hubungan dengan perilaku pencegahan infeksi menular seksual pada WPS (Wulandari et al., 2016). Selain digunakan untuk memprediksi, HBM juga dipercaya dapat memberikan solusi intervensi, contohnya untuk meningkatkan penggunaan kontrasepsi modern (Hall, 2012).



Gambar 2. Kerangka Teori *Health Belief Model* (diadaptasi dari Abraham & Sheeran, 2014)

Model HBM dapat digunakan sebagai dasar intervensi untuk mengubah suatu perilaku. Misalnya, dalam pemberian informasi terkait kesehatan reproduksi, target sasaran kelompok intervensi diberi persepsi mengenai seberapa rentan mereka terhadap masalah kesehatan reproduksi (*perceived susceptibility*). Kemudian, individu juga diberi informasi mengenai seberapa parah atau serius masalah kesehatan reproduksi tersebut. Pada informasi lain, dapat dikomunikasikan mengenai manfaat yang akan dirasakan oleh individu ketika melakukan suatu usaha untuk menjaga kesehatan reproduksi (*perceived benefits*). Selain itu, individu juga diberi pengetahuan mengenai hambatan yang mungkin

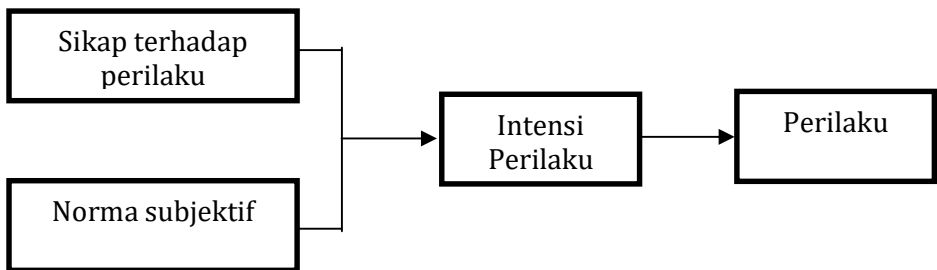
akan ditemui saat melakukan upaya pada kesehatan reproduksi (*perceived barriers*). Pada bagian informasi lain, dapat ditambah dengan cara-cara untuk bertindak (*cue of action*) dan diberi motivasi atau keyakinan diri untuk dapat bertindak. Perlu diperhatikan juga demografi dan karakteristik psikologis kelompok target intervensi.

2) Theory of Reasoned Action (TRA)

Teori ini dikembangkan oleh Fishbein dan Ajzen (1975) dan diantaranya digunakan untuk memahami perilaku kesehatan. Menurut Abraham dan Sheeran (2014) saat akan melakukan perilaku, manusia dapat bergantung pada niat perilaku itu sendiri, di mana niat ini dipengaruhi oleh sikap mengenai perilaku dan norma subjektif yang berlaku di kelompok, lihat gambar 3.

Sebagai contoh, riset oleh Sable et al. (2006) dapat menjadi rujukan untuk memahami peran TRA pada kesehatan reproduksi. Sable et al. (2006) meneliti tentang niat para dokter di Amerika Serikat untuk memberikan resep kontrasepsi darurat. Temuan mereka konsisten dengan TRA, yakni besarnya niat memberikan resep kontrasepsi darurat dipengaruhi oleh sikap positif terhadap tindakan ini dan

persepsi bahwa rekan kerja/kelompok profesional tertentu mendukung mereka memberikan resep tersebut (norma subjektif). Riset lain menggunakan model TRA untuk menjelaskan perilaku penggunaan kondom pada mahasiswa di Ghana (Bosompra, 2001) dan secara kualitatif mengungkap mengenai kehamilan remaja pada Indian Amerika (Dippel et al., 2017). TRA juga berguna untuk merancang intervensi perubahan perilaku, misalnya riset Roberto et al. (2011) yang memberikan rekomendasi komunikasi efektif petugas kesehatan pada orang tua menggunakan model TRA untuk mendukung vaksinasi *human papillomavirus* (HPV).



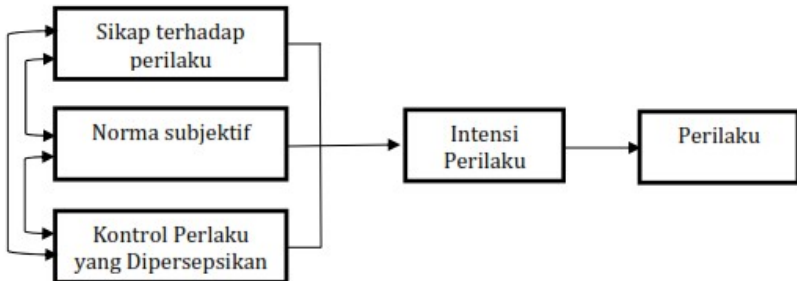
Gambar 3. Kerangka *Theory of Reasoned Action* (Diadaptasi dari Fishbein & Ajzen, 1975)

3) Theory of Planned Behavior (TPB)

Teori ini pada dasarnya pengembangan dari TRA yang telah dibahas pada bagian sebelumnya. Teori ini dikembangkan oleh Ajzen (1991). Kesamaan TRA dan TPB berada pada adanya faktor sikap terhadap perilaku (*attitude toward behavior*) dan norma subjektif (*subjective norm*). Lebih dari itu, TPB menambahkan variabel berupa kontrol perilaku yang dipersepsikan (*perceived behavioral control*), yakni persepsi individu mengenai kontrol diri mereka sendiri (atau ketidakmampuan mengontrol) perilaku (Abraham & Sheeran, 2014). Menurut Abraham dan Sheeran (2014), meskipun model TPB ini sangat populer pada penelitian psikologi kesehatan, namun gagal untuk menjelaskan peran faktor agama dan budaya. Untuk model teori dapat dilihat pada gambar 4.

TPB pada aplikasinya tidak hanya digunakan untuk menjelaskan perilaku, tetapi juga untuk memodifikasi atau mengubah perilaku. Selain itu, TPB juga berpeluang untuk dikembangkan menjadi model yang lebih komprehensif. Sebagai contoh Darabi et al. (2017) meneliti efek dari TPB pada kesehatan seksual dan reproduksi remaja perempuan di Iran. Hasilnya, melalui eksperimental, mereka menemukan

bahwa semua variabel di TPB dan tambahan variabel lain, yakni kontrol orang tua yang dipersepsikan (*perceived parent control*) memiliki peran penting dalam meningkatkan perilaku sehat seksual dan reproduksi pada remaja (Darabi et al., 2017). Namun terkadang tidak semua variabel di TPB signifikan mempengaruhi suatu perilaku. Misalnya Riset Lin et al. (2021) menemukan hanya norma subjektif dan kontrol perilaku yang dipersepsikan signifikan berhubungan dengan niat/intensi perilaku seksual yang aman pada mahasiswa di China, sementara sikap terhadap perilaku tersebut tidak signifikan berhubungan dengan niat.



Gambar 4. Kerangka *Theory of Planned Behavior* (Diadaptasi dari Ajzen, 1991)

d. Pendekatan Internal dan Lingkungan

Jika kita ulas kembali tiga pendekatan yang sudah dijelaskan sebelumnya (psikoanalisa, behaviorisme, dan kognitif), ketiga pendekatan tersebut lebih banyak berfokus pada faktor internal atau dalam diri individu. Untuk itu, perlu diberikan alternatif pendekatan yang menggabungkan faktor internal dan faktor eksternal (dari luar diri individu) pada konteks kesehatan reproduksi.

Faturrochman (1998) menyimpulkan dari beberapa ahli menjelaskan bahwa dua faktor sangat penting berguna untuk perilaku reproduksi yang sehat adalah kontrol diri dan *coping*. Kedua faktor ini berguna sebagai cara untuk menanggapi dan menyesuaikan masalah. Orang dengan **kontrol diri**/internal kuat maka akan lebih sehat, karena mampu bertindak secara rasional dan memiliki pemahaman menyeluruh (Faturrochman, 1998). Sementara orang dengan *coping* yang kuat akan menunjang kemampuan untuk menghadapi masalah didukung oleh penerimaan dan membuka peluang untuk melakukan hal lain untuk kesembuhan (Faturrochman, 1998). Lebih lanjut lagi, menurut Faturrochman, faktor *coping* ini yang berkaitan dengan faktor lingkungan, contoh: *coping* yang muncul dari

dukungan sosial bagi penderita HIV-AIDS. Pembentuk perilaku reproduksi tidak hanya berasal dari internal individu, faktor luar individu seperti lingkungan fisik alam/bangunan dan lingkungan sosial juga dapat membentuk perilaku reproduksi yang khas.

B. LATIHAN

1. Jelaskan cabang ilmu psikologi yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi!
2. Bagaimana pendekatan psikoanalisis memahami tentang masalah infertilitas?
3. Jelaskan aplikasi teori *reward-punishment* pada masalah kesehatan reproduksi!
4. Bagaimana pendekatan kognitif memberi saran pemecahan masalah kesehatan reproduksi berkaitan dengan komunikasi informasi? (Gunakan salah satu dari tiga teori yang ada di pendekatan kognitif).
5. Jelaskan fungsi kontrol diri dan *coping* dalam menjelaskan kesehatan reproduksi!

C. RANGKUMAN

Psikologi adalah ilmu yang mempelajari tentang tingkah laku dan proses mental. Cabang ilmu psikologi yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi adalah psikologi kesehatan dan psikologi reproduksi. Terdapat beberapa pendekatan dan teori yang dapat menjelaskan kesehatan reproduksi. Beberapa diantaranya adalah pendekatan psikoanalisis yang berfokus pada alam bawah sadar; pendekatan behaviorisme yang menekankan pada stimulus-respon manusia; pendekatan kognitif yang menekankan pada proses pikiran; dan pendekatan internal lingkungan yang mengawinkan proses dalam diri (internal) dan luar diri (eksternal) manusia. Saat ini, pendekatan yang paling populer menjelaskan kesehatan reproduksi adalah pendekatan kognitif, seperti *health belief model*, *theory of reasoned action*, dan *theory of planned behavior*. Pada dasarnya, pendekatan psikologi tidak hanya menjelaskan faktor-faktor penyebab kesehatan reproduksi tetapi menawarkan teknik intervensi atau pemecahan masalah berkaitan dengan perilaku reproduksi.

D. TES FORMATIF

1. Diantara beberapa fungsi psikologi adalah memberikan saran pemecahan masalah pada kesehatan reproduksi. Fungsi ini disebut dengan...
 - a. Fungsi memahami
 - b. Fungsi menggambarkan
 - c. Fungsi menjelaskan
 - d. Fungsi memprediksi
 - e. Fungsi mengendalikan
2. Ciri khas dari pendekatan psikoanalisis dalam menjelaskan tingkah laku terkait dengan kesehatan reproduksi adalah...
 - a. Kesadaran manusia
 - b. Ketidaksadaran manusia
 - c. Stimulus respon
 - d. Persepsi
 - e. Pikiran sadar
3. Salah satu variabel yang **tidak** termasuk dalam teori *health belief model* adalah...
 - a. *Perceived severity*
 - b. *Perceived control*
 - c. *Perceived benefits*

- d. *Perceived barriers*
 - e. *Health motivation*
4. Pada teori *theory of planned behavior*, salah satu faktor yang berbentuk penilaian terhadap suatu perilaku adalah...
- a. *Attitude toward behavior*
 - b. *Subjective norm*
 - c. *Perceived control behavior*
 - d. *Perceived benefits*
 - e. *Behavioral intention*
5. Pada penjelasan pendekatan internal lingkungan, salah satu faktor yang berkaitan dengan fungsi dukungan sosial adalah...
- a. Kontrol diri
 - b. Efikasi diri
 - c. Norma subjektif
 - d. *Coping*
 - e. Faktor internal

E. DAFTAR PUSTAKA

- Abraham, C., & Sheeran, P. (2014). The health belief model. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman, & R. West (Eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine, Second Edition* (pp. 97–102). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511543579.022>.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T).
- American Psychological Association. (2014). *Health Psychology Promotes Wellness*. American Psychological Association. <https://www.apa.org/education-career/guide/subfields/health>.
- Apfel, R. J., & Keylor, R. G. (2002). Psychoanalysis and infertility myths and realities. *The International Journal of Psychoanalysis*, 83(1), 85–104. <https://doi.org/10.1516/4089-jbcw-ynt8-qtcn>.
- Azam, M., Fibriana, A. I., & Azinar, M. (2014). Model Integrasi Pendidik Komunitas Dan Sistem Poin “Rp” (Reward-Punishment) Untuk Pencapaian Condom Use 100% Di Lokalisasi. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(1), 25–32. <https://doi.org/10.15294/kemas.v10i1.3067>.
- Benson, N., Ginsburg, J., Grand, V., Lazyan, M., & Weeks, M. (2012). *The Psychology Book: Big ideas simply explained*. Galab.

- Bosompra, K. (2001). Determinants of condom use intentions of university students in Ghana: An application of the theory of reasoned action. *Social Science and Medicine*, 52(7), 1057–1069. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00213-6](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00213-6).
- Darabi, F., Kaveh, M. H., Farahani, F. K., Yaseri, M., Majlessi, F., & Shojaeizadeh, D. (2017). The effect of a theory of planned behavior-based educational intervention on sexual and reproductive health in Iranian adolescent girls: A randomized controlled trial. *Journal of Research in Health Sciences*, 17(4). <https://doi.org/10.34172/jrhs173294>.
- Dippel, E. A., Hanson, J. D., McMahon, T. R., Griese, E. R., & Kenyon, D. Y. B. (2017). Applying the Theory of Reasoned Action to Understanding Teen Pregnancy with American Indian Communities. *Maternal and Child Health Journal*, 21(7), 1449–1456. <https://doi.org/10.1007/s10995-017-2262-7>.
- Faturrochman. (1998). Beberapa Pendekatan Psikologi Kesehatan Reproduksi. *Buletin Psikologi*, 6(2), 1–8. <https://doi.org/10.22146/bpsi.7393>.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research* (M. Reading (ed.)). Addison-Wesley.
- Friedman, R. C., & Downey, J. I. (2007). Sexual psychodynamics I: The origins of male aggression. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 35(1), 97–115.

<https://doi.org/10.1521/jaap.2007.35.1.97>.

Galavotti, C., Pappas-DeLuca, K. A., & Lansky, A. (2001). Modeling and reinforcement to combat HIV: The MARCH approach to behavior change. *American Journal of Public Health, 91*(10), 1602–1607. <https://doi.org/10.2105/AJPH.91.10.1602>.

Glassman, W. E., & Hadad, M. (2009). *Approaches To Psychology*. McGraw-Hill Education. <https://doi.org/10.4324/9781315692334-12>.

Hall, K. S. (2012). The Health Belief Model Can Guide Modern Contraceptive Behavior Research and Practice. *Journal of Midwifery and Women's Health, 57*(1), 74–81. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00110.x>.

Limiñana-Gras, R. M. (2017). Reproductive Psychology and Infertility. *Acta Psychopathologica, 03*(06), 10–12. <https://doi.org/10.4172/2469-6676.100155>.

Lin, C. L., Ye, Y., Lin, P., Lai, X., Jin, Y. Q., Wang, X., & Su, Y. S. (2021). Safe sexual behavior intentions among college students: The construction of an extended theory of planned behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(12), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126349>.

Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B. L., Loftus, G. R., & Wagenaar, W. A. (2009). *Atkinson and Hilgard's introduction to psychology*. Wadsworth Cengage Learning.

- Roberto, A. J., Krieger, J. L., Katz, M. L., Goei, R., & Jain, P. (2011). Predicting pediatricians' communication with parents about the human papillomavirus (HPV) vaccine: An application of the theory of reasoned action. *Health Communication, 26*(4), 303–312. <https://doi.org/10.1080/10410236.2010.550021>.
- Rosenstock, I. . (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly, 44*, 94–124.
- Rosenstock, I. . (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs, 2*(4), 328–335.
- Sable, M. R., Schwartz, L. R., Eleanor, P. J., & Lisbon, M. A. (2006). Using the Theory of Reasoned Action to Explain Physician Intention to Prescribe Emergency Contraception. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 38*(1), 20–27. <https://doi.org/10.1363/3802006>.
- van der Akker, O. B. A. (2012). *Reproductive health psychology*. Wiley.
- WHO. (2017). *Mental health aspects of women's reproductive health*. World Health Organization. http://www.who.int/mental_health/mhgap/2017_Anne_x_B_statements.pdf.
- World Health Organization. (2013). *Regional framework for reproductive health in the Western Pacific*. World Health Organization.
- Wulandari, Y. A., Suryani, N., & Pamungkasari, E. P. (2016). Health Belief Model: Health Preventive Behavior of

Sexually Transmitted Infection in Female Sex Workers in Surakarta. *Journal of Health Promotion and Behavior*, 01(02), 70–78.
<https://doi.org/10.26911/thejhp.2016.01.02.02>.

Zhao, J., Song, F., Ren, S., Wang, Y., Wang, L., Liu, W., Wan, Y., Xu, H., Zhou, T., Hu, T., Bazzano, L., & Sun, Y. (2012). Predictors of Condom Use Behaviors Based on the Health Belief Model (HBM) among Female Sex Workers: A Cross-Sectional Study in Hubei Province, China. *PLoS ONE*, 7(11).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049542>.

Zihlmann, K. F., & de Alvarenga, A. T. (2015). Que desejo é esse? Decisões reprodutivas entre mulheres vivendo com HIV-AIDS sob o olhar da psicanálise. *Saude e Sociedade*, 24(2), 633–645.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200019>.

MODUL 2
ASPEK PSIKOSOSIAL MASALAH KESEHATAN
REPRODUKSI:
DETERMINAN SOSIO-BUDAYA YANG
MEMPENGARUHI
MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI

A. PENDAHULUAN

Aspek psikososial adalah gabungan dari kondisi pribadi (psikologis) dan kondisi sosial, kedua kondisi saling berhubungan satu sama lain, yang dapat berupa hubungan dengan teman dekat/pasangan, hubungan dengan keluarga, hubungan dengan kelompok/masyarakat, dan efek lingkungan fisik-virtual. Permasalahan kesehatan reproduksi yang biasanya terjadi antara lain seperti masalah gender, masalah kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), kekerasan dan pelecehan seksual, infeksi menular seksual, pelacuran, dan teknologi yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi. Faktor penyebab permasalahan tersebut dapat berasal dari faktor pribadi, budaya, psikologis, dan sosial.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu memahami tentang konsep aspek psikososial dengan determinan sosio-budaya yang dapat mempengaruhi permasalahan kesehatan reproduksi.

2. Tujuan Instruksional Khusus

- a. Mahasiswa mampu menguraikan masalah kesehatan reproduksi dan aspek psikologisnya.
- b. Mahasiswa mampu menjelaskan penyebab dan dampak masalah kesehatan reproduksi.
- c. Mahasiswa mampu menguraikan aspek psikososial dan determinan sosio-budaya yang mempengaruhi masalah kesehatan reproduksi.

KEGIATAN BELAJAR

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Masalah Kesehatan Reproduksi

Menurut Kartono (1998) seperti disitasi dalam Lubis (2013) terdapat beberapa masalah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, yakni:

a. Masalah reproduksi

Masalah ini sebenarnya tidak hanya terdiri dari kondisi biologis, tetapi juga kondisi sosial, pemerintah, pelayanan kesehatan, dan ekonomi. Masalah reproduksi dapat berkaitan dengan:

- 1) Masalah kesehatan, gangguan kesehatan, kematian terkait kehamilan
- 2) Peranan faktor sosial budaya terhadap masalah reproduksi
- 3) Intervensi pemerintah dan negara pada isu kesehatan reproduksi
- 4) Ketersediaan dan kesiapan pelayanan kesehatan
- 5) Kesehatan pada bayi dan anak
- 6) Dampak pembangunan ekonomi, industrialisasi, dan perubahan lingkungan pada masalah reproduksi.

b. Gender dan seksualitas

Baik laki-laki atau perempuan dapat mengalami masalah kesehatan reproduksi. Kaitan antara gender dan seksualitas dapat berhubungan dengan masalah:

- 1) Peraturan negara atau hukum formal mengenai masalah seksualitas (pornografi, pelacuran).

- 2) Peranan faktor sosial budaya pada perilaku seks, homoseks, poligami, dan perceraian.
- 3) Kondisi seksualitas remaja.
- 4) Status dan peran perempuan.
- 5) Perlindungan pada perempuan pekerja.

c. Masalah pada kehamilan yang tidak diinginkan (KTD)

Kasus kehamilan yang tidak diinginkan terdiri dari dua sebab, yakni karena kehamilan di luar nikah dan kehamilan karena program kontrasepsi yang kurang berjalan baik. Masalah ini dapat berkaitan dengan:

- 1) Pembunuhan pada bayi.
- 2) Aborsi yang tidak aman.
- 3) Dampak masalah kehamilan yang tidak diinginkan pada sosial, ekonomi, dan kesehatan.
- 4) Kebijakan pemerintah menghadapi masalah ini.

d. Masalah kekerasan dan perkosaan

Kekerasan seksual dan perkosaan juga menyisakan masalah kesehatan reproduksi, dua hal dapat berkaitan dengan:

- 1) Bentuk kekerasan yang disengaja dan dampaknya pada korban.
- 2) Norma sosial tentang KDRT (kekerasan dalam rumah tangga) dan tindak kekerasan pada wanita.
- 3) Sikap masyarakat pada kekerasan perkosaan yang dialami oleh wanita pekerja seks (WPS).
- 4) Langkah mengatasi masalah kekerasan dan perkosaan.

e. Masalah infeksi menular seksual

Perilaku seksual yang berisiko dapat menyebabkan munculnya infeksi menular seksual, adapun beberapa permasalahan yang berkaitan dengan hal ini adalah:

- 1) Penyakit dengan klasifikasi yang relatif lama: sifilis dan gonorrhea.
- 2) Penyakit dengan klasifikasi yang relatif baru: klamidia dan herpes.
- 3) HIV AIDS.
- 4) Dampak sosial dan ekonomi dari kemunculan infeksi menular seksual.
- 5) Kebijakan pemerintah, misal kebijakan dalam pelayanan kesehatan bagi wanita pekerja seks (WPS).

- 6) Sikap masyarakat pada orang dengan infeksi menular seksual.

f. Masalah pelacuran

Masalah sosial ini saat ini tidak hanya berlangsung di lokalisasi dengan wanita pekerja seks (WPS) yang sudah dewasa, tetapi juga terjadi pada remaja-remaja umur belasan tahun. Masalah ini memiliki contoh-contoh sebagai berikut:

- 1) Faktor dan gambaran demografi wanita pekerja seks (WPS).
- 2) Faktor pendorong terjadinya aksi pelacuran.
- 3) Sikap masyarakat pada isu pelacuran.
- 4) Dampak pada kesehatan reproduksi wanita pekerja seks (WPS), konsumen dan anggota keluarganya.

g. Masalah teknologi

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi juga turut berpengaruh pada masalah kesehatan reproduksi. Beberapa hal yang berkaitan dengan masalah teknologi adalah:

- 1) Teknologi reproduksi buatan, misal: bayi tabung.

- 2) Pemilihan bayi berdasarkan jenis kelamin (*gender fetal screening*).
- 3) *Genetic screening* atau tes genetik.
- 4) Keterjangkauan dan kesamaan kesempatan mendapatkan teknologi.
- 5) Etika dan hukum dalam penggunaan teknologi kesehatan reproduksi.

Selain itu, masalah reproduksi juga dapat muncul terbatas pada jenis kelamin tertentu. Beberapa masalah reproduksi yang muncul pada perempuan adalah infertilitas, infeksi menular seksual, gangguan haid, gangguan menopause, *pelvic inflammatory disease* (PID) atau radang panggul infeksi reproduksi bagian atas, kehamilan yang tidak diinginkan (KTD), aborsi, dan *hormone replacement therapy* (HRT) (*treatment* untuk mengatasi menopause) (Wilujeng, 2013). Sementara itu, pada laki-laki terdapat pula beberapa masalah kesehatan reproduksi, seperti kesuburan, disfungsi seksual, hingga penyakit-penyakit kelamin yang menular secara seksual.

2. Penyebab dan Dampak Masalah Kesehatan Reproduksi

Masalah-masalah kesehatan reproduksi dan seksual tidak hanya berdampak pada kondisi biologis, tetapi juga berdampak pada kondisi kesehatan mental. Sebagai contoh kekerasan seksual berbasis gender, pengalaman kekerasan seksual dan pelecehan seksual yang dialami laki-laki dan perempuan berdampak pada masalah kesehatan mental. Pengalaman kekerasan seksual meningkatkan kondisi kesehatan yang buruk, masalah kesehatan pada alat kelamin (misal keputihan yang tidak normal), dan pemikiran bunuh diri (Schizoph, 2011).

Pembahasan berikut akan menjelaskan beberapa contoh permasalahan-permasalahan kesehatan reproduksi yang umum terjadi di Indonesia. Penjelasan tersebut termasuk penyebab hingga dampak yang mungkin dapat dialami dari adanya masalah kesehatan reproduksi berikut:

a. Sunat perempuan

Sunat perempuan adalah mengangkat sebagian atau seluruh dan/atau menggores bagian tertentu di alat kelamin perempuan tanpa bertujuan untuk medis. Penyebab utama munculnya praktik ini adalah dari segi budaya. Beberapa

kecenderungan setuju dengan praktik ini berdasarkan data nasional (n=114.993) Riset Dasar Kesehatan tahun 2013 (Suparmi et al., 2016) adalah

- 1) Usia: Didominasi oleh anak usia 5-11 tahun, meskipun ada yang melakukannya pada usia kurang dari 5 tahun. Orang tua (kepala keluarga) yang cenderung menyetujui praktik ini lebih tinggi pada usia orang tua di atas 40 tahun daripada di bawah 40 tahun.
- 2) Pendidikan: Kepala keluarga lebih banyak menyetujui sunat perempuan pada pendidikan SMA ke bawah, namun semakin tinggi pendidikan semakin rendah kesetujuan praktik ini.
- 3) Tempat tinggal: Lebih banyak bertempat tinggal di perkotaan daripada di desa.
- 4) Status ekonomi: Menariknya, hasil temuan menunjukkan bahwa semakin tinggi status ekonomi semakin setuju praktik sunat perempuan, ini tampaknya jangkauan ekonomi untuk biaya praktik ini sulit dicapai oleh status ekonomi rendah.

Secara khusus belum banyak riset yang menjelaskan dampak kesehatan mental dari aktivitas sunat perempuan ini. Indonesia adalah salah satu negara yang mempraktikkan

sunat perempuan. Praktik sunat perempuan yang dilakukan pada usia kecil sehingga mungkin kurang diingat saat sudah dewasa. Namun, praktik ini dapat menyisakan traumatis yang dapat berdampak pada ketakutan, rasa sakit, hingga ancaman potensi depresi dan kecemasan khususnya saat mengingat ulang pengalaman tersebut, terlebih lagi jika ada kecacatan yang muncul (Schizoph, 2011).

b. Kehamilan dan periode pasca-melahirkan

Salah satu masalah kehamilan adalah kehamilan yang tidak direncanakan. Jenis kehamilan ini dapat terjadi pada remaja karena kehamilan di luar nikah. Kehamilan yang tidak direncanakan juga terjadi pula pada wanita yang sudah berkeluarga karena perencanaan kehamilan dan program kontrasepsi yang kurang optimal (Hill et al., 2019). Khusus pada kehamilan yang tidak direncanakan remaja terdapat beberapa faktor yang menyebabkannya, yakni (Ismarwati & Utami, 2017):

- 1) Pengetahuan: remaja yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan biasanya memiliki pengetahuan kesehatan reproduksi yang rendah.

- 2) Sikap permisif dalam bergaul: sikap ini muncul dari remaja itu sendiri, remaja cenderung bersikap abai dan membolehkan melakukan apapun atas dirinya sendiri saat pacaran.
- 3) Akses pornografi: kemudahan akses informasi dan perangkat elektronik yang semakin maju serta mudah dimiliki siapapun membuat akses pornografi juga semakin mudah didapatkan.
- 4) Pengaruh teman dekat: pacar dan teman dekat yang dikenal mendorong terjadinya hubungan seksual sebelum menikah.
- 5) Pola asuh permisif: sikap ini ditandai dengan ketidakterlibatan secara penuh orang tua pada pola asuh, tanda umumnya adalah kurang perhatian dan ketidaktahuan orang tua pada kondisi anak.

Kehamilan pada ibu berusia muda berpotensi menyebabkan masalah kesehatan mental seperti depresi, kecemasan, kepuasan hidup yang rendah, stres, masalah emosional dan psikosis (Schizoph, 2011). Biasanya masalah kesehatan mental ini juga diikuti oleh munculnya masalah lain, seperti hubungan yang buruk dengan pasangan, pengalaman kekerasan, kehamilan di luar nikah, pelecehan,

hingga masalah kesehatan pasca melahirkan (Schizoph, 2011). Dampak dari adanya kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja adalah putus sekolah, cemoohan hingga pengucilan dari lingkungan sosial (Lubis, 2013). Sementara dampak yang dialami oleh ibu pada kehamilan yang tidak diinginkan adalah dukungan sosial yang rendah, efikasi (keyakinan) diri yang rendah, kesejahteraan psikologis yang rendah, dan kecenderungan munculnya depresi (Hill et al., 2019; Shahry et al., 2016).

c. Perilaku seks bebas (pranikah) dan perilaku seks berisiko

Tidak jarang perilaku seks bebas mulai muncul saat remaja, bahkan ada pula mulai dari usia anak-anak. Pada pendekatan psikologi salah satu faktor yang memicu munculnya perilaku seks bebas adalah norma injunktif atau norma yang mengatur apa yang harus dilakukan, dalam hal ini adalah perilaku seks yang diterima oleh teman sebaya remaja sebagai norma yang berlaku di kalangan mereka (van de Bongardt et al., 2015). Beberapa hal yang menyebabkan munculnya perilaku seks bebas adalah (Lubis, 2013; Rintyastini & Charlotte, 2006):

- 1) Perubahan hormon pada tubuh: saat pubertas perubahan hormon ini terjadi secara signifikan mendorong peningkatan libido, tanpa pendidikan seks yang bagus berpotensi menyebabkan seks bebas yang berisiko.
- 2) Motivasi rasa cinta, kedekatan, dan komitmen: keterikatan kuat dengan pasangan lawan jenis membuka peluang terjadinya perilaku ini.
- 3) Rasa ingin tahu: khususnya saat memasuki remaja, rasa ingin tahu semakin besar ditambah dengan arus informasi yang tak terbatas (tayangan pornografi yang semakin mudah diakses) dapat memicu perilaku seks bebas.
- 4) Pengaruh lingkungan sosial, teman sebaya: tidak jarang karena pertemanan, rasa penasaran dan ingin mencoba pengalaman serupa yang dialami oleh temannya membuat seseorang tertarik melakukan perilaku seks bebas.
- 5) Pergeseran budaya: kita dapat pahami bahwa saat ini budaya ketimuran sudah memudar, banyaknya tayangan dan pengaruh media Barat mulai menggeser budaya Timur, salah satu dampaknya adalah kelaziman perilaku

seks bebas di kalangan usia tertentu. Meskipun di sisi lain, permasalahan ini tabu dibicarakan.

- 6) Dasar moralitas dan keimanan kurang: terkait dengan aspek agama, ada kecenderungan ketika keimanan yang lemah dapat memicu perilaku seks bebas.

Contoh kasus perilaku seks berisiko diteliti di Malaysia, beberapa hal penyebab perilaku ini muncul adalah kebiasaan alkohol dan obat-obatan terlarang, harga diri yang rendah, dan temuan menariknya adalah pandangan persepsi remaja bahwa ia memiliki ikatan keluarga yang kuat dipandang sebagai remaja yang patuh orang tua (penurut) malah turut menjelaskan alasan terjadinya perilaku seks berisiko (Farid et al., 2014). Hampir serupa dengan temuan di Malaysia, perilaku seks berisiko dan gonta-ganti pasangan pada mahasiswa negara Slowakia juga disebabkan oleh perilaku meminum alkohol, pertama kali melakukan hubungan seksual pada usia kurang dari 16 tahun, serta kecenderungan memiliki ciri kepribadian yang *extraversion* atau senang bergaul dan mudah bersosialisasi (Kalina et al., 2009). Sebagian dari dua temuan riset ini dapat dianalisis pada kejadian perilaku seks berisiko di Indonesia. Faktor seperti

penyalahgunaan obat-obatan terlarang, alkohol, hubungan seks pada usia remaja, dan faktor keluarga dapat menyebabkan munculkan perilaku seks berisiko, seperti seks tanpa proteksi, gonta-ganti pasangan seks, seks anal, dan jenis lainnya.

Perilaku seks yang berisiko dapat berujung pada terjangkit Infeksi Menular Seksual (IMS). Kondisi kesehatan mental yang muncul dari masalah IMS dapat berupa kecemasan ketika didiagnosis mengalami IMS dan mengetahui risikonya (Schizoph, 2011). Perilaku seks bebas dan seks berisiko memiliki dampak tidak hanya dari aspek psikologi, tetapi juga aspek lain, seperti berikut (Lubis, 2013; Rintyastini & Charlotte, 2006):

- 1) Dampak psikologis: munculnya perasaan marah, takut, cemas, depresi, rendah diri, bersalah, dan berdosa.
- 2) Dampak fisiologis: seks bebas berpotensi menimbulkan kehamilan yang tidak diinginkan dan tindak aborsi
- 3) Dampak sosial: saat pelaku seks bebas diketahui oleh lingkungan sosialnya, maka akan memicu aksi pengucilan, putus sekolah pada remaja yang hamil, perubahan peran menjadi ibu, dan tekanan dari masyarakat.

- 4) Dampak fisik: pada perilaku seks berisiko dapat memicu timbulnya infeksi menular seksual.

d. Perkawinan usia muda

Indonesia membuat aturan menikah pada usia minimal 19 tahun, pernikahan usia muda terjadi saat pernikahan salah seorang berada di bawah 19 tahun. Kondisi pandemi COVID-19 yang terjadi sejak 2020 silam mendorong peningkatan pernikahan usia muda, terdapat 34.000 permohonan pernikahan dengan usia < 19 tahun dan 97% di antaranya dikabulkan oleh Kementerian Agama pada tahun 2020 (Jayani, 2021). Pada data tahun 2018, Pulau Kalimantan menempati angka terbesar pernikahan dini, yakni 16,3%, disusul oleh Pulau Sulawesi sebesar 15,6% dan Pulau Jawa sebesar 11,2% (Jayani, 2021). Beberapa penyebab kecenderungan terjadinya perkawinan di usia muda adalah (Iskandar & Farida, 2021; Qibtiyah, 2014):

- 1) Tempat tinggal: pelaku pernikahan muda lebih sering terjadi pada daerah rural.
- 2) Orang tua: perhatian dari orang tua dan penanaman pemahaman agama yang kurang menjadi salah satu faktor penyebab nikah usia muda.

- 3) Pendidikan: tingkat level pendidikan yang rendah dan putus sekolah salah satu faktor lain penyebab nikah usia muda.
- 4) Lingkungan: peran lingkungan sosial dalam membentuk watak, kebiasaan, dan pola pikir anak menjadi faktor penentu keputusan nikah usia muda.
- 5) Dewasa sebelum waktunya: pada aspek psikologis, kematangan seksual yang terjadi lebih awal dengan tidak disertai keseimbangan kematangan mental atau psikologis memicu terjadinya pernikahan usia muda.
- 6) Ekonomi: masalah ekonomi dan berasal dari keluarga yang kurang mampu, saat ini diperparah dengan kondisi pandemi.
- 7) Telah melakukan seks pra-nikah: keputusan pernikahan usia muda juga dapat disebabkan oleh seks pra-nikah hingga kehamilan di luar nikah.
- 8) Menghindari kehamilan di luar nikah: beberapa orang memutuskan menikah usia muda karena kekhawatiran terjadinya kehamilan di luar nikah, keputusan ini juga dipengaruhi oleh pertimbangan orang tua.
- 9) Media massa dan internet: secara tidak langsung, peran media massa dengan pemberitaan pernikahan-

pernikahan usia muda mulai membuat pergeseran norma, karena dapat menguatkan keyakinan bahwa pernikahan usia muda adalah hal yang lumrah (dilakukan kebanyakan orang)

- 10) Adat dan budaya: motif pernikahan usia muda juga dapat didukung oleh tradisi adat beberapa suku di Indonesia yang membolehkan menikah pada usia belasan tahun.

Pernikahan usia muda tentu memiliki dampak-dampak pada psikologis pelaku, keluarga, hingga kondisi fisik. Pernikahan usia muda mendapatkan banyak pertentangan karena pernikahan ini memiliki beberapa risiko, baik risiko kehamilan pertama pada usia remaja dan juga berpotensi memicu masalah kesehatan mental umum seperti depresi dan kecemasan (Schizoph, 2011). Hasil riset menunjukkan pernikahan usia muda berisiko menimbulkan kecemasan dan depresi khususnya pada individu yang mengalami pemaksaan (kekerasan) seksual (Sezgin & Punamäki, 2020). Adapun beberapa dampak lain dari pernikahan usia muda adalah (Lubis, 2013):

- 1) Kesehatan: tingkat kematian saat melahirkan dan abnormalitas bayi, peningkatan infeksi menular seksual

- 2) Kehidupan: berkurangnya pengembangan kesempatan, keahlian, dan dukungan sosial pada kehidupan.
- 3) Anak: berisiko pada kesehatan bayi dan anak buruk hingga kematian bayi.
- 4) Perkembangan: pada pelaku akan mengalami hambatan masalah pendidikan, karier, keahlian, dan peran sosial di masyarakat.

e. Aborsi

Salah satu keputusan akhir yang diambil oleh orang-orang yang mengalami kehamilan yang tidak diinginkan adalah aborsi. Di Indonesia, telah banyak pemberitaan-pemberitaan mengenai aksi aborsi dan penangkapan pelaku kasus pembuangan mayat bayi. Aborsi akibat kehamilan yang tidak diinginkan akan menyebabkan masalah psikologis, tetapi ketika akses layanan aborsi yang aman, mudah didapat di daerah lokal, dan adanya legalisasi akan berdampak positif pada perbaikan kesehatan mental dan fisik perempuan dengan cepat dan berkelanjutan (Schizoph, 2011). Untuk diketahui, masalah psikologis juga tidak terjadi hanya pada perempuan yang melakukan aborsi, tetapi juga terjadi pada laki-laki. Hasil riset menemukan bahwa pengambilan

keputusan aborsi pasangan oleh laki-laki juga memicu kondisi stres dan *coping stress* akan berhasil tergantung pada usia laki-laki tersebut, jumlah anak, dan karakteristik laki-laki (Nagy & Rigó, 2019).

Lubis (2013) mengidentifikasi penyebab aborsi ditinjau dari faktor ekonomi dan sosial, yakni:

1) Faktor Ekonomi

- a) Keluarga dengan jumlah anak banyak, penghasilan suami rendah, kegagalan program Keluarga Berencana dapat memicu keinginan untuk melakukan aborsi.
- b) Ketakutan PHK, pada beberapa pekerjaan yang mengharuskan untuk tidak hamil juga dapat memicu keinginan melakukan aborsi, misalnya: Pramugari.
- c) Belum bekerja, keputusan aborsi juga disebabkan oleh karena pasangan yang belum bekerja atau dengan kata lain kondisi ekonomi yang tidak mapan dan siap untuk memiliki anak.

2) Faktor Sosial

- a) Putus sekolah/kuliah: kecenderungan aborsi juga terjadi pada orang-orang yang putus sekolah, karena

pemahaman dan tingkat pendidikan yang masih rendah.

- b) Malu dengan keluarga/tetangga: tidak jarang terjadi pengucilan oleh lingkungan sosial, bahkan keluarga, hal ini turut memicu keinginan aborsi.
- c) Bingung siapa yang mengasuh bayi: pada remaja atau orang-orang yang belum siap merawat anak, kebingungan mereka tentang pengasuhan bayi dapat menjadi keputusan untuk aborsi.
- d) Terputus/terganggu karier/masa depan: ketakutan akan hancurnya karier di masa depan juga menjadi pendorong terjadinya aborsi.

Sebelumnya telah sedikit dibahas mengenai dampak-dampak yang muncul akibat melakukan aborsi, yakni dampak kondisi kesehatan mental. Pada bagian ini, akan disampaikan dampak-dampak lain dari aspek psikologis dan psikososial. Pada dampak psikologis pra-aborsi dapat memunculkan perasaan takut/cemas, minim informasi (bingung), butuh perlindungan, terdesak mencari bantuan yang mudah terjangkau, tindakan nekat berbahaya (Lubis, 2013). Sementara itu, dampak psikologis yang muncul pasca-aborsi

adalah munculnya ketakutan (*anxiety, helplessness*), perasaan hilang kontrol diri, mati rasa, sulit mengingat, merasa bersalah, sedih, depresi, emosi meledak-ledak, sulit tidur, mimpi buruk, menghindari hubungan dengan bayi, pesimis, penyalahgunaan obat dan alkohol, dan paling terberat adalah bunuh diri (Lubis, 2013). Di samping itu, beberapa dampak yang muncul dari aspek psikososial pada pelaku aborsi adalah (Lubis, 2013):

- 1) Hubungan dengan pasangan terganggu: Intimasi dan kepercayaan semakin menurun, berpotensi menyebabkan perceraian.
- 2) Hubungan orang tua dan keluarga menjadi rusak dan menjauh.
- 3) Hubungan dengan teman sebaya: Kondisi ini menyebabkan pelaku menjadi pesimis dan berpikir negatif, harga diri (*self-esteem*) menurun, hingga menyebabkan kontak sosial rendah.
- 4) Hubungan dengan pasangan masa depan: Pengalaman aborsi membuat merasa takut akan penolakan, tidak nyaman, takut dan pesimis pada aktivitas seksual.

f. Penyimpangan seksual

Perilaku penyimpangan seksual dapat dibedakan jadi dua sesuai dengan target sasaran penyimpangan seksual. Pada jenis pertama adalah perilaku seksual oleh diri sendiri, misalnya masturbasi, fantasi seksual, pornografi (Lubis, 2013). Pada jenis kedua adalah perilaku seksual terhadap orang lain, seperti berpegangan tangan, bercumbu, berhubungan intim (Lubis, 2013).

Dampak-dampak yang muncul akibat perilaku penyimpangan seksual diantaranya adalah kehamilan yang tidak diinginkan, penyakit seksual, pengucilan, dan depresi (Darwin, 1996; Kalsum & Harianto, 2016). Adapun penyebab-penyebab munculnya perilaku penyimpangan seksual adalah peningkatan libido, seks bebas, pola asuh orang tua, pengaruh teman sebaya, pengaruh media dan informasi yang salah, latar belakang ekonomi keluarga, penundaan usia kawin, dan pendidikan pada level yang rendah (Fauziah, 2017; Tiara et al., 2013).

3. Aspek Psikososial Masalah Kesehatan Reproduksi

Aspek psikososial adalah gabungan dari kondisi pribadi (psikologis) dan kondisi sosial, kedua kondisi saling

berhubungan satu sama lain. Pada pembahasan sebelumnya, kita dapat tentukan beberapa ruang lingkup aspek psikososial yang berperan pada kesehatan reproduksi. Beberapa ruang lingkup ini diantaranya adalah hubungan dengan teman dekat/pasangan, hubungan dengan keluarga, hubungan dengan kelompok/masyarakat, dan efek lingkungan fisik-virtual.

Hubungan dengan teman dekat/pasangan. Masalah kesehatan reproduksi dapat terjadi pada ruang lingkup hubungan antara individu dengan individu lain (*dyadic*), seperti hubungan individu dengan teman dekat atau pasangan. Contoh masalah kesehatan reproduksi yang terjadi pada ruang lingkup hubungan ini adalah perilaku seks bebas, perilaku seks berisiko, kehamilan, aborsi. Baik identifikasi maupun pemecahan masalah kesehatan reproduksi pada ruang lingkup hubungan ini sebaiknya berpusat dua orang.

Hubungan dengan keluarga. Hubungan individu dengan keluarga menjadi perhatian yang lebih banyak pada permasalahan kesehatan reproduksi. Contoh masalah-masalah kesehatan reproduksi terkait ruang lingkup hubungan ini adalah keputusan perkawinan usia muda dan surat perempuan. Keluarga mempunyai andil

dalam dua permasalahan ini, sehingga pemecahan masalah juga dapat terfokus pada konteks keluarga. Kemudian, keluarga yang dimaksud pada penjelasan ini tidak hanya terbatas pada orang tua, tetapi juga pada bagian komponen keluarga lain seperti saudara, paman, bibi, dst.

Hubungan dengan kelompok/masyarakat. Ruang lingkup aspek psikososial lain adalah hubungan antara individu dengan kelompok/masyarakat. Hidup berbudaya dan bermasyarakat adalah ciri dari masyarakat Indonesia. Kelompok masyarakat turut mempengaruhi terciptanya masalah-masalah kesehatan reproduksi melalui budaya dan adat istiadatnya. Aturan-aturan normatif kehidupan ditetapkan oleh kelompok masyarakat, misalnya tradisi penjaduan anak perempuan dengan lelaki yang dipilih oleh orang tuanya memungkinkan terjadinya pernikahan pada usia dini (belasan tahun atau kurang dari 19 tahun). Pemecahan masalah pada konteks aspek psikososial ini perlu menetapkan peran keterlibatan masyarakat dengan memberi edukasi, advokasi, konseling dan strategi lainnya (Arni, 2019). Mengubah tradisi masyarakat apalagi yang telah turun temurun adalah perkara yang sulit. Namun, hal terpenting

dari persoalan ini adalah membangun kesadaran masyarakat, mengubah sikap, dan pada akhirnya akan mengubah perilaku.

Efek lingkungan fisik-virtual. Pada ruang lingkup aspek psikososial terakhir menyangkut pengaruh dari lingkungan fisik (dunia nyata) dan virtual (dunia maya). Permasalahan lingkungan hidup secara fisik dapat berdampak pada kesehatan reproduksi. Sebagai contoh, polusi udara secara tidak langsung berperan pada infertilitas melalui dampak negatif pada proses gametogenesis (pembentukan sel sperma dan sel telur) (Carré et al., 2017). Perlu kita ingat, bahwa manusia berperan dalam kerusakan alam dan pencemaran lingkungan, artinya aspek psikososial-lingkungan berperan pada permasalahan ini. Di sisi lain, ruang virtual dapat dianggap sebagai pedang bermata dua, sisi baik dan buruk. Kita sudah bahas dampak negatif internet dan akses informasi pada perilaku kesehatan reproduksi (misal lihat pembahasan masalah kehamilan dan pornografi). Namun, sebenarnya ruang virtual juga dapat bermanfaat untuk peningkatan pengetahuan kesehatan reproduksi, terutama bagi para remaja yang terbiasa menggunakan akses informasi di internet (Ibegbulam et al., 2018).

Berkaitan dengan masalah kesehatan reproduksi, berikut merupakan faktor-faktor penyebab munculnya masalah kesehatan reproduksi antara lain:

a. Faktor pribadi

Faktor ini berkaitan dengan hal-hal yang bersifat pribadi, beberapa diantaranya adalah kondisi ekonomi, tingkat pendidikan, tempat tinggal, dan kondisi biologis. Beberapa masalah kesehatan reproduksi lebih sering terjadi pada individu dengan tingkat ekonomi yang rendah, tidak bekerja, dan kurang mampu. Ekonomi searah dengan tingkat pendidikan, karena akses pendidikan yang tinggi sulit dicapai pada tingkat ekonomi yang rendah. Apalagi masalah kesehatan reproduksi juga berkaitan dengan kemampuan pengetahuan yang perlu ditingkatkan melalui faktor pendidikan. Masalah kesehatan reproduksi juga lebih banyak terjadi di wilayah atau tempat tinggal rural yang memiliki keterbatasan pada akses layanan kesehatan. Pada faktor pribadi terakhir berkaitan dengan kondisi fisik atau biologis individu. Perubahan hormonal dan kematangan seksual tanpa diikuti dengan pengetahuan yang baik dan kesiapan psikologis akan berdampak negatif pada kesehatan reproduksi. Selain itu, indikasi kecacatan sejak lahir dan

kecacatan yang disebabkan oleh penyakit atau sebab lainnya juga berpengaruh pada kondisi kesehatan reproduksi.

b. Faktor budaya

Faktor budaya, seperti adat istiadat, agama, hingga globalisasi memiliki peranan yang tidak kalah penting dalam menentukan kondisi kesehatan reproduksi. Di Indonesia, memiliki keberagaman budaya, sehingga akan melahirkan kekhasan adat istiadat tertentu pada suatu suku/etnis. Aturan-aturan normatif mengenai isu reproduksi dan seksual berkaitan erat dengan budaya itu sendiri. Budaya timur memang terkenal dengan tabu dalam membicarakan seksualitas secara terbuka, berbeda dengan budaya barat, sebagai contoh mengenai pendidikan seks yang mendapat penerimaan sekaligus pertentangan oleh beberapa elemen masyarakat Indonesia. Di suku-suku tertentu memiliki aturan khas, seperti pembolehan menikah usia muda. Bahkan sekalipun di daerah perkotaan, keputusan menunda menikah malah menjadi bahan perbincangan para tetangga. Begitulah kondisi budaya kita, budaya kolektif yang saling ketergantungan.

Di lain hal, aturan-aturan normatif agama juga turut berperan dalam kesehatan reproduksi. Agama juga menjadi fondasi untuk memperbaiki moralitas dan meningkatkan keimanan, perilaku-perilaku negatif terkait seksualitas dan reproduksi dapat dikontrol dengan kekuatan peran agama yang diyakini oleh individu. Pada faktor budaya yang terakhir, yakni globalisasi. Faktor globalisasi ini ditambah dengan kemudahan mendapatkan informasi melalui internet, media sosial, dan media massa lainnya, turut berperan dalam membentuk perilaku reproduksi di masyarakat. Di satu sisi teknologi informasi dapat menjadi sarana edukasi yang efektif, di sisi lain teknologi informasi dapat disalahgunakan dan berdampak buruk pada tingkah laku manusia, termasuk diantaranya masalah pornografi, seksualitas, dan reproduksi.

c. Faktor psikologis

Faktor ini juga berperan penting, terlebih lagi kita pahami bersama bahwa individu itu berbeda-beda (*individual difference*). Faktor psikologi yang berkaitan dengan masalah kesehatan mental adalah tingkat pengetahuan dan pemahaman, sikap, kematangan psikologis, harga diri, dan emosi. Banyak perilaku seksual dan reproduksi yang berisiko

disebabkan oleh tingkat pengetahuan masyarakat yang rendah. Sikap masyarakat dapat menjadi negatif, abai, hingga apatis dengan persoalan reproduksi, hal ini yang akan menyulitkan pemecahan masalah untuk mengubah perilaku-perilaku negatif berkaitan dengan seksualitas dan reproduksi. Misalnya, ketika masyarakat sudah bersifat negatif dan apatis terhadap remaja yang hamil di luar nikah, maka berdampak pada kondisi psikologis dan kesehatan mental remaja tersebut. Permasalahan dari kesehatan fisik (biologis) belum sempat terselesaikan, muncul kembali masalah baru di kesehatan mental.

Kematangan psikologis juga menjadi faktor penting dalam menentukan kesiapan seseorang dalam menghadapi masalah reproduksi, penerimaan diri yang baik akan mendukung perubahan positif. Bentuk pengucilan sosial yang dianggap sebagai sanksi sosial tidak menyelesaikan masalah secara individual, harga diri seseorang akan terancam dan akhir dari masalah ini dapat berujung pada salah satu masalah kesehatan mental yang paling serius, yakni kecenderungan bunuh diri. Faktor lain, emosi negatif (seperti kecemasan, rasa takut, khawatir) juga berperan dalam memburuk keadaan di permasalahan ini. Dengan kata lain,

agar perilaku sehat di konteks reproduksi dapat tercapai, individu membutuhkan kondisi psikologis yang positif.

d. Faktor sosial

Telah terdapat banyak bukti ilmiah dan penjelasan bahwa faktor sosial seperti pertemanan dan orang tua berpengaruh pada perilaku kesehatan reproduksi. Pengaruh pertemanan dalam membentuk sikap dan perilaku individu. Interaksi sosial disertai dengan berbagi pengalaman, ajakan, hingga paksaan dari teman dapat mempengaruhi munculnya masalah kesehatan reproduksi. Sebagai contoh, perilaku seksual berisiko remaja sering kali disebabkan oleh pertemanan dan hubungan percintaan. Lingkungan pertemanan juga membentuk norma kelompok yang bersifat subjektif dan berlaku pada lingkup pertemanan mereka. Kondisi ini yang dapat memicu terbentuknya perilaku-perilaku yang khas pada lingkup pertemanan.

Pengaruh orang tua juga tidak kalah penting dalam membentuk perilaku sehat reproduksi. Pola asuh orang tua adalah salah satu hal yang mempengaruhi beberapa kemunculan masalah kesehatan reproduksi. Pola asuh yang permisif lebih mungkin menyebabkan perilaku yang negatif.

Kondisi orang tua yang utuh dibandingkan yang berpisah juga turut mempengaruhi kecenderungan pembentukan perilaku yang positif dibandingkan negatif. Anak terus berkembang sepanjang usia, selama itu pula interaksi dengan lingkungan sosialnya akan mempengaruhi pembentukan perilaku mereka.

B. LATIHAN

1. Mengapa sunat perempuan marak terjadi di Indonesia? Ulas berdasarkan faktor budaya!
2. Mengapa perilaku seks berisiko banyak terjadi pada remaja? jelaskan berdasarkan faktor lingkungan virtual dan arus informasi!
3. Jelaskan aspek psikososial terkait hubungan dengan pasangan pada salah satu masalah kesehatan reproduksi!
4. Jelaskan aspek psikososial terkait hubungan dengan keluarga pada salah satu masalah kesehatan reproduksi!
5. Jelaskan aspek psikososial terkait hubungan dengan kelompok masyarakat pada salah satu masalah kesehatan reproduksi!

C. RANGKUMAN

Terdapat masalah-masalah kesehatan reproduksi yang terjadi di masyarakat seperti masalah reproduksi, gender dan seksualitas, kehamilan yang tidak diinginkan, kekerasan seksual, infeksi menular seksual, pelacuran, hingga teknologi. Secara khusus pada pembahasan kali ini dimulai dengan pembahasan faktor penyebab dan dampak dari beberapa contoh masalah kesehatan reproduksi. Beberapa masalah kesehatan reproduksi yang dibahas secara detail adalah sunat perempuan, kehamilan dan pasca-melahirkan, perilaku seks bebas dan seks berisiko, perkawinan usia muda, aborsi, dan penyimpangan seksual. Berdasarkan pembahasan mengenai faktor-faktor penyebab, akhirnya tulisan ini mengemukakan 4 kategori faktor penyebab masalah kesehatan reproduksi, yakni faktor pribadi (ekonomi, tingkat pendidikan, tempat tinggal, dan kondisi biologis), faktor budaya (adat istiadat, agama, hingga globalisasi), faktor psikologis (tingkat pengetahuan dan pemahaman, sikap, kematangan psikologis, harga diri, dan emosi) dan faktor sosial (pertemanan dan orang tua). Lebih khusus lagi, di pembahasan terakhir, aspek psikososial yang berperan pada masalah kesehatan reproduksi adalah hubungan antara

individu dengan teman dekat/pasangan, hubungan dengan keluarga, hubungan dengan masyarakat, dan peran lingkungan fisik dan virtual.

D. TES FORMATIF

1. Masalah psikologis terberat yang muncul saat pasca-aborsi pada perempuan yang melakukan tindak tersebut adalah...
 - a. *Anxiety*
 - b. Hilang kontrol diri
 - c. Sulit mengingat
 - d. Depresi
 - e. Bunuh diri
2. Menurut hasil riset, salah satu masalah psikologis yang muncul pada laki-laki pasangan yang melakukan tindak aborsi adalah...
 - a. Depresi
 - b. Kecemasan
 - c. Libido menurun
 - d. Stres
 - e. Masalah emosional

3. Yang **bukan** merupakan masalah kesehatan mental yang dapat terjadi akibat kehamilan ibu berusia muda adalah...
 - a. Depresi
 - b. Kecemasan
 - c. Libido menurun
 - d. Stres
 - e. Masalah emosional
4. Apa jenis pola asuh yang umumnya dapat memicu masalah kesehatan reproduksi?
 - a. Pola asuh permisif
 - b. Pola asuh diktator
 - c. Pola asuh demokratis
 - d. Pola asuh otoritatif
 - e. Pola asuh pesimis
5. Yang **bukan** termasuk aspek psikososial dari masalah kesehatan reproduksi adalah...
 - a. Hubungan individu dengan individu
 - b. Hubungan individu dengan keluarga
 - c. Hubungan individu dengan masyarakat
 - d. Hubungan individu dengan lingkungan fisik dan virtual
 - e. Hubungan individu dengan pemerintah

E. DAFTAR PUSTAKA

- Arni, N. (2019). *Kuatnya Tradisi, Salah Satu Penyebab Pernikahan Dini*. dw.com.
- Carré, J., Gatimel, N., Moreau, J., Parinaud, J., & Léandri, R. (2017). Does air pollution play a role in infertility?: A systematic review. *Environmental Health: A Global Access Science Source*, 16(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12940-017-0291-8>.
- Darwin, M. (1996). Kesehatan Reproduksi: Ruang Lingkup Dan Kompleksitas Masalah. *Populasi*, 7(2), 14. <https://doi.org/10.22146/jp.11494>.
- Farid, N. D. N., Rus, S. C., Dahlui, M., Al-Sadat, N., & Aziz, N. A. (2014). Predictors of sexual risk behaviour among adolescents from welfare institutions in Malaysia: A cross sectional study. *BMC Public Health*, 14(Suppl 3), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-S3-S9>.
- Fauziah, U. Y. N. A. (2017). Penyimpangan perilaku seksual pada remaja tunagrahita. *Al-Qalb: Jurnal Psikologi Islam*, 9(1), 29–36.
- Hill, B., Kothe, E. J., Currie, S., Danby, M., Lang, A. Y., Bailey, C., Moran, L. J., Teede, H., North, M., Bruce, L. J., & Skouteris, H. (2019). A systematic mapping review of the associations between pregnancy intentions and health-related lifestyle behaviours or psychological wellbeing. *Preventive Medicine Reports*, 14(April), 100869. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100869>.

- Ibegbulam, I. J., Akpom, C. C., Enem, F. N., & Onyam, D. I. (2018). Use of the Internet as a source for reproductive health information seeking among adolescent girls in secondary schools in Enugu, Nigeria. *Health Information and Libraries Journal*, 35(4), 298–308. <https://doi.org/10.1111/hir.12242>.
- Iskandar, H., & Farida, A. N. (2021). Pernikahan Dini Dalam Perspektif Psikologi Keluarga. *JDARISCOMB: Jurnal Komunikasi Dan Penyiaran Islam*, 1(1), 79–93.
- Ismarwati, I., & Utami, I. (2017). Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Kejadian Kehamilan Tidak Diinginkan Pada Remaja. *Journal of Health Studies*, 1(2), 168–177. <https://doi.org/10.31101/jhes.336>.
- Jayani, D. W. (2021). *Wabah Pernikahan Dini di Tengah Pandemi dan Dampak Buruknya*. katadata.co.id.
- Kalina, O., Geckova, A. M., Jarcuska, P., Orosova, O., Van Dijk, J. P., & Reijneveld, S. A. (2009). Psychological and behavioural factors associated with sexual risk behaviour among Slovak students. *BMC Public Health*, 9, 1–10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-15>.
- Kalsum, Y., & Harianto, S. (2016). Penyimpangan Seksual Remaja Di Lingkungan Prostitusi Di Desa Maospati Kabupaten Magetan. *Paradigma*, 5(1).
- Lubis, N. L. (2013). *Psikologi Kespro, Wanita & Perkembangan reproduksinya, ditinjau dari aspek fisik dan psikologisnya*. PT Kencana.

- Nagy, B., & Rigó, A. (2019). The Psychosocial Aspects of Induced Abortion: Men in the Focus. *Men and Masculinities*, 1–19. <https://doi.org/10.1177/1097184X19856399>.
- Qibtiyah, M. (2014). Faktor yang Mempengaruhi Perkawinan Muda Perempuan Mayoritas masyarakat Jawa Timur menikah di usia 15-19 tahun , yaitu sebesar BKKBN Jawa Timur menunjukkan bahwa perkawinan di bawah usia 21 tahun sebesar dengan masyarakat yang berada di wilayah observasio. *The Indonesian Journal of Public Health*, 50–58.
- Rintyastini, Y., & Charlotte, S. Y. (2006). *Bimbingan dan Konseling SMP Kelas VII*. Erlangga.
- Schizoph, E. C. (2011). Mental health aspects of sexual and reproductive health in adolescents. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(S1), 86–97. <https://doi.org/10.1177/0020764010396697>.
- Sezgin, A. U., & Punamäki, R. L. (2020). Impacts of early marriage and adolescent pregnancy on mental and somatic health: the role of partner violence. *Archives of Women's Mental Health*, 23(2), 155–166. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00960-w>.
- Shahry, P., Niakan Kalhori, S. R., Esfandiyari, A., & Zamani-Alavijeh, F. (2016). A comparative study of perceived social support and self-efficacy among women with wanted and unwanted pregnancy. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 4(2), 176–185.

- Suparmi, S., Saptarini, I., Sari, K., Afifah, T., & Amalia, D., O. (2016). Hubungan Faktor Sosio-Demografi Terhadap Sunat Perempuan Di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 6(3), 129–135. <https://doi.org/10.22435/kespro.v6i3.4736.129-135>.
- Tiara, D. F., Deliana, S. M., & Hendriyani, R. (2013). Faktor-Faktor Penyebab Perilaku Seksual Menyimpang Pada Remaja Tunagrahita SLB N Semarang. *Developmental and Clinical Psychology*, 2(1), 26–32.
- van de Bongardt, D., Reitz, E., Sandfort, T., & Deković, M. (2015). A Meta-Analysis of the Relations Between Three Types of Peer Norms and Adolescent Sexual Behavior. In *Personality and Social Psychology Review* (Vol. 19, Issue 3). <https://doi.org/10.1177/1088868314544223>.
- Wilujeng, R. D. (2013). *Modul Kesehatan Reproduksi*. Griya Akbid Husada.

MODUL 3

PSIKOLOGI REPRODUKSI REMAJA

A. PENDAHULUAN

Definisi tentang kesehatan reproduksi telah disepakati di tingkat internasional (ICPD Kairo, 1994) yang disebut sebagai suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya. Dengan definisi tersebut, maka setiap orang berhak dalam mengatur jumlah keluarganya, termasuk memperoleh penjelasan yang lengkap tentang cara-cara kontrasepsi sehingga dapat memilih cara yang tepat dan disukai. Didukung dengan penjaminan terhadap hak-hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi, seperti pelayanan antenatal, persalinan, nifas dan pelayanan bagi anak, kesehatan remaja dan lain-lain (United Nations, 1994).

Indonesia sebagai salah satu negara yang berpartisipasi dalam kesepakatan global tersebut telah menindaklanjutinya dengan berbagai kegiatan. Luasnya ruang lingkup kesehatan reproduksi menuntut penanganan secara lintas program dan

lintas sektor serta keterlibatan LSM, organisasi profesi dan semua pihak yang terkait.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa memahami konsep remaja dan permasalahan remaja khususnya terkait dengan kesehatan reproduksi.

2. Tujuan Instruksional Khusus

- a. Mahasiswa mampu menguraikan definisi tentang remaja.
- b. Mahasiswa mampu menguraikan tentang perkembangan psikologi remaja.
- c. Mahasiswa mampu menguraikan tentang masalah psikologi remaja terkait kesehatan reproduksi.

KEGIATAN BELAJAR

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Kesehatan Reproduksi

a. Pengertian dan Tujuan Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas

dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan system reproduksi serta fungsi dan Prosesnya (WHO, 2010). Tujuan umum dari kesehatan reproduksi adalah untuk meningkatkan kemandirian dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya, termasuk kehidupan seksualitasnya sehingga hak-hak reproduksi dapat terpenuhi. Sedangkan tujuan khususnya adalah:

- 1) Meningkatkan kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya.
- 2) Meningkatkan hak dan tanggung jawab sosial wanita dalam menentukan kapan hamil, jumlah dan jarak antara kelahiran.
- 3) Meningkatkan peran dan tanggung jawab sosial laki-laki terhadap akibat dan perilaku seksnya.
- 4) Dukungan yang menunjang wanita untuk membuat keputusan yang berkaitan dengan proses reproduksinya.

b. Hak-hak Kesehatan Reproduksi

Konferensi internasional kependudukan dan pembangunan, disepakati hal-hal reproduksi yang bertujuan untuk mewujudkan kesehatan bagi individu secara utuh, baik kesehatan rohani dan jasmani, meliputi:

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

Menurut BKKBN tahun 2000, kebijakan teknis operasional di Indonesia untuk mewujudkan pemenuhan hak-hak reproduksi:

- 1) Promosi hak-hak kesehatan reproduksi.
- 2) Advokasi hak-hak kesehatan reproduksi.
- 3) KIE hak-hak kesehatan reproduksi.
- 4) Sistem pelayanan hak-hak reproduksi.

c. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi dalam Lingkup Kehidupan

Berikut merupakan ruang lingkup kesehatan reproduksi:

- 1) Kesehatan ibu dan bayi baru lahir.
- 2) Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi termasuk PMS-HIV-AIDS.
- 3) Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi.
- 4) Kesehatan reproduksi remaja.
- 5) Pencegahan dan penanganan infertil.
- 6) Kanker pada usia lanjut.
- 7) Berbagai aspek kesehatan reproduksi lain, misalnya kanker servik, mutilasi genital, fistula, dll.

2. Psikologi Remaja

a. Pengertian Remaja

Istilah remaja berasal dari kata latin *adolescere* (kata bendanya, *adolescentia* yang berarti remaja) yang berarti tumbuh atau tumbuh menjadi dewasa. Istilah *adolescence* seperti yang dipergunakan saat ini, mempunyai arti yang lebih luas, mencakup kematangan mental, emosional, sosial, dan fisik. Piaget mengatakan bahwa secara psikologis, masa remaja adalah usia dimana individu berintegrasi dengan masyarakat dewasa, usia dimana anak tidak lagi merasa dibawah tingkat orang-orang yang lebih tua melainkan berada dalam tingkatan yang sama, sekurang-kurangnya dalam masalah hak. Selanjutnya masa remaja dikatakan sebagai periode masa transisi dari masa kanak-kanak dan masa dewasa, diawali pada usia kira-kira 10-13 tahun dan berakhir pada usia kira-kira 18-22 tahun (Santrock, 2002).

Menurut Papalia et al. (2002), masa remaja adalah masa transisi perkembangan antara masa kanak-kanak dan dewasa yang pada umumnya dimulai pada usia 12 atau 13 tahun dan berakhir pada usia akhir belasan tahun atau awal dua puluhan tahun. Dalam masa remaja, penampilan anak berubah, sebagai hasil peristiwa pubertas yang hormonal,

mereka menyerupai bentuk tubuh orang dewasa. Pikiran mereka juga berubah, mereka lebih dapat berpikir secara abstrak dan hipotesis dan perubahan tersebut juga terjadi pada perasaan mereka terhadap hampir disegala hal. Semua bidang cakupan perkembangan sebagai seorang remaja menghadapi tugas utama mereka, yaitu membangun identitas, termasuk identitas seksual- yang akan terus mereka bawa sampai masa dewasa.

Monks, Knoers, & Haditono (2006) menyebutkan bahwa masa remaja adalah suatu masa peralihan antara masa anak-anak dan masa dewasa. Jadi, remaja bukan termasuk golongan orang dewasa, karena dianggap masih belum mampu menguasai fungsi fisik maupun psikisnya, dan juga tidak lagi termasuk golongan anak-anak karena remaja sudah mengalami banyak perubahan fisik dan psikis yang menyebabkan mereka berbeda dengan anak-anak. Selanjutnya dijelaskan bahwa fase masa remaja secara global berlangsung antara usia 12–21 tahun, dengan pembagian 12–15 tahun masa remaja awal, 15–18 tahun masa remaja tengah, dan 18–21 tahun masa remaja akhir.

Sarwono (2011) menetapkan batasan usia remaja untuk masyarakat Indonesia yaitu antara 11-24 tahun. Namun,

menurut (Afiatin, 2008) batasan usia remaja tersebut tidak sesuai dengan batasan usia secara hukum yang berlaku di Indonesia. Dalam Undang-Undang Nomor 1 tahun 1974 tentang perkawinan disebutkan dalam pasal 6 ayat 2 bahwa seseorang yang berusia diatas 21 tahun dianggap sudah dewasa, sehingga tidak lagi diperlukan ijin orang tua jika ingin menikah. Jadi, berdasarkan hal tersebut Afiatin (2008) menentukan rentang batasan usia remaja untuk masyarakat Indonesia saat ini adalah beusia 11-21 tahun. Lain lagi dengan pendapat Hurlock (1968), menyatakan bahwa rentang usia remaja berada antara 13-21 tahun, yang dibagi menjadi dua yaitu masa remaja awal usia 13-17 tahun dan masa remaja akhir usia 17-21 tahun.

Berdasarkan uraian sebelumnya maka dapat disimpulkan bahwa remaja adalah individu yang berada pada masa peralihan antara masa anak-anak dan dewasa. Secara umum rentang usia remaja berada diantara 12/13-21 tahun, yang dibagi menjadi dua fase yaitu masa remaja awal usia 12/13-17 tahun dan masa remaja akhir usia 17-21 tahun.

b. Karakteristik masa remaja

Menurut Santrock (2003), ciri utama remaja meliputi pertumbuhan fisik yang pesat, kesadaran diri yang tinggi, dan selalu tertarik untuk mencoba sesuatu yang baru. Remaja bukanlah masa berakhirnya terbentuk kepribadian akan tetapi merupakan salah satu tahap utama dalam pembentukan kepribadian seseorang. Remaja banyak meluangkan waktunya bersama teman-teman sebaya. Di samping itu, remaja mulai banyak menerima informasi dari media massa yang sudah mulai dikenal dan dekat dengan mereka. Oleh karenanya, remaja menjadi individu yang terbuka terhadap hal-hal baru. Banyaknya informasi yang diterima membuat remaja melakukan pemrosesan informasi secara lebih mendalam.

Bagi remaja sekarang, informasi dan teknologi adalah hal yang sudah menjadi bagian dari kehidupan mereka, karena mereka lahir dimana akses terhadap informasi, khususnya internet sudah menjadi budaya global, sehingga hal tersebut berpengaruh terhadap nilai-nilai, pandangan dan tujuan hidup mereka. Jadi, tidak mengherankan remaja saat ini terampil dalam menggunakan teknologi yang berbasis komputerasi dan internet dalam semua aspek dan fungsi

sehari-hari, dan cenderung menyukai berkomunikasi dan bersosialisasi dengan orang lain melalui media sosial. Melalui media sosial mereka lebih bebas mengekspresikan diri, perasaan, pikiran yang bersifat memprotes, mengungkapkan kekesalan, kesenangan maupun kegembiraan (Bencsik et al., 2016).

Selanjutnya, remaja sekarang juga cenderung toleran dengan perbedaan kultur dan sangat peduli dengan lingkungan. Mereka juga *multi tasking*, artinya mereka terbiasa dengan berbagai aktifitas dalam satu waktu yang bersamaan, misalnya membaca, berbicara, menonton, dan mendengarkan musik secara bersamaan. Hal ini karena mereka menginginkan segala sesuatu serba cepat, tidak bertele-tele dan berbelit-belit. Di sisi lain, remaja sekarang cenderung kurang dalam berkomunikasi secara verbal, cenderung egosentris dan individualis, cenderung ingin serba instan, tidak sabaran, dan tidak menghargai proses (Bencsik et al., 2016).

c. Tugas-tugas perkembangan remaja

Menurut Havighurst (dalam Yusuf, 2002) tugas perkembangan pada masa remaja meliputi:

- 1) Mencapai hubungan yang lebih matang dengan teman sebaya
- 2) Mencapai peran sosial sebagai pria atau wanita.
- 3) Menerima keadaan fisiknya dan menggunakan tubuhnya secara efektif.
- 4) Mencapai perilaku yang bertanggungjawab secara sosial
- 5) Mencapai kemandirian emosional dari orang tua dan orang-orang dewasa lainnya.
- 6) Mencapai jaminan kemandirian ekonomi
- 7) Memilih dan mempersiapkan pekerjaan.
- 8) Mempersiapkan perkawinan dan hidup berkeluarga.
- 9) Mengembangkan keterampilan intelektual dan konsep-konsep yang diperlukan bagi warga negara
- 10) Memperoleh perangkat nilai dan sistem etis sebagai pegangan untuk berperilaku.
- 11) Beriman dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Menurut Hurlock (1994), salah satu tugas perkembangan penting yang harus dikuasai remaja adalah mempelajari apa yang diharapkan kelompok darinya dan kemudian membentuk perilaku agar sesuai dengan harapan sosial tanpa terus dibimbing, diawasi, didorong, dan diancam

hukuman seperti yang dialami waktu anak-anak. Remaja diharapkan mengganti konsep-konsep moral yang berlaku khusus di masa kanak-kanak dengan prinsip moral yang berlaku umum dan merumuskannya ke dalam kode moral yang akan berfungsi sebagai pedoman bagi perilakunya. Selain itu, diharapkan remaja juga harus bisa mengendalikan perilakunya sendiri.

3. Kesehatan Reproduksi Pada Remaja

a. Asuhan kesehatan reproduksi pada remaja

1) Tujuan program kesehatan reproduksi remaja

Untuk membantu remaja agar menjelaskan dan menyadari ilmu tersebut, sehingga memiliki sikap dan perilaku sehat dan bertanggung jawab kaitannya dengan masalah kehidupan reproduksi.

a) Tujuan Umum: Mewujudkan keluarga berkualitas tahun 2015 melalui peningkatan pengetahuan, kesadaran sikap, dan perilaku remaja dan orang tua agar peduli dan bertanggung jawab dalam kehidupan berkeluarga serta pemberian pelayanan kepada remaja yang memiliki permasalahan khusus.

b) Tujuan khusus

- i. Seluruh lapisan masyarakat mendapatkan informasi tentang KRR. Sasarannya: meningkatnya cakupan penyebaran informasi KRR melalui media massa.
- ii. Seluruh remaja di sekolah. Sasarannya: meningkatnya cakupan penyebaran info KRR di sekolah umum, SMP, SMA, pesantren.
- iii. Seluruh remaja dan keluarga yang menjadi anggota kelompok masyarakat mendapat informasi tentang KRR. Sasarannya: karang taruna, remaja masjid, perusahaan, remaja gereja, PKK, pramuka, pengajian, dan arisan.
- iv. Seluruh remaja di perusahaan di tempat kerja mendapatkan info tentang KRR. Sasarannya: memperoleh informasi dan layanan KRR melalui perusahaan di tempat kerja.
- v. Seluruh remaja yang membutuhkan konseling serta pelayanan khusus dapat dilayani. Sasarannya: meningkatkan jumlah dan pemanfaatan pusat konseling dan pelayanan khusus bagi remaja.

- vi. Seluruh masyarakat mengerti dan mendukung pelaksanaan program KRR. Sasarannya: meningkatkan komitmen bagi politisi, toga, toma, LSM dalam pelaksanaan KRR.

2) Kesehatan reproduksi remaja

- a) Peran dan tugas tenaga ahli kesehatan melibatkan wanita dalam pengambilan keputusan. Secara umum dalam penanggulangan masalah pada remaja, peran tenaga ahli kesehatan adalah sebagai fasilitator dan konselor yang bisa dijadikan tempat mencari jawaban dari suatu permasalahan yang dihadapi oleh remaja sehingga tenaga ahli kesehatan harus memiliki pengetahuan dan wawasan yang cukup.
- b) Contoh peran yang bisa dilakukan oleh tenaga ahli kesehatan adalah:
 - i. Mendengarkan keluhan remaja yang bermasalah, dengan tetap menjaga kerahasiaan kliennya.
 - ii. Membangun komunikasi dengan remaja.
 - iii. Ikut serta dalam kelompok remaja
 - iv. Melakukan penyuluhan-penyuluhan pada remaja berkaitan dengan kesehatan reproduksi

- v. Memberikan informasi yang selengkap-lengkapnya pada remaja sesuai dengan kebutuhannya.

c) Melibatkan wanita dalam pengambilan keputusan.

Kenyataan di tengah-tengah masyarakat bahwa perilaku diskriminatif terhadap perempuan yaitu gender menjadi suatu permasalahan yang tidak pernah tuntas dibahas sehingga pada akhirnya wanita tidak mempunyai hak untuk mengambil keputusan terbaik yang berhubungan dengan dirinya.

Pengertian gender antara lain:

- i. Adalah pandangan masyarakat tentang perbedaan peran, fungsi dan tujuan antara laki-laki dan perempuan yang merupakan hasil konstruksi (kebiasaan sosial yang tumbuh dan disepakati dalam masyarakat) sehingga dapat diubah sesuai perkembangan zaman.
- ii. Adalah peran masing-masing pria dan wanita berdasarkan jenis kelamin menurut budaya yang berbeda-beda. Gender sebagai suatu konstruksi sosial mempengaruhi tingkat kesehatan, dan karena peran gender berbeda dalam konteks *cross*

cultural berarti tingkat kesehatan wanita juga berbeda-beda.

Cara melibatkan wanita dalam pengambilan keputusan:

- i. Memberikan informasi yang selengkap-lengkapnya tentang permasalahan sesuai kebutuhan.
- ii. Memberikan pandangan-pandangan tentang akibat dari keputusan apapun yang akan diambilnya.
- iii. Meyakinkan ibu untuk bertujan terhadap keputusan yang akan diambilnya.
- iv. Pastikan bahwa keputusan yang diambil ibu adalah yang terbaik.
- v. Memberi dukungan pada ibu atas keputusan yang diambilnya.

B. LATIHAN

Instruksi Untuk Diskusi Kelompok

1. Bentuk kelompok yang terdiri dari 2-3 mahasiswa.
2. Buatlah rencana penyuluhan dalam Satuan Acara Penyuluhan terkait dengan topik Pentingnya remaja menjelaskan kesehatan reproduksi dengan bahasan berikut ini :
 - a) Pengertian remaja
 - b) Tahap-tahap Remaja
 - c) Manfaat remaja mengetahui kesehatan reproduksi
 - d) Pengetahuan dasar apa yang perlu diberikan kepada remaja agar mereka mempunyai kespro yang baik
 - e) Perubahan pada remaja
 - f) Permasalahan prioritas kesehatan reproduksi pada remaja
3. Membuat media penyuluhan (dapat berupa leaflet, booklet, lembar balik, poster, dll)

C. RANGKUMAN

Masa remaja adalah suatu masa peralihan antara masa anak-anak dan masa dewasa yang memiliki ciri-ciri utama remaja meliputi pertumbuhan fisik yang pesat, kesadaran diri

yang tinggi, dan selalu tertarik untuk mencoba sesuatu yang baru. Remaja bukanlah masa berakhirnya terbentuk kepribadian akan tetapi merupakan salah satu tahap utama dalam pembentukan kepribadian seseorang. Kesehatan reproduksi remaja bertujuan untuk membantu remaja agar memahami ranah ilmu tersebut, sehingga memiliki sikap dan perilaku sehat dan bertanggung jawab kaitannya dengan masalah kehidupan reproduksi. Sehingga remaja diharapkan dapat mengganti konsep-konsep moral yang berlaku khusus di masa kanak-kanak dengan prinsip moral yang berlaku umum dan merumuskannya ke dalam kode moral yang akan berfungsi sebagai pedoman bagi perilakunya, khususnya dalam hal kesehatan reproduksi.

D. TES FORMATIF

1. Pengertian dari remaja yang disebut sebagai usia dimana anak tidak lagi merasa dibawah tingkat orang-orang yang lebih tua melainkan berada dalam tingkatan yang sama, sekurang-kurangnya dalam masalah hak, merupakan pengertian yang diberikan oleh...
 - a. Piaget
 - b. Sarwono

- c. Santrock
 - d. Papalia
 - e. Ariafin
2. Pengertian gender adalah...
- a. Perbedaan antara jenis kelamin laki-laki dan perempuan
 - b. Peran manusia di dalam lingkungan
 - c. Pembeda status sosial
 - d. Peran masing-masing pria dan wanita berdasarkan jenis kelamin menurut budaya yang berbeda-beda
 - e. Peran masing-masing pria dan wanita menurut status sosial
3. Tujuan program asuhan kesehatan reproduksi pada remaja yaitu...
- a. Seluruh remaja mendapatkan informasi KRR dari media sosial
 - b. Seluruh remaja di perusahaan di tempat kerja menjadi *peer educator* KRR
 - c. Seluruh remaja yang membutuhkan konseling dapat berkonsultasi dengan teman sebaya
 - d. Seluruh masyarakat mengerti dan mendukung pelaksanaan program KRR

- e. Seluruh orang tua dilatih menjadi *peer educator* KRR
- 4. Di bawah ini yang **bukan** tugas remaja di dalam masa perkembangan, yaitu...
 - a. Mencapai hubungan yang lebih matang dengan teman sebaya
 - b. Mencapai perilaku yang bertanggungjawab secara sosial
 - c. Mencapai kemandirian emosional dari orang tua
 - d. Memilih dan mempersiapkan pekerjaan
 - e. Memiliki jaminan ekonomi
- 5. Berikut merupakan ciri dari perkembangan remaja...
 - a. Sulit berkomunikasi secara verbal
 - b. Tidak egosentris
 - c. Suka bertele-tele
 - d. Tidak *multitasking*
 - e. Terencana

E. DAFTAR PUSTAKA

- Berk, L.E. (2012). *Development Through the Lifespan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Charles, W. & Patricia Kerig Fuhrmann. (1991). *Adolescence: Developmental Psychology from infancy through Adolescence*. Glenview Illinois: Scott Foresman Co.
- Dariyo, A. (2004). *Psikologi Remaja*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Goleman, D. (2000). *Emotional Intelligence (terjemahan)*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Hurlock, E.B., (2010). *Developmental Psychology: A Live Span Approach*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Hurlock, E. B. (2010). *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan (Alih Bahasa Istiwidayanti, dkk)*. Edisi Kelima. Jakarta: Erlangga.
- King, L. (2010). *Psikologi Umum*. Jakarta : Salemba Humanika.
- Kohlberg, Lawrence. 1995. *Tahap-Tahap Perkembangan Moral*. Yogyakarta: Penerbit Kanisius.
- Miller, P. 1992. *Theories of Developmental Psychology (3rd ed)*. New York: W.H. Freeman & Co.
- Ormrod, J. E. (2008). *Educational Psychology Developing Learners Sixth Edition (Psikologi Pendidikan Jilid 2 Edisi ke 6)*. Alih Bahasa: Amitya Kumara. Jakarta: Erlangga.

- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2009). Human development (10th ed.). New York: McGraw-Hill Companies, Inc.
- Santrock. (2011). Life-Span Development: Perkembangan Masa-Hidup. Edisi 13. Jilid 1. Alih Bahasa: Widyasinta Benedictine. Jakarta: Erlangga.
- Santrock. (2007). Remaja. Edisi 11 Jilid 2. Jakarta: Erlangga.
- Santrock. (2005). Adolescent. Tenth edition. New York: The McGraw Hill.Co.Inc
- Sarwono, S. (2011). Psikologi Remaja. PT. Raja Grafindo: Jakarta
- Thouless, R. (1992). Pengantar psikologi agama. Jakarta: CV Rajawali.
- Suprapti & Markam. (2003). Pengantar Psikologi Klinis. Jakarta: Universitas Indonesia Press.
- Wong. (2009). Buku Ajar Keperawatan Pediatrik. Edisi 6. Jakarta : EGC

MODUL 4

MASALAH PSIKOLOGIS PADA MASA REPRODUKSI

(1)

A. PENDAHULUAN

Reproduksi berkaitan dengan kemampuan makhluk hidup beregenerasi, khususnya proses melahirkan keturunan yang terjadi pada manusia. Pertumbuhan dan perkembangan manusia menjadi dewasa akan mengalami suatu tahap yang disebut pubertas, yang pada remaja perempuan ditandai dengan *menarche* yaitu mendapatkan mensturasi (haid). Berbagai respon negatif sering muncul berkenaan dengan saat menstruasi. Sedangkan permasalahan yang mungkin dialami pada saat masa dewasa yaitu kondisi infertilitas. Kedua permasalahan tersebut tidak hanya dapat berdampak kepada diri sendiri namun juga terhadap orang lain. Sehingga diperlukan penanganan yang tepat untuk menghadapi kondisi tersebut, baik berasal dari psikologis maupun medis.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa memahami tentang konsep permasalahan psikologis yang terjadi pada masa reproduksi.

2. Tujuan Instruksional Khusus

- a. Mahasiswa mampu menguraikan tentang konsep menstruasi.
- b. Mahasiswa mampu menguraikan tentang konsep infertilitas.

KEGIATAN BELAJAR

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Aspek Psikologis Menstruasi

a. Batasan Menstruasi

Reproduksi merupakan salah satu aspek penting dalam kehidupan manusia. Reproduksi berkaitan dengan kemampuan makhluk hidup beregenerasi, khususnya proses melahirkan keturunan yang terjadi pada manusia (*World Health Organization, 2010*). Pertumbuhan dan perkembangan manusia menjadi dewasa akan mengalami suatu tahap yang disebut pubertas. Menurut WHO, batasan usia remaja adalah

10-19 tahun, sedang menurut PBB adalah 12-24 tahun. Menurut SKRRI tahun 2007, remaja adalah laki-laki dan perempuan yang belum kawin dengan batasan usia meliputi 15-24 tahun. Remaja perempuan mengalami masa pubertas lebih cepat dibandingkan laki-laki. Pubertas pada remaja perempuan di tandai dengan *menarche* yaitu mendapatkan menstruasi (haid) pertama. Menstruasi merupakan keadaan yang normal, yang akan dialami oleh setiap perempuan yang normal kesehatannya (Sinaga E dkk, 2017; Wong, 2008).

Menstruasi adalah peristiwa terlepasnya endometrium dari dinding uterus, disertai pendarahan yang dikeluarkan dari vagina secara berkala selama masa usia reproduktif. Biasanya berlangsung selama 3-6 hari (Sinaga E dkk, 2017). Siklus menstruasi merupakan waktu sejak hari pertama menstruasi sampai datangnya menstruasi periode berikutnya, sedangkan panjang siklus menstruasi adalah jarak antara tanggal mulainya menstruasi yang lalu dan mulainya menstruasi berikutnya. Siklus menstruasi pada wanita normalnya berkisar antara 21-32 hari dan hanya 10-15% yang memiliki siklus menstruasi 28 hari dengan lama menstruasi 3-5 hari, ada yang 7-8 hari. Menarche adalah

peristiwa menstruasi pertama kali sebagai tanda kematangan alat reproduksi wanita (Proverawati & Misaroh, 2009).

b. Masalah Psikologis Menstruasi

Kejadian *menarche* yang cenderung lebih awal, saat anak belum mencapai kedewasaan pikiran ditambah dengan faktor kurangnya pengetahuan memunculkan beragam respon psikologis pada anak perempuan. *Menarche* yang datang terlalu dini mungkin akan menjadi peristiwa yang menakutkan, traumatik, bahkan menjijikan bagi anak. Anak-anak perempuan yang tidak mengenal tubuhnya dan bagaimana proses reproduksi berlangsung dapat mengira bahwa menstruasi merupakan bukti adanya penyakit atau bahkan hukuman akan tingkah laku yang buruk hingga seringkali menyebabkan anak takut dan gelisah, selain itu anak sering mengalami rasa malu yang amat dalam dan perasaan kotor saat menstruasi pertama mereka (Dariyo, 2010).

Sejumlah penelitian terkait masalah psikologis menstruasi pada remaja wanita, diantaranya yang dilakukan oleh Lee (2008) pada 155 remaja menemukan 12% remaja yang tidak mempersiapkan datangnya *menarche*

mengungkapkan bahwa mereka merasa dirinya kotor, memalukan, dan menjijikan karena mendapati celananya penuh noda darah menstruasi. Penelitian terhadap anak perempuan terkait *menarche* menunjukkan respon kebanyakan anak saat mengalami *menarche* adalah kecewa, sedikit terkejut, sedikit gembira, dan sedih. Orringer dan Gahagan (2010) meneliti hal yang sama dan respon yang muncul adalah menilai *menarche* sebagai hal yang mengganggu, menakutkan, dan memalukan.

Perubahan psikologis yang dirasakan kebanyakan anak saat *menarche* di Indonesia, seringkali ditemukan kejadian anak mendapatkan menstruasi saat mereka sedang belajar atau bermain di sekolah tanpa ada persiapan sebelumnya (Soetjiningsih, 2007). Anak yang mendapatkan menstruasi di sekolah juga sering mengalami kebocoran atau tembus hingga darah merembes dan terlihat di rok sekolahnya dan biasanya anak menangis, malu, takut, cemas, bahkan merasa jijik dan enggan menerima kenyataan tersebut (Lee, 2008). Banyak respon psikologis negatif yang ditunjukkan anak yang baru mengalami *menarche* pada dasarnya merupakan hal yang wajar berkaitan dengan tumbuh kembang anak, namun penting untuk diberi tindakan. Jika tidak, anak akan terus-

menerus minder dan malu atas kodrat yang harus diterimanya.

Remaja putri membutuhkan informasi tentang proses menstruasi dan kesehatan selama menstruasi. Remaja putri akan mengalami kesulitan dalam menghadapi menstruasi yang pertama jika sebelumnya ia belum pernah mengetahui atau membicarakannya baik dengan teman sebaya atau dengan ibu mereka. Idealnya seorang remaja putri belajar tentang menstruasi dari ibunya, namun tidak selamanya ibu dapat memberikan informasi tentang menstruasi karena terhalang oleh tradisi yang menganggap tabu membicarakan menstruasi sebelum *menarche* (Mayasari, 2005).

Menurut Dariyo (2004) respon psikologis remaja negatif saat *menarche* hal ini kemungkinan karena ketidaktahuan anak tentang perubahan-perubahan fisiologis yang terjadi pada awal kehidupan seorang wanita. Gambaran-gambaran yang menakutkan mengenai menstruasi itu mulai timbul pada masa remaja. Gambaran tersebut merupakan interpretasi yang keliru terhadap informasi-informasi yang tidak riil yaitu informasi dari orang tua, atau kenalan lain yang menakutkan mengenai pendarahan disaat menstruasi. Apabila remaja perempuan sudah diberitahu tentang

menstruasi sebelum ia benar-benar mengalaminya mungkin ia akan gembira ketika menstruasi tiba, karena dengan demikian ia menapak ke arah kedewasaan. Mereka yang tidak mendapat penjelasan tentang menstruasi akan merasa ketakutan ketika melihat darah mulai keluar dari vagina sehingga remaja putri membutuhkan informasi tentang proses menstruasi dan kesehatan selama menstruasi.

Salah satu gejala atau gangguan kesehatan yang sering dialami para perempuan sebelum atau saat menstruasi adalah “sindroma pra-menstruasi” atau lebih populer dengan istilah *pre-menstrual syndrome* (PMS). PMS adalah sekumpulan gejala yang tidak menyenangkan, baik fisik maupun psikis, yang dialami oleh perempuan menjelang masa haid, yaitu sekitar satu atau dua minggu sebelum haid (American Congress of Obstetricians and Gynecologists/ACOG, 2016). Keluhan yang menyertai haid sering membuat kebanyakan perempuan merasa kurang nyaman secara fisik sehingga kondisi psikisnya juga terpengaruh. Perubahan hormon yang menimbulkan perubahan-perubahan fisik maupun psikis menjelang dan saat menstruasi. Emosi perempuan yang sedang mengalami haid sering kurang mampu mengatur emosinya. Perempuan

menjadi lebih peka dan cenderung emosional (marah). Perubahan hormon saat menstruasi sering dianggap sebagai penyebab emosi perempuan menjadi labil. Gejala fisik lain yang menyebabkan kurang menyenangkan adalah gelisah, gangguan tidur, mudah lelah, merasa fisik lemah, ingin jenis makanan tertentu, nafsu makan berubah, payudara terasa sakit dan bengkak, perut kembung atau nyeri perut, sakit kepala, perut kram, sakit sendi, mual, muntah, diare atau sembelit, dan masalah kulit seperti jerawat (Sinaga E dkk, 2017).

Peristiwa tidak nyaman yang menyertai menstruasi akan terjadi selama beberapa hari sebelum datangnya menstruasi. Pada saat menstruasi, umumnya perempuan mengalami *dismenorea* atau disebut juga kram menstruasi atau nyeri menstruasi. Dalam bahasa Inggris, *dismenorea* sering disebut sebagai "*painful period*" atau menstruasi yang menyakitkan (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015). *Dismenorea* yang dialami remaja umumnya bukan karena penyakit, dan disebut *dismenorea* primer. *Dismenorea* primer pada perempuan yang lebih dewasa akan makin berkurang rasa sakit dan nyerinya begitu pula perempuan yang sudah melahirkan. *Dismenorea* primer

disebabkan oleh zat kimia alami yang diproduksi oleh sel-sel lapisan dinding rahim yang disebut prostaglandin. Prostaglandin akan merangsang otot-otot halus dinding rahim berkontraksi. Makin tinggi kadar prostaglandin, kontraksi akan makin kuat, sehingga rasa nyeri yang dirasakan juga makin kuat (Sinaga E dkk, 2017).

Hormon yang dimiliki perempuan dan berperan penting dalam sistem reproduksi yaitu estrogen dan progesteron. Kedua hormon ini akan mengalami penurunan dan peningkatan ketika siklus reproduksi. Hormon-hormon tersebut mempengaruhi beberapa bagian tubuh perempuan termasuk otak dan sistem saraf melalui senyawa kimia serotonin yang disekresikan oleh otak dan sistem saraf. Serotonin bekerja mempengaruhi emosi, suasana hati (*mood*) dan perilaku makan perempuan yang sedang menstruasi (Kartikawati dalam Murwitasari dan Bimono, 2010). Serotonin adalah salah satu neurotransmitter atau zat yang bekerja menghantarkan sinyal melintasi ruang antar sel-sel saraf atau neuron. Serotonin pada kadar normal akan memunculkan perasaan tenang dan bahagia, tetapi pada waktu tubuh mengalami stres yang berlebihan, tubuh akan mulai menggunakan serotonin lebih banyak untuk

mengkompensasi kondisi tersebut. Tubuh akan mengalami kekurangan serotonin yang dapat mengakibatkan depresi ringan hingga sedang. Semakin rendah kadar serotonin pada otak, maka depresi akan semakin parah (Sinaga E. dkk, 2017).

Sindroma PMS pada sebagian kecil perempuan dapat dirasa sangat berat sampai sangat mengganggu kegiatan sehari-hari, bahkan sampai tidak dapat menjalankan kegiatan sehari-hari. PMS yang sangat parah ini disebut *pre-menstrual dysphoric disorder* (PMDD) atau gangguan disforik pra-menstruasi. Gejala PMDD meliputi seluruh gejala PMS tetapi jauh lebih parah. Pada kondisi ekstrim, penderita PMDD sampai merasakan keinginan untuk bunuh diri. PMDD terjadi pada 3% - 9% wanita (Massachusetts General Hospital Center for Women's Mental Health, 2016). *The American Psychiatric Association* (1994) membuat daftar 11 gejala potensial dari PMDD, yaitu:

- 1) Merasa sedih, putus asa, atau mencela diri sendiri
- 2) Merasa tegang, cemas, atau gelisah
- 3) Suasana hati yang tidak stabil dan sering diselingi dengan tangisan
- 4) Kemarahan yang tak kunjung padam dan peningkatan konflik interpersonal

- 5) Menurunnya minat pada kegiatan yang biasa dilakukan, yang mungkin berhubungan dengan penarikan diri dari hubungan sosial
- 6) Kesulitan berkonsentrasi
- 7) Merasa lelah, lesu, atau kurang energi
- 8) Perubahan nafsu makan, yang mungkin berhubungan dengan keinginan terhadap makanan tertentu
- 9) Hipersomnia atau insomnia
- 10) Perasaan subjektif karena kewalahan atau kehilangan kendali
- 11) Gejala fisik lainnya, seperti nyeri atau pembengkakan payudara, sakit kepala, nyeri sendi atau otot, kembung, dan berat badan naik.

Persepsi tentang menstruasi ternyata sangat dipengaruhi oleh berbagai faktor seperti budaya, situasi psikis, kondisi fisik dan kondisi kognitif. Misalnya pada masyarakat Indian dan mahasiswa perawat di Eslandia yang menjadi subyek penelitian mempersepsikan menstruasi sebagai situasi yang positif yaitu suatu situasi yang alami. Menstruasi sebagai cara tubuh untuk membersihkan tubuh dari kotoran-kotoran (Chaturvei dan Chandra dalam Lu,

2001). Penelitian di Taiwan dengan subyek perempuan usia 18-35 tahun melaporkan bahwa mereka merasa kelelahan pada saat menstruasi. Hasil temuan penelitian ini sangat bermanfaat bagi para orangtua, pendidik dan remaja itu sendiri dalam memahami emosi dan perilaku yang melanda perempuan ketika sedang menstruasi (Murwitasari dan Bimono, 2010).

Serangkaian situasi emosi muncul pada saat menstruasi berlangsung (Goleman dalam Desmita, 2005). Ada perempuan yang merasa bangga karena mengalami haid yang menandakan ia sudah dewasa, namun ada pula yang mengalami kecemasan, mudah marah dan peka terhadap situasi disekelilingnya yang dianggap tidak nyaman. Secara fisik, ada individu yang tidak merasakan apa-apa, tetapi tidak sedikit pula yang merasakan kejang perut, merasa bertambah gemuk, sakit kepala, sakit punggung, pembengkakan lutut, denyut jantung cepat dan pembengkakan payudara. Situasi emosi dalam ini adalah kurangnya kemampuan mengendalikan emosi oleh individu seperti marah atau terlalu peka pada suatu situasi sosial. Dampaknya adalah mungkin saja individu mengalami kesulitan dalam hal penyesuaian diri dengan lingkungannya (Desmita, 2005).

Respon emosi perempuan terhadap menstruasi berbeda-beda, bergantung pada kondisi fisik dan tanggapan lingkungan sosialnya. Perbedaan respon ini akan mempengaruhi emosi perempuan yang mengalami menstruasi. Gangguan emosi yang sering terjadi pada saat menstruasi diantaranya adalah mudah marah, mudah tersinggung, malu, sedih, tidak percaya diri, ingin menangis, sensitif dan merasa gelisah atau cemas dan perasaan tidak nyaman (Dakir, 1993; Lu, 2001). Hasil penelitian Murwitasari dan Bimono (2010) melaporkan bahwa terdapat perbedaan bermakna kepekaan emosi perempuan pada saat menstruasi dan saat tidak menstruasi.

Mayoritas remaja putri mengalami menstruasi di awal masa remaja, yaitu usia sekitar 12 tahun. Kondisi psikologis remaja putri di usia tersebut masih minim pengetahuan tentang mengelola diri masa menstruasi, oleh karena itu dibutuhkan komunikasi intensif dan pendampingan dari orang terdekat terutama seorang ibu untuk dapat memberikan informasi kepada remaja putri mengenai bagaimana mengelola diri ketika kedatangan menstruasi. Pengetahuan remaja putri tersebut akan turut membentuk

persepsi diri remaja di masa menstruasi (Sinaga E dkk., 2017).

Upaya untuk mengurangi rasa cemas pada remaja putri pada masa menstruasi, perlu dilakukan penyuluhan dari petugas puskesmas yang ada di wilayah sekolah tentang kesehatan reproduksi, untuk lebih lanjut petugas kesehatan dapat memberikan penyuluhan kesehatan pada anak sekolah mulai dari dasar, karena usia pertama kali menstruasi dapat terjadi pada umur < 10 tahun, Untuk intervensi mengatasi stress pada remaja putri, tidak hanya oleh petugas kesehatan, akan tetapi guru merupakan orang yang paling dekat dengan anak remaja di lingkungan sekolah, oleh karena itu perlu dilaksanakan pelatihan guru, dari tingkat SD, SMP dan SMA tentang stress dan adaptasi, kesehatan reproduksi, sehingga peran guru dapat secara langsung memberikan layanan kepada anak remaja siswi sebagai bentuk layanan sekolah (Gani dan Lisdahayati, 2021).

Gaya hidup yang sehat adalah langkah pertama untuk mencegah atau mengatasi PMS. Perubahan atau modifikasi gaya hidup dapat membantu meringankan gejala PMS atau PMDD. Walaupun bukti ilmiah masih belum banyak, namun para dokter merekomendasikan agar penderita PMS/ PMDD

sebaiknya mengurangi konsumsi kafein (yang banyak terdapat dalam kopi, teh kental, dan minuman berenergi), garam, dan gula. Berhenti merokok dan minum alkohol juga sangat dianjurkan untuk mencegah atau mengatasi PMS dan PMDD. Latihan aerobik ringan tapi reguler dan tidur yang cukup dan berkualitas telah dibuktikan memberikan efek yang sangat bermanfaat untuk meringankan bahkan dapat menghilangkan gejala PMS/PMDD, baik yang bersifat emosional maupun fisik. Untuk meringankan gejala PMS atau PMDD dapat diberikan psikoterapi, antara lain terapi relaksasi, terapi kognitif perilaku, dan psikoterapi dinamik.

2. Aspek Psikologi Infertilitas

a. Masalah Infertilitas

Menikah dan memiliki keturunan di dalam kehidupan manusia adalah suatu fase yang dijalani pasangan suami istri dalam siklus kehidupannya. Memiliki keturunan sebagai penerus generasi dirasakan sebagai suatu keharusan oleh sebagian masyarakat kita. Keberadaan anak dianggap mampu menyatukan dan menjaga agar suatu keluarga atau pernikahan tetap utuh. Oleh sebab itu banyak pasangan

merasa cemas ketika anak yang dinantikan belum juga hadir di tengah keluarga. Kecemasan yang dirasakan oleh pasangan tersebut cukup beralasan dengan didukung oleh berbagai faktor.

Kehadiran seorang anak merupakan dambaan bagi setiap pasangan suami istri apalagi bagi mereka yang telah lama menikah. Akan tetapi tidak semua pasangan suami istri bisa mendapatkan keturunan secara biologis dengan mudah. Suatu kondisi dimana pasangan suami istri belum mampu memiliki anak walaupun telah melakukan hubungan seksual sebanyak 2 ± 3 kali seminggu dalam kurun waktu 1 tahun dengan tanpa menggunakan alat kontrasepsi jenis apapun disebut dengan infertil (Djuwantono, 2008). Infertilitas masih merupakan masalah kesehatan di dunia termasuk di Indonesia. Kejadian infertil meskipun tidak berpengaruh pada aktivitas fisik dan tidak mengancam jiwa, bagi banyak pasangan hal ini berdampak besar pada kehidupan karena selain menyebabkan masalah medis, infertilitas juga dapat menyebabkan masalah ekonomi maupun psikologis (Hestiantoro dkk., 2013).

Infertilitas berdampak buruk terhadap hubungan suami isteri. Pasangan suami istri menjadi jauh satu sama lainnya,

hubungan menjadi kurang harmonis, kehidupan seks antara suami tidak lagi hangat dan mesra. Dampak dari kondisi infertilitas juga dialami oleh suami berupa perasaan sedih, tidak berguna, rendah diri dan merasa bersalah pada pasangannya. Perasaan yang dirasakan oleh pihak istri bukan hanya karena kondisi infertilitas saja, akan tetapi proses pemeriksaan, pengobatan dan penanganan yang terus menerus membuat wanita merasa kehilangan kepercayaan diri dan perasaan serba tidak enak. Infertilitas merupakan krisis kehidupan yang kompleks, menimbulkan stres secara emosional, serta mengancam secara psikologis. Sejumlah hasil penelitian menunjukkan bahwa wanita menikah yang memiliki masalah infertilitas mengalami penurunan kontrol dalam hidup mereka, isolasi sosial, disfungsi seksual, kesepian, rendah diri, dan tertekan secara psikologis (Komalasari & Septianti, 2017; Aflakseir & Zarei, 2013).

WHO secara global memperkirakan adanya kasus infertil pada 8%-10% pasangan, jika dari gambaran global populasi maka sekitar 50-80 juta pasangan (1 dari 7 pasangan) atau sekitar 2 juta pasangan infertil baru setiap tahun dan jumlah ini terus meningkat (Triwani, 2013). Berdasarkan *national survey of family growth* (NSFG) di

Amerika Serikat, persentase wanita infertil pada tahun 1982, tahun 1988 hingga tahun 1995 terus mengalami peningkatan dari 8.4% menjadi 10.2% (6.2 juta). Kejadian ini diperkirakan akan terus meningkat hingga mencapai 7.7 juta pada tahun 2025 (Chandra *et al.*, 2013). Menurut data BPS, pada tahun 2012 kejadian infertil di Indonesia mengalami peningkatan setiap tahun. Prevalensi pasangan infertil di Indonesia tahun 2013 adalah 15-25% dari seluruh pasangan yang ada (Risksedas, 2013).

Infertilitas dikelompokkan menjadi dua yaitu infertilitas primer dan infertilitas sekunder. Infertilitas primer adalah kalau istri belum pernah hamil walaupun bersanggama tanpa usaha kontrasepsi dan dihadapkan kepada kemungkinan kehamilan selama dua belas bulan. Infertilitas sekunder adalah kalau istri pernah hamil, namun kemudian tidak terjadi kehamilan lagi walaupun bersanggama tanpa usaha kontrasepsi dan dihadapkan kepada kemungkinan kehamilan selama dua belas bulan. Infertilitas dapat disebabkan oleh pihak wanita, pria, maupun keduanya akan tetapi dari jumlah pasangan infertil yang ada, sebagian besar penyebabnya berasal dari faktor wanita. Penelitian yang dilakukan oleh Oktarina *et al.*, (2014) menyebutkan bahwa kondisi yang

menyebabkan infertilitas dari faktor wanita sebesar 65%, faktor pria 20%, kondisi lain-lain dan tidak diketahui 15%.

Kejadian infertilitas dalam suatu lingkungan masyarakat atau dalam kehidupan sosial budaya masih mengandung bias gender yang kuat dimana wanita merupakan pihak yang paling sering disalahkan pada pasangan suami istri yang tidak mempunyai keturunan secara biologis (Pranata, 2009). Bila pasangan sulit memiliki anak, di masyarakat kita seringkali yang paling disalahkan adalah pihak istri dimana masyarakat beranggapan apabila istri yang belum mempunyai anak dianggap cacat dan harus dijauhi. Seorang wanita menjadi infertil dapat disebabkan oleh faktor risiko yang meningkat dan faktor tersebut sangat beragam diantaranya usia, pekerjaan, tingkat stres, *body mass index* kaitannya dengan status gizi, dan kelainan organ reproduksi seperti ada atau tidaknya gangguan pada ovulasi, gangguan tuba dan pelvis, serta gangguan uterus (Agista, 2019; HIFERI, 2013).

Fertilitas atau kesuburan seseorang selain dipengaruhi oleh genetik, keturunan, dan usia juga dipengaruhi oleh status pekerjaan. Menurut beberapa penelitian, pekerjaan seseorang juga memegang peranan penting dalam

menyumbang angka kejadian infertilitas. Ditemukan sebesar 54.4% wanita infertil merupakan wanita yang bekerja penuh waktu, 33.3% wanita yang bekerja paruh waktu dan 3.5% merupakan wanita sebagai ibu rumah tangga. Penelitian Oktarina dkk, (2014) menunjukkan dari 62 wanita infertil yang diteliti ditemukan sebanyak 41 orang (66.1%) adalah wanita karir dan 21 orang (33.9%) adalah ibu rumah tangga. Berdasarkan hasil penelitian tersebut, jenis pekerjaan yang paling banyak ditemukan pada wanita infertil adalah PNS dan swasta.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara tingkat stress dengan infertilitas wanita. Perasaan tertekan yang dialami wanita ketika stres berpengaruh terhadap keseimbangan hormon. Pernyataan ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh Mark Saver mengenai *Psychomatic Medicine* yang menjelaskan bahwa wanita yang memiliki tingkat stres yang tinggi maka kemungkinannya untuk hamil akan semakin kecil dibandingkan dengan wanita yang tidak mengalami stress. Penyebabnya adalah adanya ketidakseimbangan hormon termasuk hormon yang berkaitan dengan sistem reproduksi yang dapat mempengaruhi proses terjadinya ovulasi. Hasil penelitian

melaporkan bahwa stress pada wanita dapat mempengaruhi komunikasi antara otak, hipofisis, dan ovarium. Tingkat stres yang tinggi pada wanita juga dapat memicu pengeluaran hormon kortisol yang mempengaruhi pengaturan hormon reproduksi. Stress mempengaruhi maturisasi pematangan sel telur pada ovarium. Saat stress terjadi perubahan suatu neurokimia di dalam tubuh yang dapat mengubah maturasi dan pelepasan sel telur (Indarwati, 2017; HIFERI, 2013).

Faktor gizi juga sangat penting dalam mendukung kesuburan karena fertilitas seseorang selain dipengaruhi oleh genetik, keturunan dan usia juga dipengaruhi oleh status gizinya. Kesuburan wanita secara mutlak dipengaruhi oleh proses-proses fisiologis dan anatomis. Proses fisiologis berasal dari sekresi internal yang mempengaruhi kesuburan. Kesuburan wanita itu merupakan satu unit psikosomatis yang selalu dipengaruhi oleh bermacam-macam faktor psikis dan faktor organis atau fisis (Indarwati dkk, 2017).

Faktor kelainan organ reproduksi wanita juga merupakan faktor penyebab terjadinya infertilitas. Berdasarkan hasil penelitian Karsiyah (2014) diketahui bahwa wanita dengan kelainan organ reproduksi lebih berisiko terhadap infertilitas dibandingkan dengan wanita

yang tidak mengalami kelainan organ reproduksi. Faktor risiko yang mempengaruhi infertilitas wanita secara keseluruhan masih belum diketahui secara pasti padahal diharapkan dengan mengetahui faktor risiko maka kejadian infertilitas pada wanita dapat ditekan dengan upaya preventif atau pencegahan, upaya deteksi dini, dan penatalaksanaan yang tepat. Infertilitas pada wanita merupakan suatu hal yang tidak kalah penting dengan masalah kesehatan lainnya sehingga perlu diperhatikan (Purwoastuti dan Walyani, 2015).

Terdapat pengaruh antara usia dengan infertilitas wanita. Kejadian infertilitas berbanding lurus dengan penambahan usia wanita. Usia merupakan faktor diluar organ yang mempengaruhi ketidaksuburan atau infertilitas wanita. Usia wanita yang meningkat juga berdampak pada cadangan sel telur yang semakin sedikit selain itu wanita yang sudah berumur juga cenderung memiliki gangguan fungsi kesehatan sehingga menurunkan fungsi reproduksinya. Usia wanita 35 tahun secara tidak langsung lebih berisiko mengalami infertilitas (Indarwati dkk, 2017; Karsiyah, 2014; Hestiantoro, 2013).

b. Respon Psikologis Pasangan Infertil

Infertilitas merupakan permasalahan publik yang berdampak luas. Infertilitas tidak hanya mempengaruhi pasangan suami istri tetapi juga mempengaruhi lingkungan sosial dan pelayanan kesehatan. Dampak psikososial pada pasangan infertil meliputi rasa sedih, cemas, bersalah, depresi dan merasa dikucilkan secara sosial (Djuwantono T dkk (2012). Infertilitas memiliki dampak efek psikologis yang sangat berat bagi suami/istri. Ketidakmampuan mendapat keturunan bisa mempengaruhi semua aspek hidup suami/istri. Manusia sebagai individu unik akan memiliki pengalaman yang berbeda dalam menghadapi masalah dan menjalani program pengobatan terhadap infertilitas yang membutuhkan waktu serta biaya yang banyak. Jika setelah melakukan pengobatan infertilitas, pasangan segera mendapatkan anak tentu segala upaya tidak sia-sia. Akan tetapi seringkali ada pula pasangan yang tidak kunjung memperoleh keturunan setelah menjalani berbagai macam prosedur pemeriksaan dan pengobatan. Banyak pasangan suami istri yang memilih bercerai karena salah satu dari mereka tidak dapat memberi keturunan (Nurkhasanah, 2016).

Hasil penelitian Fachruddin (2011) tentang mekanisme koping pasangan infertilitas di Bungoro Kecamatan Bungoro Kabupaten Pangkep melaporkan bahwa dari kelima pasangan infertilitas mengenai mekanisme koping pasangan infertilitas ditemukan bahwa respon yang ditimbulkan oleh kondisi tersebut umumnya bersifat respon mal adaptif yaitu kesedihan, cemburu/iri, cemas, marah dan isolasi. Respon tersebut menyebabkan timbulnya suatu usaha untuk mengatasi masalah. Bentuk usaha tindakan untuk mengatasi masalah tersebut adalah dengan menggunakan mekanisme koping. Mekanisme koping yang digunakan adalah berusaha mencari dan mengikuti program pengobatan baik secara medis ataupun tradisional, mencari informasi, pasrah, berdoa, berusaha sabar dukungan dari keluarga dan teman, mengambil hikmah dari kondisi, mengangkat anak, berusaha melupakan masalah, menceritakan masalah kepada orang lain.

Ancaman terjadinya perceraian pada pasangan infertil mencapai 43% dari masalah pernikahan yang ada. Mereka beranggapan bahwa peran mereka sebagai orang tua tidak sempurna tanpa kehadiran seorang anak dalam kehidupan perkawinannya (Nurkhasanah, 2016). Masalah keturunan

merupakan masalah yang besar dikeluarga mereka, karena selain suami, mertua juga sangat mempengaruhi dan berperan penting dalam rumah tangga. Mertua sering sekali menganggap menantunya tidak berharga karena tidak dapat memberikan cucu kepadanya. Walaupun masalah infertilitas tidak mengancam jiwa, tapi bagi banyak orang yang mengalaminya ini berdampak yang berpengaruh terhadap kehidupan keluarga.

Respon psikologis berdasarkan penggolongannya dibagi menjadi 2, yaitu adaptif dan mal adaptif. Respon psikologis adaptif adalah respon psikologis yang mendukung fungsi integrasi, pertumbuhan, belajar dan mencapai tujuan. Kategorinya adalah berbicara dengan orang lain, memecahkan masalah secara efektif, tehnik relaksasi, latihan seimbang dan aktifitas konstruktif. Contohnya seseorang yang mengetahui kalau dia mengalami masalah kesuburan akan cenderung berdiam diri jika dibahas tentang keturunan, itu termasuk dalam kategori respon mal adaptif yaitu mengisolasi atau menjauhkan diri dari lingkungan yang tidak membuat seseorang tersebut nyaman. Respon psikologis mal adaptif adalah respon psikologis yang menghambat fungsi integrasi, memecah pertumbuhan, menurunkan otonomi dan

cenderung menguasai lingkungan. Kategorinya adalah makan berlebihan atau tidak makan sama sekali, bekerja berlebihan dan menghindar.

Respon mal adaptif dapat disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya (Nurkhasanah, 2016):

- 1) Faktor perkembangan yang dapat menyebabkan sedih karena belum memiliki keturunan,
- 2) Rasa iri kepada keluarga atau teman yang lain yang sudah terlebih dahulu memiliki anak,
- 3) Marah ketika sering disinggung masalah keturunan sehingga menjadi cemas yang dapat ditimbulkan dari ketidakpercayaan diri karena belum juga mempunyai anak.
- 4) Faktor sosiokultural dari respon psikologis mal adaptif ini menyebabkan isolasi, manipulasi, impulse dan narkisisme.
- 5) Faktor biologis dari respon psikologis mal adaptif ini menyebabkan menurunnya kualitas hubungan seksual, misalnya timbul rasa malas dalam berhubungan seksual, selalu ingin cepat mengakhiri ketika berhubungan seksual dan lain-lainnya

Cara mendeteksi adanya respon psikologis mal adaptif seseorang yaitu bersifat sensitif terhadap kritik dan tidak mampu berkompetensi. Respon psikologis adaptif dapat disebabkan karena dua hal, yaitu frustrasi dan konflik. Frustrasi ini bisa disebabkan oleh banyak hal, diantaranya adalah sudah terlalu lama menantikan kehadiran buah hati namun tak kunjung hamil. Padahal sudah mencoba segala macam alternatif pengobatan baik medis maupun tradisional, sehingga pasangan ini stress memikirkan masalah ketidaksuburan ini dan berujung pada frustrasi. Frustrasi ini jika dibiarkan dapat mempengaruhi psikologis seseorang sehingga orang tersebut sering tersinggung dan relatif bersifat sensitif terhadap siapapun dan dari perubahan psikologis ini akhirnya dapat menimbulkan konflik (Nurkhasanah, 2016)

Hasil penelitian Nurfita (2007) di Singkil-Aceh melaporkan bahwa respon psikologis pasangan infertil berupa respon mal adaptif diantaranya sedih ketika wanita atau pasangan yang mengalami gangguan fertilitas atau masalah ketidaksuburan memperlihatkan perilaku yang sama dengan proses berduka yang terkait dengan kehilangan suatu kontinuitas genetik untuk generasi berikutnya menyebabkan

kehilangan harga diri, kehilangan kontrol dan kehilangan jati diri sebagai wanita atau pria. Individu yang infertil mengalami gangguan konsep diri dan semakin tidak puas dengan perkawinannya.

Cemburu atau iri merupakan reaksi dari gabungan atau perpaduan antara bentuk emosi sikap membandingkan dirinya dengan keadaan atau dengan orang lain. Dirinya merasa kurang, merasa kalah sehingga timbul keinginan menyamai bahkan melebihi (Sundari,2005).

Isolasi adalah kecenderungan menghindari berhubungan secara intim dengan orang lain. Kecenderungan menempatkan diri dalam lingkup yang amat terbatas atau menjadi sangat tertutup pada lingkungan. Pasangan yang mengalami masalah infertilitas seringkali merasa berbeda dari pasangan lain yang subur, mereka mungkin mengisolasi diri dari orang-orang untuk menghindari rasa sakit emosional, dengan mengisolasi diri dari sumber dukungan. Hal ini sesuai dengan pendapat Weidge (2003) yang mengatakan untuk menghindari pembicaraan negatif kebanyakan memilih tidak mengikuti kegiatan sosial, baik di lingkungan tempat tinggal maupun lingkungan keluarga (Agista, 2017).

Marah adalah respon yang muncul pada wanita atau pasangan infertilitas, merupakan suatu respon yang diakibatkan oleh faktor merasa kehilangan. Ketika dibahas tentang masalah keturunan, individu yang mengalami infertil mengalami gangguan konsep diri dan semakin tidak puas dengan perkawinannya. Marah merupakan reaksi terhadap sesuatu hambatan yang menyebabkan gagalnya suatu usaha atau perbuatan. Biasanya bersamaan dengan berbagai ekspresi perilaku (Sundari, 2005).

Cemas adalah suatu keadaan tidak mudah, prihatin, rasa takut, prasangka atau perasaan tidak berdaya terhadap suatu ancaman yang akan datang dan tidak teridentifikasi (Afi Darti, 2006). Kecemasan yang dirasakan oleh pasangan tersebut cukup beralasan karena berbagai faktor. Tuntutan dari lingkungan sosial, keluarga besar, teman, bahkan masyarakat atau lingkungan sekitar. Dalam setiap pertemuan keluarga, kerabat, kenalan sudah dapat dipastikan pertanyaan akan berkisar sekitar keadaan keluarga, berapa lama menikah, sudah berapa orang anak? Bagi masyarakat Indonesia pertanyaan semacam ini merupakan hal yang wajar, karena dalam sistem masyarakat Indonesia pasangan suami istri merupakan bagian dari keluarga besar sehingga

hal ini seolah-olah menjadi masalah bersama. Tekanan dari pihak luar, seringkali menjadi sumber masalah dalam hubungan suami istri.

Sementara bagi pasangan infertil yang memiliki respon psikologis adaptif disebabkan karena beberapa hal yang dapat memicu terjadinya konflik dan menyebabkan frustrasi. Konflik yang akan terjadi atau muncul tidak hanya konflik antara pasangan yang mengalami infertilitas saja, bisa saja konflik yang berhubungan dengan kualitas hidup dengan orang lain, keluarga dan lingkungannya.

Penelitian Murfita (2007) melaporkan bahwa tidak selamanya kondisi infertilitas akan memperburuk hubungan suatu pasangan. Hal ini dipengaruhi oleh faktor nilai/konsep yang dimiliki pasangan terhadap perkawinan, keyakinan agama, usia pasangan ketika menikah, komunikasi, dan siapa yang mengalami masalah fertilitas.

B. LATIHAN

1. Jelaskan masalah psikologis yang dialami oleh pasangan infertil!
2. Mengapa ketidakhadiran anak berdampak psikologis bagi pasangan suami dan istri?

3. Jelaskan respon psikologis yang terjadi pada pasangan infertil!
4. Jelaskan masalah psikologis yang dihadapi oleh remaja putri pada saat *menarche*!
5. Jelaskan upaya yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah psikologis pada perempuan yang menstruasi!

C. RANGKUMAN

Modul ini membahas tentang permasalahan yang terjadi pada masa reproduksi yang berupa menstruasi dan infertilitas. Pada menstruasi, sering terdapat respon emosi perempuan yang berbeda-beda, bergantung pada kondisi fisik dan tanggapan lingkungan sosialnya. Perbedaan respon ini akan mempengaruhi emosi perempuan yang mengalami menstruasi. Gangguan emosi yang sering terjadi pada saat menstruasi diantaranya adalah mudah marah, mudah tersinggung, malu, sedih, tidak percaya diri, ingin menangis, sensitif dan merasa gelisah atau cemas dan perasaan tidak nyaman. Upaya mengurangi rasa cemas akibat timbulnya menstruasi pada remaja putri yaitu dengan peningkatan pengetahuan baik penyuluhan dari petugas kesehatan,

pendidikan kesehatan reproduksi dari orang tua dan guru, serta peningkatan pola hidup sehat.

Permasalahan psikologis terhadap kondisi infertil yaitu dapat berdampak kepada keharmonisan hubungan suami istri, munculnya bentuk emosi negatif, stress yang juga dapat berakibat kepada kondisi psikologis. Namun tidak selamanya bahwa infertilitas akan berakibat terhadap berkurangnya keintiman hubungan rumah tangga. Dengan adanya faktor nilai/konsep yang dimiliki pasangan terhadap perkawinan, keyakinan agama, usia pasangan ketika menikah, dan komunikasi dapat mengurangi permasalahan rumah tangga yang muncul akibat adanya kondisi pasangan yang infertil.

D. TES FORMATIF

1. Persepsi tentang menstruasi akan dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu...
 - a. Budaya
 - b. Rohani
 - c. Kesehatan mental
 - d. Pola hidup
 - e. Pola makan

2. Bentuk kegiatan psikoterapi yang dapat mengurangi gejala PMS yaitu...
 - a. Terapi kognitif perilaku
 - b. Psikoterapi statis
 - c. Terapi kontemplasi
 - d. Meditasi
 - e. Efikasi diri
3. Di bawah ini yang merupakan pernyataan yang tepat mengenai kondisi infertilitas adalah....
 - a. Kondisi yang mengancam jiwa
 - b. Infertilitas dapat berakibat pada permasalahan ekonomi dan psikologis
 - c. Dapat menular
 - d. Penyimpangan seksual
 - e. Berhubungan dengan status gizi seseorang
4. Bentuk kejadian infertilitas yang berupa kondisi istri pernah hamil, namun kemudian tidak terjadi kehamilan lagi walaupun bersanggama tanpa usaha kontrasepsi, disebut sebagai...
 - a. Infertilitas primer
 - b. Infertilitas sekunder
 - c. Infertilitas tersier

- d. Infertilitas genetik
 - e. Infertilitas psikologis
5. Di bawah ini yang merupakan mekanisme koping dalam penerimaan kondisi infertil, adalah...
- a. Membiarkan hubungan pernikahan semakin renggang
 - b. Tidak menceritakannya kepada pasangan
 - c. Makan dan bekerja secara berlebihan untuk melupakan kondisi yang diderita
 - d. Melakukan pengobatan baik secara medis dan tradisional
 - e. Meminta anak kepada keluarga

E. DAFTAR PUSTAKA

- Aflakseir A., & Zarei, M. (2013). Association between coping strategies and infertility stress among a group of women with fertility problem in Shiraz. *Iran J Reprod Infertil*, 14(4): 202-206.
- Agista, N., T. (2019). Psikologi Perempuan dengan Masalah Infertilitas Studi Fenomenologi pada Wanita di Halim Fertility Center Tahun 2017. *Tesis*. Medan: FKM Universitas Sumatera Utara
- American Congress of Obstetricians and Gynaecologists. (2016). *Pre-menstrual Syndrome (PMS)*. <https://www.acog.org/>.
- American Psychiatric Association. (1994). *PMDD Symptoms, 4th Edition*. American Psychiatric Association. Washington, DC.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). *Dysmenorrhea: Painful Periods*. American College of Obstetricians and Gynecologists.
- Barrett, K., E., & Barman, S., M. (2015). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran (Edisi 24)*. Scott Boitano: Heddwen L. Brooks.
- Chandra, A., Casey, E., C, Elizabeth, H., S. (2013). *Infertility And Impaired Fecundity In The United States 1982-2010*. Data From The National Survey Of Family Growth. National Health Statistic Reports No.67.

- Desmita. (2005). *Psikologi Perkembangan*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Dariyo. (2010). *Psikologi Perkembangan Remaja*. Edisi II. Bogor Selatan: Galia Indonesia.
- Djuwantono. (2008). *Memahami Infertilitas*. Bandung: PT. Refika Aditama
- Djuwantono, T., Bayuaji, H., Permadi, W. (2012). *Step by Step Penanganan Kelainan Endokrinologi Reproduksi dan Fertilitas dalam Praktik Sehari-hari*. Sagung Seto
- Fachruddin, R. (2010). *Mekanisme Koping Pasangan Infertilitas*. Makassar: Indonesia.
- Gani, H., A., dan Lisdahayati. (2021). Analisis risiko gangguan psikologis masa menstruasi pada anak remaja siswi SMAN 4 Baturaja Kabupaten Ogan Komerin Ulu Tahun 2016. (online). <https://repository.poltekkespalembang.ac.id/items/show/1243>.
- Hestiantoro, A., dan Soebijanto, S. (2013). *Konsensus Penanganan Infertilitas. Himpunan Endokrinologi Reproduksi dan Fertilitas Indonesia (HIFERI)*. Perhimpunan Fertilisasi In Vitro Indonesia (PERFITRI), Ikatan Ahli Urologi Indonesia (IAUI), dan Perkumpulan Obstetri Dan Ginekologi Indonesia (POGI).
- HIFERI. (2013). *Konsensus Penanganan Infertilitas*. Himpunan Endokrinologi Reproduksi dan fertilitas Indonesia.

- Indarwati, I., Hastuti, U., R., B., Dewi, Y., L., R. (2017). Analysis of factors influencing female infertility. *Journal of Maternal and Child Health*, 2(2): 150-161.
- Karsiyah. (2014). Analisis faktor yang berhubungan dengan infertilitas. *Jurnal Kebidanan Adilla Bandar Lampung*. ISSN 2088.9011.12 (2).
- Kementrian Kesehatan RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas 2013)*. Jakarta: Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan.
- Komalasari, G., Septiyanti, R. (2017). Koping stres wanita menikah yang belum dikaruniai anak. *Jurnal Penelitian dan Pengukuran Psikologi*, 6 (2): Oktober 2017: 61-65.
- Lee. (2008). Bodies at *menarche*: Stories of shame, concealment, and sexual maturation. *Sex Roles*, 60(9-10), 615-627
- Lu, Z., J. (2001). The relationship between menstrual attitudes and menstrual symptoms among Taiwanese women. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (6), 1-8. Published by Blackwell Science Ltd.
- Mayasari. (2005). *Pentingnya Peran Orang Tua Tentang Kesehatan Reproduksi Anak Remaja*. Jakarta. Salemba Medika.
- Murwitasari, S., dan Bimono. (2010). Perbedaan kepekaan sensitivitas emosi pada saat haid dan tidak haid. *Jurnal Psikologi*, 6(1): 32-40. ISSN:1858-397.

- Nurfita, E. (2007). Mekanisme coping pasangan infertilitas di Kecamatan Singkil Kabupaten Aceh Singkil. *E-Repository-USU*.
- Nur, A., D. (2006). *Stress dan Coping Ibu yang Belum Mempunyai Keturunan*. Medan: FK USU.
- Nurkhasanah, S. (2016). Hubungan Infertil dengan Respon Psikologis Istri yang Mengalami Infertil di Kota Padang Tahun 2015. *Jurnal Kesehatan STIKes Prima Nusantara Bukittinggi*, 7(1)-Januari 2016.
- Orringer, K., and Gahagan, S. (2010). Adolescent girls define menstruation: a multiethnic exploratory study. *Health Care Women Int*, 31(9):831-47.
- Oktarina, A., Abadi, A., Bachsin, R. (2014). *Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Infertilitas pada Wanita di Klinik Fertilitas Endokrinologi Reproduksi*. Palembang: Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya.
- Pranata, S. (2009). Infertilitas di kalangan laki-laki Madura studi tentang permasalahan sosial dan konsekuensi infertilitas. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 12(4): 393-402.
- Purwoastuti, E., dan Walyani, E.S. (2015). *Panduan materi kesehatan reproduksi dan keluarga berencana*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Proverawati, A., Misaroh, S. (2009). *Menarche Menstruasi Pertama penuh Makna*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- Sinaga, E., Saribanon, N., Nailus, S., S, dkk. (2017). *Manajemen Kesehatan Menstruasi*. Universitas Nasional-IWWASH Global One.
- Siswanto. (2007). *Kesehatan Mental, Konsep, Cakupan dan Perkembangannya*. Yogyakarta: ANDI.
- Soetjningsih. (2007). *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Sagung Seto: Jakarta.
- Sundari, S. (2005). *Kesehatan Mental dalam Kehidupan*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Triwani. (2013). Faktor Genetik Sebagai Salah Satu Penyebab Infertilitas Pria. Palembang: Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya.
https://Repository.Unsri.Ac.Id/22589/1/Dr._Triwani_Faktor_Genetik_Sebagai_Salah_Satu_penyebab_infertilitas_pria.pdf
- Wong, Donna L., dkk. (2008). *Buku Ajar Keperawatan Pediatrik Wong*. Alih bahasa: Agus Sutarna, Neti. Juniarti, H.Y. Kuncoro. Editor edisi bahasa Indonesia: Egi Komara Yudha. Edisi 6. Jakarta: EGC.
- World Health Organization. (2000). *WHO Manual for the Standardised Investigation and Diagnosis of the Infertile Couple*. Cambridge: Cambridge University Press.
- World Health Organization. (2010). Menstruation And The Menstrual Cycle. Article from *National Institute of Child Health and Human Development*. Retrieved from:www.nichd.nih.gov/health/topics.

MODUL 5

MASALAH PSIKOLOGIS PADA MASA REPRODUKSI

(2)

A. PENDAHULUAN

Aspek hak dan kesehatan reproduksi sangat luas, karena hak dan kesehatan reproduksi menyangkut seluruh siklus kehidupan manusia selama hidupnya, yaitu mulai dari kehamilan, kelahiran, masa anak-anak, remaja, dewasa sampai dengan masa usia lanjut. Selain panjangnya rentang usia masalah kesehatan reproduksi juga sangat kompleks, mulai dari masalah kehamilan dan persalinan, penyakit-penyakit menular seksual dan penyakit degeneratif. Bila dilihat faktor penyebab yang melatarbelakangi juga bermacam-macam, mulai dari masalah pendidikan, kesehatan, agama, psiko sosial kultural, termasuk didalamnya masalah ketidak setaraan gender dalam keluarga dan masyarakat. Pada ulasan berikut dibahas kehamilan dan ketidaknyamanan pada masa hamil, dan KTD.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu memahami konsep kehamilan, ketidaknyamanan dalam masa kehamilan, serta KTD.

2. Tujuan Instruksional Khusus

- a. Mahasiswa mampu menguraikan tentang konsep kehamilan.
- b. Mahasiswa mampu menguraikan tentang konsep kehamilan yang tidak diinginkan (KTD).

KEGIATAN BELAJAR

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Kehamilan

a) Definisi Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Hanafiah, 2008). Kehamilan adalah pertumbuhan dan perkembangan janin intrauterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai

permulaan persalinan. Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin, lamanya kehamilan normal 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir (Khumaira, 2012).

b) Perubahan Anatomi dan Fisiologi Ibu Hamil

- 1) Sistem Reproduksi
 - a) Uterus
 - b) Ovarium
 - c) Vagina dan Vulva
- 2) Sistem Kardiovaskuler
- 3) Sistem Urinaria
- 4) Sistem Gastrointestinal
- 5) Sistem Metabolisme
- 6) Sistem Muskuloskeletal
- 7) Kulit
- 8) Payudara
- 9) Sistem Endokrin
- 10) Indeks Masa Tubuh (IMT) dan Berat Badan
- 11) Sistem Pernapasan

c) Proses Kehamilan

Berikut merupakan proses terjadinya kehamilan yaitu:

- 1) Senggama harus terjadi pada bagian siklus reproduksi wanita yang tepat.
- 2) Ovarium wanita harus melepaskan ovum yang sehat pada saat ovulasi.
- 3) Pria harus mengeluarkan sperma yang cukup normal dan sehat selama ejakulasi.
- 4) Tidak ada barrier atau hambatan yang mencegah sperma mencapai, melakukan penetrasi, dan sampai akhirnya membuahi ovum.

2. Antenatal Care

a) Pengertian *Antenatal Care*

Antenatal care (ANC) adalah pemeriksaan / pengawasan antenatal yaitu pemeriksaan kehamilan untuk mengoptimalkan kesehatan mental dan fisik ibu hamil, sehingga mampu menghadapi persalinan, nifas, persiapan memberikan ASI, dan kembalinya kesehatan reproduksi secara wajar.

b) Tujuan Asuhan Antenatal

- 1) Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
- 3) Mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
- 4) Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan dengan selamat, ibu maupun bayinya dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan normal.
- 6) Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh kembang secara normal.

c) Standar Asuhan Antenatal

Kunjungan ANC minimal:

- 1) Satu kali pada trimester I (usia kehamilan 0-13 minggu);
- 2) Satu kali pada trimester II (usia kehamilan 14-27 minggu);

- 3) Dua kali pada trimester III (usia kehamilan 28-40 minggu). Terdapat 6 standar dalam standar pelayanan antenatal sebagai berikut:
 - a) Standar 1: Identifikasi Ibu hamil
 - b) Standar 2: Pemeriksaan dan pemantauan antenatal.
 - c) Standar 3: Palpasi abdominal.
 - d) Standar 4: Pengelolaan anemia pada kehamilan.
 - e) Standar 5: Pengelolaan dini hipertensi pada kehamilan.
 - f) Standar 6: Persiapan persalinan.

Pelayanan atau Asuhan Standar 14 T:

- 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan.
- 2) Ukur tekanan darah.
- 3) Ukur tinggi fundus uteri.
- 4) Pemberian imunisasi Tetanus Toksoid secara lengkap.
- 5) Pemberian tablet Fe, minimal 90 tablet selama kehamilan.
- 6) Test terhadap penyakit menular seksual.
- 7) Test/pemeriksaan Hb.
- 8) Test/pemeriksaan protein urine.
- 9) Test reduksi urine.

- 10) Perawatan payudara (tekan pijat payudara).
- 11) Pemeriksaan tingkat kebugaran (senam hamil).
- 12) Terapi yodium kapsul (khusus daerah endemik gondok).
- 13) Terapi obat malaria.
- 14) Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan.

Pada setiap kali kunjungan antenatal tersebut, perlu didapatkan informasi yang sangat penting, diantaranya:

Tabel 1. Informasi Penting Kunjungan ANC

Kunjungan	Waktu	Informasi Penting
Trimester Pertama	Sebelum minggu ke-14	<ol style="list-style-type: none"> 1) Membangun hubungan saling percaya antara petugas kesehatan dan ibu hamil 2) Mendeteksi masalah dan menanganinya 3) Melakukan tindakan pencegahan seperti tetanus neonatorum, anemia kekurangan zat besi, penggunaan praktek tradisional yang merugikan. 4) Memulai persiapan kelahiran bayi dan kesiapan untuk menghadapi komplikasi. 5) Mendorong perilaku yang sehat (gizi, latihan, kebersihan, istirahat, dll).

Kunjungan	Waktu	Informasi Penting
Trimester Kedua	Sebelum minggu ke-28	Sama seperti diatas, ditambah kewaspadaan khusus mengenai preeklampsia (tanya ibu tentang gejala-gejala preeklampsia, pantau tekanan darah, evaluasi edema, periksa untuk mengetahui proteinuria).
Trimester Ketiga	Antara minggu ke-36	Sama seperti diatas ditambah palpasi abdominal untuk mengetahui apakah ada kehamilan ganda.
Trimester Ketiga	Setelah minggu	Sama seperti diatas, ditambah deteksi letak bayi yang tidak normal, atau kondisi lain yang memerlukan kelahiran dirumah sakit.

d) Jadwal Imunisasi TT

Ibu hamil perlu diberikan imunisasi TT selama masa kehamilan. Berikut jadwal pemberian imunisasi tersebut:

Tabel 2. Jadwal Pemberian Imunisasi TT pada Ibu Hamil

Imunisasi	Interval	Masa Perlindungan	Perlindungan (%)
TT1	Kunjungan antenatal pertama	-	-
TT2	4 minggu setelah TT1	3 th	80%
TT3	6 bulan setelah TT2	5 th	95%
TT4	1 tahun setelah TT3	10 th	99%
TT5	1 tahun setelah TT4	25 th/seumur hidup	99%

e) Tanda Bahaya Kehamilan

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Sakit kepala lebih dari biasa
- 3) Gangguan penglihatan
- 4) Pembengkakan pada wajah/ekstremitas
- 5) Nyeri abdomen (epigastrik)
- 6) Janin tidak bergerak sebanyak biasanya.

Tanda-tanda dini bahaya/komplikasi ibu dan janin masa kehamilan muda:

- 1) Perdarahan Pervaginam
 - a) Abortus
 - b) Molahidatidosa
 - c) Kehamilan ektopik
- 2) Hipertensi Gravidarum
- 3) Nyeri perut bagian bawah

Tanda-tanda dini bahaya/komplikasi ibu dan janin masa kehamilan lanjut:

- 1) Perdarahan pervaginam
- 2) Sakit kepala yang hebat
- 3) Penglihatan kabur

- 4) Bengkak di wajah dan jari-jari tangan
- 5) Keluar cairan pervaginam
- 6) Gerakan janin tidak terasa

3. Ketidaknyamanan Masa Hamil dan Cara Mengatasi

Dalam proses kehamilan terjadi perubahan sistem dalam tubuh ibu yang semuanya membutuhkan suatu adaptasi, baik fisik maupun psikologis. Dalam proses adaptasi tersebut tidak jarang ibu akan mengalami ketidaknyamanan yang meskipun hal itu adalah fisiologis. Beberapa ketidaknyamanan dan cara mengatasi adalah sebagai berikut.

Tabel 3. Ketidaknyamanan Masa Hamil dan Cara Mengatasinya

No.	Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi
1.	Sering buang air kecil Trimester I dan III	<ol style="list-style-type: none"> a) Penjelasan mengenai sebab terjadinya b) Kosongkan saat ada dorongan untuk kencing c) Perbanyak minum pada siang hari d) Jangan kurangi minum untuk mencegah nokturia, kecuali jika nokturia sangat mengganggu tidur di malam hari e) Batasi minum kopi teh dan soda f) Jelaskan tentang bahaya infeksi saluran kemih dengan menjaga posisi tidur, yaitu dengan berbaring miring ke kiri dan kaki ditinggikan untuk mencegah diuresis

No.	Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi
2.	Striae gravidarum Tampak jelas pada bulan ke 6 - 7	<ul style="list-style-type: none"> a) Gunakan emolien topikal atau antipruritik. b) Gunakan baju longgar yang dapat menompang payudara dan abdomen
3.	Hemoroid Timbul trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a) Hindari konstipasi b) Makan makanan yang berserat dan banyak minum c) Gunakan kompres es atau air hangat d) Dengan perlahan masukkan kembali anus setiap selesai BAB
4.	Kelelahan/ <i>Fatigue</i> pada trimester I	<ul style="list-style-type: none"> a) Yakinkan bahwa ini normal pada awal kehamilan b) Dorong ibu untuk sering beristirahat c) Hindari istirahat yang berlebihan
5.	Keputihan Terjadi di trimester I, II, atau III	<ul style="list-style-type: none"> a) Tingkatkan kebersihan dengan mandi tiap hari b) Memakai pakaian dalam dari bahan katun dan mudah menyerap c) Tingkatkan daya tahan tubuh dengan makan buah dan sayur
6.	Keringat bertambah secara perlahan meningkat sampai kehamilan	<ul style="list-style-type: none"> a) Pakailah pakaian yang tipis dan longgar b) Tingkatkan asupan cairan c) Mandi secara teratur
7.	Sembelit Trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a) Tingkatkan diet asupan cairan b) Buah prem atau jus prem c) Minum cairan dingin atau hangat, terutama saat perut kosong d) Istirahat cukup e) Senam hamil f) Membiasakan buang air besar secara teratur g) Buang air besar segera setelah ada dorongan

No.	Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi
8.	Kram pada kaki Setelah usia kehamilan 24 minggu	<ul style="list-style-type: none"> a) Kurangi konsumsi susu (kandungan fosfornya tinggi) b) Latihan dorsfleksi pada kaki dan meregangkan otot yang terkena c) Gunakan penghangat untuk otot
9.	Mengidam (pica) Trimester I	<ul style="list-style-type: none"> a) Tidak perlu dikhawatirkan selama diet memenuhi kebutuhannya b) Jelaskan tentang bahaya makanan yang tidak bisa diterima, mencakup gizi yang diperlukan serta memuaskan rasa mengidam atau kesukaan menurut kultur
10.	Napas sesak Trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a) Jelaskan penyebab fisiologisnya b) Dorong agar sengaja mengatur laju dalam pernapasan pada kecepatan normal yang terjadi c) Merentangkan tanda diatas kepala serta menarik napas panjang d) Mendorong postur tubuh yang baik, melakukan pernafasan interkostal
11.	Nyeri ligamentum rotundum Trimester II dan III	<ul style="list-style-type: none"> a) Berikan penjelasan mengenai penyebab nyeri b) Tekuk lutut ke arah abdomen c) Mandi air hangat d) Gunakan bantal pemanas pada area yang terasa sakit hanya jika tidak terdapat kontraindikasi e) Gunakan sebuah bantal untuk menopang uterus dan bantal lainnya letakkan di antara lutut sewaktu dalam posisi berbaring miring
12.	Berbedar-debar (palpitasi jantung)	Jelaskan bahwa hal ini normal pada kehamilan

No.	Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi
13.	Panas perut <i>(heartburn)</i> Mulai bertambah sejak trimester II dan bertambah semakin lamanya kehamilan. Hilang pada waktu persalinan	a) Makan sedikit-sedikit tapi sering b) Hindari makan berlemak dan berbumbu tajam c) Hindari rokok, asap rokok, alkohol, dan cokelat d) Hindari berbaring sebelah kanan e) Hindari minum air putih saat makan f) Kunyah permen karet g) Tidur dengan kaki ditinggikan
14.	Perut kembung Trimester II dan III	a) Hindari makanan yang mengandung gas b) Mengunyah makanan secara sempurna c) Lakukan senam secara teratur d) Pertahankan saat buang air besar yang teratur
15.	Pusing / sinkop Trimester II dan III	a) Bangun secara perlahan dari posisi istirahat b) Hindari berdiri terlalu lama dalam lingkungan yang hangat dan sesak c) Hindari berbaring dalam posisi telentang
16.	Mual dan muntah Trimester I	a) Hindari bau atau faktor penyebabnya b) Makan biskuit kering atau roti bakar sesaat sebelum bangun dari tempat tidur di pagi hari c) Makan sedikit tetapi sering d) Duduk tegak setiap kali selesai makan e) Hindari makanan yang berminyak dan berbumbu f) Makan makanan kering diantara waktu makan g) Minum minuman berkarbonat h) Bangun dari tidur secara perlahan i) Hindari menggosok gigi setelah makan

No.	Ketidaknyamanan	Cara Mengatasi
		j) Minum teh herbal k) Istirahat sesuai kebutuhan
17.	Sakit punggung atas dan bawah Trimester II dan III	a) Gunakan posisi tubuh yang baik b) Gunakan bra yang menopang dengan ukuran yang tepat c) Gunakan kasur yang keras d) Gunakan bantal ketika tidur untuk meluruskan punggung
18.	Varises pada kaki Trimester II dan III	a) Tinggikan kaki sewaktu berbaring b) Jaga agar kaki tidak bersilang c) Hindari berdiri atau duduk terlalu lama d) Senam untuk melancarkan peredaran darah e) Hindari pakaian atau korset yang ketat

4. Kehamilan yang Tidak Diinginkan

Kehamilan yang tidak diinginkan (KTD) adalah suatu kehamilan yang oleh karena suatu sebab maka keberadaannya tidak diinginkan atau diharapkan oleh salah satu atau kedua-duanya calon orang tua bayi tersebut. Penyebab KTD pada remaja yaitu:

- a) Karena kurangnya pengetahuan yang lengkap dan benar mengenai proses terjadinya kehamilan. Dan metode-metode terjadinya kehamilan, dan metode-metode pencegahan kehamilan. Hal ini bisa terjadi pada remaja-remaja yang belum menikah maupun yang sudah

menikah. KTD akan semakin memberatkan perempuan jika pasangannya tidak bertanggung jawab atas kehamilan yang terjadi.

- b) Kehamilan yang tidak diinginkan bisa terjadi akibat tindak perkosaan. Dalam hal ini meskipun remaja putri memiliki pengetahuan yang cukup, tetapi ia tidak bisa menghindarkan diri dari tindakan seksual yang dipaksakan terhadapnya, sehingga bisa dipahami jika ia tidak menginginkan kehamilannya.
- c) Kehamilan yang tidak diinginkan bisa terjadi pada remaja yang telah menikah dan telah menggunakan cara pencegahan kehamilan tetapi tidak berhasil (kegagalan alat kontrasepsi/ *unmet need*).

Kerugian dan bahaya kehamilan (KTD) pada remaja antara lain:

- a) Karena remaja atau calon ibu merasa tidak ingin dan tidak siap untuk hamil maka dia bisa saja tidak mengurus kehamilannya dengan baik. Seharusnya dia mengkonsumsi minuman, makanan, vitamin yang bermanfaat bagi pertumbuhan janin dan bayi nantinya bisa saja hal tersebut tidak dilakukannya, dia juga dapat

menghindari kewajiban untuk melakukan pemeriksaan teratur pada tenaga ahli kesehatan atau dokter. Dengan sikap-sikap tersebut maka akan sulit dijamin adanya kualitas kesehatan bayi dengan baik.

- b) Sulit mengharapkan adanya perasaan kasih sayang yang tulus dan kuat dari ibu yang mengalami KTD terhadap bayi yang dilahirkan nanti.
- c) Mengakhiri kehamilannya atau sering disebut dengan aborsi.

B. LATIHAN

Instruksi Untuk Diskusi Kelompok

1. Bentuk kelompok, masing-masing kelompok terdiri dari 2-3 orang mahasiswa.
2. Buatlah satuan acara penyuluhan, berikut metode dan media yang tepat dengan topik:
 - a. Perkawinan
 - b. Kehamilan
 - c. Kehamilan yang tidak diinginkan

C. RANGKUMAN

Permasalahan kesehatan reproduksi yang terjadi pada masa remaja salah satunya berupa KTD. Pengertian KTD adalah suatu kehamilan yang oleh karena suatu sebab maka keberadaannya tidak diinginkan atau diharapkan oleh salah satu atau kedua-duanya calon orang tua bayi tersebut. Dampak terjadinya KTD adalah ketidaksiapan calon ibu untuk mengurus kehamilan dan anaknya nanti, bahkan berdampak kepada kesehatan ibu, dan keputusan untuk melakukan aborsi. Oleh karena itu, penting untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi pada remaja baik oleh orang tua, guru, dan petugas kesehatan.

D. TES FORMATIF

1. Salah satu risiko kesehatan yang dapat terjadi pada saat kehamilan muda yaitu...
 - a. Hipertensi gravidarum
 - b. Eklampsia
 - c. Hipotensi
 - d. Anoreksia
 - e. Kaki bengkak

2. Tanda-tanda dini bahaya/komplikasi ibu dan janin masa kehamilan lanjut yaitu...
 - a. Bengkak di kaki
 - b. Gerakan janin tidak terasa
 - c. Gerakan janin terasa hebat
 - d. Sakit kepala sebelah
 - e. Varises di kaki
3. Berikut yang **bukan** merupakan salah satu bentuk ketidaknyamanan dalam kehamilan yaitu...
 - a. Panas perut
 - b. Mual dan muntah
 - c. Berdebar-debar
 - d. Sembelit
 - e. Kecemasan
4. Berikut yang **bukan** merupakan penyebab KTD pada remaja yaitu...
 - a. Kegagalan kontrasepsi pada remaja yang telah menikah
 - b. Tindakan kekerasan seksual dan pemerkosaan
 - c. Kurangnya pengetahuan remaja terhadap kesehatan reproduksi
 - d. Melakukan perilaku seks pranikah

- e. Sikap non permisif pada hubungan seks pranikah
5. Dalam pemecahan masalah KTD, remaja memilih untuk melakukan *pro life*. Apakah maksud dari *pro life* tersebut...
- a. Pandangan bahwa aborsi merupakan salah satu pilihan demi alasan kesehatan
 - b. Pandangan terhadap keberlangsungan hidup ibu
 - c. Pandangan calon ibu terhadap keberlangsungan janin yang dikandung sehingga tidak melegalisasi aborsi
 - d. Keputusan menggugurkan atau mempertahankan kandungan adalah hak mutlak dari ibu yang mengandung bayi tersebut
 - e. Keputusan yang berasal dari keluarga untuk melanjutkan kehamilan

E. DAFTAR PUSTAKA

Hanafiah, M., J. & Amir, A. (2008). Etika Kedokteran dan Hukum Kesehatan, Ed.4, EGC, Jakarta, 72-77.

Khumaira M. 2012. Ilmu Kebidanan. Yogyakarta: Cipta Pustaka.

Bernett, V., R., and Brown, L., K. (1993). Milles Text Book for Midwives, Twelfth Edition. Chuchill Livingstone.

Cronk, M., and Flint, C. (1992). Community Midwifery: A Pratical Guide. Butterwood-Heineman Ltd, Linacre House, Jordan Hill, Oxford

Prawiro, H., S. (1997). Imu Kebidanan. Jakarta: YBPSP, UI.

Saifuddin, A., B. dkk (2002). Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal. Jakarta: YBPSP, UI,

Saifuddin, A., B., et.al (2000). Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan. Jakarta. YBPSP, UI.

MODUL 6

PENDIDIKAN KESEHATAN REPRODUKSI

A. PENDAHULUAN

Tujuan pendidikan seksual adalah menciptakan sikap yang sehat terhadap seks dan seksualitas. Berbagai bentuk pendidikan seksualitas dapat disampaikan pada tingkatan remaja, wanita usia subur (WUS), pasangan usia subur (PUS), dan tentang menopause. Bentuk pendidikan kesehatan reproduksi yang diberikan dapat disesuaikan dengan tingkatan usia dan kebutuhan dari masing-masing sasaran.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu menguraikan mengenai pendidikan kesehatan reproduksi.

2. Tujuan Instruksional Khusus

- a. Mahasiswa mampu menguraikan pendidikan kesehatan reproduksi untuk remaja.
- b. Mahasiswa mampu menguraikan pendidikan kesehatan reproduksi untuk wanita usia subur pra nikah.

- c. Mahasiswa mampu menguraikan pendidikan kesehatan reproduksi tentang pasangan usia subur.
- d. Mahasiswa mampu menguraikan pendidikan kesehatan reproduksi tentang menopause.

KEGIATAN BELAJAR

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Pendidikan Kesehatan Reproduksi untuk Remaja

a. Definisi

Menurut WHO, remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-19 tahun, menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 tahun 2014 remaja adalah penduduk dalam rentang usia 10-18 tahun dan menurut BKKBN rentang usia adalah 10-24 tahun dan belum menikah. Remaja dengan permasalahan pengetahuan kesehatan reproduksi yang terjadi pada saat ini sangat kompleks. Remaja dibagi menjadi tiga tahap yaitu masa remaja awal (usia 10-13 tahun), masa remaja tengah yaitu (usia 14-16 tahun) dan remaja akhir (usia 17-19 tahun) (Rohan & Sayito, 2013). Masa remaja menurut Santrock (2003), yaitu usia 10-13 tahun dan berakhir saat menginjak usia 18-22 tahun.

Menurut WHO (1992) kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh bukan hanya bebas dari penyakit kecacatan, dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. Dengan demikian kesehatan reproduksi dapat diartikan pula sebagai suatu keadaan dimana manusia dapat menikmati kehidupan seksualnya serta mampu menjalani fungsi dan proses reproduksinya secara sehat dan aman, termasuk mendapatkan keturunan yang sehat. Kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera baik fisik, mental, dan sosial yang utuh (tidak semata-mata bebas dari penyakit dan kecacatan) dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya (Depkes, 2003).

Sedangkan kesehatan reproduksi remaja adalah suatu kondisi sehat yang menyangkut sistem fungsi dan proses reproduksi yang dimiliki oleh remaja. Pengertian sehat disini tidak semata-mata bebas dari penyakit dan kecacatan namun juga sehat secara fisik, mental dan sosial kultur (BKKBN, 2008).

b. Permasalahan yang Melatarbelakangi

Masa remaja merupakan masa transisi yang unik dan ditandai oleh berbagai perubahan fisik, emosi, dan psikis. Masa remaja, yaitu usia 10-19 tahun, merupakan masa yang khusus dan penting, karena merupakan periode pematangan organ reproduksi manusia, dan sering disebut masa pubertas. Masa remaja merupakan periode peralihan masa anak-anak ke masa dewasa. Pada masa remaja terjadi perubahan fisik (organobiologik) secara cepat, yang tidak seimbang dengan perubahan kejiwaan (mental emosional). Perubahan yang cukup besar ini dapat membingungkan remaja yang mengalaminya. Karena itu mereka memerlukan pengertian, bimbingan dan dukungan lingkungan di sekitarnya, agar tumbuh dan berkembang menjadi manusia dewasa yang sehat baik jasmani maupun mental dan psikososial (Handhika, 2017).

Perkembangan sosial pada masa ini memperlihatkan perubahan yang tidak selalu mudah dijalani. Pada masa ini remaja sebelumnya bergaul dengan jenis yang sama, mulai menaruh perhatian pada lawan jenisnya. Keinginan untuk bergaul dengan teman pria dan teman wanita tetapi terhalang oleh penampilan fisik yang kurang menguntungkan

misalnya jerawat. Sering pula kecemasan orang tua berpengaruh negatif dari pergaulan dan akibat-akibat dari pergaulan bebas menyebabkan orang tua merintangi pergaulan heteroseksual. Tugas perkembangan dalam hal perkembangan sosial yakni bergaul dengan teman sebaya baik yang sejenis maupun lawan jenis, sedapat mungkin mendapat perhatian dan bimbingan, supaya tidak terjadi hambatan maupun akibat-akibat yang negatif bagi masa depan remaja (Handhika, 2017).

Perkembangan kepribadian sesungguhnya sudah perlu diperhatikan sejak masa bayi. Pendidikan aspek-aspek kepribadian sudah perlu dimulai sebelum aspek intelektual di perembangkan. Pengendalian keinginan dengan cara mengajar anak belajar bersabar dan tidak selalu memenuhi keinginan anak dengan segar, harus dilanjutkan dengan latihan pengendalian emosi dan pengendalian diri ataupun mengekang keinginan untuk mengejar kesenangan demi tercapainya tujuan yang lebih berarti dalam jangka panjang (Handhika, 2017).

c. Pendidikan Kesehatan Reproduksi untuk Remaja

Pendidikan kesehatan adalah suatu usaha atau kegiatan untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat dalam meningkatkan kemampuannya untuk mencapai kesehatan secara optimal (Notoatmodjo, 2003). Pengertian pendidikan kesehatan yang lain adalah komponen program kesehatan dan kedokteran yang terdiri atas upaya terencana untuk mengubah perilaku individu, keluarga dan masyarakat yang merupakan cara perubahan berpikir, bersikap dan berbuat dengan tujuan membantu pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan promosi hidup sehat (Suliha, 2001).

Menurut Grout pendidikan kesehatan adalah upaya menerjemahkan sesuatu yang telah diketahui tentang kesehatan ke dalam perilaku yang diinginkan dari perseorangan ataupun masyarakat melalui proses pendidikan, sedangkan menurut Nyswander, pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri manusia yang ada hubungannya dengan tercapainya tujuan kesehatan perseorangan dan masyarakat. Bila dilihat dari definisi-definisi pendidikan kesehatan tersebut tidak jauh berbeda dan keduanya menekankan pada aspek perubahan perilaku

individu dan masyarakat dalam bidang kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Pendidikan kesehatan reproduksi yang diberikan dapat berupa dalam bentuk pendidikan kesehatan reproduksi remaja. Materi pendidikan kesehatan reproduksi remaja meliputi pertumbuhan dan perkembangan remaja, perkembangan seksual remaja, kebersihan organ reproduksi, perilaku seksual berisiko, pergaulan bebas, penyakit menular seksual dan HIV-AIDS, pelecehan seksual, kehamilan dan persalinan, serta hak reproduksi remaja (Arma, 2007). Pendidikan seksual selain menerangkan tentang aspek anatomis dan biologis juga menerangkan tentang aspek psikologis dan moral. Pendidikan seksual yang baik harus memasukkan unsur-unsur hak asasi manusia, nilai kultur dan agama, sebagai pendidikan akhlak dan moral (Mutadin, 2002).

Tujuan pendidikan seksual adalah menciptakan sikap yang sehat terhadap seks dan seksualitas. Penyampaian materi pendidikan seksual dapat dilakukan di rumah, sekolah maupun di tempat ibadah. Disini peranan orang tua dan masyarakat sangat diperlukan, terutama untuk dapat memberikan informasi kepada remaja mengenai kesehatan

reproduksi dan apa saja yang harus dilakukan untuk menjaga kesehatan reproduksi mereka (Abineno, 1999).

Pendidikan seksual bukan seolah-olah menyetujui remaja melakukan hubungan seksual melainkan untuk menanamkan rasa tanggungjawab dikalangan remaja tentang perilaku seksual dan kesehatan reproduksinya (BKKBN, 2005). Menurut Mutadin (2002), pendidikan seksual bertujuan untuk membentuk sikap emosional yang sehat terhadap masalah seksual dan membimbing anak dan remaja ke arah hidup dewasa yang sehat dan bertanggungjawab terhadap kehidupan seksualnya. Hal ini dimaksudkan agar mereka tidak menganggap seks itu sesuatu yang menjijikan dan kotor. Tetapi lebih sebagai bawaan manusia, yang merupakan anugerah Tuhan dan berfungsi penting untuk kelangsungan siklus kehidupan manusia, dan supaya remaja bisa belajar menghargai kemampuan seksualnya dan hanya menyalurkan dorongan tersebut untuk tujuan tertentu (yang baik) dan pada waktu yang tertentu pula.

2. Pendidikan Kesehatan Reproduksi untuk Wanita Usia Subur

a. Definisi

Menurut BKKBN (2001), wanita usia subur atau usia produktif adalah wanita yang berumur 18-49 tahun yang berstatus belum kawin, kawin ataupun janda Yang dimaksud dengan wanita usia subur (WUS) adalah wanita yang keadaan organ reproduksinya berfungsi dengan baik antara umur 20-45 tahun. Pada wanita usia subur ini berlangsung lebih cepat dari pada pria. Puncak kesuburan ada pada rentang usia 20-29 tahun. Pada usia ini wanita memiliki kesempatan 95% untuk hamil. Pada usia 30-an persentasenya menurun hingga 90%. Sedangkan memasuki usia 40, kesempatan hamil berkurang hingga menjadi 40%. Setelah usia 40 wanita hanya punya maksimal 10% kesempatan untuk hamil. Menurut Depkes RI (2004), wanita Usia Subur adalah wanita yang masih dalam usia reproduktif, yaitu antara usia 15-49 tahun, dengan status belum menikah, menikah, atau janda. Wanita Usia Subur ini mempunyai organ reproduksi yang masih berfungsi dengan baik, sehingga lebih mudah untuk mendapatkan kehamilan, yaitu antara umur 20 sampai dengan 45 tahun.

Pada masa ini terjadi perubahan fisik, seperti perubahan warna kulit, perubahan payudara, pembesaran perut, pembesaran rahim, dan mulut rahim. Masa ini merupakan masa terpenting bagi wanita dan berlangsung kira-kira 33 tahun. Menstruasi pada masa ini paling teratur dan siklus pada alat genital bermakna untuk memungkinkan kehamilan. Pada masa ini terjadi ovulasi kurang lebih 450 kali. Kondisi yang perlu dipantau pada masa subur adalah perawatan antenatal, jarak kehamilan, deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim, serta infeksi menular seksual (Kumalasari dan Andhyantoro, 2012).

b. Permasalahan yang Melatarbelakangi

Penyakit kanker leher rahim merupakan masalah Kesehatan yang penting bagi wanita di seluruh dunia. Kanker leher rahim merupakan keganasan yang terjadi pada leher rahim dan oleh infeksi *Human Papilloma Virus* (HPV). HPV ini ditularkan melalui hubungan seksual dan infeksiunya terjadi pada 75% wanita yang telah pernah berhubungan seksual. Kanker leher rahim merupakan jenis kanker kedua setelah kanker payudara yang paling umum diderita oleh perempuan dan diperkirakan ada sekitar 1,4 juta penderita di seluruh

dunia. Dimana pertumbuhan sel- sel abnormal pada leher rahim yang terletak antara rahim (*uterus*) dan lubang vagina, di mana sel- sel abnormal berubah menjadi sel kanker (Ismarwati, dkk, 2011).

Pada permasalahan lain yang sering dialami WUS adalah kehamilan usia muda dan fertilitas yang cukup tinggi yang dapat memberikan dampak negatif bagi WUS. Reproduksi sehat untuk hamil dan melahirkan berkisar antara usia 20-30 tahun. Jika terjadi kehamilan di bawah atau di atas usia tersebut akan berisiko terjadinya kematian 2 hingga 4 kali lebih tinggi dari reproduksi sehat. Hingga saat ini, berbagai kajian internasional telah menetapkan bahwa kehamilan remaja membawa kerugian bagi kesehatan, kesejahteraan mental dan psikologi remaja. Kehamilan remaja dapat menghambat peluang karir dan peningkatan ekonomi, meningkatkan kemiskinan serta menghambat prospek masa depan remaja.

Adapun permasalahan lainnya ialah terkait gizi wanita, yang sering ditemui ialah kekurangan energi kronis (KEK). KEK adalah keadaan kekurangan asupan energi dan protein pada WUS yang berlangsung secara terus menerus dan mengakibatkan gangguan kesehatan. Kek merupakan suatu

keadaan yang ditimbulkan oleh gangguan zat gizi lebih atau absolut dimana mengakibatkan kesehatan pada ibu (Sipahutar, 2014:34) Seseorang dikatakan memiliki risiko KEK jika LILA < 23,5 cm (Depkes RI, 2012). Kurang energi kronis pada orang dewasa dapat pula diketahui dengan indeks massa tubuh (IMT) yang diukur dari perbandingan antara berat dan tinggi badan. Jika IMT kurang dari 18,5 dikatakan sebagai KEK (Husaini, 2003 dalam Novitasari, 2016). Kejadian KEK dapat terjadi dan disebabkan oleh beberapa faktor, baik faktor langsung maupun faktor tidak langsung. Faktor langsung dapat meliputi infeksi dan asupan makanan. Sedangkan faktor tidak langsung meliputi persediaan pangan keluarga, pendidikan, pengetahuan, pendapatan dan pelayanan kesehatan (Soekirman, 2000:85).

c. Pendidikan Kesehatan Reproduksi untuk Wanita Usia Subur

Konteks kesehatan reproduksi menurut WHO adalah suatu keadaan fisik, mental dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. Pada perempuan ditandai dengan mulainya

menstruasi, dan pada laki-laki ditandai dengan terjadinya perubahan suara yang menjadi lebih besar. Setiap WUS memiliki hak-hak reproduksi. Hak reproduksi merupakan bagian dari hak asasi manusia yang melekat pada manusia sejak lahir dan dilindungi keberadaannya. Hak reproduksi secara umum diartikan sebagai hak yang dimiliki oleh WUS baik laki-laki maupun perempuan yang berkaitan dengan keadaan reproduksinya (Putri, 2016).

Pendidikan reproduksi remaja untuk WUS berupa materi terkait penundaan usia perkawinan, penundaan usia hamil (KB), jenis-jenis KB, peningkatan status gizi, dan penyakit terkait reproduksi. Keluarga berencana adalah suatu usaha untuk menjarangkan jumlah dan jarak kehamilan dengan memakai kontrasepsi. Dengan cara memakai alat kontrasepsi diharapkan laju pertumbuhan penduduk dapat ditekan. Banyak macam-macam dari alat kontrasepsi seperti, pil, implant, *intra uterine device* (IUD), suntik, kondom, dan lain-lain. Program Keluarga Berencana (KB) sendiri yang dilaksanakan Pemerintah Indonesia adalah upaya serius pemerintah untuk meningkatkan kesejahteraan bangsa. BKKBN adalah suatu badan yang merupakan kepanjangan tangan dari pemerintah untuk mengatasi masalah ledakan

penduduk. Salah satu fungsi BKKBN dalam melakukan upaya pengendalian kuantitas dan menyelenggarakan keluarga berencana adalah melakukan advokasi dan koordinasi, serta menyelenggarakan komunikasi, informasi dan edukasi (KIE) di bidang pengendalian penduduk dan penyelenggaraan keluarga berencana (Putri, 2016).

Tujuan pendidikan seksual adalah menciptakan sikap yang sehat terhadap seks dan seksualitas. Penyampaian materi pendidikan seksual dapat dilakukan di rumah, sekolah maupun di tempat ibadah. Disini peranan orang tua dan masyarakat sangat diperlukan, terutama untuk dapat memberikan informasi kepada remaja mengenai kesehatan reproduksi dan hal yang harus dilakukan untuk menjaga kesehatan reproduksi mereka (Abineno, 1999).

3. Pendidikan Kesehatan Reproduksi untuk Pasangan Usia Subur

a. Definisi

Pasangan usia subur (PUS) adalah pasangan suami istri yang usia istrinya antara 15-49 tahun yang kemudian dibagi menjadi 3 (tiga) kelompok yakni: di bawah usia 20 tahun, antara 20-35 tahun dan usia di atas 35 tahun. Berdasarkan

pertimbangan fisik dan mental, usia terbaik melahirkan adalah antara 20-35 tahun, sehingga sangat dianjurkan bagi setiap wanita dapat menikah diatas 20 tahun (Alimoeso, 2010).

Masa menjarangkan kehamilan terjadi pada periode PUS berada pada umur 20-35 tahun. Secara empirik diketahui bahwa PUS sebaiknya melahirkan pada periode umur 20-35 tahun, sehingga risiko-risiko medik yang diuraikan di atas tidak terjadi. Dalam periode 15 tahun (usia 20-35 tahun) dianjurkan untuk memiliki 2 anak, Sehingga jarak ideal antara dua kelahiran bagi PUS kelompok ini adalah sekitar 7-8 tahun. Patokannya adalah jangan terjadi dua balita dalam periode 5 tahun. Untuk menjarangkan kehamilan dianjurkan menggunakan alat kontrasepsi.

Pemakaian alat kontrasepsi pada tahap ini dilaksanakan untuk menjarangkan kelahiran agar ibu dapat menyusui anaknya dengan cukup banyak dan lama. Perempuan yang menikah pada usia kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya sampai usianya minimal 20 tahun. Untuk menunda kehamilan pada masa ini ciri kontrasepsi yang diperlukan adalah kontrasepsi yang mempunyai reversibilitas dan efektifitas tinggi. Kontrasepsi yang

dianjurkan adalah kondom, pil, IUD, metode sederhana, implan dan suntikan (BKKBN, 2012).

b. Permasalahan yang Melatarbelakangi

Banyaknya pasangan usia subur yang menggunakan alat kontrasepsi menentukan kontribusi pemakaian kontrasepsi terhadap angka kelahiran. Pelayanan kontrasepsi mempunyai dua tujuan yaitu pemberian dukungan dan pematapan penerimaan gagasan KB yaitu dihayatinya NKKBS, dan penurunan angka kelahiran yang bermakna. Untuk mencapai tujuan tersebut maka ditempuh kebijaksanaan dengan mengkatagorikan tiga fase untuk mencapai sasaran yaitu (BKKBN, 2012):

- 1) Fase menunda perkawinan/kesuburan
- 2) Fase menjarangkan kehamilan
- 3) Fase menghentikan/mengakhiri kehamilan/kesuburan

Maksud kebijaksanaan tersebut yaitu untuk menyelamatkan ibu dan anak akibat melahirkan pada usia muda, dan jarak kelahiran yang terlalu dekat. Fase menunda/mencegah kehamilan fase menunda kehamilan bagi PUS dengan usia istri kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilan. Alasan menunda/mencegah

kehamilan adalah karena umur di bawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dulu karena berbagai alasan. Prioritas penggunaan kontrasepsi pil oral, karena usia masih muda.

Penggunaan dan pemakaian alat kontrasepsi perlu diketahui oleh pasangan calon pengguna alat kontrasepsi. Hal ini dikarenakan semua kontrasepsi mempunyai kegagalan dan juga dapat menimbulkan risiko tertentu pada pemakaiannya. Untuk menghindari risiko yang akan terjadi, sebaiknya pasangan calon pengguna alat kontrasepsi mengetahui terlebih dahulu berbagai macam alat atau metode kontrasepsi.

Selain permasalahan terkait alat kontrasepsi, PUS juga perlu diberikan edukasi terkait infeksi atau penyakit menular seksual. Pencegahan dan penanganan infeksi ditujukan pada penyakit dan gangguan yang berdampak pada saluran reproduksi. Baik yang disebabkan penyakit infeksi yang non PMS. Seperti tuberculosis, malaria, filariasis, maupun infeksi yang tergolong penyakit menular seksual, seperti *gonorrhoea*, *sifilis*, *herpes genital*, *chlamydia*, ataupun kondisi infeksi yang mengakibatkan infeksi rongga panggul (*pelvic inflammatory diseases*/PID) seperti penggunaan alat kontrasepsi dalam

rahim (AKDR) yang tidak steril. Semua contoh penyakit tersebut bila tidak mendapatkan penanganan yang baik dapat berakibat seumur hidup pada wanita maupun pria, yaitu misalnya kemandulan, hal ini akan menurunkan kualitas hidup wanita maupun pria (Priyatni, 2016).

c. Pendidikan Kesehatan Reproduksi untuk Pasangan Usia Subur

Kesehatan, morbiditas (gangguan kesehatan), dan kematian perempuan yang berkaitan dengan kehamilan, termasuk didalamnya juga masalah gizi dan anemia di kalangan perempuan, penyebab serta komplikasi dari kehamilan, masalah kemandulan dan ketidaksuburan. Peranan atau kendali sosial budaya terhadap masalah reproduksi sangat penting, maksudnya bagaimana pandangan masyarakat terhadap kesuburan dan kemandulan, nilai anak dan keluarga, sikap masyarakat terhadap perempuan hamil. Bentuk intervensi pemerintah dan negara terhadap masalah reproduksi, misalnya program KB, undang-undang yang berkaitan dengan masalah genetik, dan lain sebagainya. Tersedianya pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, serta terjangkaunya

secara ekonomi oleh kelompok perempuan dan anak-anak. Kesehatan bayi dan anak-anak terutama bayi dibawah umur lima tahun. Dampak pembangunan ekonomi, industrialisasi dan perubahan lingkungan terhadap kesehatan reproduksi (Priyatni, 2016).

Pendidikan kesehatan reproduksi dilakukan untuk membantu individu atau kelompok untuk lebih peduli dan mampu berperilaku hidup sehat dalam kesehatan reproduksi, di samping itu tujuan KIE adalah agar terjadi peningkatan pengetahuan tentang kesehatan reproduksi sehingga hal-hal yang berpengaruh buruk terhadap kesehatan reproduksi dapat diatasi. Peningkatan pengetahuan tersebut akan terjadi perubahan sikap perilaku menjadi lebih bertanggung jawab. Pendidikan kesehatan reproduksi dapat dilakukan dengan menggunakan berbagai jalur media yang ada ataupun kelompok-kelompok yang ada dalam masyarakat, petugas kesehatan pada tingkat pelayanan dasar adalah kelompok sasaran primer dan sekunder. Karena itu strategi yang lebih tepat untuk dipilih dalam melaksanakan kegiatan pendidikan kesehatan reproduksi di tingkat pelayanan dasar harus menjadi perhatian bersama, bukan hanya kaum perempuan saja karena hal ini akan berdampak luas dan menyangkut

berbagai aspek kehidupan yang menjadi tolok ukur dalam pelayanan kesehatan reproduksi (Priyatni, 2016).

Materi pendidikan kesehatan reproduksi yang bisa diberikan kepada sasaran PUS ialah 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 IMS atau HIV-AIDS, pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, pencegahan penanggulangan masalah aborsi, deteksi dini kanker payudara dan leher rahim, serta pencegahan dan manajemen infertilitas (Priyatni, 2016).

Prinsip yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan reproduksi adalah (Priyatni, 2016):

- 1) Memperlakukan audiens dengan sopan, baik dan ramah
- 2) Memahami, menghargai dan menerima keadaan sasaran sebagaimana adanya
- 3) Memberi penjelasan dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami
- 4) Menggunakan alat peraga yang menarik dan mengambil contoh dari kehidupan sehari-hari

5) Menyesuaikan isi penyuluhan dengan keadaan dan risiko yang dimiliki peserta

4. Pendidikan Kesehatan Reproduksi untuk Menopause

a. Definisi

Proses menua adalah proses menghilangnya secara perlahan kemampuan tubuh untuk mengganti sel yang rusak dan mempertahankan struktur dan fungsi normalnya sehingga tidak dapat bertahan terhadap rangsangan (misalnya penyakit) dan tidak mampu memperbaiki kerusakan yang diderita (Bowen dkk., 2004; Birbrair dkk., 2013). *Aging* atau menua adalah proses menjadi lebih tua yang menggambarkan perubahan seseorang seiring berjalannya waktu. Proses menua merupakan proses multidimensi dari fisik, psikologis dan sosial (Bowen dkk., 2004; Birbrair dkk., 2013).

Menopause merupakan suatu fase berhentinya siklus menstruasi atau haid pada wanita karena pengaruh usia dan perubahan hormon yakni penurunan produksi hormon estrogen yang dihasilkan oleh ovarium. Wanita mengalami menopause biasanya pada saat usia 50 tahun atau kurang. Penurunan hormon estrogen mengakibatkan siklus

menstruasi menjadi tidak teratur, hal ini juga bisa dijadikan suatu petunjuk terjadinya menopause. Menopause didefinisikan sebagai haid terakhir, terjadinya menopause berkaitan dengan *menarche* atau pertama haid, makin dini *menarche* terjadi maka makin lambat atau lama menopause timbul (Mulyani, 2014).

Terdapat beberapa gejala yang biasanya muncul di awal permulaan masa menopause diantaranya rasa panas (*hot flush*), keluar keringat di malam hari, gejala gangguan perkemihan, gejala gangguan somatik, dan penurunan libido. Tidak semua wanita akan mengalami gejala-gejala tersebut. Hal ini salah satunya dipengaruhi oleh dukungan suami, karakter wanita, dan gaya hidup yang dijalani sebelumnya. Gejala-gejala yang timbul tersebut akan menyebabkan ketidaknyamanan yang akan dirasakan oleh wanita. Namun saat ini tidak semua wanita mengetahui tentang gejala yang dialaminya, sehingga muncul kecemasan yang diakibatkan oleh ketidaktahuan tersebut. Berdasarkan penelitian Suparni, I.E. dan Trisnawati, Y. (2014) menyebutkan bahwa semakin berat gejala-gejala yang dirasakan oleh wanita, dapat meningkatkan kecemasan yang timbul

b. Permasalahan yang Melatarbelakangi

Menopause merupakan fase dimana wanita tidak mengalami menstruasi. Seringkali wanita menghadapi menopause dengan rasa cemas dan takut karena memasuki usia tua dan sudah tidak dapat melahirkan anak. Akibat yang ditimbulkan dari keadaan ini menurunnya hormon estrogen, hormon progesterone, dan hormon seks dapat menimbulkan gejala fisik yang mungkin dialami saat mencapai masa menopause yakni berupa rasa panas yang tiba-tiba menyerang bagian atas tubuh, keluar keringat yang berlebihan pada malam hari, sulit tidur, iritasi pada kulit, gejala pada mulut dan gigi, kekeringan vagina, kesulitan menahan buang air kecil, dan peningkatan berat badan (Intan, 2017). Perubahan keseimbangan hormonal ini dapat menyebabkan berbagai gejala psikologis ditandai dengan sikap yang mudah tersinggung, depresi, cemas, suasana hati (*mood*) yang tidak menentu, menurunnya kemampuan berfikir dan daya ingat.

c. Pendidikan Kesehatan Reproduksi untuk Lansia

Pendidikan kesehatan diberikan dalam waktu yang relatif pendek sehingga ibu lebih berkonsentrasi

dibandingkan dengan waktu yang lama, dan hal ini dibuktikan dengan peningkatan pengetahuan ibu yang bermakna untuk membantu lebih mengarahkan semua indera ke suatu objek. Keberhasilan penyuluhan kesehatan pada masyarakat tergantung kepada komponen pembelajaran. Media penyuluhan kesehatan merupakan salah satu komponen dari proses pembelajaran yang akan mendukung komponen-komponen yang lain. Media diartikan sebagai segala bentuk atau saluran yang digunakan untuk menyampaikan pesan dan informasi (Sadiman, 2008). Konsep pendidikan kesehatan ialah:

- 1) Proses menjembatani *gap* antara informasi kesehatan dan tindakan kesehatan (President's Committee on Health Education)
- 2) Perpaduan berbagai pengalaman belajar yang dirancang untuk memudahkan adopsi secara sukarela perilaku yang kondusif bagi kesehatan (Green et al, 1980)

Pengetahuan merupakan faktor penting dalam menentukan perilaku seseorang karena pengetahuan dapat menimbulkan perubahan persepsi dan kebiasaan masyarakat. Meningkatnya pengetahuan juga dapat

mengubah perilaku masyarakat dari yang negatif menjadi positif, selain itu pengetahuan juga membentuk kepercayaan. Sikap merupakan kemantapan dari hasil pengolahan berpikir, sifatnya emosional atau afektif dan jika ada perubahan positif, hal ini karena ada suatu kebutuhan yang kuat dan berpengaruh. Proses pembentukan atau perubahan sikap hampir selalu dilakukan dengan adanya objek dan manipulasi, situasi, atau lingkungan, sehingga menghasilkan perubahan sikap yang dikehendaki (Rahmi, 2015).

B. LATIHAN

1. Jelaskan mengenai pengertian dari pendidikan kesehatan reproduksi!
2. Menurut Anda, apa alasan pentingnya diberikan pendidikan kesehatan reproduksi untuk remaja dan bagaimana metode pemberian yang cocok sesuai dengan karakteristik remaja?
3. Jelaskan apa saja yang sebaiknya disampaikan untuk pendidikan kesehatan reproduksi remaja!
4. Jelaskan perbedaan materi pendidikan kesehatan reproduksi pada WUS dan PUS!

5. Jelaskan apa saja yang sebaiknya diketahui wanita menopause untuk diberikan dalam pendidikan kesehatan reproduksi!

C. RANGKUMAN

1. Materi pendidikan kesehatan reproduksi remaja meliputi pertumbuhan dan perkembangan remaja, perkembangan seksual remaja, kebersihan organ reproduksi, perilaku seksual berisiko, pergaulan bebas, penyakit menular seksual dan HIV-AIDS, pelecehan seksual, kehamilan dan persalinan, serta hak reproduksi remaja. Pendidikan yang diberikan meliputi aspek anatomis dan biologis serta aspek psikologis dan moral. Pendidikan seksual yang baik harus memasukkan unsur-unsur hak asasi manusia, nilai kultur dan agama, sebagai pendidikan akhlak dan moral.
2. Pendidikan reproduksi remaja untuk Wanita Usia Subur (WUS) berupa materi terkait penundaan usia perkawinan, penundaan usia hamil (KB), jenis-jenis KB, peningkatan status gizi, dan penyakit terkait reproduksi.
3. Pendidikan kesehatan reproduksi untuk PUS meliputi kesehatan, morbiditas (gangguan kesehatan) dan

kematian perempuan yang berkaitan dengan kehamilan. Selain itu, topik yang juga harus diberikan adalah masalah gizi dan anemia dikalangan perempuan, penyebab serta komplikasi dari kehamilan, masalah kemandulan dan ketidaksuburan serta peranan atau kendali sosial budaya terhadap masalah reproduksi.

4. Pendidikan kesehatan reproduksi untuk menopause meliputi akibat yang ditimbulkan dari keadaan menurunnya hormon estrogen, hormon progesteron dan hormon seks sehingga menimbulkan gejala fisik dan gejala psikologis serta menurunnya kemampuan berfikir dan daya ingat.

D. TES FORMATIF

1. Pendidikan kesehatan adalah suatu proses perubahan pada diri manusia yang ada hubungannya dengan tercapainya tujuan kesehatan perseorangan dan masyarakat. Pengertian tersebut didefinisikan oleh tokoh berikut...
 - a. Grout
 - b. Nyswander
 - c. Notoatmodjo

- d. Suliha
 - e. Sarwono
2. Di bawah ini yang merupakan pendidikan kesehatan reproduksi untuk sasaran WUS yaitu...
 - a. Penundaan usia hamil (KB)
 - b. Masalah kemandulan dan ketidaksuburan
 - c. Gangguan kesehatan di masa kehamilan
 - d. Persiapan menopause
 - e. Komplikasi kehamilan
 3. Di bawah ini yang merupakan pendidikan kesehatan reproduksi untuk sasaran PUS yaitu...
 - a. Penundaan usia perkawinan
 - b. Jenis-jenis alat kontrasepsi
 - c. Penyakit terkait sistem reproduksi
 - d. Masalah infertilitas
 - e. Kebersihan organ reproduksi
 4. Prinsip yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan reproduksi yaitu...
 - a. Menjelaskan dengan bahasa dan istilah medis agar masyarakat semakin paham
 - b. Memperlakukan sasaran dengan biasa saja
 - c. Mengambil penjelasan contoh kasus dari luar negeri

- d. Menggunakan alat peraga yang menarik dan mengambil contoh dari kehidupan sehari-hari
 - e. Menyesuaikan isi penyuluhan dengan kondisi pemateri
5. Seorang perempuan datang ke puskesmas dengan keluhan keluar keringat di malam hari, gangguan saat kencing, dan rasa panas sehingga mengganggu kondisi kesehatannya dan merasa tidak nyaman. Berdasarkan gejala yang dirasakan tersebut, maka wanita ini berada dalam kondisi...
- a. Hamil
 - b. Menopause
 - c. Menstruasi
 - d. Infeksi saluran kemih
 - e. PMS

E. DAFTAR PUSTAKA

- Abineno, J., L., Ch. (1999). *Seksualitas dan Pendidikan Seksual*. Jakarta: Gunung Mulia.
- Alimoeso, S., Sugilar. (2010). *Standar Pelayanan Minimal [SPM] Bidang Keluarga Berencana dan Keluarga Sejahtera di Kabupaten/Kota*. Jakarta: Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional.
- Arma, A., J., A. (2007). Pengaruh perubahan sosial terhadap perilaku seks remaja dan pengetahuan kespro sebagai alternatif penangkalnya. *Info Kesehatan Masyarakat. The Journal of Public Health*, 11 (2): 189-197.
- Azis, F. (2000). *Skrining dan Deteksi Dini Kanker Serviks*. Jakarta: Bina Pustaka.
- BKKBN. (2005). *Pendidikan Seks dan Kespro Sebaiknya Masuk Kurikulum*. Dilihat tanggal 20 Maret 2013, <http://www.bkkbn.go.id>.
- BKKBN. (2012). *Kesehatan Reproduksi dan Pendewasaan Usia Perkawinan*. Jakarta.
- Bowen, G., Pamela, dkk. (2004). Associations of Sosial Support and Self-Efficacy with Quality of life in Older Adults with Diabetes. *Journal of Gerontological Nursing*.

- Handhika, P. (2017). Hubungan Tingkat Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja dengan Sikap Seksual Pranikah di SMK Taman Siswa Nanggulan Tahun 2017. Skripsi. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan.
- Intan, N., H. (2017). Hubungan Tahapan Menopause pada Wanita dengan Tingkat Kecemasan di Desa Karangtanjung Alian Kebumen. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombang.
- Kumalasari, I., dan Andhyantoro, I. (2012). *Kesehatan Reproduksi untuk Mahasiswa Kebidanan dan Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mediawati, M., & Setyarini, A., I. (2020). Studi pengetahuan kesehatan reproduksi pada lansia dan gangguan yang menyertainya. *Jurnal Idaman*, 4(1): 57-63.
- Mulyani, S. (2013). *Menopause Akhir Siklus Menstruasi Pada Wanita di Usia Pertengahan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Mutadin, Z. (2002). Pendidikan Seksual pada Remaja. Dilihat pada 8 Maret 2009, <http://www.e-psikologi.com>.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi Kesehatan & Ilmu Perilaku*: Jakarta, PT. Rineka Cipta, hal. 267-8.
- Notoatmodjo, S. (2003), *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Prinsip-Prinsip Dasar*. Jakarta: PT. Rineka Cipta, hal. 116-131.

- Novitasari, R. (2016). Hubungan Paritas dengan Kejadian Risiko Kurang Energi Kronis (KEK) pada Ibu Hamil di Desa Sukowono Kecamatan Sukowono Kabupaten Jember. *Skripsi*. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.
- Putri, A., C. (2016). Pengaruh Intensitas Kehadiran WUS (Wanita Usia Subur) dalam Sosialisasi Keluarga Berencana Terhadap Pengambilan Keputusan Frekuensi Penggunaan Alat Kontrasepsi di Desa Rogojampi, Kecamatan Rogojampi - Banyuwangi. *Paradigma*, 4(3): 1-7.
- Rahmi, A. (2015). Pengaruh pendidikan kesehatan reproduksi lansia terhadap pengetahuan dan sikap wanita dalam menghadapi pre menopause di Kemukiman Usi Kecamatan Mutiara Timur Kabupaten Pidie. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Nasuwakes*, 8(1): 23-30.
- Rohan, H., H., dan Siyoto, S. (2013). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Suliha. (2001). *Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan*. EGC, Jakarta.
- Soekirman. (2000). *Ilmu Gizi dan Aplikasinya*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi Departemen Pendidikan Nasional.
- Sadiman, A., S., dkk. (2008). *Media Pendidikan*. Jakarta. PT Raja Grafindo Persada.

MODUL 7

KESEHATAN SEKSUAL

A. PENDAHULUAN

Ruang lingkup kesehatan seksual atau reproduksi menurut *International Conference Population and Development* (ICPD) tahun 1994 di Kairo terdiri dari kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, pencegahan dan penanganan IMS dan HIV AIDS, serta kesehatan reproduksi remaja. Berkaitan dengan kesehatan seksual, maka setiap orang memiliki berbagai hak reproduksi agar dapat menjaga kesehatan seksual masing-masing. Hak reproduksi adalah hak mutlak yang dimiliki setiap manusia yang berkaitan dengan kesehatan reproduksinya antara lain menentukan kehidupan reproduksinya, mendapatkan informasi, psikoedukasi serta pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi dengan mudah, akurat, lengkap, tepat dan benar.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu menguraikan dan memahami tentang konsep kesehatan seksual.

2. Tujuan Instruksional Khusus
 - a. Mahasiswa mampu menguraikan tentang definisi kesehatan seksual.
 - b. Mahasiswa mampu menguraikan tentang ruang lingkup kesehatan seksual.
 - c. Mahasiswa mampu menguraikan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seksual

KEGIATAN BELAJAR

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Definisi Kesehatan Seksual

Seksualitas adalah suatu istilah yang mencakup segala sesuatu yang berkaitan dengan seks. Dalam pengertian ini seksualitas dibagi menjadi dua aspek (Sarwono dan Siambadar, 1986): seks dalam artian sempit dan artian luas. Seks dalam artian sempit ialah kelamin dan seks dalam artian luas, yaitu segala hal yang terjadi sebagai akibat dari adanya perbedaan jenis kelamin.

Seksual berkenaan dengan seks ialah salah satu dari dua kelompok organisme organik yang masing-masing dideskripsikan sebagai kelompok pria dan wanita (Weller,

2005). Seksual adalah menyinggung hal reproduksi atau perkembangbiakan melalui penyatuan dua individu yang berbeda masing-masing menghasilkan ovum dan sperma (Mu'tadin, 2002 dalam Retnowati, 2010).

Seksual tidaklah terbatas pada masalah fisik saja, melainkan juga psikis dimana perasaan ingin tahu anak terhadap masalah seksual makin intens (Gunarsa, 2008). Pengenalan dasar tentang seks sendiri secara anatomis yang berhubungan dengan kondisi biologis, yaitu kondisi anatomis dan fisiologis, organ seks, hormon, otak, serta saraf pusat (Hamid, 2008). Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa seks adalah jenis kelamin dan semua hal yang berhubungan dengan alat kelamin, seperti yang membedakan antara laki-laki dan perempuan, perisetubuhan, reproduksi seks, kelenjar-kelenjar dan hormon-hormon yang mempengaruhi alat-alat kelamin (Mukhsinah, 2014).

2. Ruang Lingkup Kesehatan Seksual

Ruang lingkup kesehatan seksual atau reproduksi menurut *International Conference Population and Development* (ICPD) tahun 1994 di Kairo terdiri dari 8 topik antara lain:

- a. Kesehatan ibu dan anak
- b. Keluarga berencana
- c. Pencegahan dan penanganan IMS dan HIV AIDS
- d. Kesehatan reproduksi remaja

Kesehatan reproduksi remaja berhubungan dengan hak reproduksi. Hak reproduksi didasarkan pada pengakuan akan hak-hak asasi manusia yang diakui di dunia internasional. Hak reproduksi perorangan dapat diartikan bahwa: setiap orang, baik laki-laki maupun perempuan (tanpa memandang perbedaan kelas sosial, suku, umur, agama, dll) mempunyai hak yang sama untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab (kepada diri, keluarga dan masyarakat) mengenai jumlah anak, jarak antar anak, untuk menentukan waktu kelahiran anak dan dimana akan melahirkan (Pinem, 2009). Hak reproduksi menurut Undang-undang No. 36/2009 meliputi:

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

merendahkan martabat manusia sesuai dengan norma agama.

- 3) Menentukan sendiri kapan dan seberapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis serta tidak bertentangan dengan norma agama.
- 4) Memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggung jawabkan.

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

- 1) Hak mendapatkan informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi. Setiap remaja berhak mendapatkan informasi dan pendidikan yang jelas dan benar tentang berbagai aspek terkait dengan masalah kesehatan reproduksi.
- 2) Hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi. Setiap remaja memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan dan perlindungan terkait kehidupan reproduksinya termasuk terhindar dari kematian akibat proses reproduksi.

- 3) Hak untuk kebebasan berpikir tentang kesehatan reproduksi. Setiap remaja berhak untuk berpikir atau mengungkapkan pikirannya tentang kehidupan yang diyakininya. Perbedaan yang ada harus diakui dan tidak boleh menyebabkan terjadinya kerugian atas diri yang bersangkutan. Orang lain dapat saja berupaya mengubah pikiran atau keyakinan tersebut, namun tidak dengan pemaksaan, akan tetapi dengan melakukan upaya komunikasi, informasi, dan edukasi atau advokasi.
- 4) Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk perlindungan dari perkosaan, kekerasan, penyiksaan, dan pelecehan seksual. Remaja laki-laki maupun perempuan berhak mendapatkan perlindungan dari kemungkinan berbagai perlakuan buruk karena akan berpengaruh pada kehidupan reproduksi.
- 5) Hak mendapatkan manfaat dari kemajuan ilmu pengetahuan yang terkait dengan kesehatan reproduksi. Setiap remaja berhak mendapatkan manfaat dari kemajuan teknologi dan ilmu pengetahuan terkait dengan kesehatan reproduksi,

serta mendapatkan informasi yang sejelas-jelasnya dan sebenar-benarnya, dan kemudahan akses untuk mendapatkan pelayanan informasi tentang kesehatan reproduksi remaja.

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

- 10) Hak membangun dan merencanakan keluarga.
- 11) Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.
- 12) Hak untuk bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupan berkeluarga dan kehidupan reproduksi.

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

- 1) Penyedia pelayanan harus memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dengan memperhatikan kebutuhan klien, sehingga menjamin keselamatan dan keamanan klien.
- 2) Laki-laki dan perempuan baik sebagai individu maupun sebagai pasangan, berhak memperoleh informasi lengkap tentang seksualitas, kesehatan reproduksi, manfaat serta efek samping obat-obatan, serta alat dan tindakan medis yang digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan reproduksi.
- 3) Adanya hak untuk memperoleh pelayanan Keluarga Berencana yang aman, efektif, terjangkau, dapat

diterima, sesuai dengan pilihan, tanpa paksaan dan tidak melawan hukum.

- 4) Perempuan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya yang memungkinkannya sehat dan selamat dalam kehamilan serta dalam kehamilan serta memperoleh bayi yang sehat.
- 5) Hubungan suami-istri didasari penghargaan terhadap pasangan masing-masing dan dilakukan dalam situasi dan kondisi yang diinginkan bersama, tanpa unsur pemaksaan ancaman dan kekerasan.
- 6) Para remaja, laki-laki maupun perempuan berhak memperoleh informasi yang tepat dan benar tentang reproduksi remaja, sehingga dapat berperilaku sehat dan menjalankan kehidupan sosial yang bertanggung jawab.
- 7) Para remaja, laki-laki maupun perempuan, berhak memperoleh informasi yang mudah diperoleh, lengkap dan akurat mengenai penyakit menular seksual, termasuk HIV-AIDS.

Jadi dapat disimpulkan hak reproduksi adalah hak mutlak yang dimiliki setiap manusia yang berkaitan dengan kesehatan reproduksinya antara lain menentukan kehidupan

reproduksinya, mendapatkan informasi, psikoedukasi serta pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi dengan mudah, akurat, lengkap, tepat dan benar.

- e. Pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi
- f. Pencegahan dan penanganan infertilitas
- g. Kesehatan reproduksi usia lanjut
- h. Deteksi dini kanker saluran reproduksi serta kesehatan reproduksi lainnya seperti kekerasan seksual, sunat perempuan dan sebagainya.

Ruang lingkup masalah kesehatan reproduksi menurut Program Kerja WHO ke IX ditinjau dari pendekatan siklus kehidupan keluarga (dalam Mahfiana, Rohmah & Ingrim, 2009):

- a. Praktik tradisional yang berakibat buruk semasa anak-anak (seperti mutilasi genital, diskriminasi nilai anak, dsb).
- b. Masalah kesehatan reproduksi remaja (kemungkinan besar dimulai sejak masa kanak-kanak yang sering kali muncul dalam bentuk kehamilan remaja, kekerasan atau pelecehan seksual dan tindakan seksual tidak aman).

- c. Tidak terpenuhinya kebutuhan ber-KB, terkait dengan isu aborsi yang tidak aman.
- d. Mortalitas dan morbiditas ibu dan anak (sebagai kesatuan) selama kehamilan, persalinan dan masa nifas, yang diikuti dengan malnutrisi anemia, bayi berat lahir rendah.
- e. Infeksi saluran reproduksi (ISR), yang berkaitan dengan penyakit menular seksual (PMS).
- f. Kemandulan yang berkaitan dengan ISR/PMS.
- g. Sindrom pre dan post menopause (andropause), dan peningkatan risiko kanker organ reproduksi.
- h. Kekurangan hormon yang menyebabkan osteoporosis dan masalah usia lanjut lainnya.

Jadi ruang lingkup kesehatan reproduksi yaitu berkaitan dengan masalah kesehatan ibu dan anak, kesehatan reproduksi remaja maupun usia lanjut, masalah sindrom pre dan post menopause, kemandulan, ISR/PMS, keluarga berencana, mortalitas dan morbiditas ibu dan anak, kekurangan hormon yang menyebabkan osteoporosis dan masalah usia lanjut lainnya. Dalam penelitian ini, peneliti memfokuskan ruang lingkup kesehatan reproduksi pada pencegahan dan penanganan infeksi menular seksual

termasuk *human immunodeficiency virus* (HIV) dan *acquired immuno deficiency syndrome* (AIDS), kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi, dan deteksi dini kanker saluran reproduksi.

3. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Seksual

a. Orang Tua

Menciptakan suasana yang kondusif untuk pendidikan dalam keluarga, dengan suasana rumah yang bahagia dan gembira, tetapi berwibawa, sehingga anak dengan spontan berbuat sebagaimana mestinya tidak janggal dan serasi dengan lingkungan (Martono, 2008). Keluarga adalah tempat belajar pertama bagi anak, rumah merupakan tempat yang baik untuk memperkenalkan tentang pengetahuan seksual yang dini kepada anak. Sayangnya, jarang orang tua membicarakan seksual kepada anak. Pengetahuan seksual yang diberitahukan hanya sebatas *menarche* dan perubahan fisik (Roshental dalam Rice, 2005).

Orang tua merasa tabu membicarakan masalah seksual dengan anaknya dan hubungan orang tua anak menjadi jauh sehingga anak berpaling ke sumber-sumber lain yang tidak

akurat khususnya teman (Sarwono, 2006). Peran orang tua sebagai pendidik, pengontrol merupakan salah satu faktor perkembangan seksualitas. Anak yang diberikan disiplin dan dikontrol perkembangannya oleh orang tua memiliki angka kejadian rendah terhadap kejadian seks pada anak (Rice, 2005).

b. Teman dan Lingkungan

Bagi remaja laki-laki maupun perempuan, teman seusia dan sejenis sangat berarti. Persetujuan atau kesesuaian sikap sendiri dengan sikap kelompok sebaya adalah sangat penting untuk menjaga status afiliasinya dengan teman-teman, menjaga agar tidak dianggap “asing” dan menghindari agar tidak dikucilkan oleh kelompok. Teman sebaya juga merupakan salah satu sumber informasi tentang seks yang cukup signifikan dalam membentuk pengetahuan, sikap dan perilaku seksual remaja. Namun, informasi teman sebaya dapat menimbulkan dampak yang negatif. Pengaruh teman sebaya dan lingkungan juga dapat meningkatkan risiko penggunaan alkohol, rokok dan narkoba serta niat dan frekuensi dalam hubungan seksual.

Sosialisasi remaja dapat mempengaruhi remaja untuk memiliki persamaan *sense of commitmen* dalam hubungan dengan sebayanya. Dengan demikian peran teman sebaya bagi remaja sangat berarti dalam memperoleh informasi yang akan mempengaruhi remaja terhadap isu seksual. Orang tua, guru, pemuka agama, dan tokoh masyarakat merasa takut apabila memberikan informasi atau pengetahuan seksual kepada remaja akan disalah gunakan. Sehingga remaja pun lebih senang bertanya kepada teman yang tidak lebih baik pengetahuannya dan tidak menerima pendidikan seks yang bertanggungjawab. Remaja menerima informasi yang salah bahkan menyesatkan misalnya dari cerita teman, melihat dari film dan video porno, tayangan televisi, membaca buku dan majalah yang menyajikan pengetahuan seks secara vulgar dibandingkan dengan pendidikan seksual yang benar (Burgess et. al., 2005).

Menurut Notoatmodjo (2017) Terdapat beberapa faktor yang berpengaruh pada kesehatan reproduksi, diantaranya:

a. Faktor sosial ekonomi dan demografi

Menurut Notoatmodjo (2007) faktor sosial ekonomi dan demografi yaitu terutama kemiskinan, lokasi tempat tinggal

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

b. Faktor budaya dan lingkungan

Yaitu praktek tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, kepercayaan banyak anak banyak rejeki, informasi tentang reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang

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

c. Faktor psikologis

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

d. Faktor biologis

Menurut Notoatmodjo (2007) faktor biologis yaitu cacat sejak lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca PMS. Faktor

biologis juga meliputi: gizi buruk kronis, kondisi anemia dan energi kronis, kelainan bawaan organ reproduksi, kelainan akibat radang panggul, infeksi lain atau keganasan dan pertumbuhan yang terhambat pada remaja perempuan yang dapat mengakibatkan panggul sempit dan risiko untuk melahirkan bayi berat lahir rendah di kemudian hari (Pinem, 2009).

B. LATIHAN

1. Jelaskan definisi kesehatan seksual!
2. Jelaskan faktor-faktor yang termasuk dalam ruang lingkup kesehatan seksual!
3. Jelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seksual!
4. Menurut Anda, bagaimana mengubah pandangan masyarakat yang merasa jika pendidikan seksualitas merupakan hal yang tabu?
5. Jelaskan alasan terkait pencegahan pelaksanaan sunat pada anak perempuan!

C. RANGKUMAN

Kesehatan seksual adalah kondisi sehat terkait kelompok organisme organik yang masing-masing di deskripsikan sebagai kelompok pria dan wanita serta menyanggung hal reproduksi atau perkembangbiakan melalui penyatuan dua individu yang berbeda yang masing-masing dapat menghasilkan ovum dan sperma. Ruang lingkup kesehatan seksual adalah: 1) kesehatan ibu dan anak, 2) keluarga berencana, 3) pencegahan dan penanganan IMS dan HIV-AIDS, 4) kesehatan reproduksi remaja, 5) pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi, 6) pencegahan dan penanganan infertilitas, 7) kesehatan reproduksi usia lanjut, dan 8) deteksi dini kanker saluran reproduksi serta kesehatan reproduksi lainnya seperti kekerasan seksual, sunat perempuan dan sebagainya. Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seksual adalah faktor yang berasal dari orang tua, teman/lingkungan, faktor sosial ekonomi dan demografi, budaya dan lingkungan, psikologis, dan biologis.

D. TES FORMATIF

1. Di bawah ini yang **bukan** merupakan ruang lingkup kesehatan seksual menurut ICPD, yaitu...
 - a. Kesehatan ibu dan anak
 - b. Kesehatan reproduksi reme
 - c. Keluarga berencana
 - d. Deteksi dini infertilitas
 - e. Pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi
2. Yang merupakan hak reproduksi menurut UU No.36 Tahun 2009 adalah...
 - a. Memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan
 - b. Hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi
 - c. Perempuan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya
 - d. Hak membangun dan merencanakan keluarga
 - e. Hak atas kerahasiaan pribadi dengan kehidupan reproduksinya

3. Hak reproduksi menurut Pinem, adalah sebagai berikut...
 - a. Memperoleh informasi, edukasi, dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan
 - b. Hak mendapatkan pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi
 - c. Perempuan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya
 - d. Hak membangun dan merencanakan keluarga
 - e. Hak atas kerahasiaan pribadi dengan kehidupan reproduksinya
4. Praktek tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi seperti adanya kepercayaan banyak anak banyak rejeki merupakan faktor...
 - a. Sosial
 - b. Ekonomi
 - c. Teman dan lingkungan
 - d. Budaya dan lingkungan
 - e. Kepercayaan

5. Salah satu faktor yang berpengaruh dalam kesehatan reproduksi adalah pencarian informasi kepada sumber yang tidak tepat sehingga menyesatkan. Faktor ini disebut sebagai...
- a. Sosial
 - b. Ekonomi
 - c. Teman dan lingkungan
 - d. Budaya dan lingkungan
 - e. Kepercayaan

E. DAFTAR PUSTAKA

- Burgess, V., Dziegielewsji, S.F dan Green, C.E. (2005). Improving Comfort about Sex Communication between Parents and Their Adolescents: Practice-Based Research within A Teen Sexuality Group. Brief Treatment and Crisis Intervention.
- Gunarsa, S., D. (2008). *Psikologi Anak dan Remaja*. Jakarta: Gunung Mulia.
- Hamid, Achir Yani S. (2008). *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC.
- Konferensi Dunia tentang Kependudukan dan Pembangunan (International Conference on Population and Development/ICPD). 1994. Cairo, Mesir. Kompas: 07 Januari 2005.

- Marfiah, L., Rohmah, E., Y., dan Widyaningrum, R. (2009). *Remaja dan Kesehatan Reproduksi*. Jawa Timur: STAIN Ponorogo Press.
- Martono, & Harlina, L. (2008). *Peran Orang Tua dalam Mencegah dan Menanggulangi Penyalahgunaan Narkoba*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Mukhsina, A., M. (2014). Gambaran tingkat pengetahuan seksual santri kelas VIII Madrasah Tsanawiyah Persatuan Islam 69 Matraman. *Skripsi*. Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Notoatmojo, S. (2007). *Promosi Kesehatan dan Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pinem, S. (2009), *Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi*, Jakarta: Trans Info Media.
- Retnowati, F., D. (2010). Perbedaan Kenyamanan Seksual pada Akseptor Alat Kontrasepsi dalam Rahim (AKDR) di Puskesmas Sragen.
- Rice dan Dolgin. (2005). *The Adolescence Development, Relationship, and Culture*. USA: Pearson Education Inc.
- Sarwono dan Ami, S. (1986). *Peran Orang Tua dalam Pendidikan Seks*. Jakarta: CV. Rajawali.
- Sarwono. (2006). *Psikologi Remaja*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- Weller, B., F. (2005). *Kamus Saku Perawat*. Jakarta: EGC.

MODUL 8

PERILAKU KESEHATAN REPRODUKSI DAN PENGUKURANNYA

A. PENDAHULUAN

Remaja adalah masa transisi antara masa anak dan dewasa, di mana terjadi pacu tumbuh (*growth spurt*), timbul ciri-ciri seks sekunder, tercapai fertilitas dan terjadi sikap dan perubahan-perubahan psikologik serta kognitif. Berbagai macam perilaku yang dilakukan oleh remaja dan termasuk yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Perilaku kesehatan reproduksi adalah respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar yang berhubungan dengan keadaan fisik, mental, dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, tetapi dalam segala aspek proses reproduksi, fungsi, dan sistem dalam semua tahap kehidupan.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu memahami tentang konsep perilaku kesehatan reproduksi dan metode pengukuran.

2. Tujuan Instruksional Khusus

- a. Mahasiswa mampu menguraikan tentang konsep perilaku.
- b. Mahasiswa mampu menguraikan tentang teori perilaku kesehatan.
- c. Mahasiswa mampu menguraikan tentang konsep perilaku kesehatan reproduksi.
- d. Mahasiswa mampu menguraikan tentang konsep pengukuran perilaku.

KEGIATAN BELAJAR

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Perilaku Kesehatan

a. Teori Perilaku

1) Pengertian Perilaku

Perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri yang mempunyai bentangan yang sangat luas antara

lain: berjalan, berbicara, menangis, tertawa, bekerja, kuliah, menulis, membaca, dan sebagainya. Dapat disimpulkan bahwa yang dimaksud perilaku manusia adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar (Notoatmodjo, 2003). Dikemukakan oleh Skinner, seperti yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar.

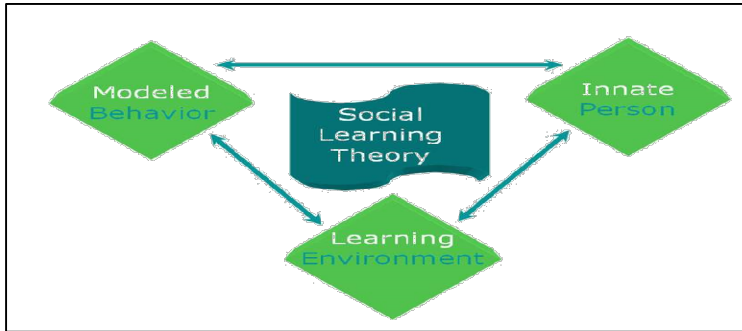
Oleh karena perilaku terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap organisme, dan kemudian organisme tersebut merespons, ini disebut teori "S-O-R" atau Stimulus-Organisme-Respon (Skinner, 1999). Teori S-O-R yang dibuat oleh Woodworth menjelaskan bahwa organisme menghasilkan perilaku tertentu jika ada kondisi stimulus tertentu, efek yang ditimbulkan adalah reaksi khusus terhadap stimulus khusus, sehingga dapat mengharapkan dan memperkirakan kesesuaian antara aksi dan reaksi. Diagram di bawah ini dapat lebih lanjut menjelaskan uraian di atas:

Mekanisme “perilaku” memberikan stimulus pada organisme....



Gambar 5. Proses Timbulnya Sikap dan Reaksi

Psikologi memandang perilaku manusia (*human behavior*) sebagai reaksi yang dapat bersifat sederhana maupun bersifat kompleks. Berbicara tentang perilaku, manusia itu unik/khusus. Artinya tidak sama antar dan inter manusianya. Baik dalam hal kepandaian, bakat, sikap, minat, maupun kepribadian. Manusia berperilaku atau beraktivitas karena adanya tujuan tertentu. Adanya *need* atau kebutuhan diri seseorang maka akan muncul motivasi/penggerak, sehingga manusia itu berperilaku, baru tujuan tercapai dan individu mengalami kepuasan. Siklus melingkar kembali memenuhi kebutuhan berikutnya atau kebutuhan lain dan seterusnya dalam suatu proses terjadinya perilaku manusia.



Gambar 6. Proses Terjadinya Perilaku
Sumber: Albert Bandura 1986

Dinyatakan oleh Albert Bandura (1986) suatu formulasi mengenai perilaku dan sekaligus dapat memberikan informasi bagaimana peran perilaku itu terhadap lingkungan dan terhadap individu atau organisme yang bersangkutan. Formulasi Bandura berwujud $B=behavior$, $E=environment$, $P=person$, atau organisme. Perilaku lingkungan dan individu itu sendiri saling berinteraksi satu sama lain. Ini berarti bahwa perilaku individu dapat mempengaruhi individu itu sendiri, disamping itu perilaku juga berpengaruh pada lingkungan. Demikian pula lingkungan, dapat mempengaruhi individu (Alwisol, 2012).

2) Proses Pembentukan Perilaku

Menurut Walgito B (2003), pembentukan perilaku dibagi menjadi tiga cara sesuai keadaan yang diharapkan, sebagai berikut:

a) Cara pembentukan perilaku dengan kondisioning atau kebiasaan

Salah satu cara pembentukan perilaku dapat ditempuh dengan kebiasaan. Dengan cara membiasakan diri untuk berperilaku seperti yang diharapkan, maka akhirnya akan terbentuklah perilaku baru tersebut. Cara ini didasarkan atas teori belajar kondisioning baik yang dikemukakan oleh Pavlov maupun oleh Thorndike dan Skinner terdapat pendapat yang tidak seratus persen sama, namun para ahli tersebut mempunyai dasar pandangan yang tidak jauh berbeda satu sama lain.

b) Pembentukan perilaku dengan pengertian (*insight*)

Di samping pembentukan perilaku dengan kebiasaan, pembentukan perilaku juga dapat ditempuh dengan pengertian. Cara ini didasarkan atas teori belajar kognitif yaitu belajar disertai dengan adanya pengertian. Bila dalam eksperimen Thorndike dalam belajar yang dipentingkan

adalah soal latihan, maka dalam eksperimen Kohler dalam belajar yang dipentingkan adalah pengertian.

c) Pembentukan perilaku dengan menggunakan model

Pembentukan perilaku juga dapat dilakukan dengan menggunakan model atau contoh. Pemimpin dijadikan model atau contoh bagi yang dipimpinnya. Cara ini didasarkan oleh teori belajar sosial (*social learning theory*) atau (*observational learning theory*) yang dikemukakan oleh Albert Bandura, 1977.

3) Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Manusia

a) Faktor personal

- i. Faktor biologis: terlibat dalam seluruh kegiatan manusia, bahkan berpadu dengan faktor-faktor sosiopsikologis. Menurut Wilson, perilaku sosial dibimbing oleh aturan-aturan yang sudah di program secara genetik dalam jiwa manusia.
- ii. Faktor sosiopsikologis: dapat diklasifikasikan ke dalam tiga komponen, yaitu: 1. komponen afektif, merupakan aspek emosional dari faktor sosiopsikologis, didahulukan karena erat kaitannya dengan pembicaraan sebelumnya, 2. komponen

kognitif, aspek intelektual yang berkaitan dengan apa yang diketahui manusia, serta 3. komponen konatif, aspek volisional yang berhubungan dengan kebiasaan dan kemauan bertindak.

b) Faktor Situasional

Salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku manusia adalah faktor situasional. Kaum behaviorisme percaya sekali bahwa lingkungan sangat berpengaruh terhadap bentuk perilaku seseorang. Menurut pendekatan ini, perilaku manusia dipengaruhi oleh lingkungan/situasi. Faktor situasional meliputi:

- i. Faktor-faktor ekologis: kondisi alam (geografis) dan iklim (temperatur) dapat mempengaruhi perilaku manusia.
- ii. Faktor rancangan dan arsitektural: rancangan dan arsitektural terhadap perilaku manusia dapat dilihat pada penataan rumah.
- iii. Faktor temporal: suasana emosi dan bentuk perilaku dipengaruhi oleh faktor waktu (temporal). Misalnya, suasana emosi pagi hari tentu berbeda dengan suasana emosi siang hari dan malam hari.

- iv. Faktor teknologi: jenis teknologi yang digunakan masyarakat dapat mempengaruhi pola-pola komunikasi masyarakat baik pola pikir maupun pola tindakannya.
- v. Faktor suasana perilaku: dalam *public speaking* banyak sekali pembahasan tentang bagaimana suatu bentuk penyampaian pesan harus disesuaikan dengan suasana perilaku pesertanya.
- vi. Faktor sosial: ada tiga hal yang dibahas pada faktor ini, yaitu: sistem peran, struktur sosial dan karakteristik individu.
- vii. Stimuli yang mendorong dan memperteguh perilaku: pada dasarnya ada sejumlah situasi yang memberi keleluasaan untuk bertindak dan sejumlah lain membatasinya. Jika kita menganggap bahwa pada situasi tertentu kita diperbolehkan/dianggap wajar melakukan perilaku tertentu, maka kita akan terdorong melakukannya.
- viii. Lingkungan psikososial: diartikan sebagai persepsi terhadap lingkungan.

4) Macam Perilaku Manusia

Dilihat dari bentuk respon terhadap stimulus, maka perilaku dapat dibedakan menjadi dua menurut (Notoatmodjo, 2003), sebagai berikut.

a) Perilaku tertutup (*convert behavior*)

Perilaku tertutup adalah respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk terselubung atau tertutup (*convert*). Respon atau reaksi terhadap stimulus ini masih terbatas pada perhatian, persepsi, pengetahuan, kesadaran, dan sikap yang terjadi pada orang yang menerima stimulus tersebut dan belum dapat diamati secara jelas oleh orang lain.

b) Perilaku terbuka (*overt behavior*)

Respon seseorang terhadap stimulus dalam bentuk tindakan nyata atau terbuka. Respon terhadap stimulus tersebut sudah jelas dalam bentuk tindakan atau praktek, yang dengan mudah dapat diamati atau dilihat oleh orang lain.

5) Pengetahuan

Dinyatakan oleh Walgito (2002), pengetahuan adalah mengenal suatu obyek baru yang selanjutnya menjadi sikap terhadap obyek tersebut apabila pengetahuan itu disertai

oleh kesiapan untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan tentang obyek itu. Seseorang mempunyai sikap tertentu terhadap suatu obyek, itu berarti orang tersebut telah mengetahui tentang obyek tersebut. Disebutkan oleh Koentjaraningrat (1990) bahwa pengetahuan adalah unsur-unsur yang mengisi akal dan alam jiwa seorang manusia yang sadar, secara nyata terkandung dalam otaknya. Artinya bahwa pengetahuan berhubungan dengan jumlah informasi yang dimiliki seseorang.

Pengetahuan dapat didefinisikan sebagai ingatan mengenai sesuatu yang bersifat spesifik atau umum, ingatan mengenai metode atau proses, ingatan mengenai pola, susunan atau keadaan (Kibler et al, 1981 dalam Zahid, 1997). Hal itu selaras dengan yang dikemukakan oleh (Winkel, 1987), bahwa pengetahuan merupakan ingatan tentang hal-hal yang pernah dipelajari (fakta, kaidah, prinsip, atau metode). Dikatakan oleh Soekanto (2001), pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran seseorang sebagai hasil penggunaan panca indera.

Supriyadi (1993), dalam (Zahid, 1997) mengemukakan bahwa pengetahuan adalah sekumpulan informasi yang dipahami, yang diperoleh melalui proses belajar selama

hidup dan dapat digunakan sewaktu-waktu sebagai alat penyesuaian diri sendiri maupun lingkungannya. Pengetahuan didapatkan individu baik melalui proses belajar, pengalaman atau media elektronika yang kemudian disimpan dalam memori individu.

6) Sikap

Sikap dapat didefinisikan sebagai perasaan, pikiran, dan kecenderungan seseorang yang kurang lebih bersifat permanen mengenai aspek-aspek tertentu dalam lingkungannya. Sikap adalah kecondongan evaluatif terhadap suatu obyek atau subyek yang memiliki konsekuensi yakni bagaimana seseorang berhadapan dengan obyek sikap (Van den ban dan Hawkins, 1999). Sejalan dengan pernyataan Meyers (Sarwono, 2002) sikap adalah suatu reaksi evaluasi yang menyenangkan atau tidak menyenangkan terhadap sesuatu atau seseorang, yang ditunjukkan dalam kepercayaan, perasaan atau tindakan seseorang.

Beberapa pengertian sikap yang dikemukakan oleh beberapa ahli seperti Sherif, Allport, dan Bem yang dirangkum menurut (Rakhmat, 2001), sebagai berikut:

- a) Sikap adalah kecenderungan bertindak, berpersepsi, berpikir dan merasa dalam menghadapi obyek, ide, situasi, atau nilai.
- b) Sikap mempunyai daya dorong dan motivasi.
- c) Sikap relatif menetap.
- d) Sikap mengandung aspek evaluatif.
- e) Sikap timbul dari pengalaman tidak dibawa sejak lahir tetapi merupakan hasil belajar, sehingga sikap dapat diperteguh atau diubah.

Manusia tidak dilahirkan dengan pandangan ataupun sikap perasaan tertentu tetapi sikap tersebut dibentuk sepanjang perkembangannya. Adanya sikap tersebut menyebabkan manusia akan bertindak secara khas terhadap objek- objeknya (Gerungan, 1996). Oleh karena itu menurut Syerif dalam (Gerungan, 1996), sebagai berikut:

- a) Sikap bukan dibawa orang sejak dilahirkan, melainkan dibentuk atau dipelajarinya sepanjang perkembangan orang itu dalam hubungannya dengan obyeknya.
- b) Sikap dapat mengalami perubahan karena itu sikap dapat dipelajari orang.

- c) Obyek sikap merupakan satu hal tertentu, tetapi juga dapat merupakan kumpulan dari hal-hal tersebut.
- d) Sikap mempunyai segi-segi motivasi dan segi-segi perasaan, inilah yang membedakan sikap dan kecakapan-kecakapan atau pengetahuan-pengetahuan yang dimiliki seseorang.
- e) Sikap itu tidak berdiri sendiri, tetapi mengandung relasi tertentu terhadap suatu obyek.

Dikemukakan oleh Mar'at (1981), bahwa sikap merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap obyek tersebut, selanjutnya memberikan nilai terhadap stimulus dalam bentuk baik dan buruk, positif dan negatif, menyenangkan atau tidak menyenangkan, setuju atau tidak setuju kemudian mengkrystal sebagai reaksi terhadap obyek sikap. Sikap terbentuk dari pengalaman, melalui proses belajar (Sarwono, 2002). Pengalaman yang dimaksud adalah tentang obyek yang menjadi respon evaluasi dari sikap. Proses belajar dalam pengalaman adalah sebagai peningkatan pengetahuan individu terhadap obyek sikap. Proses belajar tersebut didapat melalui interaksi dengan pengalaman

pribadi, pengaruh orang lain yang dianggap penting, pengaruh kebudayaan, media massa, lembaga pendidikan dan lembaga agama serta pengaruh faktor emosional (Azwar, 2003). Sikap akan berarti jika diwujudkan dalam bentuk tindakan, baik lisan maupun tulisan. Hal ini sejalan dengan yang dinyatakan oleh (Sajogyo, 1982) bahwa sikap merupakan kecondongan dari dalam individu untuk berkelakuan dengan suatu pola tertentu terhadap suatu obyek akibat pendirian dan perasaan terhadap obyek tersebut.

7) Tindakan atau Keterampilan

Menurut Rogers dan Shoemaker (1986) perilaku merupakan suatu tindakan nyata yang dapat dilihat atau diamati. Perilaku tersebut terjadi akibat adanya proses penyampaian pengetahuan suatu stimulus sampai ada penentuan sikap untuk bertindak atau tidak bertindak dan hal dapat dilihat dengan menggunakan panca indera.

Keterampilan adalah hasil belajar pada ranah psikomotorik yang terbentuk menyerupai hasil belajar kognitif. Keterampilan adalah kemampuan untuk mengerjakan atau melaksanakan sesuatu dengan baik

(Nasution, 1975). Berdasarkan hal tersebut bahwa kemampuan adalah kecakapan dan potensi yang dimiliki oleh seseorang untuk menguasai suatu keahlian yang dimiliki sejak lahir.

Keterampilan juga disebut kemampuan untuk menggunakan akal, pikiran, ide dan kreativitas dalam mengerjakan, mengubah ataupun membuat sesuatu menjadi lebih bermakna sehingga menghasilkan sebuah nilai dari hasil pekerjaan tersebut. Keterampilan atau kemampuan tersebut pada dasarnya akan lebih baik bila terus diasah dan dilatih untuk menaikkan kemampuan sehingga akan menjadi ahli atau menguasai dari salah satu bidang ketrampilan yang ada. Sehingga untuk menjadi seorang yang terampil yang memiliki keahlian khusus pada bidang tertentu, haruslah melalui latihan dan belajar dengan tekun supaya dapat menguasai bidang tersebut dan dapat memahami dan mengaplikasikannya.

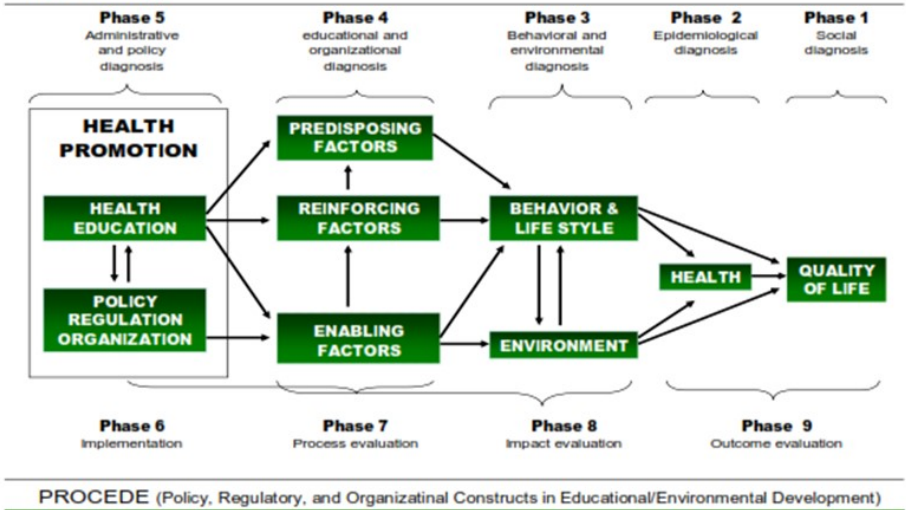
2. Teori Perilaku Kesehatan

a. *Predece Proceed Model (PPM)*

Teori ini dikembangkan oleh Lawrence Green yang dirintis sejak 1980. Lawrence Green mencoba menganalisa

perilaku manusia dari tingkat kesehatan. Kesehatan seseorang atau masyarakat dipengaruhi oleh 2 faktor pokok, yakni faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non-behavior causes*). Perilaku dipengaruhi oleh 3 faktor utama, yang dirangkum dalam akronim *PRECEDE*: *predisposing, enabling, dan reinforcing cause in educational and evaluation*. *Precede* ini merupakan arahan dalam menganalisis atau diagnosis dan evaluasi perilaku untuk intervensi pendidikan (promosi) kesehatan. *Precede* merupakan fase diagnosis masalah sedangkan *Proceed: policy, regulatory, organizational construct in educational and environmental, development, dan evaluasi pendidikan kesehatan*. Apabila *Precede* merupakan fase diagnosis masalah, maka *Proceed* merupakan pelaksanaan dan evaluasi promosi kesehatan (Green et al, 2005).

PRECEDE (Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation)



Gambar 7. Kerangka Teori PPM

Precede (Predisposing, Reinforcing, Enabling, constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluation) terdiri dari lima langkah atau fase.

- 1) Tahap satu melibatkan menentukan kualitas hidup atau masalah sosial dan kebutuhan masyarakat tertentu.
- 2) Tahap dua terdiri dari mengidentifikasi faktor-faktor penentu kesehatan dari masalah dan kebutuhan.

- 3) Tahap ketiga melibatkan menganalisis faktor-faktor penentu perilaku dan lingkungan dari gangguan kesehatan.
- 4) Pada fase empat, faktor-faktor yang mempengaruhi untuk, memperkuat, dan memungkinkan perilaku dan gaya hidup diidentifikasi.
- 5) Tahap lima melibatkan memastikan yang promosi kesehatan, kesehatan pendidikan dan/atau kebijakan yang berhubungan dengan intervensi terbaik akan cocok untuk mendorong perubahan yang diinginkan dalam perilaku atau lingkungan dan faktor-faktor yang mendukung mereka perilaku dan lingkungan.

Lebih lanjut Precede model ini dapat diuraikan bahwa perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor, yakni:

- 1) Faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya.
- 2) Faktor-faktor pemungkin (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana

kesehatan, misalnya puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi dan sebagainya.

- 3) Faktor-faktor pendorong atau penguat (*reinforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat.

Proceed terdiri dari empat fase tambahan. Pada fase enam, intervensi diidentifikasi dalam fase lima dilaksanakan. Tahap tujuh memerlukan evaluasi proses intervensi. Tahap delapan mencakup mengevaluasi dampak dari intervensi pada faktor-faktor pendukung perilaku, dan pada perilaku itu sendiri. Tahap kesembilan dan terakhir terdiri dari evaluasi hasil yaitu, menentukan efek akhir dari intervensi pada kesehatan dan kualitas hidup penduduk.

b. *Health Belief Model* (HBM)

Model kepercayaan kesehatan (HBM) awalnya dikembangkan oleh Rosenstock pada tahun 1966 dan selanjutnya oleh Becker dan rekannya sepanjang tahun 1970 dan 1980 untuk memprediksi perilaku kesehatan dalam pencegahan dan juga respon perilaku untuk pengobatan pada

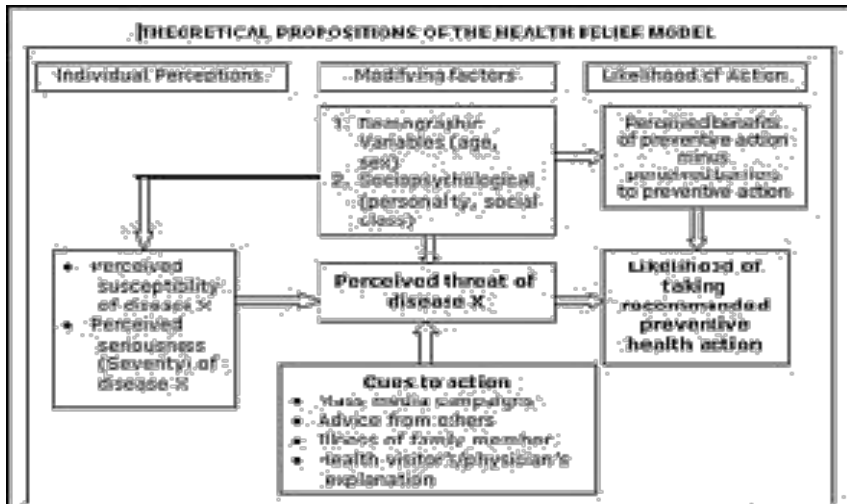
pasien sakit akut dan kronis. HBM awalnya dikembangkan sebagai metode sistematis untuk menjelaskan dan memprediksi perilaku kesehatan preventif. Teori ini berfokus pada hubungan antara perilaku kesehatan, praktek dan pemanfaatan layanan kesehatan. Dalam beberapa tahun kemudian, HBM telah direvisi untuk memasukkan motivasi kesehatan umum untuk tujuan membedakan penyakit dan peran perilaku sakit dari perilaku kesehatan. Berasal sekitar tahun 1952. Hal ini umumnya dianggap sebagai awal dari penelitian sistematis, teori berbasis perilaku kesehatan. Namun, beberapa tahun terakhir. HBM telah digunakan untuk memprediksi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan.

Model ini dikembangkan untuk menanggapi kegagalan program kesehatan gratis, skrining TBC (TB). Sejak itu, HBM telah disesuaikan dengan mengeksplorasi berbagai perilaku kesehatan jangka panjang dan jangka pendek, termasuk perilaku seksual berisiko dan penularan HIV / AIDS. HBM telah digunakan untuk melakukan intervensi dengan pemeriksaan kesehatan, penyakit, peran sakit, dan perilaku pencegahan. Model ini telah mengalami beberapa modifikasi sejak perumusan semula. Empat model komponen kunci secara konsep seperti yang dirasakan terhadap: 1) tingkat

kerentanan, 2) keparahan, 3) efektivitas, dan 4) biaya (Becker, 1974).

Menurut Model Kepercayaan Kesehatan (HBM) bahwa perilaku preventif kesehatan dipengaruhi oleh penilaian ancaman kesehatan, di antaranya faktor internal seperti sikap serius, perasaan rentan, dan faktor eksternal seperti penyuluhan, media massa, masukan dari teman sebaya, guru, orang tua. Berarti penyuluhan tentang kesehatan reproduksi memang berpengaruh secara tidak langsung terhadap perilaku preventif kesehatan reproduksi remaja, tetapi setidaknya penyuluhan kesehatan reproduksi remaja melalui PIK remaja dapat membentuk penilaian ancaman kesehatan reproduksi remaja dan mempengaruhi perilaku seks sebelum menikah menjadi lebih baik dan pencegahan penyakit menular seksual di kalangan remaja.

Berikut Model HBM yang dikemukakan oleh Hochbaum, Rosenstock dan Kegels (1950), Smet (1994: 159). Perilaku preventif dipengaruhi oleh persepsi individual dan faktor-faktor modifikasi, selengkapnya dapat dilihat pada gambar berikut (diadopsi dari Galanz, K., 2008):



Gambar 8. Teori Perilaku Berdasarkan Health Belief Model
Sumber: Glanz, K., 2008

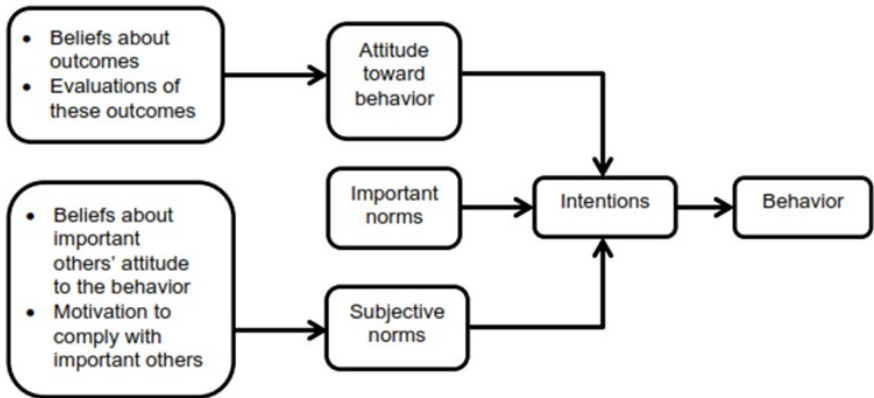
c. *Theory of Reasoned Action (TRA)*

Theory of Reasoned Action (TRA) pertama kali dikenalkan oleh Martin Fishbein pada 1967 untuk memahami hubungan antara sikap dan perilaku dan dikembangkan lebih jauh oleh Fishbein dan Icek Ajzen hingga saat ini untuk memahami lebih dalam mengenai hubungan antara sikap, niat dan perilaku. TRA secara luas digunakan untuk memprediksi perilaku dan dipusatkan untuk membahas psikologi sosial khususnya pada sikap dan perilaku.

Teori ini menekankan pada peran untuk kognisi sosial dalam bentuk norma subjektif (kepercayaan individual mengenai dunia sosial mereka) termasuk kepercayaan dan evaluasi terhadap kepercayaan tersebut (kedua faktor tersebut termasuk sikap individual). TRA merupakan model penting karena menempatkan individual pada konteks sosial dan juga menambahkan peran untuk nilai (*value*) yang bertolak belakang dengan tradisi dengan pendekatan yang lebih rasional pada perilaku.

Model TRA didesain untuk memprediksi niat berperilaku dan perilaku yang sesungguhnya. Berdasarkan pemikiran dasar bahwa manusia sangat rasional dan bahwa perilaku yang diteliti berada di bawah kontrol pikiran, teori ini menyediakan kerangka yang menghubungkan **kepercayaan individual (*individual beliefs*)**, **sikap (*attitude*)**, **niat (*intention*)** dan **perilaku (*behavior*)**. Berkaitan dengan model yang dikembangkan ini, untuk memahami niat, perlu untuk mengukur **norma subjektif (*subjektif norms*)** yang mempengaruhi niat individu dalam bertindak.

Berikut adalah kerangka pikir mengenai komponen utama TRA (Glanz, 2008):



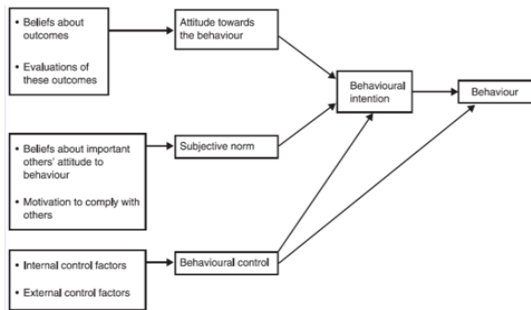
Gambar 9. Kerangka Berpikir TRA

d. *Theory of Planned Behavior (TPB)*

Teori ini yang awalnya dinamai *Theory of Reasoned Action* (TRA), dikembangkan di tahun 1967, selanjutnya teori tersebut terus direvisi dan diperluas oleh Icek Ajzen dan Martin Fishbein. Mulai tahun 1980 teori tersebut digunakan untuk mempelajari perilaku manusia dan untuk mengembangkan intervensi-intervensi yang lebih mengena. Pada tahun 1988, hal lain ditambahkan pada model reasoned action yang sudah ada tersebut dan kemudian dinamai

Theory of Planned Behavior (TPB), untuk mengatasi kekurangan yang ditemukan oleh Ajzen dan Fishbein melalui penelitian-penelitian mereka dengan menggunakan TRA.

TPB merupakan penjelasan mengenai munculnya perilaku spesifik dalam diri individu. Teori ini berusaha memprediksi dan menjelaskan perilaku manusia dalam konteks tertentu. Dalam teori ini ditambahkan persepsi kontrol perilaku dalam upaya memahami keterbatasan yang dimiliki individu dalam melakukan perilaku tertentu (Ajzen, 1991).



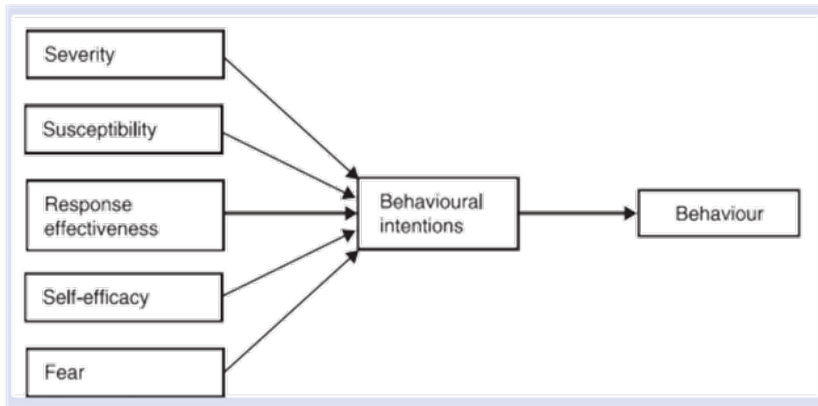
Gambar 10. Kerangka Berpikir TPB

e. *Protection Motivation Theory* (PMT)

Protection Motivation Theory (PMT) atau Teori Motivasi Perlindungan pada awalnya dikembangkan oleh Rogers

(1975, 1983, 1985) yang memperluas Teori *Health Belief Model* (HBM) dengan melibatkan faktor-faktor tambahan dan penekanannya pada proses kognitif mediasi perubahan sikap dan perilaku untuk memberikan kejelasan konseptual untuk memahami rasa takut (Prentice-Dunn & Rogers, 1986; Rogers, 1975). PMT pada awalnya dikembangkan oleh Dr RW Rogers pada tahun 1975 dalam rangka untuk lebih memahami rasa ketakutan dan bagaimana orang mengatasi rasa takut mereka. Namun Dr Rogers kemudian memperluas teori pada tahun 1983 di mana ia mengembangkan teori tersebut ke teori yang lebih umum dalam komunikasi persuasif.

PMT menggambarkan ada 4 komponen yang dapat mempengaruhi niat dalam berperilaku yang selanjutnya akan ditunjukkan dalam perilaku. Komponen tersebut terdiri dari *severity* (keparahan), *susceptibility* (kerentanan), *response effectiveness* dan *self efficacy* (penilaian atas keyakinan dalam individu sendiri). Rogers juga meyakini ada peran dari komponen lain yaitu perasaan takut (*fear*) sebagai respon emosional dalam pendidikan atau informasi yang pada akhirnya dapat berperan dalam mempengaruhi niat berperilaku (Ogden, 2004).



Gambar 11. Kerangka Berpikir PMT

3. Perilaku Kesehatan Reproduksi Remaja

a. Perilaku Kesehatan Reproduksi

Remaja adalah masa transisi antara masa anak dan dewasa, di mana terjadi pacu tumbuh (*growth spurt*), timbul ciri-ciri seks sekunder, tercapai fertilitas dan terjadi sikap dan perubahan-perubahan psikologik serta kognitif (Rohan H, Siyoto S. 2013). WHO mengidentifikasi remaja sebagai periode pertumbuhan dan perkembangan manusia yang terjadi setelah masa kanak-kanak dan sebelum dewasa, dari usia 10-19 tahun. Masa remaja awal (*early adolescence*) yaitu dari usia 10-14 tahun. Pada tahap ini perubahan fisik secara umum dimulai, biasanya diawali dengan percepatan pertumbuhan dan segera diikuti oleh perkembangan organ

seks dan timbul ciri-ciri seks sekunder. Masa remaja akhir (*late adolescence*) meliputi bagian akhir dari masa remaja yaitu antara usia 15-19 tahun. The State of The World's Children (2011) menyatakan perubahan fisik utama sudah terjadi meskipun tubuh masih berkembang.

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan fisik, mental, dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, tetapi dalam segala aspek yang berhubungan dengan proses reproduksi, fungsi, dan sistem dalam semua tahap kehidupan (Purwoastuti E, Walyani E. 2015). Berdasarkan uraian dan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku kesehatan reproduksi adalah semua kegiatan atau aktivitas manusia, baik yang diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar yang merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus atau rangsangan dari luar yang berhubungan dengan keadaan fisik, mental, dan sosial yang utuh, bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan, tetapi dalam segala aspek yang berhubungan dengan proses reproduksi, fungsi, dan sistem dalam semua tahap kehidupan.

4. Pengukuran Perilaku Kesehatan Reproduksi

Pengukuran perilaku Kesehatan reproduksi dapat dilakukan dengan mengukur domain perilaku yang meliputi kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*), dan psikomotor (*psychomotor*). Menurut Bloom B, (1908) dalam Notoatmodjo (2010) yang yang di kembangkan menjadi tiga tingkat ranah perilaku yang meliputi: pengetahuan, sikap dan tindakan (Notoatmodjo, 2013), sehingga pengukuran perilaku kesehatan reproduksi pada remaja dapat dilihat dari pengetahuan, sikap, dan tindakan. Seperti kebiasaan minum beralkohol, napza, seks pranikah, pengetahuan tentang kesehatan reproduksi, penyakit menular seksual, dll.

Alat yang digunakan untuk pengukuran perilaku adalah dengan menggunakan kuesioner. Kuesioner yang disusun sesuai dengan permasalahan dan menggunakan skala pengukuran. Skala pengukuran perilaku dapat menggunakan **Skala Likert atau Guttman** atau kombinasi keduanya, misalkan untuk mengukur pengetahuan dapat menggunakan skala Guttman sedangkan sikap menggunakan skala Likert. Skala pengukuran dengan skala Guttman akan di dapat jawaban yang tegas, yaitu ya atau tidak, benar atau salah, pernah atau tidak, positif atau negatif.

Data yang diperoleh dapat berupa data interval atau rasio dikhotomi (dua alternatif). Jadi kalau pada skala Likert terdapat interval 1, 2, 3, 4, 5 interval, dari kata sangat setuju sampai sangat tidak setuju, maka dalam skala Guttman hanya ada dua interval yaitu setuju atau tidak setuju.

Mengukur seluruh rentang faktor yang mungkin mempengaruhi perilaku sangatlah penting, hal ini untuk mengurangi adanya kesalahan pengukuran (*measurable error*) dan tentu akan semakin validitas serta realibilitas. Pengukuran harus spesifik terhadap perilaku tertentu (misalnya hambatan pada *mammography* mungkin agak berbeda dengan hambatan *colonoscopy*) dan harus relevan untuk populasi mana pengukuran itu akan digunakan.

Perbedaan budaya dan populasi membuat skala penerapan tanpa pemeriksaan seperti itu cenderung menghasilkan kesalahan. Artinya setiap skala ukur sesuatu tindakan harus jelas dan sudah diteliti apakah layak atau tidak. Misalnya pada kasus kanker payudara, untuk membuktikan apakah gejala sakit pada payudara seseorang ada hubungannya dengan kanker payudara atau hanya gejala biasa maka alat ukurnya harus jelas yaitu dengan penggunaan *mammography*.

5. Metode Pengukuran Perilaku

Metode pengukuran perilaku dapat dilakukan dengan menggunakan instrumen atau alat ukur. Ada beberapa jenis instrumen yang biasa digunakan dalam pengukuran perilaku, yaitu:

a. Tes

Tes adalah sederetan pertanyaan atau latihan atau alat lain yang digunakan untuk mengukur ketrampilan, pengukuran, inteligensi, kemampuan atau bakat yang dimiliki oleh individu atau kelompok.

b. Angket atau Kuesioner

Kuesioner adalah sejumlah pertanyaan tertulis yang digunakan untuk memperoleh informasi dari responden dalam arti laporan tentang pribadinya, atau hal-hal yang diketahui. Kuesioner tentang perilaku seksual remaja terdiri dari 3 (tiga) domain yaitu; pengetahuan, sikap dan tindakan. Kategori hasil akhir jawaban dari ketiga domain didasarkan dari dampak terjadinya masalah kesehatan dan sosial yang didominasi oleh domain tindakan.

c. Wawancara (*interview*)

Wawancara digunakan oleh peneliti untuk menilai keadaan seseorang, misalnya untuk mencari data tentang

variabel latar belakang murid, orang tua, pendidikan, perhatian, sikap terhadap sesuatu.

d. Observasi

Di dalam artian penelitian observasi adalah mengadakan pengamatan secara langsung, observasi dapat dilakukan dengan tes, kuesioner, ragam gambar, dan rekaman suara. Pedoman observasi berisi sebuah daftar jenis kegiatan yang mungkin timbul dan akan diamati.

e. Skala bertingkat (*ratings*)

Rating atau skala bertingkat adalah suatu ukuran subyektif yang dibuat berskala. Walaupun skala bertingkat ini menghasilkan data yang kasar, tetapi cukup memberikan informasi tertentu tentang program atau orang. Instrumen ini dapat dengan mudah memberikan gambaran penampilan, terutama penampilan di dalam orang menjalankan tugas, yang menunjukkan frekuensi munculnya sifat. Di dalam menyusun skala, yang perlu diperhatikan adalah bagaimana menentukan variabel skala. Apa yang ditanyakan harus apa yang dapat diamati responden.

f. Dokumentasi

Dokumentasi, dari asal kata dokumen, yang artinya barang-barang tertulis. Didalam melaksanakan metode

dokumentasi, penelitian menyelidiki benda-benda tertulis seperti buku buku, majalah, dokumen, peraturan-peraturan, notulen rapat, dan kelengkapan lainnya.

6. Skala Pengukuran

Skala pengukuran merupakan kesepakatan yang digunakan sebagai acuan untuk menentukan panjang pendeknya interval yang ada dalam alat ukur, sehingga alat ukur tersebut bila digunakan dalam pengukuran akan menghasilkan data kuantitatif. Sebagai contoh, misalnya timbangan berat badan bayi sebagai instrumen untuk mengukur berat badan bayi, dibuat dengan skala sampai gram dan akan menghasilkan data kuantitatif. Berat bayi dalam satuan kilo gram (kg) dan gram bila digunakan untuk mengukur. Begitu juga dengan instrumen atau alat ukur dalam berbagai skala yang dapat digunakan untuk mengukur domain perilaku, seperti pengetahuan, sikap, dan tindakan yang biasanya digunakan pada penelitian di bidang administrasi, pendidikan dan kesehatan.

Ada beberapa hal yang dapat dilakukan dalam pengukuran perilaku kesehatan reproduksi, yaitu dengan mengembangkan **Instrumen**. Pengembangan instrument

atau alat ukur perilaku kesehatan reproduksi pada remaja yaitu dengan skala pengukuran.

a. Skala Likert

Skala likert digunakan untuk mengukur sikap, pendapat, dan persepsi seseorang atau sekelompok orang tentang fenomena sosial yang telah ditetapkan secara spesifik oleh peneliti, yang selanjutnya disebut sebagai variabel penelitian. Dengan skala likert, maka variabel yang akan diukur dijabarkan menjadi indikator variabel. Jawaban setiap item instrumen yang menggunakan skala likert mempunyai gradasi dari sangat positif sampai sangat negatif, yang dapat berupa kata-kata antara lain:

- 1) Sangat setuju
- 2) Setuju
- 3) Ragu-ragu
- 4) Tidak setuju
- 5) Sangat tidak setuju

Untuk keperluan analisis kuantitatif, jawaban dapat diberi skor, misalnya:

- 1) Sangat setuju diberi skor: 5
- 2) Setuju diberi skor: 4

- 3) Ragu-ragu diberi skor: 3
- 4) Tidak setuju diberi skor: 2
- 5) Sangat tidak setuju: 1

Instrumen penelitian yang menggunakan skala Likert dapat dibuat dalam bentuk checklist ataupun pilihan.

1) Contoh Bentuk Checklist

Berilah jawaban pernyataan berikut sesuai dengan pendapat anda, dengan cara memberi tanda (✓) pada kolom yang tersedia.

Tabel 4. Sikap Remaja dalam Penggunaan Poli Remaja di Puskesmas

No	Pernyataan	Jawaban				
		SS	ST	RG	TS	STS
1	Saya sebagai remaja kalau mengalami masalah kesehatan reproduksi maka saya akan datang memeriksakan diri di Poli remaja (PKPR) Puskesmas terdekat.		✓			
2					

SS	= Sangat Setuju	diberi skor	5
ST	= Setuju	diberi skor	4
RG	= Ragu-ragu	diberi skor	3
TS	= Tidak Setuju	diberi skor	2
STS	= Sangat Tidak Setuju	diberi skor	1

2) Contoh Bentuk Pilihan

Berilah salah satu jawaban terhadap pertanyaan berikut sesuai dengan pendapat anda, dengan cara memberi tanda lingkaran pada nomor jawaban yang tersedia.

Pemeriksaan remaja yang mengalami masalah kesehatan reproduksi dapat dilakukan di Poli PKPR Puskesmas terdekat?

- a) Sangat tidak setuju
 - b) Tidak setuju
 - c) Ragu-ragu
 - d) Setuju
 - e) Sangat setuju
- b. Skala Guttman

Skala pengukuran dengan tipe ini akan mendapatkan jawaban yang tegas, yaitu “ya-tidak”, “benar-salah”, dan lain-lain. Penelitian menggunakan skala Guttman dilakukan bila

ingin mendapatkan jawaban yang tegas terhadap suatu permasalahan yang ditanyakan. Contoh:

- 1) Bagaimana pendapat anda, bahwa remaja boleh melakukan hubungan seksual pranikah?
 - a) Setuju
 - b) Tidak Setuju
- 2) Pernahkah anda melakukan pemeriksaan masalah Kesehatan reproduksi dan seksual anda ke poli pelayanan Kesehatan peduli remaja (PKPR) di puskesmas terdekat?
 - a) Tidak Pernah
 - b) Pernah

Skala Guttman selain dapat dibuat dalam bentuk pilihan ganda, juga dapat dibuat dalam bentuk *checklist*. Jawaban dapat dibuat skor tertinggi satu dan terendah nol. Langkah-langkah untuk membuat skala Guttman adalah sebagai berikut:

- 1) Menyusun sejumlah pernyataan yang relevan dengan masalah yang ingin diselidiki.
- 2) Lakukan penelitian permulaan pada sejumlah sampel dari populasi yang akan diselidiki, sampel yang diselidiki minimal besarnya 50 sampel.

- 3) Jawaban yang diperoleh dianalisis, dan jawaban yang ekstrim dibuang. Jawaban yang ekstrim adalah jawaban yang disetujui atau tidak disetujui oleh lebih dari 80% responden.
- 4) Susunlah jawaban pada tabel Guttman.
- 5) Hitunglah koefisien reproduisibilitas dan koefisien skalabilitas.

Jadi skala Guttman ialah skala yang digunakan untuk jawaban yang bersifat jelas (tegas dan konsisten). Misalnya: yakin-tidak yakin; ya-tidak; benar-salah; positif-negatif; pernah-belum pernah; setuju-tidak setuju. Penelitian dengan menggunakan skala Guttman apabila ingin mendapatkan jawaban jelas (tegas) dan konsisten terhadap suatu permasalahan yang ditanyakan.

Contoh kesioner skala perilaku seksual pranikah pada remaja dengan menggunakan skala Guttman.

Tabel 5. Kuesioner Pengetahuan tentang Perilaku Seksual

No	Pernyataan	Benar	Salah
1	Pemberian rangsangan pada diri sendiri merupakan bagian dari aktivitas seksual.		
2	Bergandengan tangan bukan bentuk aktivitas seksual.		
3	Berpelukan merupakan bentuk aktivitas seksual.		
4	Aktivitas seksual yang dilakukan sendirian tanpa ada pasangan, tidak berdampak negatif.		
5	Berciuman merupakan aktivitas yang dilarang dalam pergaulan remaja.		
6	Aktivitas berpelukan di kalangan remaja dapat memicu perilaku seks bebas.		
7	Aktivitas berciuman dengan mulut yang terdapat luka, berisiko menularkan penyakit seksual.		
8	Rangsangan mulut pada pasangan pra nikah adalah bagian dari aktivitas seksual berisiko.		
9	Rangsangan dengan mulut pada tubuh pasangan dengan penggunaan alat kontrasepsi, tidak berisiko sama sekali menularkan HIV.		
10	Berhubungan badan dengan alat kontrasepsi tidak menjamin mencegah kehamilan.		
11	Berhubungan badan tanpa melibatkan alat kelamin bukan merupakan aktivitas berisiko.		
12	Berhubungan badan tanpa melibatkan alat kelamin dapat menularkan HIV.		
13	Berhubungan badan hanya sekali tidak memiliki kemungkinan hamil.		
14	Berhubungan badan setelah bertunangan adalah bukan aktivitas seks pra nikah.		
15	Berhubungan seks pra nikah dapat menyebabkan masalah penurunan prestasi akademik di sekolah.		

c. *Semantic Differensial*

Skala ini digunakan untuk mengukur sikap, hanya bentuknya tidak pilihan ganda maupun checklist, tetapi tersusun dalam satu garis kontinum yang jawaban “sangat positifnya” terletak dibagian kanan garis, dan jawaban yang “sangat negatif” terletak dibagian kiri garis. Data yang diperoleh adalah data interval, dan biasanya skala ini digunakan untuk mengukur sikap/karakteristik tertentu yang dipunyai oleh seseorang.

Contoh:

Beri nilai gaya kepemimpinan manajer anda
--

Bersahabat	5	4	3	2	1	Tidak bersahabat
Tepat Janji	5	4	3	2	1	Lupa Janji
Bersaudara	5	4	3	2	1	Memusuhi
Memberi Pujian	5	4	3	2	1	Mencela
Mempercayai	5	4	3	2	1	Mendominasi

d. *Rating scale*

Dari ketiga skala pengukuran seperti yang telah dikemukakan, data yang diperoleh semuanya adalah data

kualitatif yang dikemudian dijadikan data kuantitatif dengan koding. Tetapi dengan *rating scale* data mentah yang diperoleh berupa angka kemudian ditafsirkan dalam pengertian kualitatif. Yang penting bagi penyusun instrumen dengan *rating scale* adalah harus dapat mengartikan setiap angka yang diberikan pada alternatif jawaban pada setiap item instrumen.

Contoh:

Seberapa baik data ruang kerja yang ada di Perusahaan A?

Berilah jawaban dengan angka:

4. bila berpengaruh sangat baik
3. bila berpengaruh cukup baik
2. bila berpengaruh kurang baik
1. bila berpengaruh sangat tidak baik

Jawablah dengan melingkari nomor jawaban yang tersedia sesuai dengan keadaan yang sebenarnya

Tabel 6. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Preventif Kesehatan Reproduksi

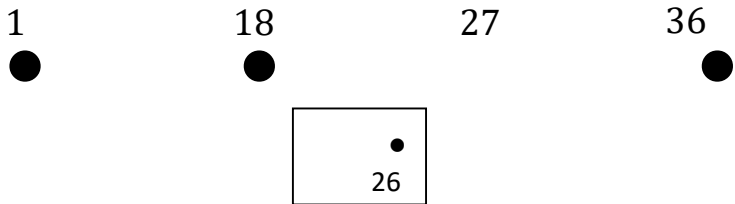
No. Item	Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Preventif Kesehatan Reproduksi	Interval Jawaban			
		4	3	2	1
1.	Ketersediaan media kesehatan reproduksi	4	3	2	1
2.	Peran penyuluh kesehatan reproduksi	4	3	2	1
3.	Variasi metode penyuluhan	4	3	2	1
4.	Komunikasi orang tua dengan remaja	4	3	2	1
5.	Kerentanan dirasakan akibat dari perilaku kesehatan reproduksi yang tidak baik	4	3	2	1
6.	Keseriusan kejadian kesehatan reproduksi	4	3	2	1
7.	Penilaian ancaman yang dirasakan dari kesehatan reproduksi yang negatif	4	3	2	1
8.	Perilaku preventif kesehatan reproduksi	4	3	2	1
9.	Literasi kesehatan reproduksi	4	3	2	1

Bila instrumen tersebut digunakan sebagai angket dan diberikan kepada responden, maka sebelum dianalisis, data dapat ditabulasikan. Jumlah skor kriterium (bila setiap butir mendapat skor tertinggi) $4 \times 9 = 36$ dan skor terendah $1 \times 9 = 9$. Untuk ini skor tertinggi tiap butir = 4, jumlah butir pertanyaan = 9.

Bagi responden yang menjawab:

- 4 butir soal jawaban interval 4 maka = $4 \times 4 = 16$
 - 1 butir soal jawaban interval 2 maka = $1 \times 2 = 2$
 - 2 butir soal jawaban interval 3 maka = $2 \times 3 = 6$
 - 2 butir soal jawaban interval 1 maka = $2 \times 1 = 2$
-
- Total skor didapatkan responden = 26

Sehingga posisi nilai skornya sebagai berikut:



Nilai 26 termasuk dalam kategori interval “kurang baik dan cukup baik”. Tetapi lebih mendekati cukup baik.

Selain instrumen seperti yang telah dibicarakan di atas, ada instrumen penelitian yang digunakan untuk mendapatkan data nominal dan ordinal.

1. Instrumen untuk menjaring data nominal

Contoh :

- a. Berapakah jumlah Nakes di tempat anda bekerja
- Nakes.

b. Berapakah orang yang dapat berbahasa Inggris orang.

c. Berapakah orang pemimpin yang Anda sukai orang.

2. Instrumen untuk menjaring data ordinal

Contoh: Berilah rangking terhadap sepuluh pegawai di bidang pelayanan rumah sakit sebagai berikut.

Tabel 7. Rangking Terhadap Sepuluh Pegawai Nakes di Bidang Pelayanan Rumah Sakit

Nama Pegawai	Rangking Nomor
A
B
C
D
E	1
F
G
H
I
J

Misalnya pegawai E adalah yang paling baik kinerjanya, maka pegawai tersebut diberi rangking 1.

B. LATIHAN

1. Jelaskan mengenai pengertian tentang perilaku kesehatan!
2. Jelaskan mengenai faktor personal yang mempengaruhi perilaku manusia!
3. Jelaskan mengenai faktor situasional yang mempengaruhi perilaku manusia!
4. Jelaskan mengenai teori perilaku kesehatan HBM!
5. Jelaskan mengenai perbedaan skala Likert dan skala Guttman!

C. RANGKUMAN

Perilaku manusia biasanya terbentuk karena adanya pengetahuan dan sikap. Namun beberapa faktor lain juga dapat berpengaruh terhadap penentuan perilaku seseorang. Hal tersebut berdasarkan dari berbagai teori perilaku kesehatan yang mendasarinya. Untuk mengetahui faktor pembentuk perilaku maka terdapat macam-macam skala pengukuran untuk mengetahui keseluruhan faktor tersebut.

D. TES FORMATIF

1. Pernyataan yang merupakan pengertian dari sikap adalah...
 - a. Sikap itu tidak berdiri sendiri, tetapi mengandung relasi tertentu terhadap suatu obyek
 - b. Sikap hanya berbentuk penerimaan yang positif
 - c. Sikap hanya berbentuk penerimaan yang negatif
 - d. Sikap tidak bisa berubah
 - e. Sikap seseorang dibawa sejak dilahirkan
2. Di bawah ini yang **bukan** merupakan metode pengukuran perilaku, yaitu...
 - a. Tes
 - b. Wawancara
 - c. *Ratings*
 - d. Observasi
 - e. Kuis tanya jawab
3. Pada teori perilaku kesehatan HBM, faktor yang mempengaruhi terjadinya perilaku seseorang yaitu...
 - a. Persepsi tentang derajat keparahan
 - b. Persepsi tentang penyakit
 - c. Persepsi tentang norma
 - d. Persepsi orang banyak

- e. Persepsi tentang *action*
- 4. Skala pengukuran perilaku yang memberikan nilai dengan adanya tingkatan, disebut sebagai...
 - a. Skala Likert
 - b. Skala Guttman
 - c. Skala Semantik Differensial
 - d. Skala Rating
 - e. Skala Thrustone
- 5. Skala ini digunakan untuk mengukur sikap, hanya bentuknya tidak pilihan ganda maupun checklist, tetapi tersusun dalam satu garis kontinum. Skala ini disebut sebagai...
 - a. Skala Likert
 - b. Skala Guttman
 - c. Skala Semantik Differensial
 - d. Skala Rating
 - e. Skala Thrustone

E. DAFTAR PUSTAKA

- Ajzen, I. (1991). *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 179-211. Academic Press, Inc.
- Alwisol. (2012). *Psikologi Kepribadian*. Malang: UMM Press.
- Arikunto, S. (2000). *Manajemen Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Azwar, S. (2005). *Sikap Manusia; Teori dan pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.
- Becker, M., H. (1974). The Health Belief Model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2:324–508. [Google Scholar].
- Gerungan, A. (2004). *Psikologi Sosial*. Bandung: Rafika Aditama
- Glanz, K. (2008). *Social Networks and Social Support, Health Behavior and Health Education, Theory, Research and Practice*. San Francisco: 4th Published by Jossey-Bass A Wiley Imprint.
- Glanz, K., Barbara, V. (2008). *Health Behavior and Health Education*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Green, W., L, et al. (2005). *Health Education Planing A Diagnostik Approh*. The Johns Hapkins University: Mayfield Publishing Company.

- Ogden, J. 2004. *Health Psychology, Trird Edition*. New York: Open University Press.
- Rohan, H., Siyoto, S. (2013). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi*. Yogyakarta: Nuha Medika, p.1-15.
- Smet, B. (1994). *Psikologi Kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia Sarana Indonesia.
- Soekidjo, N. (2013). *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sugiyono. (2010). *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta.
- The State of The World's Children. (2011). *Adolescence an age of opportunity*. [cited 1 September 2016]. Available from: http://www.unicef.org/adolescence/files/SOWC_2011_Main_Report_EN_02092011.pdf

MODUL 9

MASALAH PERILAKU NEGATIF KESEHATAN REPRODUKSI PADA REMAJA

A. PENDAHULUAN

Perilaku kesehatan reproduksi yang berisiko pada remaja adalah segala sesuatu atau tindakan yang dilakukan remaja terhadap dan berhubungan dengan kesehatan reproduksinya, yang tidak jarang menimbulkan masalah negatif bagi perkembangannya. Oleh karena itu perlu diketahui berbagai bentuk perilaku kesehatan reproduksi yang bersifat negatif pada remaja beserta upaya pencegahan dan penanggulangannya.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu memahami konsep permasalahan perilaku negatif yang dilakukan remaja berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

2. Tujuan Instruksional Khusus
 - a. Mahasiswa mampu menguraikan tentang konsep perilaku negatif kesehatan reproduksi.
 - b. Mahasiswa mampu menguraikan tentang pencegahan dan penanganan perilaku negatif kesehatan reproduksi.
 - c. Mahasiswa mampu menguraikan tentang faktor yang mempengaruhi perilaku negatif kesehatan reproduksi.

KEGIATAN BELAJAR

A. MATERI PEMBELAJARAN

Individu di masa remaja mengalami perubahan baik fisik, psikis, maupun sosial. Remaja memiliki karakteristik berupa rasa ingin tahu yang besar, gemar terhadap tantangan dan selalu ingin mencoba hal hal yang baru, cenderung berkelompok, masih mencari jati diri, mudah terpengaruh dengan lingkungan sekitarnya, serta cenderung melakukan tindakan tanpa pemikiran yang matang sehingga permasalahan yang dialami remaja juga khas (Damanik, M., 2016). Menurut Purwoastuti E, Walyani E. (2015), masa remaja diwarnai oleh pertumbuhan, perubahan, munculnya berbagai kesempatan, dan seringkali menghadapi risiko-

risiko kesehatan reproduksi. Banyak sekali remaja yang sudah aktif secara seksual (meski tidak selalu atas pilihan sendiri).

Perilaku kesehatan reproduksi yang berisiko pada remaja adalah segala sesuatu atau tindakan yang dilakukan remaja terhadap dan berhubungan dengan kesehatan reproduksinya, yang tidak jarang menimbulkan masalah negatif bagi perkembangannya.

1. Perilaku Negatif Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi sering disalahartikan secara sempit hanya sebagai hubungan seksual saja, sehingga banyak orang tua yang merasa bahwa topik pembicaraan ini tidak pantas untuk dibicarakan dengan remaja. Padahal, kesehatan reproduksi merupakan keadaan kesehatan fisik, mental, dan sosial yang sangat penting untuk dimengerti oleh remaja, sehingga tidak melulu membahas mengenai hubungan seksual.

Keadaan ini tentu berbahaya, tidak adanya informasi yang akurat menyebabkan remaja mencari dan mendapatkan informasi mengenai kesehatan reproduksi dari sumber-sumber yang kurang terpercaya, seperti teman-temannya

atau dari media-media porno. Akibatnya, persepsi mereka tentang seks dan kesehatan reproduksi menjadi salah dan tidak sehat.

Pubertas membuat remaja sadar akan potensinya dan menjadi lebih ekspresif dalam mengeksplorasi organ dan perilaku seksualnya. Persepsi mengenai kesehatan reproduksi dan seksualitas yang salah dapat ikut terbawa ke dalam perilaku seksual mereka.

Masalah kesehatan remaja berakar dari kebiasaan merokok dan penyalahgunaan narkoba, kekerasan interpersonal, kecelakaan, serta hubungan seksual yang tidak aman yang bisa mengakibatkan penyakit menular seksual termasuk HIV AIDS. Perilaku negatif diawali dengan berciuman, berpelukan, bergandengan tangan, dan perabaan pada bagian-bagian tubuh pasangannya yang pada akhirnya menjurus ke perbuatan zina. Bagi remaja yang aktif secara seksual, miskonsepsi ini dapat meningkatkan perilaku seks berisiko dan mengakibatkan risiko terkena penyakit menular seksual. Penyakit ini dapat berupa keputihan, klamidia, gonorea, hingga HIV AIDS. Apabila dibiarkan, penyakit tersebut dapat mengakibatkan infeksi lebih lanjut dan membahayakan dirinya.

Perilaku negatif kesehatan reproduksi pada remaja yaitu segala perilaku remaja yang dapat mengakibatkan dampak yang kurang baik dan berisiko terhadap kesehatan. Perilaku negatif remaja tentang kesehatan reproduksi sebagai berikut:

a) Seks Pranikah

Seks aktif pranikah pada remaja berisiko terhadap kehamilan remaja dan penularan penyakit menular seksual, kehamilan yang tidak direncanakan dapat berlanjut pada aborsi dan pernikahan dini yang akan berdampak pada masa depan remaja.

Perilaku seks pranikah ini dipengaruhi oleh:

- 1) Media elektronik dan media sosial yang semakin banyak sehingga remaja dapat dengan mudahnya mengakses pornografi
- 2) Pengaruh lingkungan, lingkungan sangat mempunyai pengaruh yang besar terhadap perilaku negatif
- 3) Pendidikan moral dan agama, agama menjadi sangat penting dalam kehidupan, agama merupakan pondasi hidup. Kurangan keimanan dan pendidikan agama dan moral dapat menyebabkan seseorang melakukan seks

bebas. Agama yang baik dan benar ditandai dengan pengertian, pemahaman dan ketaatan dalam menjalankan ajaran-ajaran agama dengan baik tanpa dipengaruhi oleh situasi kondisi apapun.

- 4) Kurangnya pengetahuan khususnya tentang kesehatan reproduksi dan seksual. Faktor pengetahuan yang minim tentang kesehatan reproduksi dan dampak dari seks bebas ditambah rasa ingin tahu yang dapat menyebabkan remaja untuk terjerumus ke dalam hal-hal yang negatif.

b) Pernikahan Dini

Pernikahan usia dini berisiko karena remaja belum siap baik dari aspek kesehatan, mental emosional, pendidikan, sosial ekonomi, dan reproduksi.

c) Kehamilan pada remaja

Kehamilan remaja akan berisiko kepada kesehatan remaja tersebut dan bayinya, misalnya resiko lahir prematur, BBLR, pendarahan yang dapat menyebabkan kematian ibu dan bayi. adalah seks bebas atau seks pranikah.

2. Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Negatif Kesehatan Reproduksi

Perilaku negatif kesehatan reproduksi pada remaja ini terjadi akibat:

- a. Pengetahuan remaja akan kesehatan reproduksi tidak memadai.
- b. Akses terhadap informasi negatif sering terpapar.
- c. Kekerasan terjadi di keluarganya.
- d. Kurangnya perhatian orang tua dan ketaatan pada ajaran agama.
- e. Perilaku teman sebaya (*Peer Group Behavior*)
- f. Lingkungan -Dukungan Sosial

3. Pencegahan dan Penanganan Perilaku Negatif Kesehatan Reproduksi

Beberapa cara pencegahan untuk mengurangi perilaku negatif kesehatan reproduksi oleh remaja:

- a. Pendidikan agama

Penanaman pendidikan agama sedini mungkin pada anak sangat berpengaruh besar saat remaja nantinya. Anak bisa memilah dan memilih tindakan apa yang dibolehkan dan mana yang tidak, dipandang dari segi berdosa atau tidak.

b. Menciptakan keluarga yang harmonis

Sebuah keluarga yang harmonis pastinya akan menghasilkan anak-anak yang baik. Keluarga yang harmonis, maka akan lebih menjamin remaja yang bisa melewati masa transisinya karena terdapat orang tua yang mencurahkan perhatian dan kasih sayang, jadi remaja tidak perlu mencari bentuk perhatian dan kasih sayang dari tempat lainya.

c. Pengembangan remaja melalui pendidikan

Masa remaja adalah masa dimana mental dan kreatifitas mulai muncul, maka dari itu pengembangan pribadi perlu dioptimalkan melalui pendidikan. Dalam kaitanya peranan sekolah sebagai tempat rujukan dan perlindungan jika anak menghadapi masalah

d. Mendorong remaja agar aktif dalam berorganisasi

Masa remaja, masa dimana seorang anak ingin menemukan dunia barunya, ingin menjadi yang paling bermanfaat bagi orang lain. Oleh karena itu kita perlu mendorong remaja agar mengikuti kegiatan yang positif atau kegiatan ekstrakurikuler misalnya Pramuka, OSIS, Karate, dll.

e. Pengembangan remaja melalui minat dan bakat

Masa remaja disebut sebagai masa penentuan kepribadian, di masa ini minat dan bakat anak mulai terlihat

dan mulai berani memunculkan bakat yang sesungguhnya ada pada dirinya.

f. Pendidikan kesehatan reproduksi remaja

Pendidikan seksualitas dan kesehatan reproduksi perlu memandang seksualitas secara komprehensif, yaitu mengakui berbagai dimensi mengenai seksualitas yang dihadapi remaja yang dapat mempengaruhi keputusan remaja menjalani seks berisiko atau tidak. Adanya dorongan seksual, kenikmatan seksual serta di sisi lain relasi gender, ajaran agama dan norma budaya, risiko kesehatan seksual dan reproduksi, dan risiko sosial perlu didiskusikan pada remaja berdasarkan pengalaman yang mereka jalani.

g. Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR)

Dalam rangka upaya pencegahan negatif kesehatan reproduksi pada remaja melalui PKPR, yang bertujuan untuk memenuhi hak-hak serta kebutuhan remaja sebagai individu dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan, pertumbuhan dan perkembangan yang optimal bagi remaja sesuai dengan potensi yang dimiliki meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang harus diberikan secara komprehensif di semua tempat yang akan melakukan

pelayanan remaja dengan pendekatan PKPR. Intervensi meliputi:

- 1) Pelayanan kesehatan reproduksi remaja (meliputi IMS dan HIV AIDS) termasuk seksualitas dan pubertas
- 2) Pencegahan dan penanggulangan kehamilan pada remaja
- 3) Pelayanan gizi (anemia, kekurangan dan kelebihan gizi) termasuk konseling dan edukasi
- 4) Tumbuh kembang remaja
- 5) Skrining status TT pada remaja
- 6) Pelayanan kesehatan jiwa remaja, meliputi: masalah psikososial, gangguan jiwa, dan kualitas hidup
- 7) Pencegahan dan penanggulangan NAPZA
- 8) Deteksi dan penanganan kekerasan terhadap remaja

Pencegahannya lainnya yang dapat dilakukan adalah:

- a. Pembinaan kesehatan remaja dijadikan sebagai bagian dari program prioritas pemerintah, yaitu dengan adanya:
 - 1) Perencanaan kegiatan kesehatan reproduksi remaja yang berbasis bukti,
 - 2) Adanya proses kegiatan yang jelas,
 - 3) Adanya *output* dan *outome* yang dihasilkan,

- 4) Adanya monitoring dan evaluasi yang berkesinambungan.
- b. Poin a. akan dapat menghasikan suatu dampak menuju kebaikan pada kesehatan reproduksi remaja bila dilakukan secara terintegrasi, terpadu baik dari Pemerintah LP/LS, pihak swasta, dunia pendidikan, lembaga agama, dan unsur terkait lainnya.
 - c. Adanya dukungan dan partisipasi dari orang tua bersama-sama dengan guru, dan pemerintah, untuk dapat memberikan perhatian dan informasi tentang hidup bersih dan sehat dalam menjaga kesehatan reproduksinya.
 - d. Pemberdayaan remaja menjadi seperti konselor remaja, duta remaja, kader remaja tentunya menuju remaja yang sehat, remaja yang berprestasi, remaja yang berkualitas dan berdaya saing.

Pencegahan perilaku negatif seks berisiko yaitu:

- a. Memperkuat pendidikan agama

Anak yang mempunyai dasar pendidikan agama serta moral yang kokoh tidak akan mudah terjerumus ke dalam pergaulan bebas, karena ia tahu dan bisa membedakan hal

yang benar dan salah. Pendidikan agama dan moral dapat memperkuat iman seseorang sejak dini. Jika sejak kecil seseorang telah tertanam mengenai pengertian benar dan salah, biasanya ia akan dapat menghindari pergaulan bebas yang jelas merupakan hal yang tidak benar.

b. Membentuk karakter yang positif

Pembentukan karakter manusia sejak kecil sangat diperlukan agar ia dapat menjadi pribadi yang kuat dan berpendirian kokoh, sehingga walaupun mempunyai kesempatan untuk hidup bebas, ia dapat mengendalikan dirinya. Teguh berpegang pada prinsip hidup merupakan salah satu cara untuk menghindari pergaulan bebas.

c. Memilih teman

Seperti telah disebutkan di atas, pemilihan teman yang kurang sesuai akan mempermudah seseorang terjerumus ke dalam pergaulan yang bebas. Karena itulah penting untuk memilih teman dan mengenali tipe kepribadian manusia yang sekiranya dapat memberikan pengaruh positif, seperti bagaimana cara menjadi pribadi yang menyenangkan.

d. Mempererat hubungan orangtua dan anak

Hubungan orang tua dan anak yang erat secara langsung akan memberikan pengawasan yang lebih baik kepada anak. Jika anak dekat dan terbuka dengan orang tua, mereka akan dapat langsung bertanya mengenai berbagai macam persoalan bahkan yang dianggap sensitif dan tabu seperti seks bukannya mencari informasi yang bisa jadi menyesatkan pada pihak lain.

e. Memberikan pendidikan seks pada anak dan remaja

Keingintahuan remaja mengenai hal yang berkaitan dengan seksualitas terkadang tidak mendapatkan penyaluran yang benar, sehingga mereka terkadang akan mencari tahu melalui jalan yang salah. Informasi yang berkaitan dengan seksualitas sepatutnya didapatkan anak sejak dini, tentu saja disesuaikan dengan bahasa yang cocok dengan usia anak. Dengan demikian mereka juga dapat mengetahui bahaya dan akibat dari pergaulan bebas.

f. Menghindari lingkungan yang tidak kondusif

Setelah keluarga, tempat anak bersosialisasi adalah lingkungan. Jika anak berada pada lingkungan yang positif, yaitu yang memegang teguh maka ia juga akan mencontoh hal yang positif tersebut dan sebaliknya. Apabila anak berada

pada lingkungan yang tidak kondusif maka pengaruh dari lingkungan tersebut bisa membuatnya menjadi berperilaku menyimpang dari norma sosial yang ada.

g. Mengisi waktu luang

Salah satu faktor yang turut memberi kesempatan bagi remaja untuk tergiur dengan kehidupan bebas adalah tersedianya banyak waktu luang. Apabila waktu luang tersebut diisi dengan kegiatan yang positif dan berguna, maka tidak akan ada waktu untuk memikirkan hal-hal yang menyimpang. Cara bergaul bagi orang pendiam dapat dilakukan dengan mengisi waktu melalui kegiatan positif.

h. Memperluas pengetahuan

Ada kutipan yang menyatakan bahwa *knowledge is power*, artinya pengetahuan adalah kekuatan yang akan membuka cakupan wawasan yang luas. Seseorang akan mudah menentukan pilihan hidupnya karena ia sudah mengetahui banyak tentang berbagai sisi dan dampak dari pilihan-pilihan yang dia buat. Sebaliknya, apabila seseorang hanya memiliki sedikit pilihan, ia tidak akan tahu bahwa ada banyak pilihan yang lebih baik untuk kehidupannya. Misalnya, jika ia tidak mempunyai pilihan lain selain gaya

hidup bebas, maka ia tidak akan dapat melakukan cara menghindari pergaulan bebas.

i. Memperbaiki komunikasi dengan keluarga

Kesenjangan komunikasi antara orang tua dan anak juga dapat menyebabkan anak memilih jalan menyimpang seperti pergaulan bebas. Hal ini terjadi karena anak tidak mendapatkan bimbingan yang dibutuhkannya dari orang tua. Diperlukan sikap yang lebih luwes dari orang tua untuk dapat memahami jalan pikiran anak agar dapat berkomunikasi dengan lancar dan tercipta saling pengertian.

j. Taat kepada hukum

Pergaulan bebas tidak hanya melanggar norma sosial melainkan juga melanggar peraturan dan norma hukum, sebab identik dengan seks bebas, obat-obatan dan minum alkohol. Semua hal tersebut berpotensi membuat seseorang melakukan perbuatan yang melanggar hukum. Cara menghindari pergaulan bebas dan cara menghindari kebiasaan buruk tersebut yaitu dengan membuat anak tahu mengenai hukum yang berlaku dan apa akibatnya jika melanggar.

k. Menerima diri sendiri

Terkadang alasan seseorang memasuki pergaulan bebas adalah untuk diterima oleh lingkungannya. Orang seperti ini biasanya selalu merasa tidak punya cukup kepercayaan diri dan sulit mencari cara agar selalu berpikiran positif. Maka ia ingin membuktikan diri dengan menjadi orang yang bebas tanpa terikat pada norma sosial. Agar terhindar dari pergaulan bebas, maka seseorang harus menjadi pribadi yang tahu cara meningkatkan rasa percaya dirinya.

l. Membatasi pergaulan

Pergaulan bebas bukanlah cara hidup yang baik karena banyaknya kerugian yang akan ditimbulkan pada seseorang jika menjalaninya. Untuk menghindari pergaulan bebas, ada baiknya jika membatasi pergaulan kepada lingkungan atau teman yang hanya akan memberikan pengaruh positif.

m. Menetapkan tujuan hidup

Orang yang tidak memiliki tujuan dalam hidupnya akan sangat mudah tersesat. Termasuk terjerumus pada pergaulan bebas. Maka sangat penting bagi seseorang untuk mengetahui apa tujuan hidupnya dengan tepat, agar dapat memfokuskan diri pada hal yang diperlukan untuk mencapainya dan tidak teralihkan oleh hal-hal yang buruk.

n. Menjaga tingkah laku

Berpacaran merupakan bagian dari kehidupan yang dijalani oleh para remaja, karena pada usia ini mereka sudah mulai mengembangkan ketertarikan pada lawan jenis. Perlunya menjaga tingkah laku selama berpacaran agar tetap berlaku sewajarnya pada norma sosial dan tidak menyalahi ajaran agama sangat penting untuk menghindari pergaulan bebas.

o. Membatasi waktu di luar rumah

Terlalu banyak waktu yang digunakan untuk melakukan kegiatan di luar rumah yang kurang bermanfaat, membuka peluang bagi pengaruh buruk untuk masuk. Jika bisa, batasilah kegiatan di luar rumah yang kurang penting agar dapat memfokuskan diri kepada cara hidup yang positif.

B. LATIHAN

1. Bagaimana menurut Anda upaya pencegahan perilaku negatif kesehatan reproduksi yang tepat untuk remaja?
2. Menurut Anda, apa bentuk perbedaan perilaku negatif kespro remaja sekarang dengan yang dulu?
3. Jelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku negatif kesehatan reproduksi remaja!
4. Jelaskan cara pencegahan untuk mengurangi perilaku negatif kesehatan reproduksi oleh remaja!
5. Jelaskan mengenai program-program pemerintah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja!

C. RANGKUMAN

Karakteristik remaja baik secara fisik maupun psikis dengan berbagai macam pengaruh dari luar diri remaja itu sendiri membuat remaja rentan dalam melakukan perilaku negatif kesehatan reproduksi. Untuk meminimalisir terjadinya perilaku negatif pada remaja, diperlukan penguatan dalam hal agama, kedekatan hubungan dengan orang tua, pendidikan kesehatan reproduksi dari tenaga pendidik dan petugas kesehatan, serta kebijakan dari pemerintah.

D. TES FORMATIF

1. Di bawah ini yang merupakan perilaku negatif remaja dalam kesehatan reproduksi yaitu...
 - a. Pernikahan dini
 - b. Mengikuti ekstrakurikuler di sekolah
 - c. Aktif dalam berorganisasi
 - d. Terinfeksi HIV-AIDS
 - e. Menderita IMS seperti gonorea dan sifilis
2. Berikut yang **bukan** faktor yang mempengaruhi terjadi perilaku negatif kesehatan reproduksi pada remaja, yaitu...
 - a. Pengetahuan remaja tentang kespro yang tidak memadai
 - b. Pengetahuan remaja tentang kespro yang terlalu berlebihan
 - c. Paparan terhadap akses informasi yang negatif
 - d. Kurangnya perhatian orang tua
 - e. Kurangnya ketaatan pada ajaran agama
3. Program puskesmas yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja, yaitu...
 - a. BKR
 - b. PKPR

- c. PKRE
 - d. PKK
 - e. PIK-R
4. Program BKKBN yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi remaja, yaitu...
- a. BKL
 - b. PKPR
 - c. PKRE
 - d. PKK
 - e. PIK-R
5. Mengapa hamil di usia remaja dilarang?
- a. Fisik, mental, emosional belum siap untuk menjadi ibu
 - b. Bayi yang dilahirkan akan mudah sakit
 - c. Risiko bayi berat badan lahir rendah (BBLR)
 - d. Berisiko membahayakan nyawa ibu
 - e. Semua benar

E. DAFTAR PUSTAKA

- Damanik, M. (2016). Kesehatan Reproduksi Remaja.. Available from: <http://repository.usu.ac.id/bitstream/123456789/52251/5/Chapter%20I.pdf>.
- Purwoastuti, E., Walyani, E. (2015). *Panduan Materi Kesehatan Reproduksi & Keluarga Berencana*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press. p. 15.
- Etrawati F, Martha E, Damayanti R, (2013) Hubungan Perilaku Negatif Peer Group dengan Perilaku Seksual Berisiko Siswa SMA/Sederajat di Kabupaten Merauke Tahun 2013.
- Suryoputro A, Nicholas J, Shaluhiah Z, (2006) Faktor yang Mempengaruhi Perilaku Seksual Remaja di Jawa Tengah; Implikasi terhadap Kebijakan dan Layanan Kesehatan seksual dan Reproduksi, *Journal Makara Kesehatan* Vol.10., No.1, Juni 2006.

MODUL 10

MASALAH PERILAKU NEGATIF PADA WANITA USIA SUBUR

A. PENDAHULUAN

Kehamilan pada seorang wanita dalam masa usia subur merupakan suatu kondisi yang akan berdampak pada keadaan fisik dan psikis, sehingga memerlukan proses persiapan dalam penerimaan kehamilan tersebut. Berbagai kendala juga dapat dialami selama masa kehamilan yang dapat berpengaruh terhadap kondisi ibu dan bayi yang dikandung. Perlu upaya penanganan terhadap kendala dan kecemasan yang dialami oleh ibu yang hamil di masa usia subur baik berasal dari diri sendiri, suami, keluarga, dan lingkungan sekitar.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu memahami tentang konsep permasalahan perilaku kesehatan reproduksi yang bersifat negatif pada WUS.

2. Tujuan Instruksional Khusus
 - a) Mahasiswa mampu menguraikan tentang masalah yang terjadi pada masa kehamilan.
 - b) Mahasiswa mampu menguraikan tentang kendala pada masa kehamilan.
 - c) Mahasiswa mampu menguraikan tentang upaya mengatasi kecemasan pada gangguan kelahiran

KEGIATAN BELAJAR

A. MATERI PEMBELAJARAN

Secara klinis, pubertas dimulai dengan timbulnya ciri-ciri kelamin sekunder, dan berakhir kalau sudah ada kemampuan reproduksi. Pubertas pada wanita, dimulai 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 terdapat pergeseran untuk mulainya 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 faktor dan hipotalamus. Dalam ovarium folikel mulai tumbuh, walaupun folikel-folikel tidak sampai matang, karena sebelumnya mengalami atresia, namun folikel-folikel tersebut sudah mampu mengeluarkan estrogen.

Masa reproduksi merupakan masa terpenting bagi wanita dan berlangsung kira-kira 33 tahun. Haid pada masa ini paling teratur dan memungkinkan kehamilan. Pada masa ini terjadi ovulasi kurang lebih 450 kali, dan selama ini wanita mengalami menstruasi selama 1800 hari. Walaupun pada usia 40 tahun keatas wanita masih mampu hamil, tetapi fertilitas menurun cepat sesudah usia tersebut.

Usia dewasa muda, yaitu antara 18-40 tahun, sering dihubungkan dengan masa subur, karena pada usia ini, kehamilan paling mungkin terjadi. 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, serta penyakit serius tertentu mulai dapat bermunculan. 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.

Hal-hal yang harus diperhatikan pada masa ini adalah:

- 1) Kehamilan dan persalinan yang aman
- 2) Pencegahan kecacatan dan kematian akibat kehamilan pada ibu dan bayi
- 3) Menjaga jarak kelahiran dan jumlah kehamilan dengan penggunaan alat kontrasepsi (KB)
- 4) Pencegahan terhadap IMS/HIV AIDS
- 5) Pelayanan kesehatan reproduksi berkualitas
- 6) Pencegahan dan penanggulangan masalah aborsi
- 7) Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim
- 8) Pencegahan dan manajemen infertilitas.

1. Masalah pada Masa Kehamilan

Setiap orang tua merindukan untuk memiliki anak yang sehat dan cerdas. Untuk itu calon bayi perlu dirawat

sejak dalam kandungan bahkan sebelum terjadinya pembuahan itu sendiri. Kondisi kesehatan (fisik dan mental) calon ibu jauh sebelum hamil bahkan semasa remaja merupakan prsyarat bayi yang sehat dan cerdas. Kesiapan seorang perempuan untuk hamil atau mempunyai anak ditentukan oleh kesiapan dalam tiga hal yaitu:

a. Kesiapan Fisik

Secara umum, seorang perempuan yang disebut siap secara fisik jika telah menyelesaikan pertumbuhan, yaitu sekitar usia 20 tahun, ketika tubuhnya berhenti tumbuh. Sehingga usia 20 tahun bisa dijadikan pedoman kesiapan fisik.

b. Kesiapan Mental/Emosi/Psikologis

Saat dimana seorang perempuan dan pasangannya merasa telah ingin mempunyai anak dan merasa telah siap menjadi orang tua termasuk mengasuh dan mendidik anaknya.

c. Kesiapan Sosial/Ekonomi

Secara ideal jika seorang bayi dilahirkan maka ia akan membutuhkan tidak hanya kasih sayang orang tuanya, tetapi juga sarana yang membuatnya bisa tumbuh dan berkembang. Bayi membutuhkan tempat tinggal yang tetap. Karena itu

remaja dikatakan siap jika bisa memenuhi kebutuhan dasar seperti pakaian, makan-minum, tempat tinggal dan kebutuhan pendidikan bagi anaknya. Dalam hal ini meskipun seorang remaja perempuan telah melampaui usia 20 tahun tetapi ia dan pasangannya belum mampu memenuhi kebutuhan sandang pangan dan tempat tinggal bagi keluarganya, maka ia belum dapat dikatakan siap untuk hamil dan melahirkan.

Tetap perlu diingat bahwa perempuan yang belum mencapai usia 20 tahun sedang berada di dalam proses pertumbuhan dan perkembangan fisik. Karena tubuhnya belum berkembang secara maksimal, maka perlu dipertimbangkan hambatan/kerugian antara lain:

- a. Ibu muda pada waktu hamil kurang memperhatikan kehamilannya termasuk kontrol kehamilan. Hal ini berdampak pada meningkatnya berbagai risiko kehamilan.
- b. Ibu muda pada waktu hamil sering mengalami ketidakaturan tekanan darah yang dapat berdampak pada keracunan kehamilan serta kejang yang berakibat pada kematian.

- c. Penelitian juga memperlihatkan bahwa kehamilan usia muda (di bawah 20 tahun) sering kali berkaitan dengan munculnya kanker rahim. Ini erat kaitannya dengan belum sempurnanya perkembangan dinding rahim.
- d. Dari sisi pertimbangan psikologis, remaja masih merupakan kepanjangan dari masa kanak-kanak. Kebutuhan untuk bermain dengan teman sebaya, kebutuhan untuk diperhatikan, disayang dan diberi dorongan, masih begitu besar sebelum ia benar-benar siap untuk mandiri.
- e. Wawasan berpikirnya belum luas dan cukup matang untuk bisa menghadapi kesulitan, pertengkaran yang ditimbulkan oleh pasangan hidup dan lingkungan rumah tangganya.

2. Kendala pada Masa Kehamilan

- a. Pendarahan lewat jalan lahir sebelum persalinan

1) Kejang-kejang

Kejang-kejang pada ibu hamil merupakan salah satu tanda dari pre-eklampsia atau keracunan kehamilan. Seorang ibu harus mengetahui gejala pre-eklampsia, yaitu: sakit kepala hebat, penglihatan kabur atau menjadi berbayang,

tekanan darah terus-menerus tinggi, sakit parah secara tiba-tiba di area perut tepat di bawah celah antara dua bagian tulang rusuk. Jika mengalami kejang-kejang, segera minta bantuan untuk membawa ke rumah sakit agar mendapatkan pertolongan medis. Namun, pertolongan pertama yang harus dilakukan adalah dengan membaringkan tubuh di lantai sambil menghadap sedikit ke kiri.

2) Merasa gelisah berlebihan

Kegelisahan merupakan salah satu kendala menjelang persalinan yang cukup mengganggu dan bisa berdampak buruk bagi proses persalinan itu sendiri. Oleh karenanya, jika ibu merasa benar-benar gelisah atau stres saat menjelang persalinan, coba tenangkan diri terlebih dahulu. Merasa gelisah berlebihan juga bisa mendorong ibu untuk marah-marah. Bila perlu ibu konsultasi kepada bidan atau dokter kandungan supaya segala keluhan bisa diungkapkan. Sebab bersalin dengan kondisi pikiran yang penuh tekanan pastinya akan membuat ibu tidak nyaman juga.

3) Tangan bayi atau tali pusar tampak keluar lebih dulu

Munculnya tangan bayi atau tali pusar dari jalan lahir merupakan pertanda adanya gangguan kehamilan berupa posisi bayi yang miring. Jika hal ini terjadi, jangan pernah

mencoba untuk meluruskan posisi bayi ke posisi yang semestinya. Proses pengubahan posisi ini dapat menyebabkan gangguan yang lebih serius lagi seperti robek rahim dan lainnya. Nah, pertolongan paling tepat adalah segera ke rumah sakit karena jika sudah demikian, maka proses persalinan harus melalui operasi caesar.

4) Air ketuban berbau dan keruh

Menjelang persalinan, biasanya akan muncul masalah ketuban yang pecah. Nah, apabila air ketuban yang keluar warnanya keruh, kehijauan dan berbau, itu mengindikasikan bahwa janin dalam bahaya karena terinfeksi virus atau bakteri. Kondisi ini biasa disebut dengan keracunan ketuban atau minum ketuban. Jika ketuban sudah pecah, maka tidak ada alasan untuk menunda pergi ke tempat persalinan supaya bisa segera mendapat penanganan dari dokter.

b. Persalinan macet atau distosia

Kesulitan melahirkan seringkali dialami ibu tanpa tahu penyebabnya. Mulai dari berat janin yang terlalu besar, hingga bukaan macet atau tidak bertambah melebihi waktu yang seharusnya. Dalam istilah medis, kesulitan melahirkan disebut dengan distosia. Beberapa faktor bisa menyebabkan

risiko distosia lebih tinggi dialami para ibu. Tak mengenal usia, karena kesulitan melahirkan pun bisa dialami ibu di usia muda atau yang sudah pernah menjalani persalinan sebelumnya.

Distosia sebenarnya bisa dicegah sejak kehamilan. Itu sebabnya, sangat penting melakukan pemeriksaan ke dokter kandungan agar bisa mengontrol berat badan janin secara rutin. Serta diatur beberapa hal berikut ini:

1) Makanan ibu hamil

Bayi bisa berukuran besar itu biasanya disebabkan oleh diet makanan ibu selama kehamilan. Makan ibu hamil yang terlalu banyak, melebihi kebutuhan per hari bisa berakibatnya bayinya berukuran besar. Apabila usia kehamilan masih muda, namun bayi berukuran besar maka makanan dibatasi. Makanan yang harus dibatasi biasanya adalah karbohidrat. Kebanyakan ibu hamil suka nyamil yang tinggi karbohidrat. Untuk mencegah kenaikan berat badan bayi yang besar, jika ibu hamil ingin camilan maka yang diperbolehkan hanya buah.

Jika ibu hamil ingin minum susu, pilih susu kehamilan yang rendah gula. Intinya, pilih makanan yang tidak terlalu tinggi karbohidrat untuk mencegah bayi berukuran besar.

Seperti misalnya mengatur asupan nasi, roti dan tepung-tepungan, serta snack dari kentang. Kemudian di trimester tiga, gizi ibu hamil juga diperiksa kembali. Ibu hamil harus memiliki gizi yang baik, TKTP (tinggi kalori tinggi protein) karena salah satu gizi yaitu protein, bisa membantu ibu memiliki kekuatan untuk mendorong bayi lahir.

2) Istirahat cukup sebelum persalinan

Kekuatan ibu saat mengejan bisa dipengaruhi oleh kondisi fisik ibu sebelum melahirkan. Misalnya, ibu kelelahan karena tidak istirahat yang cukup. Itu pentingnya, mempersiapkan fisik jelang melahirkan. Bisa didukung dengan olahraga maupun dengan istirahat yang cukup.

3) Rutin kontrol kehamilan

Kontrol hamil itu penting, dari trimester pertama, kedua, dan ketiga. Selama kontrol kehamilan, ibu hamil akan diukur berat badannya, tinggi fundus uterinya, dan berat bayinya. Sebagai panduan, berat bayi normal di 28 minggu sekitar 1.000 gram. Sementara, berat bayi normal di usia 36 minggu itu antara 2.500 gram hingga 3.000 gram (2,5 kg-3 kg). Berat bayi di usia 38 minggu itu antara 3.200 gram hingga 3.500 gram.

Berat bayi mulai dipantau jika usia kehamilan mencapai

34 minggu. Tiga hal tadi diukur apakah sesuai dengan usia kehamilan atau tidak. Apabila tidak rajin kontrol, dan bayi dalam kondisi besar, maka kemungkinan akan operasi caesar.

4) Kontrol diabetes

Ibu hamil yang mengalami diabetes dan tidak dikontrol, maka bisa menyebabkan bayi berukuran besar. Untuk itu, jika ibu hamil mengalami diabetes atau memiliki riwayat diabetes maka harus dikontrol agar berat badan bayi normal.

5) Senam kehamilan

Menjelang persalinan, ibu hamil sudah bisa melakukan senam kehamilan di usia 34 minggu. Boleh melakukan senam atau yoga yang bisa melancarkan kehamilan dan bisa membalikkan posisi bayi yang sungsang.

6) Pijat perineum

Pijat perineum juga bisa menjadi salah satu pencegahan distosia. Di usia 36 minggu, ibu hamil sudah boleh melakukan pijat perineum. Ibu hamil bisa melakukan pijat perineum tiga kali dalam sehari dengan durasi 5 menit.

7) Periksa ke dokter mata

Ibu hamil yang memiliki minus tinggi, minus di atas 5 maka lebih baik diperiksakan dahulu ke dokter spesialis mata. Karena, risikonya jika mengejan retinanya bisa lepas

(abrasio retina). Jadi periksakan dahulu ke dokter dari usia 36 minggu untuk menghindari risiko kebutaan.

Dengan demikian, apabila ibu sudah mengalami distosia di kehamilan sebelumnya maka disarankan untuk rutin kontrol kehamilan. Dengan rutin kehamilan, risiko distosia bisa berkurang atau tidak terjadi lagi.

c. Tanda melahirkan sudah dekat

1) Sulit tidur

Sulit tidur adalah keluhan umum yang dialami ibu hamil. Sebab saat hamil, ibu akan mengalami banyak perubahan. Mulai dari perubahan hormon, bentuk fisik (seperti perut yang semakin membesar), suasana hati (*mood*), dan perubahan lain yang dapat mengganggu tidur. Ini dibuktikan oleh sebuah studi dari Universitas Yale yang menemukan bahwa pada trimester ketiga, sebagian besar wanita hamil akan mengalami nyeri punggung bawah dan menyebabkan gangguan tidur. Meski begitu, ibu tetap harus berusaha tidur di malam hari atau mengkalinya dengan tidur di siang hari agar ibu memiliki waktu istirahat yang cukup.

2) Frekuensi buang air kecil meningkat

Menjelang persalinan, posisi janin akan turun ke panggul (pengenduran). Ini karena janin sedang mengatur ulang posisi agar memudahkan proses persalinan. Pengenduran ini membuat rahim menekan kandung kemih, sehingga meningkatkan frekuensi buang air kecil. Untuk ibu yang baru pertama kali melahirkan, pengenduran ini akan terjadi di detik-detik akhir menjelang persalinan atau saat persalinan berlangsung.

3) Keluar lendir kental bercampur darah

Selama hamil, leher rahim (serviks) akan ditutupi oleh lendir yang kental. Namun menjelang persalinan, serviks akan membesar dan membuat lendir keluar dari vagina. Lendir tersebut akan bercampur dengan darah (*bloody show*), sehingga akan berwarna merah muda, kemerahan, atau kecokelatan. Jika yang terjadi adalah perdarahan berat (seperti saat menstruasi), ada baiknya ibu segera menghubungi dokter. Sebab, perdarahan berat saat hamil bisa menjadi tanda adanya gangguan atau komplikasi kehamilan.

4) Air ketuban pecah

Ketuban adalah kantung yang dindingnya tipis dan berisi cairan bersamaan dengan janin. Fungsi utamanya adalah untuk menjaga suhu tubuh janin agar tetap hangat, melindungi janin dari tekanan, melindungi dari infeksi, memberi makan janin, dan membantu perkembangan sistem paru-paru serta pencernaan janin. Jika ketuban pecah, janin tak lagi memiliki pelindung, sehingga rentan terkena infeksi. Itu sebabnya saat ketuban pecah, dokter dan bidan mungkin akan mempercepat proses persalinan.

5) Merasakan kontraksi

Meski kontraksi umum terjadi, tetapi tidak semua kontraksi menjadi tanda akan melahirkan. Sebab, kontraksi yang menjadi tanda akan melahirkan adalah kontraksi asli yang terjadi saat usia kehamilan lebih dari 37 minggu. Jika datang lebih awal, ada kemungkinan ibu melahirkan bayi secara prematur. Saat kontraksi ini terjadi, ibu akan merasakan sakit yang semakin lama semakin terasa. Ini karena, kontraksi yang terjadi membuat bagian atas rahim mengencang agar mendorong janin ke jalan lahir. Namun, adapula kontraksi palsu yang sering disebut dengan "*Braxton Hicks*". Kontraksi tersebut berbeda dengan kontraksi asli,

karena kontraksi hanya terasa kencang dibagian perut yang tidak menetap.

3. Upaya Mengatasi Kecemasan pada Gangguan Kelahiran

a. Cari tahu sumber rasa takut

Salah satu cara yang bisa bumil lakukan untuk mengurangi rasa takut melahirkan adalah mencari tahu sumber rasa takut tersebut. Rasa takut melahirkan bisa muncul karena trauma masa lalu yang berkaitan dengan kehamilan atau persalinan. Rasa takut juga bisa berakar dari depresi atau gangguan kecemasan yang sudah dialami oleh ibu hamil sebelum kehamilan. Terkadang, rasa takut terhadap kehamilan bisa dirasakan sangat parah. Hal ini kemungkinan disebabkan oleh fobia kehamilan atau tokophobia.

Untuk mencari tahu alasan munculnya rasa takut, bumil bisa menuliskan semua perasaan bumil di buku harian. selain itu, bumil juga bisa berkonsultasi dengan psikolog untuk menggali lebih dalam sumber rasa takut yang bumil alami, terutama bila bumil memang memiliki riwayat depresi atau gangguan kecemasan sebelumnya.

b. Lakukan teknik relaksasi

Melakukan teknik relaksasi, misalnya dengan meditasi, bisa mengurangi rasa takut melahirkan, sehingga bumil bisa merasa lebih tenang mendekati waktu persalinan. Salah satu cara yang paling mudah untuk melakukan meditasi adalah dengan memejamkan mata dan menarik napas dalam-dalam, lalu mengembuskannya secara perlahan. fokuskan perhatian bumil pada proses masuk dan keluarnya udara saat bernapas, sambil mengosongkan pikiran.

c. Bicarakan dengan pasangan

Sebagian ibu hamil enggan untuk menceritakan rasa takut terhadap melahirkan yang dialaminya kepada siapa pun, termasuk kepada pasangannya maupun dokter. Padahal, mengungkapkan rasa takut bisa membantu mengurangi kecemasan.

Dengan bumil bercerita, pasangan jadi tahu mengenai ketakutan yang bumil rasakan dan bisa membantu mencari jawaban atas rasa takut tersebut. Dokter juga dapat memberikan informasi yang benar untuk mengurangi kekhawatiran bumil.

d. Ikuti kelas persalinan

Mengikuti kelas persalinan bisa membantu bumil untuk

mengurangi rasa takut melahirkan. Melalui kelas persalinan, bumil akan dilatih untuk mengendalikan rasa sakit ketika bersalin dan diberi tahu mengenai pilihan metode persalinan yang bisa bumil jalani.

- e. Bawa barang-barang yang bisa membuat bumil nyaman saat melahirkan

Masuk ruang bersalin bisa membuat bumil tambah takut dan tegang. Padahal, jika bumil tegang, proses persalinan bisa makin lama. Agar bisa rileks menjelang persalinan, bawalah barang-barang yang bisa membuat bumil nyaman, seperti bantal dan selimut kesayangan bumil, tasbih, atau pemutar musik *portable*.

Rasa takut merupakan hal yang umum dirasakan ibu hamil sebelum melahirkan. Walaupun begitu, ketakutan ini perlu diatasi agar proses persalinan yang lancar.

Bumil bisa melakukan tips-tips di atas untuk mengatasi rasa takut melahirkan. Namun, bila rasa takut ini tetap saja membayangi pikiran bumil, sebaiknya diskusikan hal ini dengan dokter. Bila perlu, sebelum bertemu dengan dokter, catat dulu semua hal yang bumil khawatirkan atau membuat bumil takut agar bisa didiskusikan dengan dokter.

4. Depresi postpartum

Depresi postpartum adalah gangguan emosi atau suasana hati yang dialami ibu hamil setelah melahirkan. Kondisi ini dapat dialami oleh ibu segera setelah melahirkan atau berlangsung lebih lama sampai 12 bulan. Berbagai gejala seperti sedih, marah, lelah serta cemas yang berlebihan akan dirasakan oleh wanita yang mengalami depresi postpartum. Agar tidak membahayakan ibu dan bayinya, depresi postpartum membutuhkan perawatan medis.

Penyebab depresi setelah melahirkan sampai saat ini belum diketahui secara pasti tetapi seorang ibu bisa mengalami depresi pasca persalinan karena adanya faktor perubahan biologis di tubuh dan psikologis. Faktor psikologis berkaitan dengan perubahan hormon. Penyebab stress setelah melahirkan dan faktor psikologis dapat berkaitan dengan kurangnya dukungan yang diterima oleh ibu, merasa kesepian dan hidup sendiri dan konflik perkawinan.

Depresi setelah melahirkan bisa disebabkan oleh kadar hormon estrogen dan progesteron dalam tubuh yang turun drastis. Penurunan kedua hormon tersebut memicu perubahan kimia di otak yang memicu terjadinya perubahan suasana hati. Beberapa minggu setelah melahirkan, ibu juga

tidak mendapatkan cukup waktu untuk beristirahat karena harus mengasuh bayi. Kurangnya istirahat dapat menimbulkan kelelahan, yang secara fisik maupun emosi dapat memicu depresi pascamelahirkan.

Faktor psikologis yang bisa menyebabkan depresi biasanya datang dari diri sendiri maupun orang-orang terdekat. Tekanan yang datang dari teman, keluarga, atau bahkan pasangan dalam mengurus bayi, hingga komentar seputar penampilan fisik ibu setelah melahirkan, bisa memicu stres yang kemudian dapat berkembang menjadi depresi pascapersalinan. Sebab, komentar-komentar tersebut, yang umumnya cenderung mempertanyakan kemampuan ibu baru, dapat meningkatkan risiko depresi setelah melahirkan. Maka dari itu, alih-alih mengomentari cara ibu dalam mengurus anaknya, berikanlah dukungan yang dibutuhkannya. Jika dukungan tidak kunjung diberikan, maka munculnya depresi, akan sulit untuk dicegah.

Gejala depresi postpartum diantaranya adalah merasa sedih terus menerus, ibu terlalu cemas terhadap segala hal, gampang marah, lebih sering menangis setelah melahirkan tanpa alasan tertentu, terlalu lama tidur atau tidak bisa tidur walaupun bayi sedang tidur, sering pusing, sakit perut dan

nyeri otot, berpikir, untuk menyakiti diri sendiri dan anaknya, sulit berkonsentrasi dan mengingat serta memutuskan sesuatu, tidak nafsu makan atau nafsu makan meningkat drastis, tidak tertarik melakukan hal-hal yang sebelumnya dianggap menyenangkan bagi dirinya, sulit membangun ikatan emosional dengan bayi, meragukan kemampuannya secara terus menerus untuk mengasuh anak, menarik diri dari lingkungan sosialnya dan tidak mau bertemu dengan teman ataupun keluarganya.

Kondisi mental yang terjadi pada ibu yang baru melahirkan, yaitu:

a. *Sindrom baby blues*

Sindrom baby blues biasanya muncul dalam beberapa hari setelah persalinan, kondisi tersebut normal. Ibu akan mengalami *mood swings* yaitu suatu perasaan yang berubah-ubah yaitu bisa senang maupun berubah menjadi sedih dalam waktu yang relatif singkat. Ibu juga bisa menangis tanpa alasan, mudah marah, cemas, merasa kesepian dan panik. Sindrom ini biasanya akan bertahan dalam beberapa jam setelah persalinan atau sampai satu atau dua minggu setelahnya.

b. Depresi pasca persalinan

Depresi pasca persalinan dapat muncul dalam beberapa hari sampai beberapa bulan setelah persalinan. Gejala yang dialami ibu sama dengan *baby blues* tetapi perasaan tersebut dirasa lebih kuat dan lebih lama. Depresi bisa juga mengakibatkan ibu tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari dengan baik bahkan depresi ini juga bisa mempengaruhi fisik dari ibu.

c. Psikosis pascapersalinan

Kondisi kejiwaan yang paling parah yang dialami oleh ibu yang baru melahirkan adalah psikosis. Ibu yang mengalami kondisi ini pada bulan pertama hingga ketiga setelah persalinan dapat mengalami halusinasi dan seperti melihat atau mendengar sesuatu yang tidak ada. Ibu juga dapat mengalami delusi, yaitu mempercayai sesuatu yang jelas tidak rasional/masuk akal. Psikosis juga dapat membuat penderitanya menjadi insomnia, mudah marah dan melakukan perilaku-perilaku yang tidak biasa. Psikosis merupakan kondisi gawat darurat medis yang perlu segera ditangani karena penderita psikosis memiliki kecenderungan untuk melukai diri sendiri maupun orang disekitarnya termasuk anaknya.

Faktor psikologis yang bisa menyebabkan depresi biasanya datang dari diri sendiri maupun orang-orang terdekat. Tekanan yang datang dari teman, keluarga, atau bahkan pasangan dalam mengurus bayi, hingga komentar seputar penampilan fisik ibu setelah melahirkan, bisa memicu stres yang kemudian dapat berkembang menjadi depresi pascapersalinan. Sebab, komentar-komentar tersebut, yang umumnya cenderung mempertanyakan kemampuan ibu baru, dapat meningkatkan risiko depresi setelah melahirkan. Maka dari itu, alih-alih mengomentari cara ibu dalam mengurus anaknya, berikanlah dukungan yang dibutuhkannya. Jika dukungan tidak kunjung diberikan, maka munculnya depresi, akan sulit untuk dicegah.

Gejala depresi postpartum diantaranya adalah merasa sedih terus menerus, ibu terlalu cemas terhadap segala hal, gampang marah, lebih sering menangis setelah melahirkan tanpa alasan tertentu, terlalu lama tidur atau tidak bisa tidur walaupun bayi sedang tidur, sering pusing, sakit perut dan nyeri otot, berpikir untuk menyakiti diri sendiri dan anaknya, sulit berkonsentrasi dan mengingat serta memutuskan sesuatu, tidak nafsu makan atau nafsu makan meningkat drastis, tidak tertarik melakukan hal-hal yang sebelumnya

dianggap menyenangkan bagi dirinya, sulit membangun ikatan emosional dengan bayi, meragukan kemampuannya secara terus menerus untuk mengasuh anak, menarik diri dari lingkungan sosialnya dan tidak mau bertemu dengan teman ataupun keluarganya.

Untuk mengatasi depresi tidak hanya dilakukan oleh orang yang mengalami depresi tetapi juga memerlukan dukungan dari orang terdekat lainnya seperti suami dan juga keluarga, hal-hal yang dapat dilakukan untuk mengatasi stress setelah melahirkan antara lain:

- 1) Menjauhi semua hal yang negatif.
- 2) Tidak mendengarkan perkataan orang lain dan menghindari terlalu bergantung pada orang lain.
- 3) Tidak membebani diri dengan tugas yang menumpuk.
- 4) Meminta bantuan orang terdekat untuk mengurus bayi jika diperlukan.
- 5) Berbaur dengan orang lain.
- 6) Meluangkan waktu untuk me time dan melakukan hal-hal yang disukai
- 7) Mencari bantuan medis jika diperlukan.

B. LATIHAN

Instruksi Untuk Diskusi Kelompok

1. Bentuk kelompok, masing-masing kelompok terdiri dari 2-3 orang mahasiswa.
2. Diskusikan dengan kelompok, masalah pada masa kehamilan dan masa setelah melahirkan, serta upaya mengatasinya.

C. RANGKUMAN

Kehamilan pada seorang wanita membutuhkan kesiapan pada diri wanita itu sendiri, baik secara psikologis dan fisik. Ketidakmatangan usia dan mental akan berdampak pada kehamilan risiko tinggi dan berbagai sindrom psikologis baik yang terjadi selama dan setelah kehamilan.

D. TES FORMATIF

1. Di bawah ini yang termasuk dalam kendala pada masa kehamilan, yaitu...
 - a. Distosia
 - b. Eklampsia
 - c. Frekuensi buang air kecil meningkat
 - d. Keluar lendir bercampur darah

- e. Air ketuban pecah
2. Yang merupakan tanda-tanda kelahiran yang sudah dekat adalah...
- a. Distosia
 - b. Eklampsia
 - c. Frekuensi buang air besar menurun
 - d. Keluar lendir bercampur darah
 - e. Air ketuban berwarna hijau
3. Ibu hamil sebaiknya dapat menceritakan berbagai kecemasan dan perasaan yang dia rasakan kepada pasangannya. Pernyataan tersebut termasuk ke dalam upaya mengatasi kecemasan gangguan kelahiran dalam bentuk...
- a. Mencari tahu sumber rasa takut
 - b. Melakukan teknik relasasi
 - c. Membicarakan dengan pasangan
 - d. Mengikuti kelas persalinan
 - e. Berkonsultasi dengan dokter

4. Meditasi merupakan salah satu cara yang dapat ibu lakukan untuk menenangkan diri dan mengatasi kecemasan terhadap gangguan kelahiran. Upaya ini termasuk ke dalam...
 - a. Mencari tahu sumber rasa takut
 - b. Melakukan teknik relasasi
 - c. Membicarakan dengan pasangan
 - d. Mengikuti kelas persalinan
 - e. Berkonsultasi dengan dokter
5. Yang **bukan** merupakan gejala depresi postpartum adalah...
 - a. *Syndrome baby blues*
 - b. Psikosis pascapersalinan
 - c. Berpikir untuk menyakiti diri sendiri dan anaknya
 - d. Nafsu makan meningkat drastis
 - e. Mudah mengingat dan berkonsentrasi

E. DAFTAR PUSTAKA

- Arias. (1965). Practical Guide to High-Risk Pregnancy and Delivery A South Asian Perspective. *The British Journal of Psychiatry*.
- Cronk, M., and Flint, C. (1992). Community Midwifery: A Pratical Guide. Oxford: Butterwood-Heineman Ltd.
- Dunkey, J. (2000). Health Promotion in Midewifery Practice: A Resource for Health Professionals. London: An Imprint of Harcourt Publishers Ltd.
- Kitzinger, S. (1995). Homebirth and other Alternatives to Hospital. London: Darling Kindersley Ltd,
- Klien, S. (1998). A Book for Midwives: A Manual for Traditional Birth Attendant and Community Midwives. The Hesperian Foundation, Berkley, California, USA.
- Silverton, L. (1997). The Art and Science of Midwifery. Maryland Ave, Hemel Hempstead: Precentice Hall International (UK) Ltd.

MODUL 11

MASALAH PERILAKU NEGATIF PADA MENOPAUSE

A. PENDAHULUAN

Sebuah hukum alam bahwa setiap makhluk di dunia akan mengalami proses penuaan. Proses ini sebenarnya sudah terjadi sejak manusia dilahirkan dan berlangsung terus hingga mati. Berbeda dengan kaum pria, maka proses penuaan pada perempuan akan berlangsung lebih dramatis terutama karena adanya proses reproduksi dalam kehidupannya. Oleh karena itu perlu mengetahui berbagai gejala yang dialami seorang wanita di masa menopause dan berbagai upaya untuk penanganannya.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu memahami tentang konsep permasalahan perilaku kesehatan negatif yang berkaitan pada masa menopause.

2. Tujuan Instruksional Khusus
 - a. Mahasiswa mampu menguraikan tentang konsep kehidupan di masa menopause.
 - b. Mahasiswa mampu menguraikan tentang berbagai macam gejala yang muncul di masa menopause.
 - c. Mahasiswa mampu menguraikan tentang upaya yang dapat dilakukan dalam menghadapi masa menopause.

KEGIATAN BELAJAR

A. MATERI PEMBELAJARAN

Menurut Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2004, lanjut usia adalah seseorang yang telah mencapai usia 60 tahun ke atas. Pada tahun 2017 terdapat 23,66 juta jiwa penduduk lansia di Indonesia (9.03%) dan diproyeksikan pada akhir tahun 2030 akan mencapai jumlah 40,95 juta jiwa. Dari keseluruhan jumlah lansia maka jumlah lansia wanita adalah 12,78 juta (54%). Dimana usia harapan hidup penduduk Indonesia juga meningkat, menurut BPS pada tahun 1971, usia harapan hidup wanita adalah 47,2 tahun, pada tahun 1995 meningkat menjadi 66,7 tahun, dan pada tahun 2017 mencapai usia 71,7

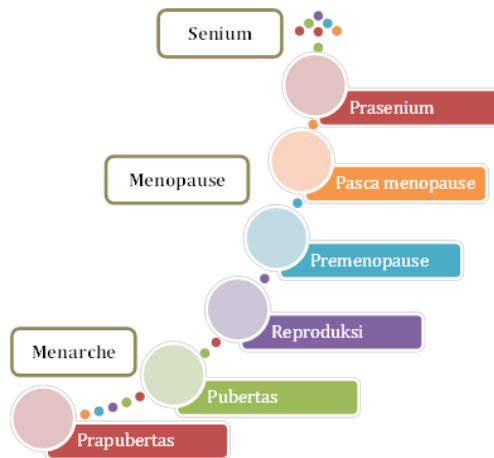
tahun (Kemenkes RI, 2018; 2019). Meningkatnya usia harapan hidup memberikan kemungkinan kaum perempuan untuk hidup lebih panjang yang artinya perpanjangan usia ini terjadi pada periode menopause (Lauritzen & Studd, 2001).

Menopause merupakan salah satu fase dalam kehidupan normal seorang wanita. Pada masa menopause kapasitas reproduksi seorang wanita berhenti. Ovarium tidak lagi berfungsi, terjadi ketidak seimbangan hormonal, produksi hormon steroid dan peptida berangsur-angsur menghilang. Perubahan fisiologis yang terjadi disebabkan oleh karena berhentinya fungsi ovarium dan sebagian lagi karena proses penuaan.

Sebagian wanita melihat menopause sebagai satu masa yang patut disesalkan, tetapi sebagian lagi melihatnya sebagai suatu kelegaan yang disambut hangat dari tuntutan biologis yang tidak dibutuhkan lagi oleh tubuh. Dengan semakin majunya pengetahuan para wanita dan juga pelayanan kesehatan klimakterium dan menopause diharapkan seorang wanita akan tetap sehat dan produktif serta memiliki kehidupan yang berkualitas disepanjang masa

Proses perubahan yang terjadi bersifat kompleks dan harmonis dimana akan melibatkan bagian-bagian otak

(cerebrum), batang otak (hipotalamus), indung telur (ovarium), kelenjar anak ginjal (adrenal), kelenjar gondok (tiroid) dan kelenjar lain. Perempuan lahir mengalami tumbuh kembang dan mencapai puncaknya saat mendapat haid, memasuki masa reproduktif dan berlangsung terus sampai menopause. Batas usia 40 tahun wanita akan memasuki masa klimakterium (bahasa Yunani = *climacter* = tahun-tahun peralihan). Klimakterium mulai saat premenopause (sekitar 40 tahun) dimana fungsi ovarium mulai menurun, kemudian masa menopause/mati haid (sekitar 49-55 tahun), dan masa pasca menopause yaitu 1 tahun setelah tidak haid lagi.



Gambar 12. Kronologis Masa Kehidupan Wanita
 Sumber: Samil, 2001 (dalam Muchlich, 2003)

1. Konsep Kehidupan dengan Menopause

Salah satu faktor utama yang sering menimbulkan rasa prihatin pada masa menopause adalah ketakutan seorang wanita akan kehilangan daya tariknya. Ia sudah dapat merasakan hal itu, sebab ia menyadari bahwa ia tidak bisa lagi mengandung dan melahirkan anak. Ia sudah tidak lagi memiliki ciri khas kewanitaannya. Selain itu ada perasaan tidak akan dikasihi orang atau dibelai sayang juga merupakan satu kekurangan dalam rangkaian kehidupannya.

Menjadi tua memang merupakan hal yang ditakuti oleh para wanita. Tetapi itu tidak berarti wanita kehilangan identitas kewanitaannya, bahkan seharusnya mereka sadar bahwa mereka memulai suatu fase kehidupan baru sebagai wanita yang matang. “ *Life Begin At Forty*” merupakan pepatah yang sering dipakai oleh para wanita yang selalu optimis terhadap kehidupan ini.

Walaupun demikian tidaklah dapat dipungkiri bahwa masa menopause membutuhkan penyesuaian diri dan pengertian dari berbagai pihak terutama pasangan hidup juga anak-anak. Dengan bantuan pasangan hidup diharapkan para wanita akan menghadapi masa menopause dengan lebih menyenangkan. Diperlukan persiapan dan pengetahuan yang

memadai dalam menghadapinya.

2. Gejala yang Terjadi di Masa Menopause

a. Gejala Fisik

1) *Hot flushes*

Beberapa gejala-gejala fisik umum yang terjadi pada menopause diantaranya adalah perasaan panas pada seluruh tubuh (*hot flushes*). Umumnya terjadi dengan mendadak, berlangsung beberapa menit sampai 1 jam. Ada kalanya disertai rasa gatal di leher dan wajah dan sangat mengganggu. Biasanya terjadi dalam waktu 1 atau 2 tahun setelah haid berhenti. Hal ini terjadi karena berkurangnya produksi hormon dalam indung telur, maka terapi yang dilakukan oleh dokter adalah memberikan hormon tertentu.

2) Pusing

Ada kalanya wanita menopause akan merasakan gangguan ini. Hal ini dapat dicarikan penyebabnya, terutama jika terjadi gangguan keseimbangan susunan saraf sehingga perlu penanganan dokter.

3) Menjadi gemuk

Kegemukan dapat terjadi secara berangsur atau drastis. Ini disebabkan oleh karena terlalu banyak kalori yang

dikonsumsi sementara aktivitas fisik berkurang atau dikurangi. Sebaiknya selama menopause, seorang wanita tetap melakukan olahraga teratur atau aktivitas yang cukup.

4) Kulit kering

Banyak wanita merasakan gejala ini dimana kulit menjadi berkerut-kerut, bahkan payudara berubah bentuk. Berkurangnya kehalusan dan kelenturan kulit sebagai akibat berkurangnya hormon estrogen dalam indung telur.

5) Rambut rontok

Pada masa menopause rambut menjadi putih, bertambah tipis dan mudah rontok. Sering juga ada keluhan otot-otot sakit. Gejala ini sebenarnya tidak dapat dihindari sesuai dengan proses penuaan.

6) Sulit tidur

Susah tidur dan sering terbangun mendadak di tengah malam. Keadaan ini bila berlanjut dapat menimbulkan kegelisahan. Sebenarnya keluhan ini merupakan gejala normal dalam proses menua, karena semakin tua seseorang maka makin berkurang kebutuhannya. Penggunaan obat tidur sebaiknya dihindari.

7) Gejala yang berhubungan dengan gairah seksual

Adanya perubahan gairah seksual dalam masa

menopause sangat bergantung pada pandangan- pandangan sosio budaya serta moral wanita tersebut. Gairah seksual dapat menurun atau bertambah. Pengurangan gairah seks sering disebabkan karena adanya anggapan bahwa sejak menopause identitas kewanitaan mereka berkurang, apalagi secara fisik terjadi perubahan disekitar organ intim, vagina terasa kering dan vulva menjadi tipis membuat hubungan seks terasa sakit sehingga para wanita akan menghindari hubungan intim.

Sebaliknya gairah seks yang meninggi disertai rasa kesepian dan kecewa karena merasa ditinggal oleh pasangan yang tetap sibuk dan tidak mengerti bahwa saat itu si istri sedang menghadapi masa rawan, dan ditambah karena rasa sepi ditinggalkan oleh anak-anak yang sudah besar. Seorang wanita pada usia menopause umumnya telah menyelesaikan ambisi dan cita-citanya serta tidak mungkin hamil dan hal ini dapat mendorong seorang wanita merasakan nikmat yang lebih besar ketika berhubungan intim (Berger, 1999).

b. Gejala Psikologik

Aspek psikologis yang terjadi pada lansia atau wanita menopause amat penting peranan dalam kehidupan sosial

lansia terutama dalam menghadapi masalah-masalah yang berkaitan dengan pensiun; hilangnya jabatan atau pekerjaan yang sebelumnya sangat menjadi kebanggaan sang lansia tersebut. Berbicara tentang aspek psikologis lansia dalam pendekatan eklektik holistik, sebenarnya tidak dapat dipisahkan antara aspek organ-biologis, psikologis, sosial, budaya dan spiritual dalam kehidupan lansia. Beberapa keluhan psikologis yang merupakan tanda dan gejala dari menopause yaitu:

1) Ingatan menurun

Gejala ini terlihat bahwa sebelum menopause wanita dapat mengingat dengan mudah, namun sesudah mengalami menopause terjadi kemunduran dalam mengingat, bahkan sering lupa pada hal-hal yang sederhana, padahal sebelumnya secara otomatis langsung ingat.

2) Kecemasan

Banyak ibu-ibu yang mengeluh bahwa setelah menopause dan lansia merasa menjadi pencemas. Kecemasan yang timbul sering dihubungkan dengan adanya kekhawatiran dalam menghadapi situasi yang sebelumnya tidak pernah dikhawatirkan. Misalnya kalau dulu biasa pergi sendirian ke luar kota sendiri, namun sekarang merasa cemas

dan khawatir, hal itu sering juga diperkuat oleh larangan dari anak-anaknya. Kecemasan pada Ibu-ibu lansia yang telah menopause umumnya bersifat relatif, artinya ada orang yang cemas dan dapat tenang kembali, setelah mendapatkan semangat/dukungan dari orang di sekitarnya; namun ada juga yang terus- menerus cemas, meskipun orang-orang disekitarnya telah memberi dukungan. Akan tetapi banyak juga ibu-ibu yang mengalami menopause namun tidak mengalami perubahan yang berarti dalam kehidupannya. Menopause rupanya mirip atau sama juga dengan masa pubertas yang dialami seorang remaja sebagai awal berfungsinya alat-alat reproduksi, dimana ada remaja yang cemas, ada yang khawatir namun ada juga yang biasa-biasa sehingga tidak menimbulkan gejala.

Adapun simtom-simtom psikologis adanya kecemasan bila ditinjau dari beberapa aspek, menurut Blackburn and Davidson (1999) dalam Saputra (2011) adalah sebagai berikut:

- a) Suasana hati yaitu keadaan yang menunjukkan ketidaktenangan psikis, seperti: mudah marah, perasaan sangat tegang.
- b) Pikiran yaitu keadaan pikiran yang tidak menentu,

seperti: khawatir, sukar konsentrasi, pikiran kosong, membesar-besarkan ancaman, memandang diri sebagai sangat sensitif, merasa tidak berdaya.

- c) Motivasi yaitu dorongan untuk mencapai sesuatu, seperti: menghindari situasi, ketergantungan yang tinggi, ingin melarikan diri, lari dari kenyataan.
- d) Perilaku gelisah yaitu keadaan diri yang tidak terkendali seperti: gugup, kewaspadaan yang berlebihan, sangat sensitif dan agitasi.
- e) Reaksi-reaksi biologis yang tidak terkendali, seperti: berkeringat, gemetar, pusing, berdebar-debar, mual, mulut kering.

Gangguan kecemasan dianggap berasal dari suatu mekanisme pertahanan diri yang dipilih secara alamiah oleh makhluk hidup bila menghadapi sesuatu yang mengancam dan berbahaya. Kecemasan yang dialami dalam situasi semacam itu memberi isyarat kepada makhluk hidup agar melakukan tindakan mempertahankan diri untuk menghindari atau mengurangi bahaya atau ancaman.

Menjadi cemas pada tingkat tertentu dapat dianggap sebagai bagian dari respon normal untuk mengatasi masalah

sehari-hari. Bagaimana juga, bila kecemasan ini berlebihan dan tidak sebanding dengan suatu situasi, hal itu dianggap sebagai hambatan dan dikenal sebagai masalah klinis.

3) Mudah tersinggung

Gejala ini lebih mudah terlihat dibandingkan kecemasan. Wanita lebih mudah tersinggung dan marah terhadap sesuatu yang sebelumnya dianggap tidak mengganggu. Ini mungkin disebabkan dengan datangnya menopause maka wanita menjadi sangat menyadari proses mana yang sedang berlangsung dalam dirinya. Perasaannya menjadi sangat sensitif terhadap sikap dan perilaku orang-orang di sekitarnya, terutama jika sikap dan perilaku tersebut dipersepsikan sebagai menyinggung proses penerimaan yang sedang terjadi dalam dirinya.

4) Stress

Tidak ada orang yang bisa lepas sama sekali dari rasa was-was dan cemas, termasuk para lansia menopause. Ketegangan perasaan atau stress selalu beredar dalam lingkungan pekerjaan, pergaulan sosial, kehidupan rumah tangga dan bahkan menyusup ke dalam tidur. Kalau tidak ditanggulangi stress dapat menyita energi, mengurangi produktivitas kerja dan menurunkan kekebalan terhadap

penyakit, artinya kalau dibiarkan dapat menggerogoti tubuh secara diam-diam.

Namun demikian stress tidak hanya memberikan dampak negatif, tapi bisa juga memberikan dampak positif. Apakah kemudian dampak itu positif atau negatif, tergantung pada bagaimana individu memandang dan mengendalikannya. Stress adalah suatu keadaan atau tantangan yang kapasitasnya diluar kemampuan seseorang oleh karena itu, stress sangat individual sifatnya.

Respon orang terhadap sumber stress sangat beragam, suatu rentang waktu bisa tiba-tiba jadi pencetus stress yang temporer. Stress dapat juga bersifat kronis misalnya konflik keluarga. Reaksi kita terhadap pencetus stress dapat digolongkan dalam dua kategori psikologis dan fisiologis.

Di tingkat psikologis, respon orang terhadap sumber stress tidak bisa diramalkan, sebagaimana perbedaan suasana hati dan emosi kita dapat menimbulkan beragam reaksi, mulai dari hanya ekspresi marah sampai akhirnya ke hal-hal lain yang lebih sulit untuk dikendalikan. Di tingkat psikologis, respon orang terhadap sumber stress ini tergantung pada beberapa faktor, termasuk keadaan emosi pada saat itu dan sikap orang itu dalam menanggapi stress

tersebut.

5) Depresi

Dari penelitian-penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat dan Eropa diperkirakan 9% s/d 26% wanita dan 5% s/d 12% pria pernah menderita penyakit depresi yang gawat di dalam kehidupan mereka. Setiap saat, diperkirakan bahwa 4,5% s/d 9,3% wanita dan 2,3% s/d 3,2% pria akan menderita karena gangguan ini. Dengan demikian secara kasar dapat dikatakan bahwa wanita dua kali lebih besar kemungkinan akan menderita depresi daripada pria.

Wanita yang mengalami depresi sering merasa sedih, karena kehilangan kemampuan untuk bereproduksi, sedih karena kehilangan kesempatan untuk memiliki anak, sedih karena kehilangan daya tarik. Wanita merasa tertekan karena kehilangan seluruh perannya sebagai wanita dan harus menghadapi masa tuanya.

Depresi dapat menyerang wanita untuk satu kali, kadang-kadang depresi merupakan respon terhadap perubahan sosial dan fisik yang sering kali dialami dalam fase kehidupan tertentu, akan tetapi beberapa wanita mungkin mengembangkan rasa depresi yang dalam yang tidak sesuai atau proporsional dengan lingkungan pribadi mereka dan

mungkin sulit dihindarkan.

Simtom biologis, ditandai dengan hilang nafsu makan atau nafsu makan bertambah, hilang hasrat seksual, tidur terganggu, gelisah. Sedangkan simtom-simtom psikologis adanya depresi bila ditinjau dari beberapa aspek, menurut Saputra (2011) adalah sebagai berikut:

- a) Suasana hati, ditandai dengan kesedihan, kecemasan, mudah marah.
- b) Berpikir, ditandai dengan mudah hilang konsentrasi, lambat dan kacau dalam berpikir, menyalahkan diri sendiri, ragu-ragu, harga diri rendah.
- c) Motivasi, ditandai dengan kurang minat bekerja dan menekuni hobi, menghindari kegiatan kerja dan sosial, ingin melarikan diri, ketergantungan tinggi pada orang lain.
- d) Perilaku gelisah terlihat dari gerakan yang lamban, sering mondar- mandir, menangis, mengeluh.

3. Upaya Menghadapi Menopause

Diperlukan berbagai kesiapan dalam menghadapi masa menopause, antara lain yaitu: Menyadari bahwa menopause merupakan hal yang yang sifatnya alamiah dimana semua

wanita akan melaluinya. Secara umum melalui wawancara yang efektif dan pendidikan tentang masa menopause diharapkan para wanita akan lebih tabah menghadapi (Lauritzen & Studd, 2001).

Perlunya bantuan keluarga (terutama suami dan anak-anak) untuk mendampingi dan memberikan dukungan saat sang isteri memasuki masa menopause. Jangan menyalahkan pasangan hidup jika terjadi masalah dalam perkawinan. Hadapilah, terimalah bahwa sebagian perubahan potensi seksual dan responsivitas itu tidak dapat dihindari. Tidak semua perubahan adalah buruk. Perlunya pengaturan diet makanan sehari-hari yang rendah lemak, tinggi serat, vitamin C dan Kalsium. Ambilah gaya hidup sehat tetaplah beraktivitas yang wajar dan berolah raga teratur.

Tingkatkan rasa percaya diri, kuatkan ikatan dalam keluarga. Perdalam hubungan dengan pasangan hidup, anak-anak, orang tua, kerabat serta teman. Pertimbangkan untuk melakukan pemeriksaan secara berkala, paling sedikit 6 bulan sekali. Hal ini penting untuk mengetahui dan mengobati adanya kelainan yang mungkin terjadi pada usia 40 tahun. Perhatian, kasih sayang dan pengertian yang dicurahkan keluarga, terutama pasangan hidup dan anak-

anak, dalam menghadapi saat-saat perubahan psikologis dan fisik yang tengah dialaminya dapat membantu mengatasi perubahan dengan cara lebih menyenangkan.

B. LATIHAN

Instruksi Untuk Diskusi Kelompok

1. Bentuk kelompok, masing-masing kelompok terdiri dari 2-3 orang mahasiswa.
2. Diskusikan dengan kelompok, masalah pada masa menopause dan upaya mengatasinya

C. RANGKUMAN

Proses menuju dan menjalani masa menopause terkadang membuat terjadinya emosi negatif dari seorang wanita. Merasa kesepian karena kurangnya perhatian dari anak-anak yang sudah besar, dan pasangan yang juga memiliki kegiatan lainnya sehingga mempengaruhi kondisi psikologis dari wanita tersebut. Sebagian wanita melihat menopause sebagai satu masa yang patut disesalkan, tetapi sebagian lagi melihatnya sebagai suatu kelegaan yang disambut hangat dari tuntutan biologis yang tidak dibutuhkan lagi oleh tubuh. Dengan semakin majunya

pengetahuan para wanita dan juga pelayanan kesehatan klimakterium dan menopause diharapkan seorang wanita akan tetap sehat dan produktif serta memiliki kehidupan yang berkualitas di sepanjang masa.

D. TES FORMATIF

1. Seorang wanita berusia 50 tahun mengalami menstruasi yang tidak teratur dan *hot flushes*. Menurut Anda, wanita ini berada pada masa...
 - a. Premenopause
 - b. Menopause
 - c. Pasca menopause
 - d. Senium
 - e. Prasenium
2. Hormon yang tidak diproduksi lagi oleh tubuh ketika mengalami menopause, yaitu...
 - a. Estrogen
 - b. Testosteron
 - c. Progesterone
 - d. Prostaglandin
 - e. Luteinizing hormone

3. Gangguan kecemasan menurut Blackburn dan Davidson antara lain yaitu...
 - a. Keadaan pikiran yang tidak menentu
 - b. Mudah tersinggung
 - c. Depresi
 - d. Stress
 - e. Sulit bergaul
4. Wanita dengan usia 50 tahun dan mengalami kemunduran dalam hal mengingat, bahkan sering lupa pada hal-hal yang sederhana. Hal ini biasanya terjadi pada masa...
 - a. Premenopause
 - b. Menopause
 - c. Pasca menopause
 - d. Senium
 - e. Prasenium
5. Yang termasuk ke dalam upaya menghadapi menopause adalah...
 - a. Diet rendah lemak, tinggi serat, vitamin C, dan kalsium
 - b. Menjalannya secara mandiri
 - c. Menyalahkan orang lain
 - d. Tidak menerima kondisi tersebut

e. Berteman dengan wanita-wanita muda

E. DAFTAR PUSTAKA

Prawiro, H., S. (1997). *Imu Kebidanan*. Jakarta: YBPSP, UI.

Rahayu, A., Noor, M.S., Yulidasari, F., Rahman, F., & Putri, A.O. (2017). *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia*. Airlangga University Press, Surabaya.

Saifuddin, A., B., dkk. (2002). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal*. Jakarta: YBPSP.

Saifuddin, A., B., et.al. (2000). *Buku Acuan Nasional Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: YBPSP.

MODUL 12

PROGRAM PENCEGAHAN PENULARAN HIV DARI IBU KE ANAK

A. PENDAHULUAN

Ibu rumah merupakan populasi non kunci dalam penularan HIV-AIDS yang saat ini perlu menjadi salah satu prioritas dalam program pencegahan penularan infeksi HIV. Hal ini berkenaan jika pada penularan yang terjadi pada ibu rumah tangga maka dapat berpotensi besar menularkan kepada anaknya. Oleh karena itu terdapat suatu program pencegahan penularan HIV dari ibu kepada anak (PPIA) yang terintegrasi dengan layanan KIA di fasilitas layanan kesehatan, agar mempermudah skrining pada ibu hamil yang memiliki risiko untuk tertular HIV.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu memahami konsep program PPIA.

2. Tujuan Instruksional Khusus
 - a. Mahasiswa mampu menguraikan tentang target percepatan upaya akselerasi berakhirnya epidemi HIV-AIDS.
 - b. Mahasiswa mampu menguraian tentang analisis situasi HIV-AIDS di Indonesia.
 - c. Mahasiswa mampu menguraikan tentang konsep program PPIA.

KEGIATAN BELAJAR

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Target Percepatan Eliminasi Kasus HIV AIDS

Upaya akselerasi atau percepatan dalam eliminasi kasus HIV AIDS merupakan upaya yang dilaksanakan untuk peningkatan layanan HIV yang efektif dalam rentang waktu 5 tahunan. Upaya ini merupakan percepatan laju terhadap implementasi, fokus, dan perubahan baik di tingkat global, regional, negara, provinsi, kabupaten, dan kota. Dengan target pencapaian yang cukup besar diharapkan dapat meningkatkan upaya pencegahan HIV AIDS dan perluasan layanan perawatan, dukungan, dan pengobatan (PDP) melalui

berbagai inovasi, melihat kebutuhan dan perspektif dari komunitas populasi kunci (ponci), mempertimbangkan hambatan dalam bentuk kondisi sosial dan kebijakan, serta lebih berpihak kepada kesetaraan gender dan HAM (UNAIDS, 2015).

Fokus dalam pencapaian target tersebut adalah cakupan layanan, dampak, serta penghapusan diskriminasi. Oleh karena itu penjabaran dari al-hal yang ingin dicapai dalam target antara lain (UNAIDS, 2015).

- a. Di tahun 2030, persentase ODHIV yang sudah mengetahui status HIV mereka sebesar 95%, kemudian sebesar 95% ODHIV yang telah mengetahui statusnya telah menjalankan pengobatan ARV, dan sebesar 95% ODHIV yang telah menjalankan pengobatan ARV mengalami supresi jumlah virus HIV. Hal ini juga disebut sebagai target 95-95-95.
- b. Pengurangan jumlah penularan infeksi HIV menjadi 200.000 di tahun 2030, dengan fokus pada populasi berisiko, seperti laki-laki yang berhubungan seks dengan laki-laki (LSL), waria, pekerja seks, pengguna narkoba suntik (penasun), dan narapidana.

- c. Bebas stigma dan diskriminasi untuk teman-teman ODHIV.
- d. Pencapaian dan keberlanjutan upaya eliminasi penularan infeksi HIV pada anak.

Sejalan dengan target global untuk mengakhiri epidemi AIDS pada tahun 2030, maka Indonesia telah menetapkan untuk mencapai 90-90-90 dan *three zero/3.0* HIV AIDS dan IMS pada tahun 2020-2024. Terdapat enam strategi pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan IMS yaitu (Kementerian Kesehatan, 2020):

- a. Penguatan komitmen dari kementerian/lembaga yang terkait di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota,
- b. Peningkatan dan perluasan akses masyarakat pada layanan skrining, diagnostik dan pengobatan HIV AIDS dan IMS yang komprehensif dan bermutu,
- c. Penguatan program pencegahan dan pengendalian HIV AIDS dan IMS berbasis data dan dapat dipertanggungjawabkan,
- d. Penguatan kemitraan dan peran serta masyarakat termasuk pihak swasta, dunia usaha, dan multisektor lainnya baik di tingkat nasional maupun internasional,

- e. Pengembangan inovasi program sesuai kebijakan pemerintah, dan
- f. Penguatan manajemen program melalui monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut.

Adapun tujuan program Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan IMS pada tahun 2020-2024 secara nasional yaitu:

- a. Menurunkan infeksi baru HIV
- b. Menurunkan kematian yang diakibatkan oleh AIDS
- c. Meniadakan diskriminasi terhadap ODHIV
- d. Menurunkan penularan infeksi baru HIV, Sifilis, dan atau Hepatitis B pada bayi
- e. Menurunkan infeksi baru Sifilis

Dalam rangka menuju eliminasi HIV di Indonesia tahun 2030 maka ada tiga target dampak (*impact*) yang hendak dicapai pada tahun 2024, yaitu:

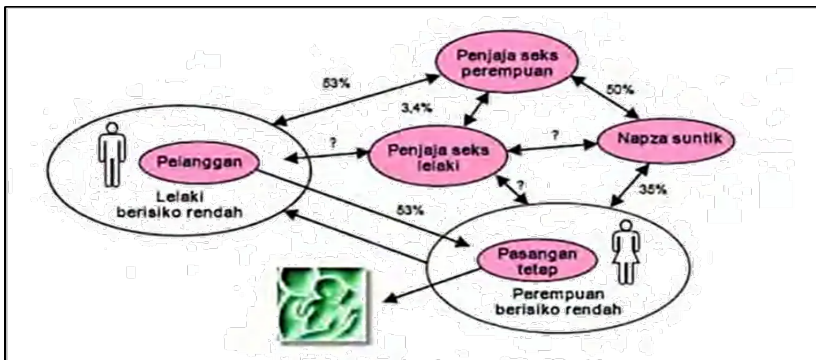
- a. Infeksi baru HIV berkurang menjadi 0,18 per 1000 penduduk
- b. Infeksi baru HIV dan Sifilis pada anak mencapai kurang dari atau sama dengan 50/100.000 pada tahun 2022
- c. Infeksi Sifilis menjadi 5,3 per 1.000 penduduk tidak terinfeksi atau penurunan 30% di tahun 2024.

2. Analisis Situasi HIV AIDS di Indonesia

a. Kaskade Kasus HIV AIDS

Pola penularan HIV AIDS di dunia pada awal perkembangannya terjadi pada kelompok homoseksual. Hal ini menimbulkan penilaian bahwa AIDS adalah penyakit orang yang mempunyai perilaku seks menyimpang. Hal tersebut tidak terjadi di Indonesia yaitu penularan HIV AIDS didominasi oleh hubungan seks heteroseksual bukan homoseksual seperti yang menjadi stigma selama ini. HIV AIDS dapat mengenai siapapun. Pada awalnya kasus HIV ditemukan di kalangan sub populasi risiko tinggi. Dalam perkembangannya ditemukan kasus-kasus HIV pada kelompok ibu rumah tangga yang tidak berperilaku risiko tinggi dan hanya melakukan hubungan seksual dengan suaminya. Pola penularan berubah saat ditemukan kasus seorang ibu yang sedang hamil diketahui terinfeksi HIV dan bayi yang dilahirkan ternyata juga positif terinfeksi HIV. berarti telah terjadi penambahan pola penularan HIV AIDS dari ibu kepada bayi yang dikandungnya atau disebut sebagai penularan vertikal, di samping penularan melalui hubungan seks (Kementerian Kesehatan, 2010).

Tren penularan HIV di Indonesia merupakan pola epidemi terkonsentrasi yaitu penularan terbatas pada sub populasi berisiko saja. Sehingga perluasan penularan lebih banyak terjadi dari sub populasi berisiko pada pasangan seksual atau keturunannya. Berikut merupakan pola jejaring penularan HIV yang terjadi di Indonesia (Kementerian Kesehatan, 2010).



Gambar 13. Jejaring Perilaku Penularan HIV di Indonesia
 Sumber: Laporan Survei Surveilans Perilaku Tertular HIV 2004-2005, Depkes RI & BPS

Indonesia memiliki pola epidemi HIV yang kompleks dengan sebaran wilayah yang luas serta jumlah penduduk yang besar. Meskipun cenderung fluktuatif, data kasus HIV AIDS di Indonesia terus meningkat dari tahun ke tahun. Seperti pada gambar di bawah ini, terlihat bahwa selama sebelas tahun terakhir jumlah kasus HIV di Indonesia

mencapai puncaknya pada tahun 2019, yaitu sebanyak 50.282 kasus. Untuk kasus AIDS tertinggi selama sebelas tahun terakhir pada tahun 2013, yaitu 12.214 kasus (Kementerian Kesehatan, 2020).

Terdapat lebih dari 260 juta jiwa penduduk yang tersebar di 514 kabupaten/kota dimana 90% diantaranya telah melaporkan kasus HIV dan AIDS sehingga memiliki tantangan tersendiri dalam Pengendalian HIV. Diperkirakan terdapat 543.100 orang dengan HIV dan AIDS (ODHIV) di tahun 2020. Hingga akhir tahun 2020 dilaporkan 419.551 ODHIV mengetahui statusnya terinfeksi HIV dan 129.740 ODHIV (26% dari total estimasi ODHIV tahun 2020) sedang dalam pengobatan ARV. Sedangkan untuk kasus HIV yang dilaporkan dari 3.845.267 orang yang dites HIV adalah sebanyak 41.987 orang, dan 32.925 orang mendapat pengobatan ARV (Kementerian Kesehatan, 2020, 2021).

b. Kaskade Kasus HIV AIDS pada Ibu dan Anak di Indonesia

Kasus AIDS menurut pekerjaan/status yaitu pada ibu rumah tangga di tahun 2020 merupakan kedua tertinggi di antara seluruh pekerjaan/status, yaitu 18.682 setelah tenaga

kerja/karyawan yaitu 21.015 kasus. Di bawah ini merupakan kaskade kasus ibu hamil dan bayi yang melakukan pemeriksaan HIV, terdiagnosa HIV positif, atau sifilis (Kementerian Kesehatan, 2021).

- 1) Jumlah ibu hamil berkunjung pertama kali ke ANC sebanyak 804.520 orang.
- 2) Jumlah ibu hamil dites HIV sebanyak 2.404.754 orang.
- 3) Jumlah ibu hamil HIV positif sebanyak 6.094 orang.
- 4) Jumlah ibu hamil HIV positif mendapat ART sebanyak 1.816 orang.
- 5) Jumlah ibu hamil dites sifilis sebanyak 753.669 orang.
- 6) Jumlah ibu hamil yang positif sifilis sebanyak 4.198 orang.
- 7) Jumlah ibu hamil sifilis yang diobati sebanyak 2.098 orang.
- 8) Jumlah bayi dari ibu ODHIV mendapat profilaksis ARV sebanyak 466 bayi.
- 9) Jumlah bayi dari ibu ODHIV dites diagnostik dini HIV sebanyak 998 bayi.
- 10) Jumlah bayi HIV positif sebanyak 67 bayi.

Berikut merupakan berbagai tabel mengenai kaskade kasus HIV dan Sifilis pada ibu dan anak dari tahun 2017-2020 (Kementerian Kesehatan, 2021):

Tabel 8. Kaskade Ibu Hamil yang Mendapatkan Pengobatan ARV

Periode	Bumil Dites HIV	Bumil HIV Positif	Bumil Masuk Perawatan HIV dan ART	Bumil Mulai ART
2017	1.357.255	3.873	1.972	1.536
2018	1.805.993	5.074	2.366	1.818
2019	2.370.473	6.439	2.374	1.954
2020	2.404.754	6.094	2.211	1.816

Kaskade ibu hamil pada kasus HIV mengalami peningkatan di empat tahun terakhir, namun yang memulai pengobatan ARV masih belum mendekati jumlah keseluruhan ibu hamil yang positif HIV.

Tabel 9. Kaskade Bayi Lahir Hidup dari Ibu HIV

Periode	Bayi yang lahir hidup dari bumil ODHIV	Bayi lahir hidup dari Bumil ODHIV yang mendapat profilaksis ARV	Bayi lahir hidup dari Bumil ODHIV yang mendapat Pemantauan EID	Bayi Tidak Terdeteksi HIV	Bayi Terdeteksi HIV	Bayi HIV Positif yang mendapat ART
2017	785	702	N.A	N.A	N.A	179
2018	651	548	N.A	N.A	N.A	151
2019	691	614	1.250	1.127	123	169
2020	498	466	973	909	64	158

Jumlah bayi yang lahir hidup dari ibu hamil ODHIV dan yang langsung diberikan profilaksis cukup tinggi sehingga kebanyakan bayi tersebut tidak terdeteksi HIV atau tidak tertular infeksi HIV dari ibunya.

Tabel 10. Kaskade Sifilis Ibu Hamil

Periode	Bumil Dites Sifilis	Bumil Sifilis Positif	Bumil Sifilis Diobati
2017	87.418	2.784	758
2018	214.179	3.081	1.593
2019	423.377	4.937	2.909
2020	753.669	4.198	2.098

Hanya ditemukan sedikit kejadian kasus sifilis pada ibu hamil yang telah dites, namun yang menjalani pengobatan hanya sejumlah setengah dari jumlah yang positif.

3. Program Pencegahan Penularan HIV dari Ibu kepada Anak (PPIA)

a. Risiko Penularan HIV dari Ibu kepada Anak

Penyakit menular seperti infeksi HIV, Sifilis, dan Hepatitis B adalah penyakit yang dapat ditularkan dari ibu yang terinfeksi ke anaknya selama kehamilan, persalinan, dan

menyusui, serta menyebabkan kesakitan, kecacatan dan kematian, sehingga berdampak buruk pada kelangsungan dan kualitas hidup anak. Namun demikian, hal ini dapat dicegah dengan intervensi sederhana dan efektif berupa deteksi dini (skrining) pada saat pelayanan antenatal, penanganan dini, dan imunisasi (Kementerian Kesehatan, 2015).

Infeksi HIV, Sifilis, dan Hepatitis B pada anak lebih dari 90% tertular dari ibunya. Prevalensi infeksi HIV, Sifilis dan Hepatitis B pada ibu hamil berturut-turut 0,3%, 1,7% dan 2,5%. Risiko penularan dari ibu ke anak untuk HIV adalah 20%-45%, untuk Sifilis adalah 69-80%, dan untuk Hepatitis B adalah lebih dari 90% (Kementerian Kesehatan, 2017).

Saat hamil, sirkulasi darah janin dan sirkulasi darah ibu dipisahkan oleh beberapa lapis sel yang terdapat di plasenta. Plasenta yang melindungi janin dari infeksi HIV. Tetapi jika terjadi peradangan, infeksi, ataupun kerusakan pada plasenta, maka HIV bisa menembus plasenta, sehingga terjadi penularan HIV dari ibu kepada anak. Penularan HIV dari ibu ke anak pada umumnya terjadi pada saat persalinan dan pada saat menyusui (Kementerian Kesehatan, 2013).

Tabel 11. Waktu dan Risiko Penularan HIV dari Ibu ke Anak

Waktu	Risiko
Selama hamil	5-10%
Bersalin	10-20%
Menyusui (ASI)	5-20%
Risiko penularan keseluruhan	20-50%

Risiko penularan HIV dari ibu ke anak tanpa upaya pencegahan atau intervensi berkisar antara 20-50% (Tabel 10). Dengan pelayanan pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak yang baik, **risiko penularan dapat diturunkan menjadi kurang dari 2%** (Menteri Kesehatan, 2015).

Faktor utama yang berpengaruh dalam hal penularan HIV dari ibu ke anak, yaitu faktor ibu, bayi/anak, dan tindakan obstetrik (Kementerian Kesehatan, 2013, 2017):

- 1) Faktor Ibu
 - a) Jumlah virus (*viral load*)

Jumlah virus HIV dalam darah ibu saat menjelang atau saat persalinan dan jumlah virus dalam air susu ibu ketika ibu menyusui bayinya sangat mempengaruhi penularan HIV dari ibu ke anak. Risiko penularan HIV menjadi sangat kecil

jika kadar HIV rendah (kurang dari 1.000 kopi/ml) dan sebaliknya jika kadar HIV di atas 100.000 kopi/ml. Jumlah sel CD4 Ibu dengan jumlah sel CD4 rendah lebih berisiko menularkan HIV ke bayinya. Semakin rendah jumlah sel CD4 risiko penularan HIV semakin besar.

b) Status gizi selama hamil

Berat badan rendah serta kekurangan vitamin dan mineral selama hamil meningkatkan risiko ibu untuk menderita penyakit infeksi yang dapat meningkatkan jumlah virus dan risiko penularan HIV ke bayi.

c) Penyakit infeksi selama hamil

Penyakit infeksi seperti sifilis, infeksi menular seksual, infeksi saluran reproduksi lainnya, malaria, dan tuberkulosis, berisiko meningkatkan jumlah virus dan risiko penularan HIV ke bayi.

d) Gangguan pada payudara

Gangguan pada payudara ibu dan penyakit lain, seperti mastitis, abses, dan luka di puting payudara dapat meningkatkan risiko penularan HIV melalui ASI.

2) Faktor Bayi

a) Usia kehamilan dan berat badan bayi saat lahir

Bayi lahir prematur dengan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) lebih rentan tertular HIV karena sistem organ dan sistem kekebalan tubuhnya belum berkembang dengan baik.

b) Periode pemberian ASI, semakin lama ibu menyusui, risiko penularan HIV ke bayi akan semakin besar.

c) Adanya luka di mulut bayi, bayi dengan luka di mulutnya lebih berisiko tertular HIV ketika diberikan ASI.

3) Faktor obstetrik

Pada saat persalinan, bayi terpapar darah dan lendir ibu di jalan lahir. Faktor obstetrik yang dapat meningkatkan risiko penularan HIV dari ibu ke anak selama persalinan adalah:

a) Jenis persalinan, risiko penularan persalinan per vaginam lebih besar daripada persalinan melalui bedah sesar (*sectio caesaria*).

b) Lama persalinan, semakin lama proses persalinan berlangsung, risiko penularan HIV dari ibu ke anak

semakin tinggi, karena semakin lama terjadinya kontak antara bayi dengan darah dan lendir ibu.

- c) Ketuban pecah lebih dari 4 jam sebelum persalinan meningkatkan risiko penularan hingga dua kali lipat dibandingkan jika ketuban pecah kurang dari 4 jam.
- d) Tindakan episiotomi, ekstraksi vakum dan forseps meningkatkan risiko penularan HIV karena berpotensi melukai ibu atau bayi.

Ringkasan tentang faktor yang berperan dalam penularan HIV dari ibu ke bayi tercantum di dalam tabel 12 berikut (Kementerian Kesehatan, 2013):

Tabel 12. Faktor yang Berperan dalam Penularan HIV dari Ibu ke Bayi

Faktor Ibu	Faktor Bayi	Faktor Obstetrik
<ul style="list-style-type: none"> • Kadar HIV (<i>viral load</i>) • Kadar CD4 • Status gizi saat hamil • Penyakit infeksi saat hamil • Masalah di payudara (jika menyusui) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prematuritas dan berat bayi saat lahir • Lama menyusui • Luka di mulut bayi (jika bayi menyusui) 	<ul style="list-style-type: none"> • Jenis persalinan • Lama persalinan • Adanya ketuban pecah dini • Tindakan episiotomi, ekstraksi vakum dan forseps

b. Bentuk Program

a. Pencegahan Penularan HIV dari Ibu kepada Anak

Upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA) telah dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 2004, khususnya di daerah dengan tingkat epidemi HIV tinggi. PPIA merupakan bagian dari upaya pengendalian HIV-AIDS dan IMS lainnya melalui pelayanan KIA. Pada saat itu, upaya yang dilakukan terfokus pada penyusunan pedoman nasional, penyusunan modul pelatihan, pelatihan PPIA, pembentukan jejaring pelayanan dan memulai pembenahan sistem pencatatan dan pelaporan, dan fokus pemeriksaan HIV dilaksanakan pada ibu hamil hanya dilakukan pada ibu dengan perilaku berisiko (Kementerian Kesehatan, 2015).

Sebagai akibat dari adanya stigma dan perilaku diskriminatif di lingkungan kesehatan pada awal upaya PPIA, serta kurangnya perhatian dan dukungan dari pengelola program, maka pengembangan program berjalan lambat. Hingga akhir tahun 2011 baru terdapat 94 layanan PPIA (Kemenkes, 2011), yang baru menjangkau sekitar 7% dari perkiraan jumlah ibu hamil yang memerlukan layanan PPIA. Untuk perluasan jangkauan dan akses layanan bagi masyarakat, Program PPIA juga dilaksanakan oleh beberapa

lembaga masyarakat. Peningkatan akses program dan pelayanan PPIA selanjutnya ditingkatkan untuk mengendalikan penularan HIV dari ibu ke anak, seiring dengan semakin banyak ditemukan ibu hamil dengan HIV. Pada tahun 2013 Kementerian Kesehatan mengeluarkan Surat Edaran Menteri Kesehatan No 001/GK/2013 tentang Layanan PPIA yang disertai dengan Rencana Aksi Nasional (RAN) PPIA 2013-2017. Dengan terbitnya surat edaran tersebut, kegiatan PPIA diintegrasikan ke dalam pelayanan KIA, KB dan konseling remaja (Kementerian Kesehatan, 2015).

Layanan PPIA atau *prevention of mother-to child transmission* (PMTCT) diintegrasikan dengan paket layanan KIA, KB, kesehatan reproduksi, dan kesehatan remaja di setiap jenjang pelayanan kesehatan dalam strategi Layanan Komprehensif Berkesinambungan (LKB) HIV dan AIDS. Kebijakan Program Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anak meliputi (Kementerian Kesehatan, 2013):

- a) PPIA dilaksanakan oleh seluruh fasilitas pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta sebagai

bagian dari LKB dan menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif.

- b) PPIA diprioritaskan pada daerah dengan epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi, sedangkan upaya pencegahan IMS dapat dilaksanakan di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan rujukan tanpa melihat tingkat epidemi HIV.
- c) Memaksimalkan kesempatan tes HIV dan IMS bagi perempuan usia reproduksi (seksual aktif), ibu hamil dan pasangannya dengan penyediaan tes diagnosis cepat HIV dan IMS; memperkuat jejaring rujukan layanan HIV dan IMS (termasuk akses pengobatan ARV); dan pengintegrasian kegiatan PPIA ke layanan KIA, KB, kesehatan reproduksi, dan kesehatan remaja.
- d) Pendekatan intervensi struktural, dengan melibatkan masyarakat dan pemangku kepentingan dalam bentuk advokasi sektor terkait untuk peningkatan kapasitas dan pengembangan kebijakan yang mendukung pelaksanaan program.
- e) Peran aktif berbagai pihak termasuk mobilisasi masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan pengembangan upaya PPIA.

Pengembangan strategi implementasi PPIA merupakan bagian dari tujuan utama penanggulangan HIV dan AIDS, yaitu untuk menurunkan kasus HIV serendah mungkin dengan menurunnya jumlah infeksi HIV baru, mengurangi stigma dan diskriminasi, serta menurunnya kematian akibat AIDS (*Getting to Zero*). Pelaksanaan PPIA perlu memperhatikan hal-hal berikut (Menteri Kesehatan, 2013):

- a) Semua perempuan yang datang ke pelayanan KIA, KB, kesehatan reproduksi, dan kesehatan remaja bisa mendapatkan informasi terkait reproduksi sehat, penyakit IMS/HIV, dan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak selama masa kehamilan dan menyusui.
- b) Tes HIV, skrining IMS dan tes sifilis merupakan pemeriksaan yang wajib ditawarkan kepada semua ibu hamil pada daerah epidemi HIV meluas dan terkonsentrasi yang datang ke layanan KIA/KB. Di layanan KIA tes HIV, skrining IMS dan tes sifilis ditawarkan sebagai bagian dari paket perawatan antenatal terpadu, mulai kunjungan antenatal pertama hingga menjelang persalinan. Apabila ibu menolak untuk dites HIV, petugas dapat melaksanakan konseling pra-tes

HIV atau merujuk ke layanan konseling dan testing sukarela.

- c) Konseling pasca tes bagi ibu yang hasil tesnya positif sedapatnya dilaksanakan bersamaan (*couple counselling*), termasuk pemberian kondom sebagai alat pencegahan penularan IMS dan HIV di fasilitas pelayanan kesehatan.
- d) Perlu partisipasi laki-laki dalam mendukung keberhasilan PPIA.

Dalam hal pelaksanaan tes HIV pada ibu hamil harus didasarkan pada kategori epidemi HIV-AIDS di situasi daerah, dan karena upaya pencegahan sifilis kongenital diintegrasikan, maka tes sifilis pun mengikuti kebijakan yang sama (Kementerian Kesehatan, 2015).

- a) Daerah epidemi meluas dan terkonsentrasi: tes HIV dan sifilis dilakukan untuk **semua ibu hamil** bersamaan dengan pemeriksaan rutin lainnya pada layanan antenatal terpadu, di setiap kunjungan, mulai kunjungan pertama (K1) hingga menjelang persalinan.
- b) Daerah epidemi rendah: tes HIV dan sifilis dilakukan untuk **ibu hamil dengan indikasi adanya perilaku berisiko, keluhan/gejala IMS atau infeksi oportunistik (khususnya TB)**, bersama pemeriksaan

rutin lainnya pada layanan antenatal terpadu, di setiap kunjungan mulai kunjungan pertama (K1) hingga menjelang persalinan.

Berikut merupakan tabel penentuan status epidemi HIV di suatu daerah:

Tabel 13. Penentuan Status Epidemi HIV

Prevalensi Kasus HIV pada Populasi Umum atau Ibu Hamil	Prevalensi Kasus HIV pada Populasi Umum Risiko Tinggi	Status Epidemi HIV
< 1%	< 5%	Rendah
< 1%	≥ 5%	Terkonsentrasi
≥ 1%	(Biasanya ≥ 5%)	Meluas

b. Eliminasi Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B (Triple Eliminasi)

Sebagai bentuk tanggung jawab negara dalam menjamin kelangsungan hidup anak maka perlu dilakukan upaya untuk memutus rantai penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B melalui Eliminasi Penularan. Upaya eliminasi penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dilakukan secara bersama-sama karena memiliki pola penularan yang relatif sama, yaitu ditularkan melalui hubungan seksual, pertukaran/kontaminasi darah, dan secara vertikal dari ibu ke anak. Eliminasi Penularan HIV,

Sifilis, dan Hepatitis B bersama-sama atau yang sering disebut “*triple eliminasi*” ini dilakukan untuk memastikan bahwa sekalipun ibu terinfeksi HIV, Sifilis, dan/atau Hepatitis B sedapat mungkin tidak menular ke anaknya (Kementerian Kesehatan, 2017).

Berikut merupakan alur deteksi dini HIV, Sifilis, dan Hepatitis B melalui pelayanan antenatal terpadu.



Gambar 14. Alur Deteksi Dini HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari Ibu Hamil dalam Pelayanan Antenatal Terpadu

Berdasarkan gambar skema ini terlihat bahwa pintu masuk upaya Eliminasi Penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B adalah pemeriksaan *Rapid Diagnostic Test* (RDT) pada kunjungan antenatal ibu hamil yang dilakukan bersama-sama secara inklusif dengan pemeriksaan laboratorium rutin lainnya pada ibu hamil yaitu golongan darah dan Hb, disertai malaria untuk daerah endemis, protein dari urin dan sputum dahak untuk basil tahan asam (BTA) tuberkulosis bila ada indikasi batuk atau B3B.

Hasil yang diharapkan pada deteksi dini Eliminasi Penularan adalah hasil yang negatif sehingga upaya lanjut yang dilakukan adalah mempertahankan ibu hamil tersebut tetap negatif. Deteksi dini pada kehamilan ini dapat diulang pada ibu hamil dan pasangan seksualnya minimal 3 bulan kemudian atau menjelang persalinan, atau apabila ditemukan indikasi atau kecurigaan (Menteri Kesehatan, 2015).

Penyelenggaraan Eliminasi Penularan dilakukan melalui kegiatan promosi kesehatan, surveilans kesehatan, deteksi dini, dan/atau penanganan kasus (Menteri Kesehatan, 2015).

a) Promosi Kesehatan

Kegiatan promosi kesehatan dilaksanakan dengan strategi advokasi, pemberdayaan masyarakat, dan kemitraan, yang ditujukan untuk:

- i meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang manfaat deteksi dini penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B secara inklusif terpadu dalam pelayanan antenatal sejak awal kunjungan pemeriksaan trimester pertama (K1).
- ii meningkatkan pengetahuan dan tanggung jawab ibu hamil sampai menyusui, pasangan seksual, keluarga, dan masyarakat perihal kesehatan dan keselamatan anak, termasuk perilaku hidup bersih dan sehat serta pemberian makanan pada bayi.
- iii meningkatkan peran serta masyarakat untuk turut serta menjaga keluarga sehat sejak dari kehamilan.

b) Surveilans Kesehatan

Surveilans kesehatan pada program Eliminasi Penularan ini dilaksanakan dengan melakukan pencatatan, pelaporan, dan analisis terhadap data ibu hamil dan anak yang terinfeksi HIV, Sifilis, dan/atau Hepatitis B yang digunakan sebagai dasar pelaksanaan Eliminasi Penularan.

Pencatatan, pelaporan, dan analisis data tersebut dapat menggunakan sistem informasi.

c) Deteksi Dini

Pada Eliminasi Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B dari ibu ke anak, deteksi dini penularan infeksi hanya dapat diketahui dengan pemeriksaan laboratorium sampel darah pada ibu hamil dan deteksi dini pada bayi yang dilahirkan oleh ibu terinfeksi HIV, Sifilis dan Hepatitis B. Pemeriksaan laboratorium sebagai deteksi dini Eliminasi Penularan dilakukan secara inklusif bersama pemeriksaan rutin lainnya yang dilakukan pada ibu hamil sesuai dengan T8 pada pelayanan antenatal terpadu lengkap. Untuk mewujudkan deteksi dini yang paripurna maka dilakukan: 1) Deteksi dini kehamilan dalam pelayanan antenatal terpadu berkualitas dan lengkap dilaksanakan oleh tenaga kesehatan di setiap fasilitas pelayanan kesehatan., dan 2) Deteksi dini risiko infeksi HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dilakukan melalui pemeriksaan darah paling sedikit 1 (satu) kali pada masa kehamilan.

Bentuk kegiatan lain yang dilakukan dalam program Eliminasi Penularan HIV, Sifilis, dan Hepatitis B dari ibu ke

anak yaitu tahapan akses terbuka, praeliminasi penularan, eliminasi penularan, dan pemeliharaan. Kegiatan yang dilakukan pada peta jalan sebagai berikut (Menteri Kesehatan, 2015):

a) Akses terbuka

Tahap akses terbuka dilakukan dalam kurun waktu 2018-2019. Pada tahap ini dibuka akses seluas-luasnya bagi setiap ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan antenatal terpadu lengkap yaitu timbang berat badan dan ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, nilai status gizi, ukur tinggi fundus uteri, tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ), skrining status imunisasi Tetanus dan berikan imunisasi Tetanus difteri (Td), pemberian tablet tambah darah (tablet besi), tes laboratorium, tatalaksana/penanganan kasus, dan temu wicara (konseling). Dalam pelaksanaan Eliminasi Penularan, tes laboratorium yang merupakan bagian dalam pelayanan antenatal terpadu dilakukan secara inklusif bersama-sama meliputi pemeriksaan tes kehamilan (HCG), golongan darah, kadar hemoglobin darah (Hb), HIV, Sifilis, Hepatitis B, Malaria (untuk daerah endemis) glukoprotein urin, dan Basil Tahan Asam (BTA) bagi yang dicurigai tuberkulosis.

Tahap akses terbuka dilakukan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) yang memiliki kemampuan optimal dalam melakukan deteksi dini. Dalam pelaksanaan tersebut harus dilakukan pencatatan dan pelaporan untuk mendapatkan kondisi umum surveilans berbasis layanan.

b) Tahap Praeliminasi penularan

Tahap PraEliminasi Penularan dilakukan dalam kurun waktu tahun 2020-2021. Pada tahap PraEliminasi Penularan kegiatan pada tahap sebelumnya tetap dilakukan dan dimulai penilaian Eliminasi Penularan.

c) Tahap Eliminasi Penularan

Tahap Eliminasi Penularan dicapai pada tahun 2022. Pada tahap Eliminasi Penularan, kegiatan pada tahap sebelumnya tetap dilakukan dan penilaian terhadap pelaksanaan Eliminasi Penularan dilakukan dengan lebih menyeluruh dengan menghitung akses pelayanan antenatal terpadu secara lengkap dan menghitung jumlah bayi terinfeksi dibandingkan total bayi lahir hidup.

d) Tahap Pemeliharaan

Tahap pemeliharaan dilakukan pada kurun waktu tahun 2023-2025. Pada tahap pemeliharaan harus mempertahankan dan meningkatkan cakupan daerah Eliminasi Penularan, memastikan seluruh daerah kabupaten/kota maupun provinsi yang menyatakan eliminasi HIV, Sifilis dan Hepatitis B mampu mempertahankan pelayanan kesehatan optimal, mencatat dan melaporkan serta mendapatkan kondisi umum surveilans berbasis layanan sesuai ketentuan. Sasaran intervensi kegiatan dalam tahap ini adalah individu kasus positif, khususnya kasus ibu hamil warga Negara Indonesia yang terinfeksi yang datang dari luar wilayah/negara. Surveilans dan kohort layanan telah terlaksana dengan baik.

Keseluruhan kegiatan tersebut memiliki indikator pencapaian target yaitu (Menteri Kesehatan, 2015):

- a. HIV: Pengurangan jumlah kasus infeksi baru HIV pada bayi baru lahir dengan tolok ukur =50 kasus anak terinfeksi HIV per 100.000 kelahiran hidup.

- b. Sifilis: Pengurangan jumlah kasus infeksi baru Sifilis pada bayi baru lahir dengan tolok ukur =50 kasus anak terinfeksi Sifilis per 100.000 kelahiran hidup.
- c. Hepatitis B: Pengurangan jumlah kasus infeksi baru Hepatitis B pada bayi baru lahir dengan tolok ukur = 50 kasus anak terinfeksi Hepatitis B per 100.000 kelahiran hidup.

c. Kegiatan (Prong) dalam Program PPIA

Upaya PPIA dilaksanakan melalui kegiatan pencegahan dan penanganan HIV secara komprehensif dan berkesinambungan dalam empat komponen (*prong*) sebagai berikut.

- 1) Prong 1: pencegahan penularan HIV pada perempuan usia reproduksi.
- 2) Prong 2: pencegahan kehamilan yang tidak direncanakan pada perempuan dengan HIV.
- 3) Prong 3: pencegahan penularan HIV dan sifilis dari ibu hamil (dengan HIV dan sifilis) kepada janin/bayi yang dikandungnya.
- 4) Prong 4: dukungan psikologis, sosial dan perawatan kepada ibu dengan HIV beserta anak dan keluarganya.

Berikut merupakan penjelasan dari keempat prong di atas (Menteri Kesehatan, 2015):

1) *Prong* 1: Pencegahan Penularan HIV pada Perempuan Usia Reproduksi

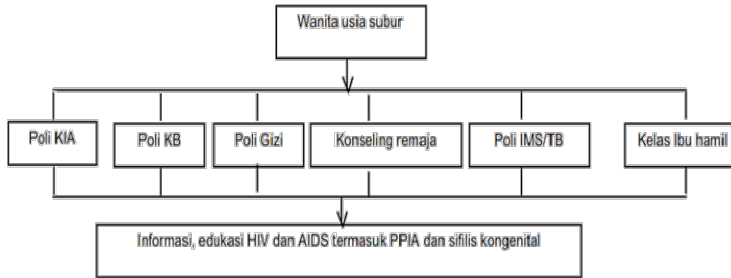
Langkah dini yang paling efektif untuk mencegah terjadinya penularan HIV pada bayi adalah dengan mencegah perempuan usia reproduksi tertular HIV. Komponen ini dapat juga dinamakan pencegahan primer. Pendekatan pencegahan primer bertujuan untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke bayi secara dini, bahkan sebelum terjadinya hubungan seksual. Hal ini berarti mencegah perempuan muda pada usia reproduksi, ibu hamil dan pasangannya untuk tidak terinfeksi HIV. Dengan demikian, penularan HIV dari ibu ke bayi dijamin bisa dicegah. Untuk menghindari penularan HIV, dikenal konsep “ABCDE” sebagai berikut.

- a) **A** (*Abstinence*): artinya **Absen** seks atau tidak melakukan hubungan seks bagi yang belum
- b) **B** (*Be faithful*): artinya **Bersikap** saling setia kepada satu pasangan seks (tidak berganti-ganti
- c) **C** (*Condom*): artinya **Cegah** penularan HIV melalui hubungan seksual dengan menggunakan kondom
- d) **D** (*Drug No*): artinya **Dilarang** menggunakan narkoba.

- e) E (*Education*): artinya pemberian **E**dukasi dan informasi yang benar mengenai HIV, cara penularan, pencegahan, dan pengobatannya.

Kegiatan yang dapat dilakukan untuk pencegahan primer antara lain sebagai berikut (Kementerian Kesehatan, 2015).

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



Gambar 15. Alur Layanan KIE tentang HIV dan Sifilis pada WUS

2) Prong 2: Mencegah Kehamilan Tidak Direncanakan pada Perempuan dengan HIV

Perempuan dengan HIV berpotensi menularkan virus kepada bayi yang dikandungnya jika hamil. Karena itu, ODHIV perempuan disarankan untuk mendapatkan akses layanan yang menyediakan informasi dan sarana kontrasepsi yang aman dan efektif untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan. Konseling yang berkualitas, penggunaan alat kontrasepsi yang aman dan efektif serta penggunaan kondom secara konsisten akan membantu perempuan dengan HIV agar melakukan hubungan seksual yang aman, serta menghindari terjadinya kehamilan yang tidak direncanakan. Perlu diingat bahwa infeksi HIV bukan merupakan indikasi aborsi (Menteri Kesehatan, 2015).

- a) Perempuan dengan HIV yang tidak ingin hamil dapat menggunakan kontrasepsi yang sesuai dengan kondisinya dan disertai penggunaan kondom untuk mencegah penularan HIV dan IMS.
- b) Perempuan dengan HIV yang memutuskan untuk tidak mempunyai anak lagi disarankan untuk menggunakan kontrasepsi mantap dan tetap menggunakan kondom.

Sejalan dengan kemajuan pengobatan HIV dan intervensi PPIA, ibu dengan HIV dapat merencanakan kehamilannya dan diupayakan agar bayinya tidak terinfeksi HIV. Petugas kesehatan harus memberikan informasi yang lengkap tentang berbagai kemungkinan yang dapat terjadi, terkait kemungkinan terjadinya penularan, peluang anak untuk tidak terinfeksi HIV. Dalam konseling perlu juga disampaikan bahwa perempuan dengan HIV yang belum terindikasi untuk terapi ARV bila memutuskan untuk hamil akan menerima ARV seumur hidupnya. **Jika ibu sudah mendapatkan terapi ARV, jumlah virus HIV di tubuhnya menjadi sangat rendah (tidak terdeteksi), sehingga risiko penularan HIV dari ibu ke anak menjadi kecil, artinya, ia mempunyai peluang besar untuk memiliki anak**

HIV negatif. Ibu dengan HIV berhak menentukan keputusannya sendiri atau setelah berdiskusi dengan pasangan, suami atau keluarganya. Perlu selalu diingatkan walau ibu/pasangannya sudah mendapatkan ARV demikian penggunaan kondom harus tetap dilakukan setiap hubungan seksual untuk pencegahan penularan HIV pada pasangannya (Menteri Kesehatan, 2015).

Beberapa kegiatan untuk mencegah kehamilan yang tidak direncanakan pada ibu dengan HIV antara lain (Menteri Kesehatan, 2015):

- a) Mengadakan KIE tentang HIV dan AIDS dan perilaku seks aman;
- b) Menjalankan konseling dan tes HIV untuk pasangan;
- c) Melakukan upaya pencegahan dan pengobatan IMS;
- d) Melakukan promosi penggunaan kondom;
- e) Memberikan konseling pada perempuan dengan HIV untuk ikut KB dengan menggunakan metode kontrasepsi dan cara yang tepat;
- f) Memberikan konseling dan memfasilitasi perempuan dengan HIV yang ingin merencanakan kehamilan.

Persiapan perempuan dengan HIV yang ingin hamil seperti berikut (Kementerian Kesehatan, 2015).

- a) Pemeriksaan kadar CD4 dan *viral load*, untuk mengetahui apakah sudah layak untuk hamil.
- b) Bila VL tidak terdeteksi atau kadar CD4 lebih dari 350 sel/mm³, senggama tanpa kontrasepsi dapat dilakukan, terutama pada masa subur.
- c) Bila kadar CD4 masih kurang dari 350 sel/mm³, minum ARV secara teratur dan disiplin minimal selama enam bulan dan tetap menggunakan kondom selama senggama.

Persiapan pasangan dari perempuan dengan HIV yang ingin hamil (Kementerian Kesehatan, 2015):

- a) Bila dipastikan serologis HIV non-reaktif (negatif), maka kapan pun boleh senggama tanpa kondom, setelah pihak perempuan dipastikan layak untuk hamil.
- b) Apabila serologis reaktif (positif), perlu dilakukan pemeriksaan *viral load*, untuk mengetahui risiko penularan.
- c) Apabila VL tidak terdeteksi senggama tanpa kontrasepsi dapat dilakukan pada masa subur pasangan.

d) Apabila VL masih terdeteksi atau kadar CD4 kurang dari 350 sel/mm, maka sebaiknya rencana kehamilan ditunda dulu.

3) Prong 3: Pencegahan penularan HIV dari ibu hamil dengan HIV ke bayi yang dikandungnya

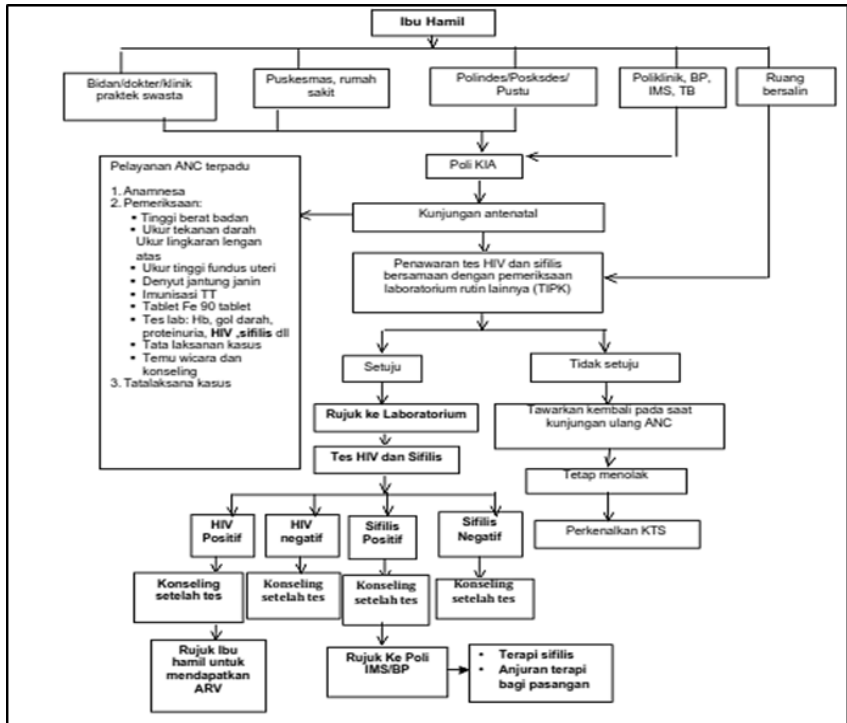
Strategi pencegahan penularan HIV pada ibu hamil yang telah terinfeksi HIV ini merupakan inti dari kegiatan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak yang komprehensif mencakup kegiatan sebagai berikut (Kementerian Kesehatan, 2015; Menteri Kesehatan, 2013):

a) Layanan ANC terpadu termasuk penawaran dan tes HIV

Tes HIV merupakan upaya membuka akses bagi ibu hamil untuk mengetahui status HIV, sehingga dapat melakukan upaya untuk mencegah penularan HIV ke bayinya, memperoleh pengobatan ARV sedini mungkin, dukungan psikologis, informasi dan pengetahuan tentang HIV dan AIDS.

Konseling dan tes HIV dalam PPIA komprehensif dilakukan melalui pendekatan **Konseling dan Tes atas Inisiasi Petugas Kesehatan (TIPK)**, yang merupakan komponen penting dalam upaya Pencegahan Penularan HIV

dari Ibu ke Anak. Tujuan utama kegiatan ini adalah untuk membuat keputusan klinis dan/atau menentukan pelayanan medis khusus yang tidak mungkin dilaksanakan tanpa mengetahui status HIV seseorang, seperti pada saat pemberian ARV. Apabila seseorang yang datang ke layanan kesehatan dan menunjukkan adanya gejala yang mengarah ke HIV, tanggung jawab dasar dari petugas kesehatan adalah menawarkan tes dan konseling HIV kepada pasien tersebut sebagai bagian dari tata laksana klinis. Langkah-langkah TIPK: pemberian informasi sebelum tes, pengambilan darah, penyampaian hasil tes, dan konseling.



Gambar 16. Alur Tes HIV-Sifilis atas Inisiatif Pemberi Pelayanan Kesehatan dan Konseling

b) Diagnosis HIV

Pemeriksaan diagnostik infeksi HIV dapat dilakukan secara virologis (mendeteksi antigen DNA atau RNA) dan serologis (mendeteksi antibodi HIV) pada spesimen darah. Pemeriksaan diagnostik infeksi HIV yang dilakukan di Indonesia umumnya adalah pemeriksaan serologis

menggunakan tes cepat (*Rapid Test HIV*) atau ELISA. Pemeriksaan diagnostik tersebut dilakukan secara serial dengan menggunakan tiga reagen HIV yang berbeda dalam hal preparasi antigen, prinsip tes, dan jenis antigen, yang memenuhi kriteria sensitivitas dan spesifitas. Untuk ibu hamil dengan faktor risiko yang hasil tesnya indeterminate, tes diagnostik HIV dapat diulang dengan bahan baru yang diambil minimal 14 hari setelah yang pertama dan setidaknya tes ulang menjelang persalinan (32-36 minggu).

Sedangkan untuk pendeteksian infeksi sifilis pada ibu hamil dilakukan dengan tes serologi sifilis terdiri atas dua jenis, yaitu tes non-treponema dan treponema. Umumnya pemeriksaan tes sifilis dilakukan dalam dua langkah. Pertama, tes non-treponema, yaitu RPR (*rapid plasma reagin/rapid test*) atau VDRL (*venereal diseases research laboratory*). Jika hasil tes reaktif (positif), selanjutnya dilakukan konfirmasi dengan tes treponema, yaitu TPHA (*Treponema Pallidum Haemagglutination Assay*), TP-PA (*Treponema pallidum particle agglutination assay*), FTA-ABS (*fluorescent treponemal antibody absorption*) dan TP *rapid* (*Treponema palidum*). Seperti halnya tes HIV, tes sifilis juga mempunyai awal masa jendela, sehingga hasil negatif pada

tes sifilis belum tentu menyatakan seseorang bebas dari sifilis. Karena itu, tes pada ibu hamil perlu diulang kembali pada saat sebelum melahirkan terutama ibu hamil di daerah prevanlesi tinggi sifilis atau ibu hamil berisiko tinggi IMS. Tes pada saat sebelum melahirkan dapat mendeteksi infeksi ulang, khususnya pada ibu hamil yang pasangannya tidak diobati atau belum pernah dilakukan tes sebelumnya.

c) Pemberian terapi antiretroviral

Sampai sekarang belum ada obat yang dapat menyembuhkan HIV dan AIDS, namun dengan terapi antiretroviral, jumlah virus di dalam tubuh dapat ditekan sangat rendah, sehingga ODHIV dapat tetap hidup layaknya orang sehat. Terapi ARV bertujuan untuk (Menteri Kesehatan, 2013):

- i. Mengurangi laju penularan HIV di masyarakat,
- ii. Menurunkan angka kesakitan dan kematian yang berhubungan dengan HIV,
- iii. Memperbaiki kualitas hidup ODHIV,
- iv. Memulihkan dan memelihara fungsi kekebalan tubuh, dan
- v. Menekan replikasi virus secara maksimal.

Merujuk pada pedoman mukhtahir, **semua ibu hamil dengan HIV diberi terapi ARV, tanpa harus memeriksakan jumlah CD4 dan *viral load* terlebih dahulu**, karena kehamilan itu sendiri merupakan indikasi pemberian ARV yang dilanjutkan seumur hidup. Pemeriksaan CD4 dilakukan untuk memantau pengobatan, bukan sebagai acuan untuk memulai terapi. Untuk memulai terapi ARV perlu dipertimbangkan hal-hal berikut (Kementerian Kesehatan, 2015):

- i. Persiapan klien secara fisik/mental untuk menjalani terapi melalui edukasi pra-pemberian ARV;
- ii. Bila terdapat infeksi oportunistik, maka infeksi tersebut perlu diobati terlebih dahulu. Terapi ARV baru bisa diberikan setelah infeksi oportunistik diobati dan stabil (kira-kira setelah dua minggu sampai dua bulan pengobatan).
- iii. Profilaksis kotrimoksazol diberikan pada stadium klinis 2, 3, 4 dan atau CD4 <200. Untuk mencegah PCP, Toksoplasma, infeksi bacterial (pneumonia, diare) dan berguna juga untuk mencegah malaria pada daerah endemis;

- iv. Pada ibu hamil dengan tuberkulosis: OAT selalu diberikan mendahului ARV sampai kondisi klinis pasien memungkinkan (kira-kira dua minggu sampai dua bulan) dengan fungsi hati baik untuk memulai terapi ARV.

Syarat pemberian ARV pada ibu hamil dikenal dengan singkatan SADAR, yaitu sebagai berikut (Kementerian Kesehatan, 2015).

- i. Siap: menerima ARV, mengetahui dengan benar efek ARV terhadap infeksi HIV.
- ii. *Adherence*: kepatuhan minum obat.
- iii. Disiplin: minum obat dan kontrol ke dokter.
- iv. Aktif: menanyakan dan berdiskusi dengan dokter mengenai terapi.
- v. Rajin: memeriksakan diri jika timbul keluhan.

d) Persalinan yang aman

Pemilihan persalinan yang aman diputuskan oleh ibu setelah mendapatkan konseling lengkap tentang pilihan persalinan, risiko penularan, dan berdasarkan penilaian dari tenaga kesehatan. Pilihan persalinan meliputi persalinan

pervaginam dan perabdominam (bedah sesar atau seksio sesarea). Dalam konseling perlu disampaikan mengenai manfaat terapi ARV sebagai cara terbaik mencegah penularan HIV dari ibu ke anak.

Pemberian terapi ARV yang sekurangnya dimulai pada minggu ke-14 kehamilan, persalinan per vaginam merupakan persalinan yang aman. Apabila tersedia fasilitas pemeriksaan VL, dengan VL < 1.000 kopi/ μ L, persalinan per vaginam aman untuk dilakukan. Persalinan bedah sesar hanya boleh didasarkan atas indikasi obstetrik atau jika pemberian ARV baru dimulai pada saat usia kehamilan 36 minggu atau lebih, sehingga diperkirakan VL > 1000 kopi/ μ L (Menteri Kesehatan, 2013). Berikut merupakan ringkasan dari keuntungan dan kerugian untuk dua metode persalinan tersebut (Kementerian Kesehatan, 2015).

Tabel 14. Keuntungan dan Kerugian Jenis Persalinan

Metode Persalinan	Keuntungan	Kerugian
Pervaginam	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mudah dilakukan di sarana kesehatan yang terbatas 2. Masa pemulihan pasca persalinan singkat 3. Biaya rendah 	Risiko penularan pada bayi relative tinggi 10-20%, kecuali ibu telah meminum ARV teratur \geq 6 bulan atau diketahui kadar VL < 1000 kopi/mm ³ pada minggu ke-36

Metode Persalinan	Keuntungan	Kerugian
<i>Sectio caesaria</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Risiko penularan yang rendah (2-4%) atau dapat mengurangi risiko penularan sampai 50-66% 2. Terencana pada minggu ke-38 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lama perawatan bagi ibu lebih panjang 2. Perlu sarana dan fasilitas pendukung yang lebih memadai 3. Risiko komplikasi selama operasi dan pasca operasi lebih tinggi 4. Ada risiko komplikasi anastesi 5. Biaya lebih mahal

Sehingga memberikan layanan persalinan yang optimal kepada ibu hamil dengan HIV direkomendasikan kondisi-kondisi berikut ini (Kementerian Kesehatan, 2015):

- i. Pelaksanaan persalinan, baik secara bedah sesar maupun normal, harus memperhatikan kondisi fisik dan **indikasi obstetri** ibu berdasarkan penilaian dari tenaga kesehatan. Infeksi HIV bukan merupakan indikasi untuk bedah sesar.
- ii. Ibu hamil harus mendapatkan **konseling** sehubungan dengan keputusannya untuk menjalani persalinan pervaginam atau pun perabdominam (bedah sesar).
- iii. Tindakan menolong persalinan ibu hamil, baik secara persalinan pervaginam maupun bedah sesar harus

selalu menerapkan **kewaspadaan standar**, yang berlaku untuk semua jenis persalinan dan tindakan medis.

Proses persalinan aman selain untuk mencegah penularan HIV dari ibu ke anaknya, juga mencakup keamanan bekerja bagi tenaga kesehatan penolong persalinan (bidan dan dokter). Begitu pula dalam hal perawatan nifas bagi ibu dengan HIV, yang pada dasarnya sama dengan perawatan nifas pada ibu nifas normal. Namun terdapat beberapa hal berikut yang perlu diperhatikan (Kementerian Kesehatan, 2015).

- i. Bagi ibu yang memilih tidak menyusui dapat dilakukan penghentian produksi ASI.
- ii. Pengobatan, perawatan dan dukungan secara berkelanjutan diberikan, di samping tata laksana infeksi oportunistik terhadap pengidap HIV/AIDS dan dukungan edukasi nutrisi.
- iii. Pelayanan kontrasepsi pasca persalinan diutamakan agar tidak terjadi kehamilan yang tidak terencana dan membahayakan ibu dan janin yang dikandungnya.

e) Tata laksana pemberian makanan bagi bayi dan anak

Pemilihan makanan bayi harus didahului dengan konseling tentang risiko penularan HIV melalui ASI. Konseling diberikan sejak perawatan antenatal atau sebelum persalinan. Pengambilan keputusan oleh ibu dilakukan setelah mendapat informasi secara lengkap. Pilihan apapun yang diambil oleh ibu harus didukung.

Ibu dengan HIV yang sudah dalam terapi ARV memiliki kadar HIV sangat rendah, sehingga aman untuk menyusui bayinya. WHO merekomendasikan pemberian **ASI eksklusif** selama 6 bulan untuk bayi lahir dari ibu yang HIV dan sudah dalam terapi ARV untuk kelangsungan hidup anak (*HIV-free and child survival*). Eksklusif artinya hanya diberikan ASI saja, tidak boleh dicampur dengan susu lain (*mixed feeding*). Setelah bayi berusia 6 bulan pemberian ASI dapat diteruskan hingga bayi berusia 12 bulan, disertai dengan pemberian makanan padat. Bila ibu tidak dapat memberikan ASI eksklusif, maka ASI harus dihentikan dan digantikan dengan susu formula untuk menghindari *mixed feeding* (Menteri Kesehatan, 2013).

f) Menunda dan mengatur kehamilan

Seperti telah disebutkan pada *Prong 2*, semua jenis kontrasepsi yang dipilih oleh ibu dengan HIV harus selalu disertai penggunaan kondom untuk mencegah IMS dan HIV. Kontrasepsi pada ibu/perempuan HIV positif (Menteri Kesehatan, 2013):

- i. Ibu yang ingin menunda atau mengatur kehamilan, dapat menggunakan kontrasepsi jangka panjang.
- ii. Ibu yang memutuskan tidak punya anak lagi, dapat memilih kontrasepsi mantap.

g) Pemberian profilaksis ARV dan kotrimoksazol pada anak

Pemberian profilaksis ARV dimulai hari pertama setelah lahir selama 6 minggu. Obat ARV yang diberikan adalah zidovudine (AZT atau ZDV) 4 mg/kgBB diberikan 2 kali sehari. Selanjutnya anak dapat diberikan kotrimoksazol profilaksis mulai usia 6 minggu dengan dosis 4-6 mg/kgbb, satu kali sehari, setiap hari sampai usia 1 tahun atau sampai diagnosis HIV ditegakkan. Keluarga pasien harus diberitahu bahwa kotrimoksazol tidak mengobati dan menyembuhkan infeksi HIV tetapi mencegah infeksi yang umum terjadi pada bayi yang terpajan HIV (Menteri Kesehatan, 2013).

h) Pemeriksaan diagnostik HIV pada anak

Mulai kehamilan trimester ketiga, antibodi dari ibu, termasuk antibodi terhadap HIV, ditransfer secara pasif kepada janin, dan dapat terdeteksi sampai anak berumur 18 bulan. Oleh karena itu, pemeriksaan serologis HIV pada anak kurang dari 18 bulan dapat menunjukkan hasil reaktif, walaupun anak tersebut tidak terinfeksi HIV.

Diagnosis HIV pada bayi dan anak dapat menggunakan uji virologi dan serologi. Pemeriksaan virologis, seperti HIV DNA (PCR), saat ini sudah ada di Indonesia dan dapat digunakan untuk menegakkan diagnosis HIV pada anak usia di bawah 18 bulan. Pemeriksaan tersebut harus dilakukan minimal 2 kali dan dapat dimulai ketika bayi berusia 4-6 minggu dan perlu diulang 4 minggu kemudian (Menteri Kesehatan, 2013).

Pemeriksaan HIV DNA (PCR) adalah pemeriksaan yang dapat menemukan virus atau partikel virus dalam tubuh bayi dan saat ini sedang dikembangkan di Indonesia untuk diagnosis dini HIV pada bayi (*Early Infant Diagnosis, EID*). Untuk pemeriksaan diagnosis dini HIV pada bayi ini, Kementerian Kesehatan sedang mengembangkan

laboratorium rujukan nasional dan beberapa laboratorium rujukan regional. Spesimen darah anak yang akan diperiksa dapat dikirimkan berupa tetes darah kering (*Dry Blood Spot, DBS*) ke laboratorium tersebut. Dengan pemeriksaan tersebut, diagnosis HIV pada anak dapat ditegakkan sedini mungkin (Menteri Kesehatan, 2013).

Semua jenis kegiatan di atas akan mencapai hasil yang efektif jika dijalankan secara berkesinambungan. Kombinasi kegiatan tersebut merupakan strategi yang paling efektif untuk mengidentifikasi perempuan yang terinfeksi HIV serta mengurangi risiko penularan HIV dari ibu ke anak pada periode kehamilan, persalinan dan pasca kelahiran.

4) Prong 4: Pemberian Dukungan Psikologis, Sosial dan Perawatan kepada Ibu dengan HIV beserta Anak dan Keluarganya

Upaya pencegahan penularan HIV dari ibu ke anak tidak berhenti setelah ibu melahirkan. Ibu akan hidup dengan HIV di tubuhnya. Ia membutuhkan dukungan psikologis, sosial dan perawatan sepanjang waktu. Hal ini terutama karena si ibu akan menghadapi masalah stigma dan diskriminasi

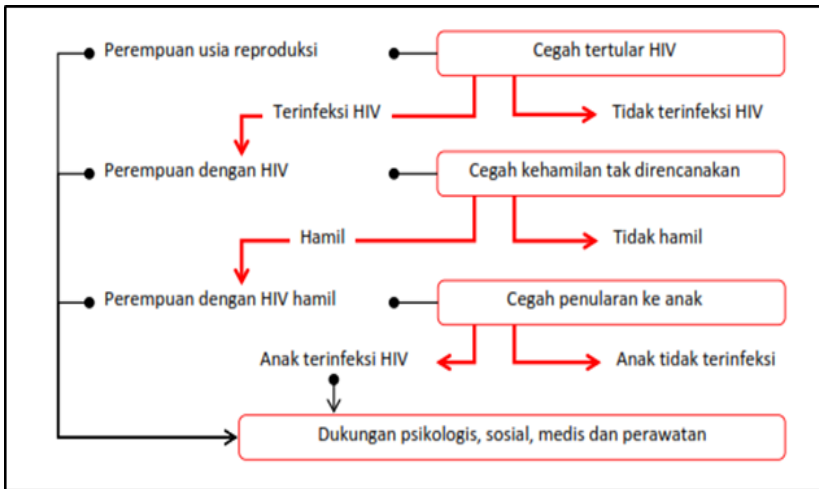
masyarakat terhadap ODHIV. Faktor kerahasiaan status HIV ibu sangat penting dijaga. Dukungan juga harus diberikan kepada anak dan keluarganya. Beberapa hal yang mungkin dibutuhkan oleh ibu dengan HIV antara lain (Menteri Kesehatan, 2013):

- a) Pengobatan ARV jangka panjang
- b) Pengobatan gejala penyakitnya
- c) Pemeriksaan kondisi kesehatan dan pemantauan terapi ARV (termasuk CD4 dan *viral load*)
- d) Konseling dan dukungan kontrasepsi dan pengaturan kehamilan
- e) Informasi dan edukasi pemberian makanan bayi
- f) Pencegahan dan pengobatan infeksi oportunistik untuk diri sendiri dan bayinya.
- g) Penyuluhan kepada anggota keluarga tentang cara penularan HIV dan pencegahannya
- h) Layanan klinik dan rumah sakit yang bersahabat
- i) Kunjungan ke rumah (*home visit*)
- j) Dukungan teman-teman sesama HIV positif, terlebih sesama ibu dengan HIV
- k) Adanya pendamping saat sedang dirawat
- l) Dukungan dari pasangan

- m) Dukungan kegiatan peningkatan ekonomi keluarga
- n) Dukungan perawatan dan pendidikan bagi anak

Penerimaan dukungan psikososial yang baik, maka ibu dengan HIV akan bersikap optimis dan bersemangat mengisi kehidupannya. Diharapkan ia akan bertindak bijak dan positif untuk senantiasa menjaga kesehatan diri dan anaknya, serta berperilaku sehat agar tidak terjadi penularan HIV dari dirinya ke orang lain. Informasi tentang adanya layanan dukungan psikososial untuk ODHIV ini perlu diketahui oleh masyarakat luas, termasuk para perempuan usia reproduktif. Diharapkan informasi ini bisa meningkatkan minat mereka yang merasa berisiko tertular HIV untuk mengikuti konseling dan tes HIV agar mengetahui status HIV mereka.

Berdasarkan keseluruhan penjelasan di atas, maka rangkuman dari program PPIA yang dijalankan di Indonesia yaitu terlihat pada gambar skema di bawah ini (Kementerian Kesehatan, 2015).



Gambar 17. Alur Kegiatan PPIA Komprehensif dan Berkesinambungan dengan Pendekatan *Prong* 1-4

B. LATIHAN

1. Jelaskan mengenai triple eliminasi penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B!
2. Jelaskan mengenai prong 1 program PPIA!
3. Jelaskan mengenai prong 2 program PPIA!
4. Jelaskan mengenai prong 3 program PPIA!
5. Jelaskan mengenai prong 4 program PPIA!

C. RANGKUMAN

Upaya PPIA telah dilaksanakan di Indonesia sejak tahun 2004, khususnya di daerah dengan tingkat epidemi HIV

tinggi. PPIA merupakan bagian dari upaya pengendalian HIV-AIDS dan IMS lainnya melalui pelayanan KIA. Dengan diintegrasikannya program tersebut, cakupan ibu hamil yang melakukan tes HIV cukup banyak, namun jumlah yang menjalankan pengobatan ARV cukup sedikit. Program ini berkembang menjadi Eliminasi Penularan HIV, Sifilis dan Hepatitis B, karena dinilai tiga penyakit ini punya jalur penularan yang sama sehingga dilakukan upaya pencegahan dan penanggulangan secara inklusi di fasilitas layanan kesehatan.

D. TES FORMATIF

1. Yang **bukan** termasuk dalam populasi berisiko tinggi penularan HIV-AIDS adalah...
 - a. Ibu rumah tangga
 - b. Lelaki berisiko tinggi
 - c. Pekerja seks
 - d. Lelaki seks dengan lelaki
 - e. Pengguna narkoba suntik
2. Jenis pemeriksaan laboratorium untuk deteksi HIV saat ini menggunakan metode...
 - a. ELISA

- b. Western blot
 - c. Rapid test
 - d. PCR
 - e. RPR
3. Kapan saat yang tepat untuk ibu hamil memulai pengobatan ARV?
- a. Saat jumlah sel CD4 < 350 sel/mm³
 - b. Saat akan melahirkan
 - c. Begitu terdiagnosa status HIV positif
 - d. Saat muncul gejala HIV
 - e. Setelah melahirkan
4. Ibu hamil dengan status HIV positif ditawarkan untuk mengikuti kelompok dukungan sebaya (KDS) ODHIV agar membantu dalam hal pengobatan ARV dan pemahaman tentang informasi HIV-AIDS. Hal ini termasuk ke dalam prong...
- a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4
 - e. 5

5. Pasangan suami istri HIV serodiskordan (satu positif HIV satu tidak) berniat untuk melakukan program perencanaan mempunyai anak sehingga berkonsultasi dengan dokter. Hal ini termasuk ke dalam prong...
- a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4
 - e. 5

E. DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan. (2010). *Pedoman Nasional Pelaksanaan Intervensi Perubahan Perilaku untuk Pencegahan IMS dan HIV melalui Hubungan Seksual*. Jakarta, Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. (2015). *Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak*. Jakarta, Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. (2015). *Pedoman Manajemen Program Pencegahan Penularan HIV dan Sifilis dari Ibu ke Anak bagi Tenaga Kesehatan*. Jakarta, Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. (2020). *Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan IMS di*

Indonesia Tahun 2020-2024. Jakarta, Kementerian Kesehatan.

Kementerian Kesehatan. (2021). *Laporan Perkembangan HIV-AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) Triwulan IV Tahun 2020*. <https://siha.kemkes.go.id>

Menteri Kesehatan RI. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 52 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak.

Menteri Kesehatan RI. (2015). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 52 Tahun 2017 tentang Eliminasi Penularan *Human Immunodeficiency Virus*, Sifilis, dan Hepatitis B dari Ibu ke Anak.

UNAIDS. (2015). *Understanding Fast-Track; Accelerating Action to End The AIDS Epidemic by 2030*. <https://www.unaids.org/>.

MODUL 13

INTERVENSI PERUBAHAN PERILAKU PADA HIV AIDS DAN IMS

A. PENDAHULUAN

Orang yang hidup dengan HIV (ODHIV) tidak hanya merasa sulit dalam menerima status HIV positifnya, namun juga memiliki permasalahan lain seperti pengobatan seumur hidup, pola hidup sehat, permasalahan fisik, psikis, dan sosial. Dengan adanya intervensi perubahan perilaku kesehatan maka diharapkan ODHIV tersebut dapat berperilaku yang lebih sehat, termasuk menjaga pola kepatuhan berobat dan selalu melakukan retensi ke layanan kesehatan. Demi tercapainya target percepatan penurunan infeksi HIV AIDS yaitu 95-95-95 di tahun 2030.

B. TUJUAN PEMBELAJARAN

1. Tujuan Instruksional Umum

Mahasiswa mampu memahami konsep perubahan perilaku pada HIV AIDS dan IMS serta merancang sebuah

program intervensi perubahan perilaku pada kelompok berisiko HIV AIDS.

2. Tujuan Instruksional Khusus

- a. Mahasiswa mampu menguraikan tentang permasalahan yang dialami oleh ODHIV.
- b. Mahasiswa mampu menguraikan tentang kaskade kasus HIV AIDS berdasarkan penularan secara seksual.
- c. Mahasiswa mampu menguraikan tentang program pencegahan penyakit infeksi menular seksual (IMS).
- d. Mahasiswa mampu menguraikan tentang intervensi perubahan perilaku pada HIV AIDS dan IMS.

KEGIATAN BELAJAR

A. MATERI PEMBELAJARAN

1. Permasalahan yang Dialami ODHIV

Berbagai bentuk permasalahan yang sering dialami oleh ODHIV antara lain, yaitu:

a. Permasalahan fisik

Melemahnya sistem kekebalan tubuh akibat infeksi HIV yang diderita akan menjadikan ODHIV menjadi rentan terhadap berbagai penyakit, seperti infeksi oportunistik.

Berbagai penyakit yang menyerang ODHIV, dapat membuat kondisi tubuhnya semakin melemah. Gejala awal dari penyakit AIDS sendiri hampir mirip dengan penyakit biasa seperti demam, batuk berkepanjangan, dan flu, namun dapat berlangsung lebih lama dan tingkatan yang lebih parah. Permasalahan fisik ini yang dapat memicu timbulnya permasalahan lain seperti psikis, ekonomi, dan sosial (Damayanti, 2006). Bentuk permasalahan fisik yang dialami ODHIV antara lain (Susanto, 2004; Olaleye et al, 2017; Rios et al, 2021):

- 1) Kelelahan dan sulit beraktivitas.
- 2) Timbul berbagai penyakit seperti diare, kanker, infeksi saluran pernafasan dan peradangan, misalnya paru-paru, telinga, hidung, dan tenggorokan.
- 3) Terjadi penurunan berat badan secara berlebihan.
- 4) Penampilan dapat berubah secara drastis.
- 5) Kondisi badan lesu/lemah.
- 6) Terdapat pula penyakit lain yang dapat timbul seperti, penyakit mental, hipertensi, kolesterol, anemia, penyakit pernafasan, artritis, penyakit tulang, diabetes, penyakit jantung, penyakit syaraf, gangguan ginjal, dan TB.

7) Adanya efek samping obat ARV yang berdampak terhadap gangguan kesehatan seperti gangguan gastrointestinal, kelelahan, dan insomnia.

Hal tersebut di atas dapat dirasakan ODHIV baik secara sementara ataupun setiap hari selama seumur hidup selama dia menderita infeksi HIV-AIDS. Namun setiap ODHIV juga belum tentu merasakan gangguan fisik yang sama (Olaleye et al, 2017).

b. Permasalahan psikososial

Kondisi psikologis yang belum stabil karena status HIV yang diderita, seperti gelisah, takut, cemas, putus asa dan merasa bersalah atau berdosa biasanya dirasakan oleh ODHIV. Ditambah dengan kondisi fisik yang kadang menurun mengakibatkan keadaan psikisnya juga ikut terdampak (Damayanti, 2006). Pada ODHIV yang terinfeksi akibat penggunaan jarum suntik atau seks berisiko biasanya merasa bahwa dirinya sangat bersalah dan penyesalan yang berkepanjangan. Sedangkan pada ODHIV yang tertular karena orang lain, misalkan tertular dari pasangannya yang tidak jujur terhadap status HIV atau terkena jarum suntik dan

media penularan lainnya, akan memiliki perasaan tidak terima dan menyalahkan orang yang menularkannya.

Bentuk permasalahan psikososial lainnya yang dialami oleh ODHIV secara umum yaitu (Susanto, 2004; Dejman et al, 2015; Rios et al, 2021):

- 1) Ketakutan terhadap stigma dan diskriminasi.
- 2) Kekecewaan, gelisah, cemas, ketakutan, dan depresi.
- 3) Perasaan marah dan mudah sensitif.
- 4) Merasa tidak berharga dan kehilangan kontrol.
- 5) Kesulitan berkomunikasi.
- 6) Penurunan hubungan dengan keluarga, kerabat, dan teman.
- 7) Jarang berkunjung ke layanan dan lingkungan lain karena takut stigma dan diskriminasi.
- 8) Takut jika status HIV mereka diketahui orang lain.
- 9) Takut jika minum obat di depan umum maka status HIV mereka akan ketahuan.

c. Permasalahan emosional

Permasalahan emosional ini berhubungan kepada pola pengobatan yang dilakukan. Sejumlah pertanyaan akan muncul selama menjalani proses pengobatan, seperti

keimbangan terhadap pengobatan yang dijalani, jika pengobatan dihentikan akan membuat kondisi kesehatan menurun atau tidak, jika pengobatan tetap dilanjutkan apakah hidupnya akan kembali sehat walaupun efek samping yang dirasakan malah semakin buruk, kemungkinan infeksi yang memburuk atau membaik, serta ancaman terhadap kesakitan dan kematian. Hal-hal tersebut yang berpengaruh terhadap kondisi emosional dari ODHIV (Rios et al, 2021).

d. Permasalahan keluarga

Ber macam bentuk permasalahan ODHIV dengan keluarganya antara lain adanya konflik dan penolakan yang berasal dari pihak keluarga, pasangan, dan anak, kondisi rumah tangga yang memburuk, kondisi perekonomian keluarga menurun, tidak adanya dukungan keluarga akibat kekurangpahaman keluarga terhadap HIV AIDS, serta permasalahan jika sedang melakukan program untuk memiliki anak (Dejman et al, 2015).

e. Permasalahan sosial dan ekonomi

HIV AIDS dapat berdampak kepada kondisi sosial dan ekonomi, dalam bentuk kesulitan dalam bersosialisasi di

lingkungan tempat tinggal, sekolah, ataupun pekerjaan. Pemberian stigma dan diskriminasi yang tidak hanya berasal dari teman dan keluarga, namun juga masyarakat umum, rekan kerja, dan petugas kesehatan yang akan membuat ODHIV merasa terkucilkan, takut, terisolasi, dan enggan membuka statusnya (Damayanti, 2006).

Dampak dari pengucilan dari keluarga adalah ODHIV merasa tidak adanya dukungan terhadap mereka, penyakit mereka, pengobatan, dan perbaikan kondisi kesehatan. Untuk bentuk stigma dan diskriminasi dari masyarakat adalah masih adanya pelabelan terhadap infeksi HIV-AIDS yang akan membuat penderita semakin takut untuk bersosialisasi karena takut ditolak (Damayanti, 2006).

Permasalahan sosial lainnya yaitu adanya stigma dan diskriminasi dari petugas layanan kesehatan yang akhirnya akan berdampak pada kurangnya motivasi dari ODHIV untuk melakukan pemeriksaan kesehatan di layanan, serta pengambilan obat. Yang akhirnya dapat berakibat kepada permasalahan ekonomi, yaitu dengan ODHIV tidak melakukan pemeriksaan kesehatan dan pengobatan secara rutin, maka akan mudah terserang penyakit lainnya dan membutuhkan biaya pengobatan yang lebih banyak. Selain

itu juga dalam hal pekerjaan yang menunjukkan beberapa kejadian pemutusan hubungan kerja atau tidak mau menerima karyawan dengan status ODHIV, sehingga mereka tidak memiliki mata pencaharian dan biaya untuk hidup (Dejman et al, 2015).

2. Kaskade Kasus HIV AIDS berdasarkan Penularan secara Seksual

Sepanjang tahun 2020, jumlah seluruh kasus IMS dengan penegakan diagnosa berdasarkan pendekatan sindrom berjumlah 36.169 kasus, sedangkan berdasarkan pemeriksaan laboratorium berjumlah 53.638 kasus. Sedangkan jumlah kasus IMS terbesar berdasarkan kelompok risiko secara berurutan adalah pasangan risti (13.989); LSL (12.706); WPS (9.333); pelanggan PS (4.899); waria (1.071); PPS/ Pria Pekerja Seks (99); dan Penasun (56). Faktor risiko tertinggi adalah hubungan seks berisiko pada heteroseksual (69,6%), homoseksual (18%), penggunaan jarum suntik bergantian (5,9%), perinatal (2,5%), biseksual (1,7%) dan tidak diketahui (1,9%).

Terjadi penurunan jumlah kasus AIDS yang dilaporkan dibandingkan triwulan III (Juli-Desember) tahun 2020 (2.286

orang menjadi 1.867 orang). Untuk jumlah kasus IMS berdasarkan pendekatan sindrom yang dilaporkan, yaitu: duh tubuh vagina 24.881 kasus, duh tubuh uretra 7.558 kasus, ulkus genital 1.095 kasus, bubo inguinal 38 kasus, penyakit radang panggul 602 kasus, pembengkakan skrotum 115 kasus, tumbuhan genital/ vegetasi 1.514 kasus, konjungtivitis neonatorum 6 kasus, dan duh tubuh anus 360 kasus. Jumlah kasus IMS berdasarkan pendekatan pemeriksaan laboratorium yang dilaporkan yaitu sifilis dini 13.506 kasus, sifilis lanjut 4.931 kasus, gonore 7.036 kasus, urethritis gonore 5.663 kasus, urethritis non-GO 5.379 kasus, servisititis proctitis 14.235 kasus, LGV 147 kasus, trikomoniasis 1.574 kasus, dan herpes genital 1.167 kasus.

Jika dibandingkan dengan HIV atau penyakit terkait HIV lainnya seperti TB, IMS relatif terabaikan. Agar IMS tidak menjadi penyakit yang terabaikan, Pemerintah membangun layanan kesehatan yang terintegrasi antara IMS dan HIV dilayanan primer maupun rujukan. Upaya ini terlihat dari data STBP yang menunjukkan peningkatan populasi kunci yang mengakses layanan IMS di puskesmas. STBP 2018 menunjukkan peningkatan populasi kunci yang mengakses

puskesmas untuk layanan IMS dan mendapatkan pengobatan IMS (Kementerian Kesehatan, 2021).

3. Program Pencegahan Penyakit Infeksi Menular Seksual IMS

Penyakit infeksi menular seksual (IMS), belum berada pada situasi yang terkendali seperti HIV. Di dunia, setiap hari, terdapat lebih dari 1 juta kasus baru IMS yang dapat disembuhkan di antara orang berusia 15-49 tahun. WHO memperkirakan setiap tahunnya ditemukan 376 juta kasus IMS yaitu infeksi bakteri *Chlamydia trachomatis* (146 juta), *Neisseria gonorrhoeae* (51 juta), sifilis (5 juta), atau *Trichomonas vaginalis* (239 juta). Empat penyakit ini merupakan penyakit IMS yang diamati secara rutin dan dapat disembuhkan.

IMS memberikan dampak besar pada kesehatan dan kehidupan anak-anak dan orang dewasa di seluruh dunia, antara lain (Kementerian Kesehatan, 2020):

- a. Sifilis menyebabkan kematian janin lebih dari 350.000 janin dan bayi setiap tahun dan menempatkan tambahan 200.000 bayi pada peningkatan risiko kematian dini

- b. Infeksi HPV merupakan penyebab dari sekitar 530.000 kasus kanker serviks dan 275.000 kematian akibat kanker serviks setiap tahun
- c. IMS seperti gonore dan klamidia adalah penyebab penting infertilitas, terutama di sub-Sahara Afrika
- d. IMS meningkatkan resiko tertular HIV
- e. Resistensi obat, terutama untuk gonore, merupakan ancaman utama untuk mengurangi dampak IMS di seluruh dunia.

Program pengendalian IMS dan HIV AIDS dalam empat tahun terakhir jika dibandingkan dengan tahun 2007 telah meningkat secara signifikan. Kemajuan dan peningkatan komitmen nyata terlihat di banyak daerah. Namun demikian, cakupan intervensi belum merata di seluruh provinsi. Salah satu rekomendasi yang membawa pengaruh besar pada implementasi program adalah diberlakukannya *strategic use of ARV* (SUFA), mengikuti dilaksanakannya Layanan komprehensif berkesinambungan (LKB) yang berdampak pada meningkatnya cakupan tes, terutama di kelompok populasi kunci, yang kemudian diikuti dengan peningkatan cakupan pengobatan dan kepatuhan minum obat. Angka

penggunaan kondom tertinggi di Indonesia pada kelompok WPS, namun demikian, cakupan pencegahan dan pengobatan masih menjadi tantangan.

Di beberapa daerah lain, koordinasi antar layanan masih belum sebaik yang diharapkan dan tantangan yang harus dihadapi di daerah sulit masih sangat berat. Tantangan tersebut antara lain infrastruktur kesehatan yang lemah dan akses ke layanan sangat sulit karena jarak dan tingginya biaya yang harus dibayar pasien.

Menindaklanjuti salah satu rekomendasi kajian eksternal terhadap upaya sektor kesehatan dalam pengendalian HIV dan AIDS tahun 2011, Indonesia menerapkan model Layanan Komprehensif HIV dan IMS Berkesinambungan (LKB). Dalam Strategi Nasional tahun 2010-2014 Layanan Komprehensif HIV-IMS Berkesinambungan menjadi dasar upaya pengendalian HIV, yang bertujuan:

- a. Meningkatkan akses dan cakupan upaya promosi, pencegahan dan pengobatan HIV dan IMS serta rehabilitasi yang berkualitas dengan memperluas jejaring layanan hingga tingkat Puskesmas, termasuk layanan untuk populasi kunci.

- b. Meningkatkan pengetahuan dan rasa tanggung jawab dalam mengendalikan epidemi HIV dan IMS di Indonesia dengan peningkatan koordinasi antar layanan HIV melalui peningkatan partisipasi komunitas dan organisasi masyarakat madani dalam pemberian layanan sebagai cara meningkatkan cakupan dan kualitas pelayanan
- c. Memperbaiki dampak pengobatan HIV dalam model layanan terintegrasi dan terdesentralisasi di tingkat kabupaten/ kota.

Pengendalian IMS pada populasi umum ditekankan pada upaya pencegahan melalui program kesehatan reproduksi. Prioritas program kesehatan reproduksi di Indonesia mencakup empat komponen yakni (1) Kesehatan ibu dan bayi baru lahir, (2) Keluarga Berencana, (3) Kesehatan reproduksi remaja, dan (4) Pencegahan dan penanggulangan penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS. Pelayanan yang mencakup empat komponen ini disebut pelayanan kesehatan reproduksi esensial (PKRE), dimana pemeriksaan dan konseling IMS dilakukan pada pelayanan IMS, Kesehatan Ibu Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB) serta kesehatan reproduksi remaja.

Pada kelompok ibu hamil, upaya pengendalian IMS dalam layanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir meliputi penapisan IMS pada ibu hamil dan eliminasi sifilis kongenital. Saat ini penapisan IMS telah masuk di dalam pelayanan antenatal terpadu dengan target layanan dalam program eliminasi sifilis kongenital meliputi sedikitnya 90% estimasi ibu hamil mendapatkan pelayanan Antenatal Care (ANC) kemudian didukung dengan 90% ibu hamil yang mengunjungi pelayanan ante natal dites sifilis, sedikitnya 90% ibu hamil sero positif mendapat pengobatan, sedikitnya 80% pasangan dari ibu hamil sero positif mendapat pengobatan, dan sedikitnya 80% bayi yang lahir dari ibu sero positif mendapat pengobatan profilaksis (Kementerian Kesehatan RI, 2015).

Dalam program KB, pencegahan IMS diberikan melalui pemberian informasi tentang kesehatan reproduksi; pemberian kondom sebagai proteksi pencegah kehamilan dan penularan penyakit; konseling pada pasangan akseptor KB; serta pemeriksaan IMS pada saat pemasangan alat KB. Kegiatan ini belum terkoordinir dengan optimal, sehingga data IMS pada kelompok sasaran KB (PUS) belum tersedia. Dalam program kesehatan reproduksi remaja, kegiatan

pencegahan IMS dilakukan melalui pemberian informasi dan edukasi tentang kesehatan reproduksi, pelayanan klinis medis, konseling, pendidikan ketrampilan hidup sehat, dan pelatihan konselor sebaya. Seluruh pelayanan tersebut ada di dalam suatu kerangka layanan yang disebut Program Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Belum semua puskesmas menjalankan program PKPR. Keterpaduan yang lain mulai dikembangkan pula dengan program lain. Saat ini pencegahan IMS sudah diharmonikan dengan pencegahan kanker leher rahim oleh Sub Dit Kanker melalui integrasi pemeriksaan IVA dan IMS untuk wanita berusia 30-50 tahun.

Tantangan yang sedang berjalan di program pencegahan dan penanggulangan IMS yaitu fasyankes yang melaporkan IMS masih jauh lebih kecil jika dibandingkan dengan jumlah fasyankes yang melaporkan tes HIV dikarenakan tidak mencatat kasus IMS yang ditemukan di SIHA. Serta kasus IMS pada populasi kunci dan pasangan risiko tinggi masih cukup tinggi, namun belum semua mendapatkan tata laksana yang adekuat.

4. Intervensi Perubahan Perilaku pada HIV AIDS dan IMS

Pengkategorian intervensi di dalam upaya penanggulangan HIV dan AIDS secara umum dikategorikan menjadi 2 yaitu intervensi perilaku dan intervensi biomedis. Salah satu contoh konkrit diperlukannya kombinasi dan kesinambungan intervensi (perilaku dan biomedis) adalah pada program penanggulangan IMS pada pekerja seks. Bila intervensi perilaku tidak dilakukan, maka upaya memutus mata rantai penularan IMS pada pekerja seks dan pelanggan akan sulit dipertahankan. Intervensi kombinasi yang diperlukan adalah pengobatan IMS yang efektif (biomedis) dan penggunaan kondom yang konsisten (perilaku). Pengobatan IMS yang efektif akan menyembuhkan IMS, namun jika tidak disertai dengan intervensi perilaku untuk menggunakan kondom secara konsisten, maka upaya pengobatan yang dilakukan akan sia-sia, akan terjadi penularan kembali, dan upaya untuk menurunkan prevalensi IMS pada kelompok tersebut tidak akan mencapai hasil yang diharapkan.

Pengendalian faktor risiko IMS dan HIV dilakukan untuk tujuan mengubah perilaku individu, masyarakat, dan

kelompok berisiko untuk memutus rantai penularan atau mencegah terjadinya penyakit, dengan cara (Kementerian Kesehatan, 2015):

- a. Perubahan perilaku berisiko tertular IMS dan HIV menjadi perilaku tidak berisiko.
- b. Perubahan perilaku masyarakat dalam mengakses informasi yang benar dan mencari pengobatan terkait IMS dan HIV AIDS.

a. Definisi Intervensi Perubahan Perilaku

Intervensi HIV AIDS adalah suatu kegiatan (atau serangkaian paket kegiatan) yang bertujuan untuk mengubah pengetahuan, sikap, keyakinan, perilaku atau tindakan individu maupun populasi untuk mengurangi perilaku berisikonya. Sebuah intervensi memiliki proses yang jelas, apa yang ingin kita capai, dan protokol yang memuat petunjuk mengenai tahap-tahap implementasinya. Intervensi HIV dan AIDS salah satunya dapat dijalankan dengan pendekatan Intervensi Perubahan Perilaku (IPP). *Behavior Change Intervention/BCI* atau IPP adalah suatu kombinasi berbagai kegiatan yang terencana secara strategis berkaitan dengan kebutuhan sasaran dan dikembangkan bersama

sasaran untuk membantu mengurangi perilaku berisiko dan rentan pada HIV dengan menciptakan lingkungan yang mendukung untuk perubahan individu dan kolektif (Jaringan GWL INA, 2015).

IPP adalah pendekatan umum untuk mengubah perilaku berisiko dan mempertahankan perilaku positif melalui **serangkaian kegiatan** sesuai kebutuhan kelompok dengan menciptakan lingkungan yang mendukung perubahan **individu** dan **kolektif**. Intervensi ini meliputi konseling dan pendekatan (perubahan) perilaku individu/kelompok sasaran, didukung dengan advokasi, kemitraan dan pemberdayaan masyarakat dalam mengupayakan transformasi sosial sejalan dengan tujuan perubahan perilaku agar terjadi perubahan nilai, sikap dan perilaku di tingkat kelompok. Intervensi khususnya dalam hal perubahan perilaku dibutuhkan agar setiap orang, terlebih populasi berisiko tinggi dapat terhindar dari IMS maupun HIV, memahami cara-cara melindungi diri, sehingga terhindar dari penularan (Kementerian Kesehatan, 2010, 2015).

Komponen IPP termasuk: komunikasi perubahan perilaku (KPP), advokasi, mobilisasi komunitas, jaringan ke layanan dan komoditas kesehatan yang aksesibel dan tepat

dan lainnya. IPP tidak hanya fokus pada perubahan perilaku individu, tetapi juga mengusahakan transformasi lingkungan sosial di tempat dimana perubahan akan dilakukan. IPP merupakan pendekatan strategis yang luas terhadap perubahan perilaku. *Behavior change communication/BCC* atau KPP adalah suatu proses interaktif yang melibatkan sasaran dan komunitas untuk merancang beragam pesan menggunakan berbagai macam media dan saluran untuk mempromosikan, mengubah, mengembangkan dan memelihara perilaku positif (Jaringan GWL INA, 2015).

Meskipun IPP dan KPP saling mendukung, namun keduanya tetap berbeda, terutama dari tujuan yang ingin dicapai.

Tabel 15. Perbedaan Tujuan IPP dan KPP

Tujuan IPP	Tujuan KPP
1. Meningkatkan praktek/perilaku seksual yang aman dari risiko penularan IMS termasuk HIV	1. Meningkatkan pengetahuan tentang IMS dan HIV AIDS
2. Meningkatkan perilaku pencarian layanan kesehatan yang benar	2. Meningkatkan persepsi terhadap risiko 3. Meningkatkan kepercayaan diri untuk menggunakan kondom 4. Meningkatkan <i>demand</i> /permintaan/kebutuhan terhadap layanan 5. Meningkatkan kepercayaan diri untuk mengakses layanan kesehatan terkait HIV AIDS.

b. Efektifitas Intervensi Perubahan Perilaku

Tujuan dari pelaksanaan IPP yaitu 1) mengurangi perilaku berisiko pada individu yang berperilaku risiko tinggi, dan 2) mempertahankan perilaku positif dengan menciptakan lingkungan yang mendukung perubahan perilaku individu dan kolektif. Upaya yang dilakukan dalam rangka untuk mencapai tujuan akhir yaitu penurunan prevalensi IMS dan HIV AIDS melalui:

- 1) Perubahan perilaku yang terjadi melalui penyebaran luasan informasi untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kelompok risiko tinggi.
- 2) Kerjasama dengan lembaga pelaksana, tokoh masyarakat, pemerintah, sektor usaha, sehingga terbentuk lingkungan yang kondusif bagi kelompok risiko tinggi untuk mengubah perilakunya.
- 3) Penyediaan layanan kesehatan yang berkualitas.

IPP dalam konteks penanggulangan IMS dan HIV AIDS sangat disarankan untuk mengacu berdasarkan pada teori-teori sosial dan perilaku. Intervensi juga harus terbukti secara efektif melalui program yang menyeluruh atau berbasis *evidence*. Intervensi berbasis *evidence* maksudnya

adalah intervensi perilaku, sosial, dan struktural yang terkait erat dengan upaya pengurangan risiko HIV, yang telah teruji dengan desain metodologi yang akurat dan terbukti efektif dalam tatanan riset. Intervensi ini telah dievaluasi dengan menggunakan luaran kesehatan atau perilaku, misalnya dalam suatu studi dibandingkan data pra dan pasca intervensi, tidak ada bias yang mencolok, serta memberikan hasil yang lebih positif dibandingkan dengan kelompok kontrol/pembanding.

Namun walaupun telah digunakan suatu intervensi yang telah dievaluasi dan terbukti efektif, terdapat lima hal yang penting terkait populasi yang akan dijadikan sasaran intervensi, yaitu (Kementerian Kesehatan, 2010):

- 1) Karakteristik populasi risiko tinggi atau sasaran yang akan diintervensi
- 2) Perilaku yang ingin dirubah
- 3) Faktor yang dapat mendukung pelaksanaan intervensi
- 4) Tipe intervensi sesuai dengan karakteristik sasaran, perilaku yang ingin dirubah, dan faktor yang mendukung
- 5) Teori atau model perubahan perilaku yang sesuai

Efektifitas pelaksanaan IPP di Indonesia juga berdasar dari beberapa hal berikut:

- 1) Ragam kegiatan yang dijalankan di lapangan. Semakin beragam kegiatan, semakin besar kemungkinan mempengaruhi perubahan perilaku populasi sasaran daripada hanya sedikit kegiatan yang dilakukan.
- 2) Pilihan kombinasi dari ragam kegiatan yang ada. Kombinasi yang saling melengkapi dan memperkuat adalah yang terbaik daripada menjalankan kegiatan yang beragam tapi tidak saling terkait.
- 3) Besar kecilnya populasi sasaran. Semakin kecil semakin kuat pengaruh intervensi karena frekuensi dan intensitas kegiatan bisa lebih optimal daripada menysar populasi dalam jumlah besar. Populasi sasaran yang besar membutuhkan tahapan dan dukungan program yang lebih besar (dana, SDM, teknologi, kebijakan, dan lembaga mitra).
- 4) Konsentrasi populasi sasaran. Semakin terkonsentrasi semakin mempermudah pengorganisasian kelompok sasaran dan pelaksanaan kegiatan. Meskipun jumlah populasi sasaran besar namun jika cukup terkonsentrasi akan lebih mudah daripada menysar kelompok kecil dan menyebar.

- 5) Tingkat dan keluasaan mobilitas populasi sasaran. Semakin *mobile* tentu saja semakin sulit dijangkau dan diberikan intervensi.
- 6) Struktur sosial yang melingkupi. Populasi sasaran dengan struktur sosial yang jelas dan solid membuat IPP bisa dijalankan lebih efektif daripada populasi sasaran dengan struktur sosial yang cair.

c. Contoh Intervensi Perubahan Perilaku

Beberapa contoh intervensi perubahan perilaku adalah (Suarnianti & Haskah, 2020):

- 1) Intervensi perilaku dengan memberikan pendidikan dan pelatihan

Pendidikan dan pelatihan pemberdayaan untuk pasien HIV dapat meningkatkan efikasi diri pasien melalui kombinasi peningkatan pengetahuan terkait HIV, keterampilan komunikasi yang lebih besar dan peningkatan kemampuan untuk mengatasi hambatan psikososial yang kompleks, seperti takut berbicara kepada penyedia layanan (MacLachlan, 2016).

2) Intervensi perilaku dengan pemberian konseling dan pelaksanaan tes

Konseling perilaku juga bisa dilakukan oleh teman sebaya melalui *peer education*. Metode *peer education* lebih efektif untuk metode pendidikan kesehatan karena diketahui adanya setelah dilakukan edukasi kesehatan pengetahuan pada siswa meningkat dengan menggunakan metode *peer education*, kemudian terdapat perbedaan pengetahuan antara kelompok eksperimen dan kelompok kontrol (Kasih, 2016). Atau pada LSL yang diberikan edukasi dan *perceived behavior control* yang merupakan konseling perilaku tentang HIV-AIDS serta dihubungkan dengan niat LSL melakukan VCT atau melaksanakan prosedur untuk mengecek status kesehatan melalui tindakan VCT untuk mengetahui apakah terindikasi menderita HIV positif atau negatif (Lestari dkk, 2015).

3) Intervensi perilaku dengan media massa/*social media*

Pencegahan HIV dapat dilakukan dengan intervensi *e-health* yaitu intervensi berbasis komputer dan internet yang dirancang secara individual untuk pengambilan keputusan secara virtual; melalui ruang obrolan; melalui pesan teks; dan media sosial yang digunakan sebagai wadah untuk

mempromosikan seks yang aman dan tes HIV (Noar et al, 2012).

4) Intervensi perilaku melalui dukungan psikososial

Intervensi *brief psychoeducation* melalui fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi memiliki efek positif dalam mengurangi stigma terkait HIV-AIDS. Intervensi psikoedukasi singkat bagi masyarakat merupakan intervensi yang mendukung untuk mencapai target nol stigma bagi ODHIV (Rifai, 2016).

d. Bentuk-Bentuk Intervensi Perubahan Perilaku

Di bawah ini merupakan bentuk IPP (Kementerian Kesehatan, 2010):

1) Intervensi di tingkat individu

Maksudnya adalah konseling pengurangan risiko dan pendidikan kesehatan pada setiap individu dalam satu waktu. Intervensi ini membantu sasaran dalam membuat rencana perubahan perilaku individu serta penilaian yang berkelanjutan atas perilakunya. Memfasilitasi terjadinya hubungan dengan layanan di dalam tatanan klinik maupun komunitas dalam rangka mendukung perilaku dan

prakteknya, serta membantu sasaran untuk membuat rencana dalam rangka mendapatkan layanan. Contoh: intervensi tingkat individu berbasis komunitas (penilaian risiko individu dan layanan *hotline*), berbasis faskes (layanan IMS dan layanan KTS).

2) Intervensi di tingkat kelompok

Adalah konseling pengurangan risiko dan pendidikan kesehatan pada kelompok dengan anggota bervariasi. Intervensi ini menggunakan model *peer* dan *non-peer* yang melibatkan berbagai macam keterampilan, informasi, edukasi, dan dukungan. Contoh: kelompok dukungan sebaya (KDS), penilaian risiko kelompok (PRK), KDS positif yang difasilitasi konselor/manajer kasus.

3) Penjangkauan (*outreach*)

Intervensi pendidikan HIV-AIDS yang umumnya dilaksanakan oleh *peer* atau pendidik terlatih, dapat dilakukan secara tatap muka dengan populasi berisiko tinggi di suatu lingkungan atau area tempat mereka berkumpul. Kegiatan yang dilakukan seperti pemberian informasi dan promosi peningkatan perilaku yang aman, distribusi kondom, pelicin, dan media KIE, serta rujukan ke layanan kesehatan.

4) Manajemen kasus pencegahan

Maksudnya adalah kegiatan pencegahan HIV yang berorientasi pada sasaran, mempromosikan perilaku pengurangan risiko, kombinasi antara konseling dengan manajemen kasus yang menyediakan konseling pencegahan, serta dukungan dan jembatan pada layanan kesehatan yang bersifat intensif, berkelanjutan, dan berorientasi pada individu.

5) Konseling dan rujukan layanan bagi pasangan

Pendekatan sistematis untuk menginformasikan pada pasangan seks atau pasangan berbagi jarum suntik mengenai kemungkinan terpapar HIV sehingga mereka dapat menghindarinya, atau jika sudah terinfeksi dapat mencegah penularan pada orang lain.

6) Komunikasi kesehatan dan informasi publik

Upaya penyampaian pesan tentang HIV-AIDS yang terencana bagi sasaran luas melalui satu atau lebih saluran komunikasi, seperti kampanye multi-media terfokus, pengembangan media KIE terfokus, dan sesi pendidikan singkat.

7) Konseling, tes, dan rujukan

Intervensi individu yang terdiri dari 2 sesi yaitu pra dan pasca tes, mengetahui risiko penularan dan menularkan, menegosiasikan perubahan perilaku, serta menyediakan rujukan tambahan seperti kebutuhan medis, dan dukungan psikososial.

8) Intervensi tingkat komunitas

Intervensi yang berupaya untuk meningkatkan kondisi dan perilaku dalam suatu komunitas dengan berfokus pada komunitas secara kelurahan bukan individu dalam kelompok kecil. Hal ini seringkali dilakukan dengan mengubah norma sosial, kebijakan, atau karakteristik lingkungan. Contoh seperti mobilisasi komunitas, kampanye pemasaran sosial, *community-wide events*, intervensi kebijakan, dan intervensi struktural.

B. LATIHAN

1. Jelaskan hal yang akan lakukan jika salah satu keluarga Anda merupakan ODHIV!
2. Jelaskan apa yang akan Anda lakukan jika di lingkungan tempat tinggal Anda melakukan pengusiran terhadap salah satu warga yang ODHIV!

3. Menurut Anda, apa yang dapat dilakukan oleh petugas kesehatan agar dapat meningkatkan kunjungan pasien ODHIV ke layanan?
4. Menurut Anda, bagaimana strategi untuk meningkatkan cakupan pemeriksaan IMS di fasilitas layanan kesehatan?
5. Jelaskan dengan singkat dan tepat mengenai intervensi perubahan perilaku pada HIV-AIDS dan IMS!

C. RANGKUMAN

Intervensi yang akan dilakukan untuk pencegahan dan penanggulangan HIV dan IMS dapat dikategorikan menjadi dua, yaitu intervensi medis atau yang berasal dari pengobatan, dan intervensi perubahan perilaku (IPP). Pengembangan IPP harus berdasarkan teori atau model perilaku kesehatan yang sudah ada. Tujuannya adalah agar dapat memodifikasi perubahan perilaku sasaran sesuai dengan kebutuhan dan tujuan intervensi.

D. TES FORMATIF

1. Di bawah ini yang termasuk tujuan dari intervensi perubahan perilaku adalah...
 - a. Meningkatkan pengetahuan tentang IMS dan HIV-AIDS
 - b. Meningkatkan persepsi terhadap risiko
 - c. Meningkatkan kepercayaan diri untuk menggunakan kondom
 - d. Meningkatkan praktek/perilaku seksual yang aman dari risiko penularan IMS termasuk HIV
 - e. Meningkatkan kepercayaan diri untuk mengakses layanan kesehatan terkait HIV dan AIDS
2. Yang termasuk dalam efektifitas intervensi perubahan perilaku adalah...
 - a. Semakin beragam kegiatan semakin besar mempengaruhi perubahan perilaku
 - b. Semakin besar populasi sasaran akan semakin besar pula mempengaruhi perubahan perilaku
 - c. Semakin luas konsentrasi populasi sasaran semakin banyak yang terjangkau untuk perubahan perilaku
 - d. Sasaran dengan mobilitas tinggi mudah diintervensi
 - e. Teori perubahan perilaku yang digunakan

3. Intervensi perubahan perilaku dalam bentuk mobilisasi komunitas dan kampanye pemasaran sosial termasuk ke dalam tingkat...
 - a. Individu
 - b. Komunitas
 - c. Komunitas berisiko
 - d. *Outreach*
 - e. Komunikasi kesehatan dan informasi public
4. Teori perubahan perilaku atau teori perilaku kesehatan yang terdiri dari kepercayaan individu, sikap, niat, dan norma subjektif disebut sebagai...
 - a. *Theory of reasoned action*
 - b. *Theory of planned behavior*
 - c. *Health belief model*
 - d. *Precede proceed model*
 - e. *Protection motivation theory*
5. Teori perubahan perilaku atau teori perilaku kesehatan yang terdiri dari niat, sikap, kontrol perilaku, dan norma subjektif disebut sebagai...
 - a. *Theory of reasoned action*
 - b. *Theory of planned behavior*
 - c. *Health belief model*

- d. *Precede proceed model*
- e. *Protection motivation theory*

E. DAFTAR PUSTAKA

- Dejman, M., Ardakani, H. M., Malekafzali, B., Moradi, G., Gouya, M. M., Shushtari, Z. J., Alinaghi, S. A., & Mohraz, M. (2015). Psychological, Social, and Familial Problems of People Living with HIV/AIDS in Iran: A Qualitative Study. *International journal of preventive medicine*, 6, 126. <https://doi.org/10.4103/2008-7802.172540>.
- de los Rios, P., Okoli, C., Castellanos, E. *et al.* (2021). Physical, Emotional, and Psychosocial Challenges Associated with Daily Dosing of HIV Medications and Their Impact on Indicators of Quality of Life: Findings from the Positive Perspectives Study. *AIDS Behav*, 25; 961–972. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-03055-1>.
- Diyanayati, K. (2006). Permasalahan Penyandang HIV/AIDS. *Sosio Konsepsia*, 11(03); 67-73. DOI: <https://doi.org/10.33007/ska.v11i3.607>.
- Jaringan Gaya Warna Lentera Indonesia. *Strategi Pengembangan Program Intervensi Komunikasi Perubahan Perilaku (KPP) untuk Peningkatan Kualitas Outreach pada Komunitas GWL*. Jakarta: Yayasan Siklus Indonesia, 2015.
- Kasih, L., C. (2016). Efektifitas *Peer Education* pada Pengetahuan dan Sikap Siswa SMA dalam Pencegahan HIV/AIDS. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 4:26–33.

- Kementerian Kesehatan. (2010). *Pedoman Nasional Pelaksanaan Intervensi Perubahan Perilaku untuk Pencegahan IMS dan HIV melalui Hubungan Seksual*. Jakarta, Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. (2020). *Rencana Aksi Nasional Pencegahan dan Pengendalian HIV AIDS dan IMS di Indonesia Tahun 2020-2024*. Jakarta, Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan. (2021). *Laporan Perkembangan HIV-AIDS dan Penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS) Triwulan IV Tahun 2020*. <https://siha.kemkes.go.id>.
- MacLachlan, E., W., Potter, K., Hamunime, N., et al. (2016). We are now free to speak: Qualitative evaluation of an education and empowerment training for HIV patients in Namibia. *PLoS One*, 11(4). e0153042.
- Noar, S., M. and Willoughby, J., F. (2012). Health Interventions for HIV Prevention. *AIDS Care-Psychol SocioMedical Asp AIDS/HIV*, 24: 945–52.
- Lestari, H., E., P., Shaluhayah, Z., Demartoto, A. (2015). Pengaruh Pengetahuan dan Perceived Behavior Control terhadap Niat Laki-Laki yang Berhubungan Seksual dengan Laki-Laki (LSL) untuk Melakukan VCT di Kabupaten Madiun. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*, 10(1):73–88.
- Olaleye, O.A., Adetoye, A., & Hamzat, T.K. (2017). Disability and Quality of Life among People Living With HIV/AIDS in Ibadan, Nigeria. *Medical journal of Zambia*, 44; 166-175.

- Rifai, A. (2016). Brief Psychoeducation Intervention Against HIV/AIDS Related Stigma among House Wives Lived in Coffee Plantation Area. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 1(2):1-7.
- Suarnianti & Haskah, Y. (2020). Penguatan Intervensi Perilaku terhadap Pencegahan HIV pada Kelompok Berisiko: *Systematic Review*. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 9(4): 439-448.
- Susanto. (2004). Dampak HIV/AIDS terhadap Kehidupan Sosial Masyarakat. Yogyakarta, UPN Veteran.



RIWAYAT PENULIS

Adi Nugroho, M.Kes., M.Sc., Ph.D.

Lahir di Banjarbaru, pada tanggal 29 Nopember 197. Penulis telah menyelesaikan jenjang pendidikan di Universitas Diponegoro Semarang, University of Pittsburgh, dan Erasmus University Rotterdam. Pengalaman kerja antara lain yaitu di GWL-INA, *consultant for community-based services* di FHI360 Indonesia, *nutrition officer* di UNICEF Indonesia, *research manager* dan *technical project coordinator* di Pusat Kedokteran Tropis UGM. Untuk saat ini penulis sedang aktif melaksanakan pekerjaan di UNAIDS Indonesia sebagai *technical consultant on community engagement*, dan sebagai tenaga pendidik di Program Studi Kesehatan Masyarakat serta Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran ULM Bagian Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Kegiatan penelitian dan pengabdian di masyarakat yang dilakukan oleh penulis antara lain seperti pengembangan teknologi, evaluasi program, dan model-model pengembangan komunitas pada kelompok orang dengan HIV AIDS (ODHIV) di Indonesia.



Dr. Bahrul Ilmi, AMK., S.Pd. M.Kes. Lahir di Banjarmasin pada tanggal 26 Oktober 1966. Telah menyelesaikan pendidikan SD, SMP, SLTP, dan SLTA di Kota Banjarmasin, kemudian melanjutkan ke AKPER Banjarmasin lulus tahun 1989, pendidikan S-1 di UNISKA Banjarmasin lulus tahun 1997 dengan peminatan Perilaku dan Bimbingan Konseling, dan melanjutkan ke jenjang S-2 bidang

keilmuan AKK-Ilmu Manajemen Kesehatan di Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2002, serta Program Pendidikan Doktor bidang keilmuan Kesehatan Masyarakat, Ilmu Kesehatan lulus tahun 2013 di Universitas Airlangga Surabaya. Pengalaman berorganisasi: anggota Senat Poltekkes Kemenkes Banjarmasin dari tahun 2009-Sekarang, ketua Tim Pakar Poltekkes Kemenkes Banjarmasin dari tahun 2015-sekarang, Korwil Kalimantan Selatan Forum Doktor Poltekkes Kemenkes Seluruh Indonesia (Forum DPKSI) dari tahun 2015-sekarang, DPW PPNI Provinsi Kalimantan Selatan, dan anggota IKKESINDO Indonesia. Kegiatan saat ini sebagai dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Banjarmasin, serta sebagai dosen di PSKM AKK Pasca sarjana ULM Banjarbaru sejak tahun 2014 – sekarang, dan beberapa PT di Kalsel.



Dr. Ermina Istiqomah, M.Si., Psikolog.

Lahir di Banjarmasin, pada tanggal 19 September 1970. Penulis telah menyelesaikan jenjang pendidikan S1 dan S2 jurusan Psikologi di Universitas Gajah Mada Yogyakarta, dan jenjang pendidikan S3 jurusan Psikologi di Universitas Airlangga Surabaya. Saat ini penulis aktif menjadi dosen di Program Studi Psikologi dan Program Studi Kesehatan Masyarakat, serta Prrogram Studi Manajemen Ilmu Kesehatan

Masyarakat Fakultas Kedokteran ULM, serta menjadi anggota di Unit Layanan Konseling Stikes Cahaya Bangsa. Karya yang pernah dihasilkan oleh penulis, salah satunya adalah HAKI EC00201900686.



Dr. Muhammad Abdan Shadiqi, S.Psi., M.Si. lahir di Angkinang (Kalimantan Selatan), Februari 1991. Ia memperoleh gelar S1 Psikologi dari Universitas Lambung Mangkurat (2008-2012), gelar S2 Sains Psikologi Sosial dari Universitas Indonesia (2015-2017), dan akhir tahun 2019 mendapatkan gelar Doktor Ilmu Psikologi di usia 28 tahun dari Universitas Indonesia dengan beasiswa Program Magister Menuju Doktor untuk Sarjana Unggul (PMDSU). Saat ini ia bekerja sebagai dosen tetap di Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran, Universitas Lambung Mangkurat dengan *homebase* di Program Studi Psikologi. Ia memiliki publikasi ilmiah di bidang Psikologi berupa buku, prosiding, hingga artikel jurnal nasional maupun internasional bereputasi.



Dr. Meitria Syahadatina, N., dr., 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, serta keluarga berencana.



Dr. Roselina Panghiyngani, S.Si., M.Biomed dilahirkan di Banjarbaru pada tanggal 25 September 1970. Penulis menempuh pendidikan S1 di Fakultas Biologi UGM Yogyakarta, pendidikan S2 dan S3 di Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia bidang Ilmu Biomedik. Penulis adalah staf pengajar S1 dan S2 di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat. Penulis pernah menjabat kepala Bagian Biologi Kedokteran FK ULM

(2005-2010), Sekretaris Prodi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat FK ULM (2016-2019). Saat ini penulis menjabat sebagai Ketua Divisi Pusat Riset Genetik dan Kultur Sel-Riset Senter FK ULM dan Sekretaris Komisi Etik Penelitian FK ULM. Penulis juga pernah mendapatkan hibah penelitian dan pengabdian masyarakat Dikti pada sejumlah skim penelitian diantaranya hibah penelitian Dosen Muda, hibah Strategis Nasional, hibah Program Dosen Wajib Meneliti dan hibah Riset Keilmuan (LPDP-Kemendidbud Dikti) serta menjadi reviewer pada sejumlah Jurnal nasional maupun internasional. Penulis juga aktif mengikuti seminar nasional dan internasional sesuai dengan bidang keilmuannya. Penulis juga merupakan anggota aktif dari organisasi profesi PAAI dan PBBMI.



Kusnindyah Praedevy Reviagana, SKM., M.Kes (Penyunting), dilahirkan di Kota Martapura pada tanggal 1 Desember 1990. Telah menyelesaikan pendidikan S1 di Program Studi Kesehatan Masyarakat dan pendidikan S2 Jurusan Promosi Kesehatan, Kesehatan Reproduksi, dan HIV AIDS di Universitas Diponegoro Semarang. Saat ini sedang aktif menjadi Asisten Peneliti di Pusat

Studi Komunikasi Perubahan Sosial dan Perilaku Kesehatan, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kedokteran ULM. Pengalaman kerja yaitu pernah menjadi tenaga pendidik di Program Studi Kesehatan Masyarakat, FK ULM.