

Program Studi
Pendidikan Profesi Bidan



MODUL PRAKTIK

KEBIDANAN FISILOGI HOLISTIK KELUARGA BERENCANA DAN KESEHATAN REPRODUKSI

2019



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MODUL

PRAKTIK KELUARGA BERENCANA DAN KESEHATAN REPRODUKSI



**PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKA RAYA**

MODUL KEBIDANAN FISIOLOGI HOLISTIK KELUARGA BERENCANA DAN KESEHATAN REPRODUKSI

Hak cipta dan hak penerbitan yang dilindungi ada pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya. Dilarang menggandakan Sebagian atau seluruh isi buku dengan cara tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Pengarah

Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.

Oktavini, S,SiT,M.Keb

Penanggung Jawab

Kaprodi Pendidikan Profesi Bidan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.

Heti Ira Ayue, SST., M.Keb

Editor

Yeni Lucin, S.Kep., MPH

Penyusun / Kontributor

Eline Charla Sabatina B, SST., M.Kes

Cetakan I, Tahun 2019

Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Palangka Raya.

Jl. George Obos No. 30, 32, Menteng, Kec. Jekan Raya, Kota Palangka Raya,
Kalimantan Tengah 73111

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji syukur kehadirat Nya atas begitu banyak nikmat dan rahmat yang dilimpahkan kepada tim penyusun, sehingga Modul **Modul Praktik Kebidanan Fisiologis Holistik Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi** ini dapat diselesaikan dengan baik dan lancar.

Buku ini merupakan acuan praktikum mata kuliah Kebidanan Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi yang dapat digunakan oleh dosen maupun mahasiswa. Tidak lupa kami ucapkan terimakasih kepada berbagai pihak yang turut membantu terselesaikannya Modul Praktik Kebidanan Fisiologis Holistik Keluarga Berencana dan Kesehatan Reproduksi.

Dalam penyusunan modul ini tidak menutup kemungkinan masih ada kekurangan. Saran dan kritik yang membangun sangat kami harapkan untuk penyempurnaan buku ini. Semoga buku ini dapat memberi banyak manfaat bagi para pembaca.

Palangka Raya, Juli 2019

Tim penyusun

DAFTAR ISI

BAB I: KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI	1
Topik 1.	
Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi	2
Latihan	13
Ringkasan	13
Tes 1	14
Topik 2.	
Kesehatan Reproduksi Dalam Perspektif Gender	17
Latihan	25
Ringkasan	25
Tes 2	25
Topik 3	
Kesehatan Reproduksi Terpadu	27
Latihan	29
Ringkasan	30
Tes 3	30
KUNCI JAWABAN TES	32
GLOSARIUM	
.....	33
DAFTAR PUSTAKA	34
BAB II: KOMUNIKASI, INFORMASI , EDUKASI DALAM KESEHATAN REPRODUKSI	35
Topik 1.	
Konsep Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE).....	36
Latihan	43
Ringkasan	43
Tes 1	44
Topik 2.	
Standar Komunikasi, Informasi, Edukasi Dalam Kesehatan Produksi	47
Latihan	53
Ringkasan	54
Tes 2	54

Topik 3.	
Strategi Komunikasi, Informasi, Edukasi Dalam Kesehatan Produksi	56
Latihan	62
Ringkasan	63
Tes 3	63
KUNCI JAWABAN TES	66
GLOSARIUM	67
DAFTAR PUSTAKA	68
BAB III: PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DALAM SITUASI DARURAT BENCANA	69
Topik 1.	
Konsep Kesehatan Reproduksi Dalam Situasi Darurat Bencana	71
Latihan	82
Ringkasan	82
Tes 1	82
Topik 2.	
Pelayanan Kesehatan Reproduksi Dalam Bencana	85
Latihan	95
Ringkasan	96
Tes 2	96
KUNCI JAWABAN TES	98
GLOSARIUM	99
DAFTAR PUSTAKA	100
BAB IV: KONSEP KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA	101
Topik 1.	
Konsep Kependudukan.....	102
Latihan	106
Ringkasan.....	107
Tes 1.....	107

Topik 2.	
Sejarah Keluarga Berencana	109
Latihan	111
Ringkasan.....	112
Tes 2.....	112
Topik 3.	
Konsep Keluarga Berencana	114
Latihan	121
Ringkasan.....	121
Tes 2.....	122
KUNCI JAWABAN TES	125
DAFTAR PUSTAKA	126
BAB V: KONSEP KONSELING	127
Topik 1.	
Konsep Konseling	128
Latihan	132
Ringkasan.....	132
Tes 1.....	132
Topik 2.	
Analisis Situasi dan Pengambilan Keputusan	135
Latihan	138
Ringkasan.....	138
Tes 2.....	138
Topik 3.	
Melakukan Pemilihan dan Persetujuan Tindakan Medis	140
Latihan	159
Ringkasan.....	160
Tes 3.....	160
KUNCI JAWABAN TES	162
DAFTAR PUSTAKA	163

BAB VI: KEBIJAKAN PEMERINTAH DALAM SISTEM PELAYANAN KESEHATAN 164

Topik 1.

Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana	165
Latihan	169
Ringkasan.....	169
Tes 1.....	170

Topik 2.

Asuhan Kebidanan KB Hormonal.....	173
Latihan	180
Ringkasan.....	184
Tes 2.....	184

Topik 3.

Sumber Daya Manusia Kesehatan.....	187
Latihan	188
Ringkasan.....	188
Tes 3	189

KUNCI JAWABAN TES.....	191
-------------------------------	------------

GLOSARIUM.....	192
-----------------------	------------

DAFTAR PUSTAKA	193
-----------------------------	------------

BAB I

KONSEP KESEHATAN REPRODUKSI

PENDAHULUAN

Di dalam rangka upaya menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) dibutuhkan pelayanan kesehatan yang berkualitas, khususnya dalam konsep dasar kesehatan reproduksi. Sebagai tenaga kesehatan yang memiliki posisi strategis, bidan harus mempunyai kompetensi dalam hal konsep dasar kesehatan reproduksi. Manfaat yang diperoleh setelah mempelajari BAB I ini mahasiswa mampu menjelaskan Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi. Supaya Saudara mudah mempelajari Modul “Konsep Kesehatan Reproduksi”, maka modul ini dikemas dalam tiga Kegiatan Belajar yaitu: Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi, Kesehatan Reproduksi dalam Perspektif Gender, dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu. Secara khusus tujuan pembelajaran adalah mahasiswa mampu menjelaskan pengertian, tujuan, sasaran, komponen, pendekatan siklus, berbagai faktor-faktor, masalah dan hak-hak Kesehatan Reproduksi.

Topik 1

Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi

Rekan mahasiswa, selamat bertemu kembali pada Kegiatan Belajar 1 Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi .

A. PENGERTIAN KESEHATAN REPRODUKSI

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

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sempurna fisik, mental dan kesejahteraan social dan tidak semata-mata ketiadaan penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berkaitan dengan system reproduksi dan fungsi serta proses (ICPD, 1994).

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

Kesehatan reproduksi adalah kemampuan seseorang untuk dapat memanfaatkan alat reproduksi dengan mengukur kesuburannya dapat menjalani kehamilannya dan persalinan serta aman mendapatkan bayi tanpa resiko apapun (Well Health Mother Baby) dan selanjutnya mengembalikan kesehatan dalam batas normal (IBG. Manuaba, 1998).

Kesehatan Reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi yang pemikiran kesehatan reproduksi bukannya kondisi yang bebas dari penyakit melainkan bagaimana seseorang dapat memiliki kehidupan seksual yang aman dan memuaskan sebelum dan sesudah menikah (Depkes RI, 2000).

B. TUJUAN KESEHATAN REPRODUKSI

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

1. Tujuan Utama

Memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada perempuan termasuk kehidupan seksual dan hak-hak reproduksi perempuan sehingga dapat meningkatkan kemandirian perempuan dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya yang pada akhirnya dapat membawa pada peningkatan kualitas kehidupannya.

2. Tujuan Khusus

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

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

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

C. SASARAN KESEHATAN REPRODUKSI

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

1. Sasaran Utama.

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

Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja.

- a. Seksualitas.
- b. Beresiko/menderita HIV/AIDS.
- c. Beresiko dan pengguna NAPZA.

2. Sasaran Antara

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

- a. Kader Kesehatan, Dukun.

- b. Tokoh Masyarakat.
- c. Tokoh Agama.
- d. LSM.

D. KOMPONEN KESEHATAN REPRODUKSI

Strategi kesehatan reproduksi menurut komponen pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Komponen Kesejahteraan Ibu dan Anak

Peristiwa kehamilan, persalinan dan nifas merupakan kurun kehidupan wanita yang paling tinggi risikonya karena dapat membawa kematian, makna kematian seorang ibu bukan hanya satu anggota keluarga tetapi hilangnya kehidupan sebuah keluarga. Peran ibu sebagai wakil pimpinan rumah tangga, ibu dari anak-anak yang dilahirkan, istri dari suami, anak bagi seorang ibu yang melahirkan, ataupun tulang punggung bagi sebuah keluarga, semua sulit untuk digantikan. Tindakan untuk mengurangi terjadinya kematian ibu karena kehamilan dan persalinan, harus dilakukan pemantauan sejak dini agar dapat mengambil tindakan yang cepat dan tepat sebelum berlanjut pada keadaan kebidanan darurat. Upaya intervensi dapat berupa pelayanan ante natal, pelayanan persalinan dan masa nifas. Upaya intervensi tersebut merupakan dimensi pertama dari paradigma baru pendekatan secara Continuum of Care yaitu sejak kehamilan, persalinan, nifas, hari-hari dan tahun-tahun kehidupan perempuan. Dimensi kedua adalah tempat yaitu menghubungkan berbagai tingkat pelayanan di rumah, masyarakat dan kesehatan. Informasi akurat perlu diberikan atas ketidaktahuan bahwa hubungan seks yang dilakukan, akan mengakibatkan kehamilan, dan bahwa tanpa menggunakan kontrasepsi kehamilan yang tidak diinginkan bisa terjadi, bila jalan keluar yang ditempuh dengan melakukan pengguguran maka hal ini akan mengancam jiwa ibu tersebut.

2. Komponen Keluarga Berencana

Komponen ini penting karena Indonesia menempati urutan keempat dengan jumlah penduduk terbanyak di Indonesia. Indonesia diprediksi akan mendapat “**bonus demografi**“ yaitu bonus yang dinikmati oleh suatu Negara sebagai akibat dari besarnya proporsi penduduk produktif (rentang 15–64 tahun) dalam evolusi kependudukan yang akan dialami dan diperkirakan terjadi pada tahun 2020–2030. Untuk mengantisipasi kemungkinan timbulnya masalah tersebut pemerintah mempersiapkan kondisi ini dengan Program Keluarga Berencana yang ditujukan pada upaya peningkatan kesejahteraan ibu dan kesejahteraan keluarga. Calon suami-istri agar merencanakan hidup berkeluarga atas dasar cinta kasih, serta pertimbangan rasional tentang masa depan yang baik bagi kehidupan suami istri dan anak-anak mereka dikemudian hari. Keluarga berencana bukan hanya sebagai upaya/strategi kependudukan dalam menekan pertumbuhan penduduk agar sesuai dengan daya dukung lingkungan tetapi juga merupakan strategi bidang kesehatan dalam upaya

meningkatkan kesehatan ibu melalui pengaturan kapan ingin mempunyai anak, mengatur jarak anak dan merencanakan jumlah kelahiran nantinya. Sehingga seorang ibu mempunyai kesempatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan dirinya. Pelayanan yang berkualitas juga perlu ditingkatkan dengan lebih memperhatikan pandangan klien terhadap pelayanan kesehatan yang ada.

3. Komponen Pencegahan dan Penanganan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR), termasuk Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS.

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.

4. Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja

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

5. Komponen Usia Lanjut

Melengkapi siklus kehidupan keluarga, komponen ini akan mempromosikan peningkatan kualitas penduduk usia lanjut pada saat menjelang dan setelah akhir kurun usiareproduksi (menopause/andropause). Upaya pencegahan dapat dilakukan melalui skriningkeganasan organ reproduksi misalnya kanker rahim pada wanita, kanker prostat pada pria serta pencegahan defisiensi hormonal dan akibatnya seperti kerapuhan tulang dan lain-lain.

Hasil yang diharapkan dari pelaksanaan kesehatan reproduksi tersebut adalah peningkatan akses:

Informasi secara menyeluruh mengenai seksualitas dan reproduksi, masalah kesehatan reproduksi, manfaat dan resiko obat, alat, perawatan, tindakan intervensi, dan bagaimana kemampuan memilih dengan tepat sangat diperlukan.

Paket pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas yang menjawab kebutuhan wanita maupun pria. Kontrasepsi (termasuk sterilisasi) yang aman dan efektif. Kehamilan dan persalinan yang direncanakan dan aman. Penanganan tindakan pengguguran kandungan tidak aman. Pencegahan dan penanganan sebabkemandulan (ISR/PMS).

Informasi secara menyeluruh termasuk dampak terhadap otot dan tulang, libido, dan perlunya skrining keganasan (kanker) organ reproduksi.

Pengukuran adanya perubahan yang positif terhadap hasil akhir diatas akan menunjukkan kemajuan pencapaian tujuan pelayanan kesehatan reproduksi yang menjawab kebutuhan kesehatan reproduksi individu, suami-istri dan keluarga.

E. KESEHATAN REPRODUKSI DALAM SIKLUS HIDUP PEREMPUAN

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

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

tumbuh (thelarche), pertumbuhan tinggi badan yang cepat (maximal growth), mendapatkan haid yang pertama kali (menarche)

Masa Reproduksi

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

Masa Usia lanjut

Masa usia lanjut yaitu masa dimana hormone Estrogen sudah mulai menurun atau habis dikarenakan produksi sel telur juga sudah mulai menurun atau habis. Dengan menurunnya hormon estrogen akan terjadi perubahan fisik dan psikologis pada perempuan diantaranya perubahan pada organ reproduksi, perubahan pada metabolisme tubuh dan turunya massa tulang (osteoporosis)

F. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN REPRODUKSI

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

1. Faktor Demografis - Ekonomi

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

2. Faktor Budaya dan Lingkungan

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

3. Faktor Psikologis

Sebagai contoh rasa rendah diri (“low self esteem“), tekanan teman sebaya (“peer pressure“), tindak kekerasan dirumah/ lingkungan terdekat dan dampak adanya keretakan orang tua dan remaja, depresi karena ketidak seimbangan hormonal, rasa tidak berharga wanita terhadap pria yang membeli kebebasan secara materi.

4. Faktor Biologis

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

G. RUANG LINGKUP KESEHATAN REPRODUKSI

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

1. Konsepsi

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

2. Bayi dan Anak

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

3. Remaja

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

4. Usia Subur

Pemeliharaan Kehamilan dan pertolongan persalinan yang aman, Pencegahan kecacatan dan kematian pada ibu dan bayi, Menggunakan kontrasepsi untuk mengatur jarak kelahiran dan jumlah kehamilan, Pencegahan terhadap PMS atau HIV/AIDS, Pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas, Pencegahan penanggulangan masalah aborsi, Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim, Pencegahan dan manajemen infertilitas.

5. Usia Lanjut

Perhatian terhadap menopause/andropause, Perhatian terhadap kemungkinan penyakit utama degeneratif termasuk rabun, gangguan metabolisme tubuh, gangguan mobilitas dan osteoporosis, Deteksi dini kanker rahim dan kanker prostat. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi secara “**lebih luas**“, meliputi:

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

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

H. MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI

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

1. Masalah reproduksi

Kesehatan, morbiditas (gangguan kesehatan) dan kematian perempuan yang berkaitan dengan kehamilan. Termasuk didalamnya juga masalah gizi dan anemia dikalangan perempuan, penyebab serta komplikasi dari kehamilan, masalah kemandulan dan ketidaksuburan; Peranan atau kendali sosial budaya terhadap masalah reproduksi. Maksudnya bagaimana pandangan masyarakat terhadap kesuburan dan kemandulan, nilai anak dan keluarga, sikap masyarakat terhadap perempuan hamil. Intervensi pemerintah dan negara terhadap masalah reproduksi. Misalnya program KB, undang-undang yang berkaitan dengan masalah genetik, dan lain sebagainya. Tersedianya pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, serta terjangkauunya 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.

2. Masalah gender dan seksualitas

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

3. Masalah kekerasan dan perkosaan terhadap perempuan

Kecenderungan penggunaan kekerasan secara sengaja kepada perempuan, perkosaan, serta dampaknya terhadap korban Norma sosial mengenai kekerasan dalam rumah tangga, serta mengenai berbagai tindak kekerasan terhadap perempuan. Sikap masyarakat mengenai kekerasan perkosaan terhadap pelacur. Berbagai langkah untuk mengatasi masalah- masalah tersebut.

4. Masalah Penyakit yang Ditularkan Melalui Hubungan Seksual

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

5. Masalah Pelacuran

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

6. Masalah Sekitar Teknologi

Teknologi reproduksi dengan bantuan (inseminasi buatan dan bayi tabung).

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

I. HAK-HAK KESEHATAN REPRODUKSI

Hak reproduksi perempuan sangat jarang dibicarakan, pada kenyataannya perempuan lebih memahami dan menjalankan kewajibannya misalnya sebagai ibu rumah tangga, mendidik anak dan sebagai istri dari pada membicarakan tentang hak-hak reproduksinya.

1. Definisi Hak Kesehatan Reproduksi

Hak adalah kewenangan yang melekat pada diri untuk melakukan atau tidak melakukan, memperoleh atau tidak memperoleh sesuatu. Kesadaran tentang hak sebagai manusia dan sebagai perempuan merupakan kekuatan bagi perempuan untuk melakukan berbagai aktivitas bagi kepentingan diri, keluarga, dan masyarakat. Sedangkan Reproduksi adalah menghasilkan kembali atau kemampuan perempuan untuk menghasilkan keturunan secara berulang.

2. Definisi Hak-hak Reproduksi secara Spesifik sebagai berikut

Hak asasi semua pasangan dan pribadi untuk menentukan secara bebas dan bertanggung jawab mengenai jumlah anak, dan menentukan waktu kelahiran anak-mereka. Mempunyai informasi dan cara untuk memperoleh anak dan hak untuk mencapai standar tertinggi kesehatan seksual dan reproduksinya, dan dapat membuat keputusan mengenai reproduksi yang bebas diskriminasi, paksaan, dan kekerasan. Hak reproduksi perorangan adalah hak yang dimiliki oleh setiap orang, baik laki-laki maupun perempuan (tanpa memandang perbedaan kelas sosial, suku, umur, agama, dll) untuk memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab (kepada diri, keluarga, dan masyarakat) mengenai jumlah anak, jarak antar anak, serta penentuan waktu kelahiran anak dan akan melahirkan. Hak reproduksi ini didasarkan pada pengakuan akan hak-hak asasi manusia yang diakui di dunia internasional.

3. Tujuan Hak Kesehatan Reproduksi

Tujuan kesehatan dan hak reproduksi adalah sebagai berikut:

Untuk memastikan informasi yang menyeluruh dan faktual serta beragam tentang pelayanan terhadap pemeliharaan kesehatan reproduksi, ketersediannya, keterjangkauan, dan dapat diterima serta cocok untuk semua.

Untuk memungkinkan dan mendukung keputusan secara sukarela tetapi bertanggung jawab dalam hal kehamilan dan penggunaan metode keluarga berencana pilihan mereka, dan metode lain sesuai pilihan mereka.

4. Hak-Hak Reproduksi

Hak reproduksi merupakan bagian dari hak azasi manusia yang melekat pada manusia sejak lahir dan dilindungi keberadaannya. Sehingga pengekangan terhadap hak reproduksi berarti pengekangan terhadap hak azasi manusia. Selain itu orang tidak boleh mendapatkan perlakuan diskriminatif berkaitan dengan kesehatan reproduksi karena ras, jenis kelamin, kondisi sosial ekonomi, keyakinan/agamanya dan kebangsaannya. Dibawah ini diuraikan hak-hak Kesehatan Reproduksi.

5. Hak Kesehatan Reproduksi (ICPD CAIRO 1994)

- a. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi.
- b. Hak mendapat pelayanan dan kesehatan reproduksi.

- c. Hak untuk kebebasan berfikir dan membuat keputusan tentang kesehatan reproduksinya.
- d. Hak untuk memutuskan jumlah dan jarak kelahiran anak.
- e. Hak untuk hidup dan terbebas dari resiko kematian karena kehamilan, kelahiran karena masalah jender.
- f. Hak atas kebebasan dan pelayanan dalam pelayanan kesehatan reproduksi.
- g. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk yang menyangkut kesehatan reproduksi.
- h. Hak untuk mendapatkan manfaat dari hasil kemajuan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan reproduksi.
- i. Hak atas kerahasiaan pribadi dalam menjalankan kehidupan dalam reproduksinya.
- j. Hak untuk membangun dan merencanakan keluarga.
- k. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam berpolitik yang bernuansa kesehatan reproduksi.
- l. Hak atas kebebasan dari segala bentuk diskriminasi dalam kesehatan reproduksi.

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

- a. Setiap orang berhak memperoleh standar pelayanan kesehatan reproduksi yang terbaik. Ini berarti penyedia pelayanan harus memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas dengan memperhatikan kebutuhan klien, sehingga menjamin keselamatan dan keamanan klien.
- b. Setiap orang, perempuan, dan laki-laki (sebagai pasangan atau sebagai individu) berhak memperoleh informasi selengkap-lengkapya tentang seksualitas, reproduksi dan manfaat serta efek samping obat-obatan, alat dan tindakan medis yang digunakan untuk pelayanan dan/atau mengatasi masalah kesehatan reproduksi.
- c. Setiap orang memiliki hak untuk memperoleh pelayanan KB yang, efektif, terjangkau, dapat diterima, sesuai dengan pilihan, tanpa paksaan dan tidak melawan hukum.
- d. Setiap perempuan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya, yang memungkinkannya sehat dan selamat dalam menjalani kehamilan dan persalinan, serta memperoleh bayi yang sehat.
- e. Setiap anggota pasangan suami-isteri berhak memiliki hubungan yang didasari penghargaan.
- f. Terhadap pasangan masing-masing dan dilakukan dalam situasi dan kondisi yang diinginkan bersama tanpa unsur pemaksaan, ancaman, dan kekerasan.
- g. Setiap remaja, lelaki maupun perempuan, berhak memperoleh informasi yang tepat dan benar tentang reproduksi, sehingga dapat berperilaku sehat dalam menjalani kehidupan seksual yang bertanggung jawab.
- h. Tiap laki-laki dan perempuan berhak mendapat informasi dengan mudah, lengkap, dan akurat mengenai penyakit menular seksual, termasuk HIV/AIDS.

- i. Pemerintah, lembaga donor dan masyarakat harus mengambil langkah yang tepat untuk menjamin semua pasangan dan individu yang menginginkan pelayanan kesehatan reproduksi dan kesehatan seksualnya terpenuhi.
- j. Hukum dan kebijakannya harus dibuat dan dijalankan untuk mencegah diskriminasi, pemaksaan dan kekerasan yang berhubungan dengan seksualitas dan masalah reproduksi
- k. Perempuan dan laki-laki harus bekerja sama untuk mengetahui haknya, mendorong agar pemerintah dapat melindungi hak-hak ini serta membangun dukungan atas hak tersebut melalui pendidikan dan advokasi.
- l. Konsep-konsep kesehatan reproduksi dan uraian hak-hak perempuan ini diambil dari hasil kerja International Women's Health Advocates Worldwide.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Menurut saudara mengapa remaja laki-laki dan perempuan dijadikan sasaran utamadari Kesehatan Reproduksi?
- 2) Indonesia akan mendapatkan "Bonus Demografi", komponen Kesehatan Reproduksi yang mana yang dapat menjawab tantangan tersebut? mengapa?
- 3) Jelaskan dampak kurangnya pengetahuan remaja terhadap Pelayanan Kesehatan Reproduksi?
- 4) Sebutkan 5 hak-hak reproduksi menurut ICPD dan jelaskan sesuai dengan pengetahuan saudara?
- 5) Kemungkinan resiko penyakit yang akan timbul pada usia lanjut (Usila) dan menurut saudara bagaimana pencegahannya?

Ringkasan

Kesehatan reproduksi bukan hanya mencakup kesehatan reproduksi perempuan secara sempit misalnya masalah seputar perempuan usia subur yang telah menikah, kehamilan dan persalinan, tetapi mencakup seluruh tahapan hidup perempuan sejak konsepsi sampai usia lanjut. Beberapa masalah yang perlu diperhatikan dalam kesehatan reproduksi, yaitu kesehatan reproduksi itu sendiri, PMS dan pencegahan HIV/AIDS, remaja, Keluarga Berencana, Usia Lanjut. Faktor-faktor non klinis yang menyertai seperti faktor demografi, ekonomi, budaya dan lingkungan, faktor biologis dan faktor psikologis yang mempengaruhi kesehatan reproduksi dapat memberikan dampak buruk terhadap kesehatan perempuan, oleh karena itu perlu memberikan pemahaman akan keterlibatan perempuan, dengan harapan semua perempuan mendapatkan hak-hak reproduksinya dan menjadikannya kehidupan reproduksinya menjadi lebih berkualitas. Intervensi pemerintah

terhadap penanganan masalah Kesehatan Reproduksi ini akan sangat membantu dalam mewujudkan kesejahteraan perempuan.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

Selanjutnya untuk mengetahui pemahaman Saudara terhadap materi yang telah dipelajari, Saudara dapat berlatih dengan menjawab soal dibawah ini.

Petunjuk Mengerjakan Soal :

Baca dahulu soal dibawah ini dengan seksama, kemudian pilih salah satu jawaban yang Saudara anggap paling benar. Lingkari salah satu huruf (A, B, C, D, E) didepan jawaban yang benar. Bila jawaban yang benar tidak mencapai seratus persen, cobalah membaca kembali materi dan betulkan jawaban yang salah.

- 1) Beberapa definisi Kesehatan Reproduksi menyatakan bahwa kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat fisik, mental dan kesejahteraan sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi. Selain seperti diuraikan diatas disebutkan juga disertai dengan Ketaqwaan terhadap Tuhan YME dengan hubungan yang serasi, selaras dan seimbang. Definisi tersebut diatas menurut ...?
 - A. WHO
 - B. ICPD
 - C. BKKBN
 - D. IBG. Manuaba
 - E. Depkes RI

- 2) Sesuai dengan klausul yang menyatakan bahwa, “setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal“ hal ini tercantum dalam
 - A. UU Kesehatan No.23/1992, bab II, pasal 1
 - B. UU Kesehatan No.23/1992, bab III, pasal 2
 - C. UU Kesehatan No.23/1992, bab II, pasal 3
 - D. UU Kesehatan No.23/1992, bab III, pasal 4
 - E. UU Kesehatan No.23/1992, bab II, pasal 5

- 3) Pelayanan Kesehatan Reproduksi, dalam setiap kegiatannya selalu ditujukan padasasaran utama dari pelayanan kesehatan reproduksi, yaitu ...
 - A. Kelompok remaja
 - B. Kelompok usia lanjut
 - C. Bidan
 - D. Perawat

- E. Kader kesehatan
 - F. Komponen Kesejahteraan Keluarga
- 4) Upaya peningkatan kesejahteraan ibu dan kesejahteraan keluarga dengan mengatur kapan menginginkan mempunyai anak, mengatur jarak anak, dan mengatur jumlah anak, termasuk dalam komponen.....
- A. Komponen Kesejahteraan ibu dan kesejahteraan anak
 - B. Komponen Keluarga Berencana
 - C. Komponen Reproduksi Remaja
 - D. Komponen pengaturan Kesuburan
 - E. Komponen Kesejahteraan Keluarga
- 5) Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk yang menyangkut kesehatan reproduksi. Hak tersebut dicanangkan oleh ...
- A. ICPD
 - B. WHO
 - C. Depkes
 - D. BKKBN
 - E. IPPF
- 6) Setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang terstandar. Yang dimaksud dengan pernyataan tersebut adalah ...
- A. Mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi secara gratis
 - B. Mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas
 - C. Mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif
 - D. Mendapatkan pelayanan persalinan yang aman
 - E. Mendapatkan informasi kesehatan reproduksi yang baik
- 7) Kepercayaan “Banyak anak banyak rejeki“ adalah praktek tradisional yang mempunyai pengaruh buruk terhadap Kesehatan reproduksi. Hal tersebut termasuk faktor
- A. Faktor ekonomi yang mempengaruhi kesehatan reproduksi
 - B. Faktor budaya dan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan reproduksi
 - C. Faktor psikologi yang mempengaruhi kesehatan reproduksi
 - D. Faktor biologis yang mempengaruhi kesehatan reproduksi
 - E. Faktor spiritual yang mempengaruhi kesehatan reproduksi
- 8) Kesehatan Reproduksi pada remaja sangat membutuhkan perhatian, karena remaja mengalami perubahan secara fisik maupun psikologisnya. Bila remaja sudah mendapatkan haid pertamanya (menarcho) , maka remaja tersebut beresiko terjadi
- A. Anemia
 - B. Penyakit seksual menular

- C. HIV/AIDS
 - D. Penurunan daya tahan tubuh
 - E. Kebingungan
- 9) Setiap remaja, lelaki maupun perempuan, berhak memperoleh informasi yang tepat dan benar tentang reproduksi, sehingga dapat berperilaku sehat dalam menjalani kehidupan seksual yang bertanggung jawab. Pernyataan tersebut merupakan Hak-hak kesehatan reproduksi menurut
- A. WHO
 - B. ICPD
 - C. Depkes
 - D. Piagam PKBI
 - E. BKKBN
- 10) Pelaksanaan hak atas kebebasan dari segala bentuk diskriminasi tercermin dari :
- A. Perempuan mampu memutuskan berapa jumlah anaknya
 - B. Informasi yang adekuat bagi suami istri tentang kespro
 - C. Perempuan infertil dapat mengikuti bayi tabung
 - D. Kontrasepsi bagi perempuan karena ia yang hamil, bersalin dan nifas
 - E. Laki-laki mendapat pelayanan reproduksi

Topik 2

Kesehatan Reproduksi Dalam Perspektif Gender

Rekan mahasiswa, selamat bertemu kembali. Topik 2 Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi. ini akan membahas hal yang berhubungan dengan isu gender dalam kesehatan reproduksi dan penanganannya.

A. PENGERTIAN GENDER DAN SEKSUALITAS.

1. Gender

Peran sosial dimana peran laki-laki dan perempuan ditentukan perbedaan fungsi, perandan tanggung jawab laki-laki dan perempuan sebagai hasil konstruksi sosial yang dapat berubah atau diubah sesuai perubahan zaman peran dan kedudukan seseorang yang dikonstruksikan oleh masyarakat. dan budayanya karena seseorang lahir sebagai laki-laki atau perempuan. (WHO 1998).

Gender adalah pandangan masyarakat tentang perbedaan peran, fungsi dan tanggung jawab antara perempuan dan atau laki–laki yang merupakan hasil konstruksi sosial budaya dan dapat berubah dan atau diubah sesuai dengan perkembangan zaman.

Gender (Bahasa Inggris) yang diartikan sebagai jenis kelamin. Namun jenis kelamin di sini bukan seks secara biologis, melainkan sosial budaya dan psikologis, tetapi lebih memfokuskan perbedaan peranan antara pria dengan wanita, yang dibentuk oleh masyarakat sesuai dengan norma sosial dan nilai sosial budaya masyarakat yang bersangkutan.

2. Seks (Jenis Kelamin)

Jenis kelamin merupakan perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir. jenis kelamin berkaitan dengan tubuh laki-laki dan perempuan, dimana laki-laki memproduksi sperma, sementara perempuan menghasilkan sel telur dan secara biologis mampu untuk menstruasi, hamil dan menyusui.

Seks adalah perbedaan jenis kelamin yang telah ditentukan oleh Allah SWT berdasarkan fungsi biologis.

Seks berarti pria ataupun wanita yang pembedaannya berdasar pada jenis kelamin, sex lebih merujuk pada perbedaan antara pria dan wanita berdasar pada jenis kelamin yang ditandai oleh perbedaan anatomi tubuh dan genetiknya. Perbedaan seperti ini lebih sering disebut sebagai perbedaan secara biologis atau bersifat kodrati dan sudah melekat pada masing-masing individu sejak lahir.

PERBEDAAN GENDER DAN SEKS (JENIS KELAMIN)

SEKS	CONTOH	GENDER	CONTOH
Tidak dapat di ubah	Alat kelamin	Dapat di ubah	Peran dalam kegiatan sehari-hari
Tidak dapat di pertukarkan	Jakun pada laki-laki, payudara pada perempuan	Dapat di pertukarkan	Peran istri dapat digantikan suami dalam mengasuh anak, memasak dll
Berlaku sepanjang masa	Status sebagai laki-laki dan perempuan tidak pernah berubah sampai kita mati	Tergantung kepada kebudayaan	Sikap dan perilaku keluarga lebih mengutamakan laki – laki daripada perempuan selalu
Berlaku dimanapun berada	Dirumah, di kampus ataupun di mana sorang laki-laki tetap laki- laki dan perempuan tetap perempuan	Tergantung pada budaya setempat	Pembatasan kesempatan di bidang pekerjaan terhadap perempuan di banding laki-laki karena budaya budaya setempat
Merupakan kodrat Tuhan	Ciri utama laki-laki berbeda	Bukan merupakan kodrat Tuhan	Sifat atau mentalitas antara lelaki

	dengan perempuan		dengan perempuan bisa sama
Ciptaan Tuhan	Perempuan bisa haid, hamil, melahirkan dan menyusui sedangkan laki-laki tidak bisa	Buatan Manusia	Laki-laki dan perempuan berhak menjadi calon ketua RT, RW, kepala desa bahkan presiden

3. Budaya yang Mempengaruhi Gender

Sebagian besar masyarakat menganut kepercayaan yang salah tentang arti menjadi seorang wanita, dengan akibat yang membahayakan kesehatan wanita.

Setiap masyarakat mengharapkan wanita dan pria untuk berpikir, berperasaan dan bertindak dengan pola-pola tertentu dengan alasan mereka dilahirkan sebagai wanita/pria. Contohnya wanita diharapkan untuk menyiapkan masakan, merawat anak-anak dan suami. Sedangkan pria bertugas memberikan kesejahteraan bagi keluarga serta melindungi keluarganya dari ancaman.

Gender dan kegiatan yang dihubungkan dengan jenis kelamin, adalah hasil rekayasa masyarakat. Masyarakat menghubungkan jenis kelamin seseorang dengan perilaku tertentu yang seharusnya dilakukan biasanya disebut dengan area "kegiatan wanita" dan "kegiatan laki-laki".

Kegiatan lain tidak sama dari satu daerah ke daerah lain diseluruh dunia, tergantung pada kebiasaan, hukum dan agama yang dianut oleh masyarakat tersebut.

Peran jenis kelamin bahkan bisa tidak sama didalam suatu masyarakat, tergantung pada tingkat pendidikan, suku dan umurnya, contohnya: di dalam suatu masyarakat, wanita dari suku tertentu biasanya bekerja menjadi pembantu rumah tangga, sedang wanita lain mempunyai pilihan yang lebih luas tentang pekerjaan yang bisa mereka pegang.

Peran gender diajarkan secara turun temurun dari orang tua ke anaknya. Sejak anak berusia muda, orang tua telah memberlakukan anak perempuan dan laki-laki berbeda, meskipun kadang tanpa mereka sadari.

Diskriminasi Gender

Pada hakikatnya, manusia memiliki kedudukan yang setara antara laki-laki dan perempuan. Keduanya diciptakan dalam derajat, harkat, dan martabat yang sama. Namun dalam perjalanan kehidupan manusia, banyak terjadi perubahan peran dan status atas

keduanya, terutama dalam masyarakat. Proses tersebut lama kelamaan menjadi kebiasaan dan membudaya. Dan berdampak pada terciptanya perlakuan diskriminatif terhadap salah satu jenis kelamin sehingga muncul istilah gender yang mengacu pada perbedaan peran antara laki-laki dan perempuan yang terbentuk dari proses perubahan peran dan status tadi baik secara sosial ataupun budaya.

Diskriminasi: adalah pelayanan yang tidak adil terhadap individu tertentu, di mana layanan ini dibuat berdasarkan karakteristik yang diwakili oleh individu tersebut. Diskriminasi merupakan suatu kejadian yang biasa dijumpai dalam masyarakat manusia, ini disebabkan karena kecenderungan manusian untuk membeda-bedakan yang lain. Inti dari diskriminasi adalah perlakuan berbeda.

Akibat pelekatan sifat-sifat gender tersebut, timbul masalah ketidakadilan (diskriminasi) gender, yaitu :

a. *Marginalisasi (Peminggiran)*

Proses marginalisasi (peminggiran/pemiskinan) yang mengakibatkan kemiskinan, banyak terjadi dalam masyarakat. Marginalisasi perempuan sebagai salah satu bentuk ketidakadilan gender. Sebagai contoh, banyak pekerja perempuan tersingkir dan menjadi miskin akibat dari program pembangunan seperti intensifikasi pertanian yang hanya memfokuskan petani laki-laki. Perempuan dipinggirkan dari berbagai jenis kegiatan pertanian dan industri yang lebih memerlukan keterampilan yang biasanya lebih banyak dimiliki laki-laki. Selain itu perkembangan teknologi telah menyebabkan apa yang semula dikerjakan secara manual oleh perempuan diambil alih oleh mesin yang umumnya dikerjakan oleh tenaga laki-laki. Beberapa contoh marginalisasi yaitu pemupukan dan pengendalian hama dengan teknologi baru laki-laki yang mengerjakan, pemotongan padi dengan peralatan sabit, mesin diasumsikan hanya laki-laki yang dapat mengerjakan, menggantikan tangan perempuan dengan alat panen ani-ani, usaha konveksi, pembantu rumah tangga menyerap lebih banyak perempuan dari pada laki-laki.

b. *Subordinasi (Penomorduaan)*

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

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

c. *Pandangan Stereotype (Citra Baku)*

Stereotype dimaksud adalah citra baku tentang individu atau kelompok yang tidak sesuai dengan kenyataan empiris yang ada. Pelabelan negatif secara umum selalu

melahirkan ketidakadilan. Salah satu stereotipe yang berkembang berdasarkan pengertian gender, yakni terjadi terhadap salah satu jenis kelamin (perempuan). Hal ini mengakibatkan terjadinya diskriminasi dan berbagai ketidakadilan yang merugikan kaum perempuan. Misalnya pandangan terhadap perempuan yang tugas dan fungsinya hanya melaksanakan pekerjaan yang berkaitan dengan pekerjaan domestik atau kerumahtanggaan. Hal ini tidak hanya terjadi dalam lingkup rumah tangga tetapi juga terjadi di tempat kerja dan masyarakat, bahkan di tingkat pemerintah dan negara. Apabila seorang laki-laki marah, ia dianggap tegas, tetapi bila perempuan marah atau tersinggung dianggap emosional dan tidak dapat menahan diri. Standar nilai terhadap perilaku perempuan dan laki-laki berbeda, namun standar nilai tersebut banyak menghakimi dan merugikan perempuan. Label kaum perempuan sebagai “ibu rumah tangga” merugikan, jika hendak aktif dalam “kegiatan laki-laki” seperti berpolitik, bisnis atau birokrat. Sementara label laki-laki sebagai pencari nafkah utama, (breadwinner) mengakibatkan apa saja yang dihasilkan oleh perempuan dianggap sebagai sambilan atau tambahan dan cenderung tidak diperhitungkan.

d. Kekerasan (Violence)

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

e. Beban Ganda (Double Dourden)

Bentuk lain dari diskriminasi dan ketidakadilan gender adalah beban ganda yang harus dilakukan oleh salah satu jenis kelamin tertentu secara berlebihan. Dalam suatu rumah tangga pada umumnya beberapa jenis kegiatan dilakukan laki-laki, dan beberapa dilakukan oleh perempuan. Berbagai observasi, menunjukkan perempuan mengerjakan hampir 90% dari pekerjaan dalam rumah tangga. Sehingga bagi mereka yang bekerja, selain bekerja di tempat kerja juga masih harus mengerjakan pekerjaan rumah tangga. Dalam proses pembangunan, kenyataannya perempuan sebagai sumber daya insani masih mendapat pembedan perlakuan, terutama bila bergerak dalam bidang publik. Dirasakan banyak ketimpangan, meskipun ada juga ketimpangan yang dialami kaum laki-laki di satu sisi.

4. Isu Gender dalam Kesehatan Reproduksi

Gender mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan laki-laki dan perempuan. Baik laki-laki maupun perempuan sama-sama terkena dampak dan gender stereotipi masing-masing. Misalnya sesuai dengan pola perilaku yang diharapkan sebagai laki-laki, maka laki-laki dianggap tidak pantas memperlihatkan rasa sakit atau mempertunjukkan kelemahan-

kelemahan serta keluhannya. Perempuan yang diharapkan memiliki toleransi yang tinggi, berdampak terhadap cara mereka menunda-nunda pencarian pengobatan, terutama dalam situasi social ekonomi yang kurang dan harus memilih prioritas, maka biasanya perempuan dianggap wajar untuk berkorban. Keadaan ini juga dapat berpengaruh terhadap konsekuensi kesehatan yang dihadapi laki-laki dan perempuan. Empat isu gender dalam berbagai siklus kehidupan yaitu:

a. *Isu Gender di Masa Kanak-Kanak.*

Isu gender pada anak-anak laki-laki, misalnya: pada beberapa suku tertentu, kelahiran bayi laki-laki sangat diharapkan dengan alasan, misalnya laki-laki adalah penerus atau pewaris nama keluarga; laki-laki sebagai pencari nafkah keluarga yang handal; laki-laki sebagai penyanggah orang tuanya di hari tua. Dan perbedaan perlakuan juga berlanjut pada masa kanak-kanak. Pada masa kanak-kanak, sifat agresif anak laki-laki serta perilaku yang mengandung resiko diterima sebagai suatu kewajaran, bahkan didorong ke arah itu, karena dianggap sebagai sifat anak laki-laki. Sehingga data menunjukkan bahwa anak laki-laki lebih sering terluka dan mengalami kecelakaan.

b. *Isu Gender Pada Anak Perempuan.*

Secara biologis bayi perempuan lebih tahan daripada bayi laki-laki terhadap penyakit infeksi di tahun-tahun pertama kehidupannya. Sebab itu jika data memperlihatkan kematian bayi perempuan lebih tinggi dan bayi laki-laki, patut dicurigai sebagai dampak dari isu gender. Di masa balita, kematian karena kecelakaan lebih tinggi dialami oleh balita laki-laki, karena sifatnya yang agresif dan lebih banyak gerak.

c. *Isu Gender di Masa Remaja.*

Isu gender yang berkaitan dengan remaja perempuan, antara lain: kawin muda, kehamilan remaja, umumnya remaja putri kekurangan nutrisi, seperti zat besi, anemia. Menginjak remaja, gangguan anemia merupakan gejala umum dikalangan remaja putri. Gerakan serta interaksi sosial remaja putri seringkali terbatas dengan datangnya menarche. Perkawinan dini pada remaja putri dapat member tanggung jawab dan beban melampaui usianya. Belum lagi jika remaja putri mengalami kehamilan, menempatkan mereka pada resiko tinggi terhadap kematian. Remaja puteri juga berisiko terhadap pelecehan dan kekerasan seksual, yang bisa terjadi di dalam rumah sendiri maupun di luar rumah. Remaja putri juga bisa terkena isu berkaitan dengan kerentanan mereka yang lebih tinggi terhadap perilaku-perilaku stereotipe maskulin, seperti merokok, tawuran, kecelakaan dalam olah raga, kecelakaan lalu lintas, eksplorasi seksual sebelum nikah yang berisiko terhadap penyakit-penyakit yang berkaitan dengan: IMS, HIV/AIDS.

d. *Isu Gender di Masa Dewasa.*

Pada tahap dewasa, baik laki-laki maupun perempuan mengalami masalah-masalah kesehatan yang berbeda, yang disebabkan karena faktor biologis maupun karena perbedaan gender. Perempuan menghadapi masalah kesehatan yang berkaitan dengan fungsi alat

reproduksinya serta ketidaksetaraan gender. Masalah-masalah tersebut, misalnya konsekuensi dengan kehamilan dan ketika melahirkan seperti anemia, aborsi, puerperal sepsis (infeksi postpartum), perdarahan, ketidakberdayaan dalam memutuskan bahkan ketika itu menyangkut tubuhnya sendiri (“tiga terlambat”). Sebagai perempuan, dia juga rentan terpapar penyakit yang berkaitan dengan IMS dan HIV/AIDS, meskipun mereka sering hanya sebagai korban. Misalnya: metode KB yang hanya difokuskan pada akseptor perempuan, perempuan juga rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga, kekerasan ditempat kerja, dan diperjalanan.

e. Isu Gender di Masa Tua.

Di usia tua baik laki-laki maupun perempuan keadaan biologis semakin menurun. Mereka merasa terabaikan terutama yang berkaitan dengan kebutuhan mereka secara psikologis dianggap semakin meningkat. Secara umum, umur harapan hidup perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Namun umur panjang perempuan berisiko ringkih, terutama dalam situasi sosial-ekonomi kurang. Secara kehidupan sosial biasanya mereka lebih terlantar lagi, terutama yang berkaitan dengan kebutuhan yang semakin banyak dan semakin tergantung terhadap sumber daya. Osteoporosis banyak diderita oleh perempuan di masa tua, yaitu delapan kali lebih banyak dari pada laki-laki. Depresi mental juga lebih banyak diderita orang tua, terutama karena merasa ditinggalkan.

Gender mempunyai pengaruh besar terhadap kesehatan laki-laki dan perempuan. Hal ini semakin dirasakan dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi antara lain karena hal berikut :

- 1) Masalah kesehatan reproduksi dapat terjadi sepanjang siklus hidup manusia seperti masalah inces yang terjadi pada masa anak-anak dirumah, masalah pergaulan bebas , kehamilan remaja.
- 2) Perempuan lebih rentan dalam menghadapi resiko kesehatan reproduksi seperti kehamilan, melahirkan, aborsi tidak aman dan pemakaian alat kontrasepsi. Karena struktur alat reproduksi yang rentan secara social atau biologis terhadap penularan IMS termasuk STD/HIV/AIDS.
- 3) Masalah kesehatan reproduksi tidak terpisah dari hubungan laki-laki dan perempuan. Namun keterlibatan, motivasi serta partisipasi laki-laki dalam kesehatan reproduksi dewasa ini masih sangat kurang.
- 4) Laki-laki juga mempunyai masalah kesehatan reproduksi, khususnya berkaitan dengan IMS. HIV, dan AIDS. Karena ini dalam menyusun strategi untuk memperbaiki kesehatan reproduksi harus dipertimbangkan pula kebutuhan, kepedulian dan tanggung jawab laki-laki.
- 5) Perempuan rentan terhadap kekerasan dalam rumah tangga (kekerasan domestik) atau perlakuan kasar yang pada dasarnya bersumber gender yang tidak setara.
- 6) Kesehatan reproduksi lebih banyak dikaitkan dengan urusan perempuan seperti KB.

5. Kesehatan Reproduksi Peka Gender.

Pelayanan Kesehatan Reproduksi yang bersikap “Peka Gender”, yaitu :

- a. Memberikan pelayanan berkualitas yang berorientasi kepada kebutuhan klien, tanpa adanya perbedaan perlakuan, baik karena jenis kelamin maupun status sosialnya.
- b. Memberikan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan kebutuhan yang berbeda antara laki-laki dan perempuan akibat kodrat masing-masing.
- c. Memahami sikap laki-laki dan perempuan dalam menghadapi suatu penyakit dan sikap masyarakat terhadap perempuan dan laki-laki yg sakit.
- d. Memahami perbedaan perjalanan penyakit pada laki-laki dan perempuan.
- e. Menyesuaikan pelayanan agar hambatan yg dihadapi oleh laki-laki dan perempuan sebagai akibat adanya perbedaan tersebut diatas dapat diatasi.

6. Pengarusutamaan Gender (*Gender Mainstreaming*)

Pengarusutamaan gender(PUG) atau adalah strategi yang dilakukan secara rasional dan sistematis untuk mencapai dan mewujudkan kesetaraan dan keadilan gender dalam sejumlah aspek kehidupan manusia (rumah tangga, masyarakat dan negara), melalui kebijakan dan program yang memperhatikan pengalaman, aspirasi, kebutuhan dan permasalahan perempuan dan laki-laki ke dalam perencanaan, pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi dari seluruh kebijakan dan program diberbagai bidang kehidupan dan pembangunan. Tujuan pengarusutamaan gender adalah memastikan apakah perempuan dan laki-laki memperoleh akses yang sama kepada sumber daya pembangunan. Dapat berpartisipasi yang sama dalam semua proses pembangunan, termasuk proses pengambilan keputusan. Mempunyai kontrol yang sama atas sumberdaya pembangunan, dan memperoleh manfaat yang sama dari hasil pembangunan.

7. Sasaran Pengarusutamaan Gender

Sebagai sasaran pengarusutamaan gender adalah organisasi pemerintah dari pusat sampai ke lapangan yang berperan dalam membuat kebijakan, program dan kegiatan. Selain itu organisasi swasta, organisasi profesi, keagamaan, dan lain – lain, dimana mereka sangat dekat dan terjun langsung paling depan berhadapan dengan masyarakat.

8. Prinsip Pengarusutamaan Gender

Pluralistic, yaitu dengan menerima keragaman budaya. Bukan pendekatan konflik, yaitu menghadapi permasalahan tidak membedakan antar laki-laki dan perempuan. Sosialisasi dan advokasi. Memperluas informasi bagi masyarakat umum dan melakukan kegiatan-kegiatan untuk memperkokoh kesetaraan dan keadilan gender.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

Kerjakan tugas dibawah ini, baca dengan seksama sebelum mengerjakan.

- 1) Banyak isue gender yang berhubungan dengan masa remaja, kaji 2 isue remaja yang saat ini sering terjadi..
- 2) Kesehatan Reproduksi lebih banyak dikaitkan dengan urusan wanita, seperti misalnya Keluarga Berencana, mengapa ?
- 3) Sampai saat ini motivasi dan partisipasi laki-laki dalam kesehatan reproduksi masih kurang ?Jelaskan !
- 4) Jelaskan pelayanan kesehatan reproduksi ditempat saudara yang berfokus pada remaja.
- 5) Ceritakan dengan singkat konseling kesehatan reproduksi remaja yang sering dilakukan ditempat Saudara !

Ringkasan

Gender adalah perbedaan peran, fungsi, dan tanggung jawab antara laki-laki dan perempuan yang merupakan hasil konstruksi sosial dan dapat berubah sesuai dengan perkembangan jaman.

Diskriminasi gender merupakan akibat dari adanya struktur sosial dimana salah satu jenis kelamin (laki-laki maupun perempuan) mempunyai peran yang tidak sama utamanya perempuan sering kali mempunyai hak yang lebih rendah dibandingkan laki-laki. Hal ini terjadi karena adanya keyakinan dan pembenaran yang ditanamkan sepanjang peradaban manusia dalam berbagai bentuk dan cara yang menimpa kedua belah pihak, walupun dalam kehidupan sehari-hari lebih banyak dialami oleh perempuan.

Dengan mengetahui dan memahami pengertian gender seseorang di harapkan tidak lagi mencampur adukan pengertian kodrat dan non-kodrati. Konstruksi sosial dapat terjadi karena pada dasarnya sikap dan perilaku manusia dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal, yaitu konstruksi biologis, konstruksi sosial, dan konstruksi agama.

Tes 2

Pilih salah satu jawaban yang saudara anggap paling benar.

- 1) Peran perempuan atau laki-laki dalam perspektif gender dapat saja tidak sama didalam masyarakat, perbedaan peran ini tergantung dari
 - A. Warna kulit
 - B. Suku

- C. Genetic
 - D. Peraturan pemerintah
 - E. Golongan
- 2) Dengan adanya kemajuan teknologi banyak lapangan pekerjaan menggunakan teknologi baru seperti mesin ataupun alat tertentu yang diasumsikan hanya laki-laki yang dapat mengoperasikan. Hal ini adalah diskriminasi gender dalam bentuk ...
- A. Marginalisasi
 - B. Subordinasi
 - C. Pandangan stereotype
 - D. Diskriminasi
 - E. Isu gender
- 3) Isu gender pada masa kanak-kanak yang sering terjadi didalam masyarakat adalah bahwa setiap kelahiran anak pertama diharapkan berjenis kelamin laki-laki. Hal ini disebabkan anggapan masyarakat bahwa anak laki-laki ...
- A. Lebih mudah mengasuhnya
 - B. Pengawal ibu setelah besar
 - C. Mempunyai tenaga yang lebih kuat
 - D. Mampu melindungi keluarga
 - E. Sebagai penerus keluarga (pewaris)
- 4) Pelayanan Kesehatan reproduksi yang “ peka gender “ dapat terlaksana dengan baik bila petugas kesehatan...
- A. Memberikan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan laki-laki dan perempuan
 - B. Bersikap ramah terhadap perempuan daripada laki-laki
 - C. Memisahkan ruangan pemeriksaan antara laki-laki dan perempuan
 - D. Pelayanan terhadap laki-laki dan perempuan yang mempunyai jenis penyakit yang sama
 - E. Pelayanan mendahulukan perempuan daripada laki-laki
- 5) Salah satu prinsip dari pangarus-utamaan gender adalah harus dapat menerima keragaman budaya, hal ini disebut dengan ...
- A. Diskriminasi gender
 - B. Pluralistic
 - C. Kesetaraan gender
 - D. Subordinasi
 - E. Marginalisasi

Topik 3 Kesehatan Reproduksi Terpadu

A. PENGERTIAN KESEHATAN REPRODUKSI TERPADU (PKRT)

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT), dilaksanakan secara terpadu (*integrative*) dan diselenggarakan dalam bentuk “one stop service“ dimana klien dapat menerima semua pelayanan yang dibutuhkan. Pelayanan PKRT harus diberikan secara terpadu dan berkualitas yang memenuhi aspek Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) dengan memperhatikan hak reproduksi individu/perorangan dan pelayanan terpadu tersebut harus berorientasi pada kebutuhan klien. Dalam memenuhi prinsip penyelenggaraan PKRT, untuk memberi pelayanan yang baik maka setiap kabupaten diharapkan mempunyai minimal 4 (empat) Puskesmas yang memberikan pelayanan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu.

Pada PKRT prioritas pelayanan diberikan kepada empat komponen kesehatan reproduksi yang menjadi masalah pokok di Indonesia, yaitu:

Kesehatan Ibu dan Anak meliputi :

1. Pelayanan antenatal, persalinan dan nifas memasukkan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS serta melakukan motivasi klien untuk pelayanan KB dan memberikan pelayanan KB postpartum. Dalam pertolongan persalinan dan penanganan bayi baru lahir perlu diperhatikan pencegahan umum terhadap infeksi.
2. Pelayanan pasca abortus memasukkan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS serta konseling KB pasca-abortus.
3. Penggunaan Buku KIA sejak ibu hamil sampai anak umur 5 tahun.
4. Pelaksanaan kunjungan neonatal.
5. Pelayanan kesehatan neonatal esensial yang meliputi perawatan neonatal dasar dan tata-laksana neonatal sakit.
6. Pendekatan MTBS bagi balita sakit.
7. Pemantauan dan stimulasi tumbuh kembang anak.

PKRT terdiri dari dua macam pelayanan kesehatan reproduksi yaitu Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK).

B. PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI ESENSIAL (PKRE)

Keluarga Berencana

Pelayanan KB memasukkan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS, termasuk HIV/AIDS. Pelayanan KB difokuskan selain kepada sasaran muda usia paritas rendah (mupar) yang lebih mengarah kepada kepentingan pengendalian populasi, juga

diarahkan untuk sasaran dengan penggarapan “4 terlalu” (terlalu muda,terlalu banyak, terlalu sering dan terlalu tua untuk hamil).

a. Kesehatan Reproduksi Remaja

Pelayanan kesehatan reproduksi remaja terfokus pada pelayanan KIE/konseling dengan memasukan materi-materi family life education. Pelayanan kesehatan reproduksi remaja memperhatikan aspek fisik agar remaja, khususnya remaja putri, untuk menjadi calon ibu yang sehat. Pelayanan KRR secara khusus bagi kasus remaja bermasalah dengan memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan dan masalahnya.

b. Pelayanan KB memasukkan unsur pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS, termasuk HIV/AIDS.

c. Pelayanan KB difokuskan selain kepada sasaran muda usia paritas rendah (mupar) yang lebih mengarah kepada kepentingan pengendalian populasi, juga diarahkan untuk sasaran dengan penggarapan “4 terlalu” (terlalu muda,terlalu banyak, terlalu sering dan terlalu tua untuk hamil). Pelayanan pencegahan dan penanggulangan IMS, termasuk HIV/AIDS dimasukkan ke dalam setiap komponen pelayanan kesehatan reproduksi.

C. PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI KOMPREHENSIF (PKRK)

PKRK adalah pelayanan yang diberikan sama dengan PKRE namun ditambah dengan Pelayanan Kesehatan Reproduksi pada Usia Lanjut.

Skrining dan Promosi Kesehatan Reproduksi

Pengertian skrining berdasarkan definisinya usaha untuk mengidentifikasi penyakit atau kelainan yang secara klinis belum jelas, dengan menggunakan tes atau prosedur tertentu yang dapat digunakan secara cepat untuk membedakan orang yang terlihat sehat, atau benar-benar sehat tapi sesungguhnya menderita kelainan. Adapun tujuan dari skrining adalah untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas dari penyakit dengan pengobatan dini terhadap kasus – kasus yang ditentukan.

Test skrining dapat dilakukan dengan pertanyaan atau questioner, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, X-ray, USG atupun MRI. Jenis penyakit yang tepat untuk dilakukan skrining adalah merupakan penyakit yang serius, pengobatan sebelum gejala muncul harus lebih untuk dibandingkan dengan setelah gejala muncul, dan prevalensi penyakit preklinik harus tinggi pada populasi yang diskruining.

a. Masa Bayi

Tujuan skrining/pemeriksaan perkembangan anak menggunakan KPSP (kuesioner pra skrining perkembangan) adalah untuk mengetahui perkembangan anak normal atau ada penyimpangan.

b. Masa kanak-kanak

Pada periode ini juga merupakan masa kritis dimana anak memerlukan rangsangan atau stimulasi untuk mengembangkan otak kanan dan otak kirinya. Bentuk skrining terhadap

tumbuh kembang anak dapat dilakukan dengan menggunakan DDST (Denver Developmental Screening Test), sehingga bisa diketahui atau dinilai perkembangan anak sesuai usianya.

c. Masa pubertas

Adapun skrining yang dilakukan pada masa pubertas yaitu:

Pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) Penelitian menunjukkan bahwa 95% wanita yang terdiagnosis pada tahap awal kanker payudara dapat bertahan hidup lebih dari lima tahun setelah terdiagnosis sehingga banyak dokter yang merekomendasikan agar para wanita menjalani 'sadari' (periksapayudara sendiri – saat menstruasi – pada hari ke 7 sampai dengan hari ke 10 setelah hari pertama haid).

d. Masa Reproduksi

Bentuk screening pada masa ini bisa diawali saat ibu melakukan kunjungan awal antenatal care. Pada saat ini bidan melakukan pemeriksaan terhadap ibu, dari hasil pemeriksaan dapat diperoleh hasil yang akan menentukan keadaan ibu dan janin. Bidan dapat melakukan screening terhadap ibu hamil yang mempunyai resiko.

e. Pap smear

Pemeriksaan "Pap Smear" ini cara terbaik untuk mencegah kanker serviks adalah bentuk skrining yang dinamakan Pap Smear, dan skrining ini sangat efektif. Pap Smear adalah suatu pemeriksaan sitologi untuk mengetahui adanya keganasan (kanker) dengan mikroskop.

f. Test IVA

Test IVA menyerupai tes pap smear, namanya yaitu tes IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat). Tujuannya sama Pemeriksaan penapisan/skrining terhadap kelainan prakanker dimulut rahim. perbedaannya terletak pada metode yang lebih sederhana dan keakuratannya. Pemeriksaan IVA bisa dilakukan kapan saja.

g. Masa menopause/klimakterium

Masa klimakterium adalah suatu masa peralihan antara masa reproduksi dengan masa senium (pasca menopause) Skrining Kanker Ovarium.

Latihan

Kerjakan tugas dibawah ini, baca dengan seksama sebelum mengerjakan.

Ceritakan secara sistematis dan singkat. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu yang ada ditempat Saudara, meliputi :

- 1) Pelayanan Kesehatan Ibu Anak
- 2) Pelayanan Keluarga berencana
- 3) Pelayanan Kesehatan reproduksi Remaja

- 4) Pelayanan Penyakit Infeksi Menular Seksual
- 5) Pelayanan Kesehatan pada usila

Ringkasan

Pelayanan Kesehatan Reproduksi dilaksanakan secara terpadu (integrative) dan diselenggarakan dalam bentuk “one stop service“ dimana klien dapat menerima semua pelayanan yang dibutuhkan. Pelayanan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT) harus diberikan secara terpadu dan berkualitas yang memenuhi aspek Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) dengan memperhatikan hak reproduksi individu/perorangan juga pelayanan terpadu tersebut harus berorientasi pada kebutuhan klien. Screening juga harus dilakukan untuk mengetahui apakah seseorang menderita suatu penyakit, sebelum orang tersebut merasakan gejala-gejala penyakit timbul. Screening sebaiknya dilakukan secara berkala didalam seluruh siklus kehidupan yaitu sejak masa konsepsi, bayi atau anak, remaja, masa reproduksi dan golongan usia lanjut.

Tes 3

Saudara sudah mempelajari BAB I (Topik III), selanjutnya untuk mengetahui pemahaman Saudara terhadap materi yang telah dipelajari, silahkan berlatih dengan menjawab soal dibawah ini.

Petunjuk mengerjakan soal :

1. Baca dahulu soal dibawah ini dengan seksama.
 2. Pilih salah satu jawaban yang saudara anggap paling benar.
 3. Lingkari salah satu huruf (A, B, C, D, E) didepan jawaban yang benar.
 4. Bila jawaban yang benar tidak mencapai seratus persen, cobalah saudara membacakembali materi dan betulkan jawaban yang salah.
 5. Usahakan tidak melihat kunci jawaban sebelum saudara selesai mengerjakan soal.
 6. Pembimbing saudara dapat membantu bila ada kesulitan dalam mempelajari kegiatanbelajar ini ataupun menjawab soal latihan
-
- 1) Prinsip dari Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu adalah pelayanan kesehatan reproduksi yang dilaksanakan secara
 - A. One stop service
 - B. Berkualitas
 - C. Secara satu atap
 - D. Bersama dan menerima semua layanan
 - E. One way service

- 2) Pada Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial terdapat pelayanan pasca abortus, unsur pelayanan yang harus ada adalah
 - A. Kunjungan rumah
 - B. Pemantauan masa nifas
 - C. Konseling dan penanggulangan IMS
 - D. Pencegahan terhadap infeksi
 - E. Pelayanan Keluarga Berencana

- 3) Pada Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif pelayanan yang diberikan samadengan PKRE tetapi harus ditambah
 - A. Remaja
 - B. Usila
 - C. HIV/AIDS
 - D. Pencegahan infeksi
 - E. MTBS

- 4) Skrining yang dilakukan pada masa remaja adalah....
 - A. SADARI
 - B. Pap Smear
 - C. X-Ray
 - D. USG
 - E. MRI

- 5) Skrining kanker Ovarium perlu dilakukan terutama pada masa
 - A. Bayi
 - B. Anak
 - C. Remaja
 - D. Produksi
 - E. Klimakterium

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) C
- 2) D
- 3) A
- 4) D
- 5) A
- 6) B
- 7) B
- 8) A
- 9) E
- 10) A

Tes 2

- 1) B
- 2) A
- 3) E
- 4) A
- 5) B

Tes 3

- 1) B
- 2) A
- 3) E
- 4) A
- 5) B

Glosarium

WHO	: World Health Organitatiton
ICPD	: International Conference On Population And Development
BKKBN	: Badan Koordinasi Keluarga Berencana
NAPZA	: Narkotika Penenang Dan Zat Adiktif
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
ISR	: Infeksi Saluran Reproduksi
PMS	: Penyakit Menular Seksual
PID	: Pelvic Inflammatory Desease
AKDR	: Alat Kontrasepsi Dalam Rahim
ANC	: Ante Natal Care
BBL	: Bayi Baru Lahir
MTBS	: Manajemen Terpadu Baliata Sakit
MTBM	: Manajemen Terpadu Balita Muda
KB	: Keluarga Berencana
STD	: Seksual Transmitted Disease
PUG	: Pengarus-Utamaan Gender
PKRT	: Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu
PKRE	: Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial
PKRK	: Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif
IMS	: Infeksi Menular Seksual
MTBS	: Menejemen Terpadu Balita Sakit
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
AIDS	: Acquired Immuno Deficiency Syndrom
KRR	: Kesehatan Reproduksi Remaja
USG	: Ultrasonografi
DDST	: Denver
SADARI	: Periksa Payudara Sendiri
IVA	: Inspeksi Visual Asam Asetat
KIE	: Komunikasi, Informasi, Edukasi

Daftar Pustaka

- Asan, A. Hak reproduksi sebagai etika global dan implementasinya dalam pelayanan KB diNTT. BKKBN. (2007).
- Convention Watch. Hak azasi perempuan instrument hukum untuk mewujudkan keadilan gender. Jakarta. YayasanObor Indonesia. (2007).
- Everett S. Kontrasepsi dan Kesehatan Seksual Reproduksi EGC. Jakarta. (2012).
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, "Kesehatan Reproduksi di Indonesia", DirjenPembinaan Kesehatan Masyarakat. Jakarta. (1996).
- Departemen Kesehatan RI. Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu. Jakarta. (2002). Kartono.
- Kontradiksi Dalam Kesehatan Reproduksi. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta. (1998). Manuaba.
- Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita. EGC. Jakarta (1998).
- Pinem. Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi. Trans Info Media. Jakarta. (2009).
- Prawirohardjo, S. Bunga rampai Obstetri dan Ginekologi Sosial. Jakarta. (2009).
- Purwieningru, E. Gender dalam Kesehatan Reproduksi. www.bkkbn.go.id. Jakarta. (2008)
- Sebagariang, dkk. Kesehatan Reproduksi Wanita. Trans Info Media. Jakarta. (2010) Surya, Adi.
- Kesehatan reproduksi dalam prespektif gender. www.google.com. (2011).

BAB II

KOMUNIKASI, INFORMASI , EDUKASI DALAM KESEHATAN REPRODUKSI

Sri Rahayu, S.Kep.Ners. M.Kes
Ida Prijatni, S.Pd. M.Kes

PENDAHULUAN

Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi dilakukan untuk membantu individu atau kelompok untuk lebih peduli dan mampu berperilaku hidup sehat dalam kesehatan reproduksi disamping itu tujuan KIE agar terjadi peningkatan pengetahuan masyarakat 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. Di dalam BAB 2 ini membahas tentang Komunikasi, Informasi dan Edukasi dalam Kesehatan Reproduksi, yang dibagi dalam :

- Topik 1. : Konsep Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi
- Topik 2. : Komunikasi, Informasi, Edukasi dalam Kesehatan Reproduksi
- Topik 3. : Strategi Komunikasi, Informasi, Edukasi dalam Kesehatan Reproduksi

KIE 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 KIE 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.

Adapun proses pembelajaran untuk materi ini, agar dapat dipahami dengan baik dan proses belajar dapat berjalan dengan lancar, diharapkan Saudara mengikuti langkah langkah belajar sebagai berikut :

1. Perhatikan dan pahami terlebih dahulu materi yang disajikan dengan cara membacanya dengan teliti, dan berulang – ulang dan penuh konsentrasi, bila masih belum faham pelajari dan baca sekali lagi.
2. Disetiap akhir Kegiatan Belajar ada tes formatif, kerjakan tes tersebut sebagai sarana untuk latihan dan refleksi kemampuan saudara didalam memahami materi dari modul ini. Kerjakan tes sesuai dengan kemampuan saudara.
3. Selain ada tes formatif diakhir pembelajaran juga ada penugasan, kerjakan penugasan dengan baik, bacalah dulu soal dan berikan jawaban secara singkat tetapi jelas
4. Catatlah setiap kesulitan yang saudara dapatkan dalam mempelajari Modul 2 ini untuk ditanyakan kepada dosen/ instruktur pada saat bertatap muka

5. Bacalah referensi yang lain yang berkaitan dengan materi modul ini, agar saudara dapat tambahan pengetahuan yang lebih luas.
6. Keberhasilan proses pembelajaran Saudara sangat tergantung pada kesungguhan saudara dalam mempelajari dan mengerjakan latihan dan mentaati petunjuk penggunaan modul. Untuk itu berlatihlah dengan tekun, kapanpun saudara ada waktu untuk mempelajarinya.

Selamat belajar, semoga Saudara sukses dalam mempelajari modul ini dan pemahaman tersebut dapat dipergunakan sebagai modal awal untuk saudara dalam memberikan Asuhan kebidanan Dalam Kesehatan Reproduksi.

Topik 1 **Konsep Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE)**

Setelah mempelajari Bab 2, Topik 1, mahasiswa mampu menjelaskan pengertian, tujuan, prinsip, jenis, tehnik, dan sasaran, komponen, bentuk-bentuk, dan media komunikasi Konsep Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE).

A. PENGERTIAN KIE

(KIE)/Penyuluhan adalah kegiatan penyampaian informasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam program Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN, 2011). Komunikasi adalah penyampaian pesan secara langsung ataupun tidak langsung melalui saluran komunikasi kepada penerima pesan, untuk mendapatkan suatu efek (DEPKES RI, 1984). Komunikasi adalah pertukaran pikiran atau keterangan dalam rangka menciptakan rasa saling mengerti dan saling percaya, demi terwujudnya hubungan yang baik antara seseorang dengan orang lain. Komunikasi adalah pertukaran fakta, gagasan, opini atau emosi antara dua orang atau lebih. Komunikasi kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi antar pribadi maupun komunikasi massa. Komunikasi kesehatan adalah usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik menggunakan komunikasi antar pribadi maupun komunikasi massa. Informasi adalah keterangan, gagasan, maupun kenyataan-kenyataan yang perlu diketahui oleh masyarakat (BKKBN, 1993). Sedangkan menurut DEPKES, 1990 Informasi adalah pesan yang disampaikan. Edukasi adalah proses perubahan perilaku kearah yang positif (DEPKES RI, 1990). Menurut Effendy (1998), pendidikan kesehatan merupakan salah satu kompetensi yang dituntut dari tenaga kesehatan, karena merupakan salah satu peranan yang harus dilaksanakan dalam setiap memberikan pelayanan kesehatan, baik itu terhadap individu, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Tujuan dilaksanakannya program KIE, yaitu untuk mendorong terjadinya proses perubahan perilaku kearah yang positif, peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik masyarakat (klien) secara wajar sehingga masyarakat melaksanakannya secara mantap sebagai perilaku yang sehat dan bertanggung jawab.

Prinsip yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan KIE adalah:

1. Memperlakukan klien dengan sopan, baik dan ramah
2. Memahami, menghargai dan menerima keadaan ibu 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 resiko yang dimiliki ibu

Pada dasarnya kegiatan advokasi dan KIE adalah untuk melakukan perubahan, maka akan selalu ada resistensi, oposisi, dan konflik. Tidak ada faktor tunggal yang menjamin keberhasilan KIE. Beberapa prinsip di bawah ini dapat dijadikan pedoman dalam melakukan KIE yang sukses:

1. Realistis

Advokasi dan KIE yang berhasil bersandar pada isu dan agenda yang spesifik, jelas, dan terukur. Biasanya berdasarkan identifikasi permasalahan atau hasil dari analisis pendataan keluarga.

2. Sistematis

Advokasi dan KIE adalah seni tetapi bukan lukisan abstrak sehingga diperlukan perencanaan yang akurat. KIE/ Penyuluhan memerlukan perencanaan yang matang mulai dari persiapan sampai tahapan pelaksanaan dan evaluasi.

3. Taktis

Advokasi dan KIE tidak mungkin dilakukan secara sendiri sehingga harus membangun kemitraan. PKB hendaknya selalu membangun hubungan baik dengan mitra kerja, antara lain Kepala Desa/Lurah, Kepala Puskesmas, dokter, bidan, tokoh agama, tokoh masyarakat, PKK, LSM lainnya, kader dan masyarakat.

4. Strategis

KIE/ Penyuluhan tidak selalu menjadi kegiatan yang berdiri sendiri namun bisa dilakukan secara integratif dengan kegiatan lainnya di lini lapangan (bersifat luwes sesuai karakteristik wilayahnya).

5. Berani

KIE/ Penyuluhan yang bertujuan mengubah sikap mental, kepercayaan nilai-nilai perilaku individu serta kelompok masyarakat haruslah bersifat berani memberikan informasi yang jujur apa adanya. Contohnya efek samping alat dan obat kontrasepsi.

B. JENIS-JENIS KIE

KIE dapat dikelompokkan menjadi 3 kegiatan :

1. KIE massa

Adalah suatu proses KIE tentang yang dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung kepada masyarakat dalam jumlah besar.

2. KIE kelompok

Adalah Suatu proses KIE timbul secara langsung antara petugas KIE dengan kelompok(2-15) orang.

3. KIE perorangan

Adalah Suatu proses KIE timbul secara langsung antara petugas KIE dengan individu sasaran program.

C. TEKNIK KIE

Agar supaya KIE dapat tercapai sesuai dengan tujuan yang diinginkan ada dua yang dapat digunakan adalah tehnik menurut GATHER dan SATU TUJU

1. GATHER

G : Greet, Berikan salam, kenalkan diri dan buka komunikasi

A : Ask, Tanya keluhan/kebutuhan pasien dan menilai apakah keluhan/kebutuhan sesuai dengan kondisi yang dihadapi?

T : Tell, Beritahukan persoalan pokok yg dihadapi pasien dari hasil tukar informasi dan carikan upaya penyelesaiannya

H : Help, Bantu klien memahami & menyelesaikan masalahnya

E : Explain, Jelaskan cara terpilih telah dianjurkan dan hasil yang diharapkan (mungkin dapat segera terlihat/ diobservasi)

R : Refer/Return visit

Rujuk bila fasilitas ini tidak dapat memberikan pelayanan yang sesuai. Buat jadwal kunjungan Ulang).

2. SATU TUJU

SATU TUJU ini tidak perlu dilakukan berurutan karena menyesuaikan dengan kebutuhan klien.

SA : Sapa dan salam. Sapa klien secara terbuka dan sopan. Kemudian beri perhatian sepenuhnya, jaga privasi pasien. Bangun percaya diri pasien. Tanyakan apa yang perlu dibantu dan jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.

T : Tanya. Tanyakan informasi tentang dirinya. Bantu klien pengalaman tentang KB dan kesehatan reproduksi. Tanyakan kontrasepsi yang ingin digunakan.

U : Uraikan. Uraikan pada klien mengenai pilihannya. Bantu klien pada jenis kontrasepsi yang paling dia ingini serta jelaskan jenis yang lain

TU : Bantu. Bantu klien berfikir apa yang sesuai dengan keadaan dan kebutuhannya. Tanyakan apakah pasangan mendukung pilihannya

J : Jelaskan. Dijelaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya setelah klien memilih jenis kontrasepsinya. Jelaskan bagaimana penggunaannya. Jelaskan manfaat ganda dari kontrasepsi.

U : Kunjungan Ulang. Perlu dilakukan kunjungan ulang untuk dilakukan pemeriksaan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan.

D. SASARAN KIE

Adapun sasaran KIE adalah sebagai berikut:

1. Individu

Individu adalah seorang manusia yang tidak hanya memiliki peranan khas didalam lingkungan sosialnya, melainkan juga mempunyai kepribadian serta pola tingkah laku spesifikdirinya.

2. Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang terkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan.

3. Masyarakat

Masyarakat adalah sebuah komunitas yang interdependen (saling tergantung satu sama lain). Umumnya, istilah masyarakat digunakan untuk mengacu sekelompok orang yang hidup bersama dalam satu komunitas yang teratur.

E. KOMPONEN KIE

Dalam mempelajari KIE/Penyuluhan, maka kita harus mengetahui pula komponen dari KIE/Penyuluhan, yaitu:

- 1.** Pemberi KIE/Penyuluhan (Penyuluh, Toma, Toga, atau Kader)
- 2.** Penerima KIE/Penyuluhan (Individu, Keluarga, Masyarakat)
- 3.** Isi KIE/Penyuluhan
- 4.** Cara/ Metode menyampaikan KIE/Penyuluhan
- 5.** Media penyampaian KIE/Penyuluhan
- 6.** Hasil KIE/Penyuluhan

F. BENTUK KIE/PENYULUHAN

1. KIE Tatap Muka

KIE/Penyuluhan tatap muka biasanya dilakukan oleh petugas lapangan pada saat kunjungan rumah atau jika sasaran individu mendatangi petugas lapangandi kelurahan. Sasaran KIE individu dalam kegiatan kunjungan rumah adalah bisa calon akseptor KB atau ibu hamil atau peserta KB pasca pelayanan atau pasca rujukan komplikasi atau juga keluarga yang mempunyai balita atau keluarga yang mempunyai remaja atau keluarga yang mempunyai lansia atau keluarga yang mempunyai permasalahan yang berhubungan dengan program KB.

2. KIE Penyuluhan

Biasanya dilakukan dipendopo kelurahan atau dipertemuan tingkat RW, pertemuan RT atau pertemuan rutin lainnya (di poktan posyandu, BKB, BKR, BKL dan UPPKS). Sasaran KIE kelompok adalah masyarakat setempat yang disesuaikan dengan tema KIE nya dan berjumlah antara 2 sampai 15 orang. Jika KIE kelompok akan menyampaikan informasi tentang Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) maka sasarannya adalah pasangan calon akseptor, ibu pasca melahirkan dan akseptor non MKJP. PKB harus juga mengundang peserta KB MKJP untuk ikut menyampaikan testimoninya sehingga KIE yang dilakukan akan lebih efektif dan berhasil.

3. KIE Media Massa

KIE/Penyuluhan dengan menggunakan media massa ditujukan pada sasaran yang berjumlah banyak. Biasanya dilakukan pada kegiatan momentum seperti kegiatan TNI Manunggal KB Kesehatan (TMKK), dengan menayangkan film program KKB. Selain menggunakan sarana mobil penerangan juga digunakan mobil pelayanan KB.

G. MEDIA KIE/PENYULUHAN

Media berarti wadah atau sarana. Media merupakan salah satu unsur dalam komunikasi yang memainkan peranan penting dalam proses pelaksanaan KIE/Penyuluhan karena efektifitas KIE/Penyuluhan itu tergantung pada ketepatan media yang digunakan. Media KIE/Penyuluhan berperan sebagai perantara dalam penyampaian pesan dari pemberi KIE/Penyuluhan kepada penerima KIE/Penyuluhan. Berdasarkan sifatnya terdapat tiga jenis media komunikasi, yaitu: media komunikasi *audial*, media komunikasi *visual*, dan media komunikasi *audio-visual*, serta KIE Kit. Ketiga jenis media komunikasi tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Media Komunikasi Audial

Yaitu alat komunikasi yang dapat ditangkap, didengar dan dipahami oleh alat pendengaran. Misalnya telepon, intercom, radio serta tape recorder.

2. Media Komunikasi Visual

Yaitu alat komunikasi yang dapat ditangkap, dilihat dan dipahami oleh alat penglihatan. Misalnya surat, KIE Kit, surat kabar, faksimili, majalah, buku, buletin dan sejenisnya.

3. Media Komunikasi Audio-visual

Yaitu alat komunikasi yang dapat ditangkap, dilihat, didengar dan dipahami melalui alat pendengaran dan penglihatan. Misalnya televisi, film layar lebar, VCD, internet dan sejenisnya.

Berdasarkan penggunaannya, media komunikasi dapat dibagi dua, yaitu *media personal* dan *non-personal*. Saluran komunikasi personal adalah meliputi dua orang atau lebih yang berkomunikasi langsung secara tatap muka, pembicara dengan audiensnya, menggunakan telepon, atau e-mail, dan bisa lebih efektif karena adanya peluang untuk mengindividualisasikan penyampaian pesan dan umpan baliknya. Sementara dalam saluran komunikasi non personal atau media massa mempunyai karakteristik yang berbeda.

Karakteristik media massa sebagai berikut:

- a. *Pertama*, bersifat melembaga, pihak yang mengelola media melibatkan banyak individu mulai dari pengumpulan, pengelolaan sampai pada penyajian informasi.
- b. *Kedua*, bersifat satu arah.
- c. *Ketiga*, jangkauan yang luas, artinya media massa memiliki kemampuan untuk menghadapi jangkauan yang lebih luas dan kecepatan dari segi waktu. Juga, bergerak secara luas dan simultan di mana dalam waktu bersamaan informasi yang disebarkan dapat diterima oleh banyak individu.
- d. *Keempat*, pesan yang disampaikan dapat diserap oleh siapa saja tanpa membedakan faktor demografi seperti jenis kelamin, usia, suku bangsa, dan bahkan tingkat pendidikan.
- e. *Kelima*, dalam penyampaian pesan media massa memakai peralatan teknis dan mekanis.

Berdasarkan bentuknya media terbagi menjadi 3 jenis yaitu:

a. *Media Cetak*

Media cetak merupakan sekumpulan bahan-bahan informasi yang di cetak di atas kertas, dengan maksud untuk mencapai tujuan seperti memotivasi tingkat perhatian dan perilaku seseorang, menyampaikan informasi dan pengetahuan serta memberikan instruksi.

Kelebihan:

- 1) Repeatable, dapat di baca berkali-kali dengan menyimpannya atau melipinya.
- 2) Analisa lebih tajam, dapat membuat orang benar-benar mengerti Kekurangan :
- 3) Lambat, dari segi waktu media cetak adalah yang terlambat karena media cetak tidak dapat menyebarkan langsung berita yang terjadi kepada masyarakat dan harus menunggu turun cetak. Media cetak sering kali hanya memuat berita yang telah disebarluaskan oleh media lainnya.
- 4) Tidak adanya audio, media cetak hanya berupa tulisan yang tentu saja tidak dapat didengar.
- 5) Visual yang terbatas, media cetak hanya dapat memberikan visual berupa gambar yang mewakili keseluruhan isi berita.
- 6) Produksi, biaya produksi yang cukup mahal karena media cetak harus mencetak dan mengirimkannya sebelum dapat dinikmati masyarakat.

b. Media Elektronik

Media elektronik adalah media yang menggunakan elektronik untuk mengakses kontennya.

Kelebihan :

- 1) Cepat, dari segi waktu, media elektronik tergolong cepat dalam menyebarkan berita ke masyarakat luas.
- 2) Ada audio visual, media elektronik mempunyai audio visual yang memudahkan para audiensnya untuk memahami berita. (khusus televisi).

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut

- 1) Jelaskan pengertian Komunikasi menurut Depkes RI 1984.
- 2) Coba Anda jelaskan siapa saja sasaran KIE
- 3) Apa perbedaan media komunikasi visual dan media komunikasi audio
- 4) Jelaskan kelebihan komunikasi menggunakan media elektronika ?
- 5) Jelaskan teknik komunikasi "SATU TUJU" dengan singkat!

Ringkasan

Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)/Penyuluhan adalah kegiatan penyampaian informasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku individu, keluarga dan masyarakat. Tujuan dilaksanakannya program KIE, yaitu untuk mendorong terjadinya proses perubahan perilaku kearah yang positif, peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik masyarakat (klien) secara wajar sehingga masyarakat melaksanakannya secara mantap sebagai perilaku yang sehat dan bertanggung jawab. Dalam mempelajari Komunikasi Informasi Edukasi /Penyuluhan, maka kita harus mengetahui pula komponen dari KIE/Penyuluhan, yaitu: Pemberi KIE/Penyuluhan (Penyuluh, Toma, Toga, atau Kader), Penerima KIE/Penyuluhan (Individu, Keluarga, Masyarakat), Isi KIE/Penyuluhan, Cara/Metode menyampaikan KIE/Penyuluhan, Media penyampaian KIE/Penyuluhan, Hasil KIE/Penyuluhan.

Saudara sudah mempelajari BAB I (Topik I), selanjutnya untuk mengetahui pemahaman Saudara terhadap materi silahkan berlatih dengan menjawab soal dibawah ini.

Petunjuk mengerjakan :

1. Baca dahulu soal dibawah ini dengan seksama
2. Pilih salah satu jawaban yang saudara anggap paling benar.

3. Lingkari salah satu huruf (A, B, C, D, E) di depan jawaban yang benar
4. Bila jawaban yang benar tidak mencapai seratus persen, cobalah saudara membacakembali materi dan betulkan jawaban yang salah
5. Usahakan tidak melihat kunci jawaban sebelum saudara selesai mengerjakan soal
6. Pembimbing saudara dapat membantu bila ada kesulitan dalam mempelajari topik ini ataupun menjawab soal latihan.

Tes 1

- 1) Komunikasi adalah penyampaian pesan secara langsung ataupun tidak langsung melalui saluran komunikasi kepada penerima pesan, untuk mendapatkan suatu efek. Definisi tersebut diatas menurut...?
 - A. Notoatmojo
 - B. BKKBN, 2011
 - C. DEPKES RI 1984
 - D. DEPKES RI 1990
 - E. M. Effendy
- 2) Advokasi dan KIE adalah seni tetapi bukan lukisan abstrak sehingga diperlukan perencanaan yang akurat. KIE/ Penyuluhan memerlukan perencanaan yang matang mulai dari persiapan sampai tahapan pelaksanaan dan evaluasi. Pernyataan diatas merupakan salah satu prinsip yang termasuk pada
 - A. Realistis
 - B. Sistematis
 - C. Taktis
 - D. Strategis
 - E. Berani
- 3) KIE penting untuk diketahui dan dilaksanakan oleh tenaga kesehatan. Salah Satu tujuandari KIE adalah
 - A. Menyampaikan pesan tertentu
 - B. Menciptakan dialog yang serasi
 - C. Terjadi perubahan perilaku kearah positif
 - D. Terjadi komunikasi dua arah
 - E. Untuk mengetahui informasi penting
- 4) Didalam memberikan KIE petugas kesehatan harus memperhatikan prinsip – prinsip KIE yaitu
 - A. Menggunakan bahasa yang sederhana
 - B. Harus dapat merubah perilaku
 - C. Semua audient dipandang sama

- D. Komunikasi dikemas yang lucu
 - E. Memperlakukan klien dengan tegas dan disiplin
- 5) KIE yang dilakukan pada masyarakat dalam jumlah besar, baik secara langsung maupun tidak langsung, disebut dengan
- A. KIE individu
 - B. KIE kelompok
 - C. KIE massa
 - D. KIE kelompok kecil
 - E. KIE kelompok tertentu
- 6) Bila suatu KIE dilakukan untuk memberi penyuluhan tentang pentingnya pemeriksaan ibu hamil, yang hadir 10 orang dan dilaksanakan di rumah ketua RT, hal ini termasuk
- A. KIE tatap muka
 - B. KIE penyuluhan
 - C. KIE massa
 - D. KIE kelompok kecil
 - E. KIE kelompok ibu hamil
- 7) Alat komunikasi yang dapat ditangkap, didengar dan dipahami oleh alat pendengaran, disebut dengan
- A. Media audial
 - B. Media visual
 - C. Media radio
 - D. Media majalah
 - E. Media audia- visual
- 8) Media komunikasi adalah merupakan sarana penting untuk melakukan KIE. Media yang mempunyai kelebihan “repeatable” adalah
- A. Media elektronik
 - B. Media massa
 - C. Media cetak
 - D. Media audio
 - E. Media visual
- 9) Kekurangan penggunaan komunikasi dengan media cetak adalah
- A. Tidak dapat didengar
 - B. Cepat dari segi waktu
 - C. Sulit untuk disimpan
 - D. Hanya untuk komunikasi massa
 - E. Analisa dangkal

- 10) Salah satu karakteristik media massa, bahwa pesan yang disampaikan
- A. Dapat diserap oleh siapa saja
 - B. Dapat ditiru oleh siapa saja
 - C. Lambat untuk tersampaikan
 - D. Pesan hanya berupa tulisan
 - E. Dipengaruhi oleh suku, ras

**Topik 2 Komunikasi,
Informasi, Edukasi
Dalam Kesehatan Reproduksi**

Setelah mempelajari BAB 2, Topik 2, mahasiswa mampu menjelaskan materi KIE dalam Kesehatan Reproduksi, Prinsip Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi. Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan Dalam Komunikasi, Informasi, Edukasi Dalam Kesehatan Reproduksi, dan mampu Menjelaskan Pokok-Pokok Pengelolaan Komunikasi, Informasi, Edukasi Dalam Kesehatan Reproduksi

Pokok-pokok Materi:

1. Materi Tentang Komunikasi, Informasi, Edukasi Dalam Kesehatan Reproduksi
2. Prinsip Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi Dalam Kesehatan Reproduksi Dan Pendekatan Siklus Hidup
3. Prinsip Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi dalam kesehatan reproduksi
4. Mahasiswa Mampu Menjelaskan Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan Dalam Komunikasi, Informasi, Edukasi Kesehatan Reproduksi
5. Pokok-Pokok Pengelolaan Komunikasi, Informasi, Edukasi Dalam Kesehatan Reproduksi Komunikasi, Informasi, Edukasi dalam Kesehatan Reproduksi.

Mahasiswa Mampu Menjelaskan Materi KIE dalam Kesehatan Reproduksi

1. Mahasiswa Mampu Menjelaskan Prinsip Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi
2. Mahasiswa Mampu Menjelaskan Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan Dalam Komunikasi, Informasi, Edukasi Dalam Kesehatan Reproduksi
3. Mahasiswa Mampu Menjelaskan Pokok-Pokok Pengelolaan Komunikasi, Informasi, Edukasi Dalam Kesehatan Reproduksi

Pokok-pokok Materi :

Materi Tentang Komunikasi, Informasi, Edukasi Dalam Kesehatan Reproduksi. Prinsip Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi Dalam Kesehatan Reproduksi Dan Pendekatan Siklus Hidup Prinsip Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi dalam kesehatan reproduksi. Mahasiswa Mampu Menjelaskan Hal-Hal Yang Harus Diperhatikan Dalam Komunikasi, Informasi, Edukasi Kesehatan Reproduksi. Pokok-Pokok Pengelolaan Komunikasi, Informasi, Edukasi Dalam Kesehatan Reproduksi, Materi KIE Kesehatan Reproduksi.

1. Prinsip Dasar Kesehatan Reproduksi dan Pendekatan Siklus Hidup
2. Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial
 - a. Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir
 - b. Keluarga Berencana

- c. Kesehatan Reproduksi Remaja
- d. Penyakit Menular Seksual, termasuk HIV/AIDS
- 3. Kesehatan Reproduksi pada Usia Lanjut
- 4. Hak Reproduksi
- 5. Kesetaraan dan Keadilan Gender dalam Kesehatan Reproduksi

Materi Penunjang, yang terdiri dari:

- 1. Kekerasan terhadap Perempuan (KtP)
- 2. Peran laki-laki dalam Kesehatan Reproduksi
- 3. Keguguran (Aborsi).

Adalah pengeluaran hasil konsepsi (pertemuan sel telur dan sel sperma) sebelum janin dapat hidup di luar kandungan. Dalam dunia kedokteran dikenal 3 macam aborsi, yaitu:

- a. Aborsi Spontan/Alamiah, berlangsung tanpa tindakan apapun. Kebanyakan disebabkan karena kurang baiknya kualitas sel telur dan sel sperma.
 - b. Aborsi Buatan/Sengaja adalah pengakhiran kehamilan sebelum usia kandungan 28 minggu sebagai suatu akibat tindakan yang disengaja dan disadari oleh calon ibu maupun si pelaksana aborsi (dalam hal ini dokter, bidan atau dukun beranak).
 - c. Aborsi Terapeutik/Medis, adalah pengguguran kandungan buatan yang dilakukan atas indikasi medik. Sebagai contoh, calon ibu yang sedang hamil tetapi mempunyai penyakit darah tinggi menahun atau penyakit jantung yang parah yang dapat membahayakan baik calon ibu maupun janin yang dikandungnya. Tetapi ini semua atas pertimbangan medis yang matang dan tidak tergesa-gesa.
- 4. Prolapsus Uteri
Prolapsus uteri adalah turunnya uterus dari tempat yang biasa oleh karena kelemahan otot atau fascia yang dalam keadaan normal menyokongnya. Atau turunnya uterus melalui dasar panggul atau hiatus genitalis (Wiknjosastro, 2008). Prinsip terjadinya prolaps uteri adalah terjadinya Defek pada dasar pelvik yang disebabkan oleh proses melahirkan akibat regangan dan robekan fascia endopelvik, muskulus levator serta perineal body. Neuropati perineal dan parsial pudenda juga terlibat dalam proses persalinan. Sehingga, wanita multipara sangat rentan terhadap faktor resiko terjadinya prolaps uteri (Lazarou, 2010).
 - 5. Stula Vesiko-vaginal dan Rekto-vaginal
Fistel atau fistula merupakan saluran yang berasal dari rongga atau tabung normal permukaan tubuh atau ke rongga lain, fistula ini diberi nama sesuai dengan hubungannya (misalnya : rekto-vaginal, kolokutaneus) (Sylvia A. Price, 2005). Penyebab fistula sebagian besar karena infeksi, trauma atau tindakan bedah medis oleh dokter.

6. Infertilitas

Infertilitas atau ketidaksuburan adalah suatu kondisi di mana 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 dalam bentuk apapun. Secara medis infertilitas di bagi atas 2 yaitu :

- a. Infertilitas primer berarti pasangan suami istri belum mampu dan belum pernah memiliki anak setelah 1 tahun berhubungan seksual sebanyak 2-3 kali per minggu tanpa menggunakan alat kontrasepsi dalam bentuk apapun.
- b. Infertilitas sekunder berarti pasangan suami istri telah atau pernah memiliki anak sebelumnya, tetapi saat ini belum mampu memiliki anak lagi setelah 1 tahun berhubungan seksual sebanyak 2-3 kali per minggu tanpa menggunakan alat kontrasepsi dalam bentuk apapun.

7. Kanker Sistem Reproduksi

Kanker pada alat reproduksi masih menduduki peringkat pertama kanker pada wanita. Dua per tiga kasus kanker di dunia terjadi di negara berkembang, termasuk Indonesia. Kanker bisa disembuhkan jika dideteksi sejak dini. Karenanya, setiap wanita perlu mengenali gejala dan memeriksakan diri.

A. PRINSIP-PRINSIP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI

Kesehatan reproduksi adalah “keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh (tidak semata-mata bebas dan penyakit atau kecacatan) dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya”. Ruang lingkup Kesehatan Reproduksi mencakup keseluruhan kehidupan manusia sejak lahir hingga mati. Pelaksanaan Kesehatan Reproduksi menggunakan pendekatan siklus hidup (life-cycle approach) agar diperoleh sasaran yang pasti dan komponen pelayanan yang jelas dan dilaksanakan secara terpadu serta berkualitas dengan memperhatikan hak reproduksi perorangan dengan bertumpu pada program pelayanan yang tersedia.

Ada empat komponen prioritas Kesehatan Reproduksi nasional:

1. Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir
2. Keluarga berencana
3. Kesehatan Reproduksi Remaja
4. Pencegahan/penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS), termasuk HIV/AIDS.

Pelayanan Kesehatan Reproduksi dilaksanakan secara terpadu dan berkualitas dengan bertumpu pada program pelayanan yang sudah tersedia, dengan memperhatikan hak reproduksi perorangan, berdasarkan kepentingan dan kebutuhan sasaran pelayanan/ konsumen, sesuai siklus hidup masing-masing. Pendekatan siklus hidup berarti memperhatikan kebutuhan khas penanganan sistem reproduksi pada setiap tahap siklus

hidup dan kesinambungan antar-tahap siklus hidup tersebut. Dengan begitu, masalah kesehatan reproduksi pada setiap tahap siklus hidup dapat diperkirakan dan ditangani dengan baik sesuai kebutuhan tahap itu, sehingga kemungkinan munculnya akibat buruk pada tahap siklus hidup selanjutnya dapat dicegah. Sampai saat ini dikenal lima tahap siklus hidup, yaitu:

1. Konsepsi
2. Bayi dan anak
3. Remaja
4. Usia subur
5. Usia lanjut.

Tahap pertama dan kedua terutama terkait dengan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir. Tahap ketiga terkait dengan Kesehatan Reproduksi Remaja. Tahap keempat terutama terkait dengan Keluarga Berencana. Tahap kelima terkait dengan Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut. Semua tahap siklus hidup ini terkait dengan Pencegahan & Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS HIV/AIDS), terutama empat tahap pertama.

Tujuh aspek penting yang perlu diperhatikan Petugas dalam melaksanakan setiap kegiatan KIE Kesehatan Reproduksi, yaitu:

1. Keterpaduan

Kegiatan KIE dilaksanakan secara terpadu oleh semua Petugas Kesehatan yang menangani program-program yang terkait dengan Kesehatan Reproduksi, yaitu petugas-petugas yang melaksanakan pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir, Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi Remaja, Pencegahan & Penanggulangan PMS/HIV AIDS, serta Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut. Misalnya pada saat seorang petugas (Bidan) menghadapi Ibu Hamil, maka tidak hanya memberikan KIE tentang kehamilannya saja tetapi juga memberikan KIE tentang Keluarga Berencana dan KIE tentang Penyakit Menular Seksual. Begitu juga saat petugas (Perawat) menghadapi seorang remaja yang sakit, maka tidak hanya memberikan KIE tentang penyakit yang dideritanya saja, tetapi juga membenarkan KIE tentang Kesehatan Reproduksi Remaja dan KIE tentang Penyakit Menular Seksual. Oleh karena itu semua petugas yang terkait harus :

- a. Mengetahui, materi KIE dan pesan-pesan utama Kesehatan Reproduksi yang perlu disampaikan, terutama pesan yang terkait erat dengan tugas pokoknya.
- b. Mampu menyampaikan pesan-pesan tersebut pada setiap kesempatan berhadapan dengan klien atau masyarakat, baik di dalam maupun di luar klinik (saat kunjungan rumah/kunjungan lapangan), berkoordinasi baik dengan semua petugas terkait dan mengupayakan adanya kesepakatan/komitmen antar semua petugas terkait untuk mendukung terlaksananya kegiatan KIE ini.
- c. Berkoordinasi dalam penggunaan materi dan pesan-pesan utama yang standar, agar klien/masyarakat memperoleh informasi yang sama, dan manapun asalnya.

- d. Berkoordinasi dalam memanfaatkan semua forum yang ada untuk menyampaikan materi KIE/pesan-pesan utama.
- e. Berkoordinasi dalam mengembangkan materi dan pesan-pesan Kesehatan Reproduksi tersebut agar lebih sesuai dengan kebutuhan kelompok sasaran.

2. Mutu

- a. Materi KIE Kesehatan Reproduksi haruslah bermutu,
- b. Selalu didasarkan pada informasi ilmiah terbaru.
- c. Kebenarannya dapat dipertanggungjawabkan.
- d. Jujur serta seimbang (mencakup keuntungan & kerugian bagi sasaran).
- e. Sesuai dengan media dan jalur yang dipergunakan untuk menyampaikannya.
- f. Jelas dan terarah pada Kelompok Sasaran secara tajam (lokasi, tingkat sosial-ekonomi, latar belakang budaya, umur).
- g. Tepat guna dan tepat sasaran Untuk itu Petugas perlu menggali informasi yang lengkap tentang kelompok sasaran agar kegiatan KIE dan penyampaian materi Kesehatan Reproduksi benar-benar tepat guna, tepat sasaran dan mencapai tujuan yang diinginkan, yaitu peningkatan pengetahuan perubahan dan perilaku kelompok sasaran.

3. Media dan Jalur

Kegiatan KIE Kesehatan Reproduksi dapat dilaksanakan melalui berbagai media (tatap muka, media tertulis, elektronik, tradisional dll) dan jalur (formal, informal, institusional, dll) sesuai dengan situasi dan kondisi yang ada. Pemilihan media dan jalur ini dilakukan dengan memperhatikan kekuatan dan kelemahan masing-masing media dan jalur sesuai dengan kondisi kelompok sasaran dan pesan yang ingin disampaikan. Materi dan pesan disampaikan dengan tema yang sama dan konsisten agar tercapai sinergi.

4. Efektif (Berorientasi pada Penambahan Pengetahuan dan Perubahan Perilaku Kelompok Sasaran)

Kegiatan KIE yang efektif akan memberi dua hasil, yaitu (1) penambahan pengetahuan dan (2) perubahan perilaku kelompok sasaran. Pesan-pesan KIE Kesehatan Reproduksi harus berisi informasi yang jelas tentang pengetahuan dan perilaku apa yang diharapkan akan mampu dilakukan oleh kelompok sasaran.

5. Dilaksanakan Bertahap, Berulang dan Memperhatikan Kepuasan Sasaran

Penyampaian materi dan pesan-pesan harus diberikan secara bertahap, berulang-ulang dan bervariasi, sesuai dengan daya serap dan kemampuan kelompok sasaran untuk melaksanakan perilaku yang diharapkan. Materi dan pesan yang bervariasi tidak membosankan, sehingga penerima pesan tertarik dan senang dengan informasi yang diterima. Maka perlu dioah sedemikian rupa agar akrab dengan kondisi dan lingkungan kelompok sasaran melalui pemilihan bahasa, media, jalur dan metoda yang sesuai.

6. Menyenangkan

Perkembangan terakhir dunia komunikasi menunjukkan bahwa kegiatan KIE paling berhasil jika dilaksanakan dengan cara penyampaian yang kreatif dan inovatif sehingga membuat kelompok sasaran merasa senang atau terhibur. Penyampaian yang kreatif dan inovatif ini dilakukan melalui pendekatan “pendidikan yang menghibur” (edu-tainment) yang merupakan kombinasi dan education (pendidikan) dan entertainment (hiburan) dimana kelompok sasaran diajak berfikir melalui rangsangan rasional sehingga mendapat informasi yang bermanfaat (sebagai hasil kegiatan pendidikan) sekaligus diberi rangsangan emosional berupa hiburan menarik yang membuat mereka merasa senang (terhibur). Bentuk-“edu-tainment” yang dapat dilakukan dalam pelaksanaan KIE Kesehatan Reproduksi ini antara lain berupa donqen, humor, lagu, drama, komik, lomba, kuis dll.

7. Berkesinambungan (diikuti Tindak Lanjut)

Semua kegiatan KIE tidak berhenti pada penyampaian pesan-pesan saja, akan tetapi harus diikuti dengan tindak lanjut yang berkesinambungan. Artinya setelah kegiatan KIE dilaksanakan perlu selalu diikuti penilaian atas proses (apakah telah dilaksanakan sesuai rencana?) dan penilaian atas hasil (apakah pengetahuan dan perilaku kelompok sasaran telah berubah?) untuk menyiapkan kegiatan berikutnya.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan KIE/ Penyuluhan adalah:

- a. Memperlakukan sasaran dengan sopan, baik ramah
- b. Memahami, menghargai dan menerima keadaan sasaran (status pendidikan, sosialekonomi dan emosi) sebagaimana adanya
- c. Memberikan penjelasan dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami
- d. Menggunakan alat peraga yang menarik dan mengambil contoh dari kehidupan sehari-hari
- e. Menyesuaikan isi penyuluhan dengan keadaan dan resiko yang dimiliki sasaran.

Pokok-pokok pengelolaan KIE/ Penyuluhan KKB Nasional meliputi hal-hal berikut :

- a) *Analisis.*
Kegiatan analisis meliputi analisis khalayak, analisis kebutuhan program, analisis isi pesan dan analisis potensi pendukung.
- b) *Penetapan strategi.*
Penetapan strategi meliputi penetapan tahapan, penetapan tujuan/sasaran/ target, pemilihan media KIE/ Penyuluhan, perumusan isi pesan dan pengaturan pendayagunaan sumber dukungan (tenaga, dana, sarana) termasuk penyiapan sumber daya manusia.
- c) *Penyusunan isi pesan.*
Penyusunan isi pesan merupakan penjabaran dari program yang ingin disampaikan dalam bentuk tulisan, suara atau gambar yang dapat dimengerti sasaran.

d) *Pemilihan media.*

Pemilihan media harus sesuai dengan isi pesan dari program yang akan disampaikan kepada sasaran. Contoh media untuk KIE/Penyuluhan KB bisa berupa leaflet tentang alokon, lembar balik tentang alokon serta alat dan obat kontrasepsi.

e) *Pelaksanaan.*

Isi pesan dan media yang akan digunakan harus disesuaikan dengan kondisi sasaran dan tujuan dari KIE yang ingin dicapai. Demikian juga penentuan waktu dan tempatnya haruslah sesuai dengan karakteristik wilayah.

f) *Monitoring dan Evaluasi.*

Monitoring dilakukan mengacu kepada rencana KIE/Penyuluhan yang telah disusun, sedangkan evaluasi dilakukan secara berkala untuk melihat proses, hasil ataupun dampak dari KIE yang dilakukan.

Latihan

Kerjakan latihan soal dibawah ini, baca dengan seksama sebelum menjawab

- 1) Sebutkan 2 dari 4 komponen prioritas kesehatan reproduksi nasional !
- 2) Jelaskan mengapa materi KIE dalam kespro harus bermutu !
- 3) Mengapa dalam penyampaian materi dan pesan-pesan harus diberikan secara bertahap dan berulang”?
- 4) Jelaskan pokok-pokok pengelolaan KIE dalam kesehatan reproduksi ?
- 5) Jelaskan 2 dari 4 hal-hal yang harus diperhatikan.

Ringkasan

Kesehatan reproduksi adalah “keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh (tidak semata-mata bebas dan penyakit atau kecacatan) dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya”. Materi dalam KIE dibagi menjadi dua yaitu materi utama dan materi penunjang. Materi utama terdiri dari prinsip-prinsip dasar kesehatan reproduksi dan pendekatan siklus hidup, pelayanan kesehatan reproduksi esensial, kesehatan reproduksi pada usia lanjut, hak reproduksi, kesetaraan dan keadilan gender dalam kesehatan reproduksi. Sedangkan materi penunjang terdiri dari kekerasan pada perempuan, peran laki-laki dalam kesehatan reproduksi, keguguran, prolaps uteri, fistula vesiko vaginal dan rektovaginal, infertilitas, kanker sistem reproduksi.

Dalam melakukan KIE / penyuluhan kesehatan reproduksi ada tujuh aspek penting yang perlu diperhatikan petugas, yaitu keterpaduan, mutu materi, media yang digunakan, efektif, bertahap, menyenangkan, dan berkesinambungan.

Tes 2

- 1) Salah satu materi penunjang dalam KIE kesehatan reproduksi adalah
 - A. Kekerasan terhadap perempuan
 - B. Keluarga Berencana
 - C. Kesehatan reproduksi remaja
 - D. Hak reproduksi
 - E. Infeksi Menular Seksual

- 2) Terdapat banyak masalah yang terjadi selama siklus kehidupan wanita. Oleh karena itu KIE sebaiknya selalu memperhatikan
 - A. Pesan yang dituju
 - B. Sasaran yang dituju
 - C. Keterpaduan layanan
 - D. Keterjangkauan sasaran
 - E. Cara-cara pendekatan

- 3) Agar supaya materi kesehatan reproduksi dapat disampaikan dengan jelas, menyenangkan, dan tidak membosankan maka dikemas dengan jalan
 - A. Media dan Teknik yang baik
 - B. “edu-tainment”
 - C. “kespro-tainment”
 - D. Pesan yang menyenangkan
 - E. Pesan yang informatif

- 4) Penyusunan isi pesan merupakan penjabaran dari program kesehatan reproduksi yang ingin disampaikan sebaiknya dalam bentuk
 - A. Suara
 - B. Tulisan
 - C. Gambar
 - D. Tulisan dan gambar
 - E. Tulisan, gambar, suara

- 5) Supaya dapat berhasil sesuai dengan tujuan yang diinginkan maka petugas kesehatan harus terlebih dahulu menggali informasi yang lengkap, supaya
 - A. KIE tepat guna dan tepat sasaran
 - B. KIE menjadi lebih fokus
 - C. KIE tidak diperlukan
 - D. KIE dapat digunakan sebagai solusi bagi keberhasilan

- 6) Bila seorang petugas kesehatan memberikan KIE tentang kesehatan ibu, bayi, BBL, anak dan keluarga berencana, hal ini menganut prinsip
- A. Keterpaduan
 - B. Komprehensif
 - C. Kesehatan reproduksi
 - D. Kesehatan ibu komprehensif
 - E. Siklus hidup
- 7) Di dalam memberikan materi KIE harus memenuhi kriteria “mutu yang baik “ hal ini dapat tercermin dalam
- A. Efektif dan efisien
 - B. Terpenuhinya sarana
 - C. Tepat guna dan sasaran
 - D. Jujur dan seimbang
 - E. Komprehensif
- 8) Bagian utama dari Salah satu pokok-pokok KIE adalah adanya analisis, yang dimaksud dengan analisis dalam KIE adalah
- A. Analisis keuangan
 - B. Analisis sarana prasarana
 - C. Analisis SDM
 - D. Analisis Kebutuhan
 - E. Analisis sasaran
- 9) Penyampaian pesan harus diberikan secara berulang-ulang bertahap dan bervariasi agar supaya
- A. Sasaran menjadi puas
 - B. Sasaran senang dan terhibur
 - C. Sasaran cepat mengerti
 - D. sasaran tidak mengantuk
 - E. Sasaran menjadi jelas
- 10) Setiap kegiatan KIE harus diikuti dengan rencana tindak lanjut, hal ini dimaksudkan untuk
- A. Mengevaluasi kegiatan KIE
 - B. Mengetahui hasil akhir KIE
 - C. Mengetahui adanya perubahan perilaku sasaran
 - D. Mengetahui pengeluaran keuangan
 - E. Mengetahui hambatan KIE

Topik 3 **Strategi Komunikasi, Informasi, Edukasi Dalam Kesehatan** **Reproduksi**

Setelah mempelajari BAB 2, Topik 3, mahasiswa mampu menjelaskan Strategi Komunikasi, Informasi, Edukasi dalam Kesehatan Reproduksi.

A. STRATEGI KIE KESEHATAN REPRODUKSI

Upaya Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) Kesehatan Reproduksi memiliki dua tujuan yaitu:

1. peningkatan pengetahuan
2. perubahan perilaku kelompok sasaran tentang semua aspek Kesehatan Reproduksi.

Dengan tercapainya dua tujuan, diharapkan dapat membantu tercapainya tujuan akhir kegiatan pelayanan Kesehatan Reproduksi, yaitu meningkatkan derajat Kesehatan Reproduksi masyarakat. Ada tiga strategi yang biasa digunakan sebagai dasar melaksanakan kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi, yaitu:

1. Advokasi

Mencari dukungan dan para pengambil keputusan untuk melakukan perubahan tata nhtai atau peraturan yang ada untuk meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan Reproduksi, sehingga tujuan KIE (peningkatan pengetahuan yang diikuti perubahan perilaku) dapat tercapai. Kelompok sasaran untuk strategi advokasi tnt biasa dikenal dengan istilah “kelompok sasaran tersier”. Bentuk operasional dan strategi advokasi mi biasanya berupa pendekatan kepada pimpinan/institusi tertinggi setempat dengan memanfaatkan cara komunikasi modern dan formal, misalnya Dokter Puskesmas menghadap Bapak Camat untuk mendapat dukungan terhadap peayanan Kesehatan Reproduksi Remaja berupa kesediaan Camat memberi bantuan anggaran dan mencanangkan program “Puskesmas Peduli Remaja”.

2. Bina Suasana

Membuat lingkungan sekitar bersikap positif terhadap tujuan KIE yang ingin dicapai yaitu peningkatan pengetahuan yang diikuti perubahan perilaku. Strategi ini biasanya digunakan untuk kelompok sasaran para pimpinan masyarakat dan/atau orang-orang yang mempunyai pengaruh besar terhadap pengetahuan dan perilaku kelompok sasaran utama. Kelompok sasaran untuk strategi bina suasana itu biasa dikenal dengan istilah “kelompok sasaran sekunder”. Bentuk operasional dan strategi ini biasanya berupa pelatihan, sosialisasi program, pertemuan-pertemuan, yang dapat memanfaatkan metode komunikasi modern dan formal maupun metode sederhana (tatap muka) dan informal, misalnya pertemuan antara Pimpinan RS setempat untuk menjalin kemitraan dalam meningkatkan mutu pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial.

3. Gerakan Masyarakat

Membuat pengetahuan kelompok sasaran utama (yaitu mereka yang memiliki masalah) pengetahuan meningkat yang diikuti dengan perubahan perilaku mereka sehingga dapat mengatasi masalah yang dihadapi. Kelompok sasaran untuk strategi Gerakan Masyarakat ini umumnya merupakan kelompok sasaran utama dan dikenal dengan istilah “kelompok sasaran primer”, yaitu mereka yang pengetahuan dan perilakunya hendak diubah. Bentuk operasional dan strategi ini biasanya berupa tatap muka langsung, atau penyuluhan kelompok, dan lebih sering memanfaatkan metode komunikasi yang lebih sederhana dan informal, misalnya melakukan latihan bagi kader-kader PKK sehingga mereka menjadi tahu tentang Kesehatan Reproduksi atau pelayanan Kesehatan Reproduksi yang tersedia sehingga dapat memberi tahu masyarakat di lingkungannya untuk memanfaatkan pelayanan tersebut.

Kegiatan KIE Kesehatan Reproduksi Petugas Kesehatan pada tingkat pelayanan kesehatan dasar adalah kelompok sasaran primer dan sekunder. Karena itu strategi yang lebih tepat untuk dipilih dalam melaksanakan kegiatan KIE Kesehatan Reproduksi di tingkat pelayanan dasar adalah strategi Gerakan Masyarakat dan Bina Suasana.

Untuk melaksanakan strategi Gerakan Masyarakat dan Bina Suasana, Petugas Kesehatan perlu memperhatikan lima aspek berikut:

- a. Pesan inti yang ingin disampaikan
- b. Kelompok yang akan menjadi sasaran penyampaian pesan tersebut
- c. Pengetahuan yang diharapkan diketahui oleh kelompok sasaran
- d. Perilaku yang diharapkan ‘pesan’ diterima dan dilakukan kelompok sasaran
- e. Cara apa yang paling tepat untuk mencapai kelompok sasaran tersebut (jalur dan media)

Dengan memperhatikan empat aspek yang pertama, Petugas dapat menentukan APA pesan inti yang akan disampaikan, SIAPA kelompok sasaran yang akan dituju, pengetahuan yang diharapkan diketahui oleh kelompok sasaran, dan perilaku yang diharapkan MAU diterima dan dapat dilakukan oleh kelompok sasaran. Setelah empat aspek pertama dipenuhi, Petugas kemudian dapat menentukan aspek yang ke lima yaitu cara apa yang paling sesuai untuk melaksanakan kegiatan dengan memilih JALUR dan MEDIA penyampaian yang paling tepat. Semua kegiatan KIE Kesehatan Reproduksi di Indonesia selalu mengacu kepada lima pelayanan yang terkait dalam Kesehatan Reproduksi, yaitu Pelayanan Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir, Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi Remaja, Pencegahan dan Penanggulangan PMS termasuk HIV/AIDS, dan Kesehatan Reproduksi Usia Lanjut. Dalam melaksanakan kegiatan KIE Kesehatan Reproduksi maka Petugas harus memperhatikan lima aspek di atas untuk masing masing pelayanan Kesehatan Reproduksi yang tersedia di daerah kerjanya.

B. KEGIATAN OPERASIONAL KIE KESEHATAN REPRODUKSI

Pada tingkat pelayanan dasar maka kegiatan operasional KIE Kesehatan Reproduksi kegiatan dapat dilakukan di dalam gedung dan di luar gedung.

1. Kegiatan KIE di dalam Gedung Puskesmas atau Rumah Sakit

Bentuk kegiatan di dalam gedung dapat berupa, antara lain:

a. Penyampaian pesan secara langsung (tatap muka).

Tatap muka langsung untuk perorangan dapat berlangsung saat petugas memeriksa pasien baik di klinik maupun saat kunjungan pasien di ruangan rumah sakit. Tatap muka langsung untuk kelompok dapat dilakukan kepada pasien dan/atau keluarganya yang sedang berada di ruang tunggu Puskesmas atau di ruangan di rumah sakit. Kegiatan tatap muka langsung ini memiliki peluang besar sekali untuk berhasil jika dilakukan dengan benar karena pesan dapat disampaikan dengan diikuti penjelasannya. Cara tersebut juga dapat menyampaikan ketrampilan (bukan hanya pengetahuan) dalam bentuk peragaan atau demonstrasi cara melakukan sesuatu (misalnya cara memasang kondom, cara sederhana untuk menilai ada/tidaknya anemia dengan melihat kelopak mata dan lidah). Dalam melaksanakan kegiatan ini perlu diupayakan adanya komunikasi dua arah, yaitu dengan memberi kesempatan pada sasaran untuk bertanya, atau petugas menanyakan kembali kepada sasaran, untuk menilai apakah pesan telah benar-benar dipahami dan sasaran benar-benar mengetahui isi pesan.

b. Penyampaian pesan secara tidak langsung.

Bentuk kegiatan ini biasanya berupa pemutaran kaset lagu-lagu atau video hiburan yang diselengi pesan singkat, atau pemasangan poster? media cetak lain, dalam lingkungan fasilitas pelayanan (Puskesmas atau Rumah sakit). Bentuk kegiatan ini dapat pula ditujukan kepada sasaran perorangan berupa pembagian selebaran atau leaflet kepada setiap pengunjung. Kegiatan ini juga memungkinkan terjadinya komunikasi dua arah, yaitu dengan menghadirkan petugas untuk memulai pembicaraan dengan kelompok sasaran, misalnya dengan menanyakan atau membahas isi pesan dalam kaset video yang diputar, poster yang dipasang atau leaflet yang dibagikan. Dengan adanya pembicaraan antara petugas dengan sasaran tersebut, sekaligus terjadi komunikasi dua arah berupa saling bertanya antara petugas dan sasaran, sehingga dapat dilakukan penilaian apakah pesan telah benar-benar dipahami oleh sasaran.

2. Kegiatan KIE di Luar Gedung Puskesmas atau Rumah Sakit.

a. Penyampaian pesan untuk kelompok kecil (tatap muka).

Proses kegiatan tatap muka untuk kelompok di luar gedung tidak banyak berbeda dengan di dalam gedung, hanya saja kelompok sasaran yang ditemui biasanya adalah kelompok yang kecil dan khusus. Kelompok khusus ini seringkali merupakan kelompok sasaran sekunder atau yang memiliki pengaruh terhadap sasaran utama, misalnya kelompok ibu-ibu PKK, kelompok pengajian dll. Kelompok khusus ini dapat juga merupakan kelompok sasaran utama, misalnya pertemuan klub remaja, paguyuban KB, kelompok ibu-ibu

pengunjung Posyandu, keluarga yang dikunjungi di rumah. Kegiatan tatap muka dengan kelompok kecil ini juga memiliki peluang besar sekali untuk berhasil karena jika pesan tersampaikan dengan benar maka akan dapat mendorong kelompok sasaran sekunder untuk meneruskan pesan-pesan itu kepada kelompok sasaran utama. Disinilah letak kekhususan kegiatan ini, karena dapat memiliki tujuan tambahan yaitu selain menyampaikan pesan untuk kelompok itu sendiri, juga dapat (dan harus) diikuti dengan dorongan atau permintaan agar mereka bersedia meneruskan isi pesan-pesan tersebut. Sebagaimana penyampaian pesan untuk kelompok kecil (Tatap Muka). Petugas juga dapat mencoba meminta peserta untuk mengulang kembali pesan yang disampaikan (parafrasing) untuk menilai pemahaman sasaran terhadap pesan dan menilai kemampuan sasaran untuk meneruskan pesan dengan tepat kepada orang lain.

b. Penyampaian pesan untuk kelompok besar.

Proses ini mencakup penyampaian pesan kepada orang dalam jumlah sangat banyak dan biasanya tidak memungkinkan terjadi komunikasi dua arah. Karena tidak mungkin melakukan komunikasi dua arah untuk menilai apakah sasaran benar-benar memahami isi pesan, maka kegiatan KIE untuk kelompok besar ini memerlukan persiapan khusus terutama dalam penciptaan pesannya, pesan yang disampaikan harus singkat, menarik, mudah diingat dan mudah dilakukan. Beberapa contoh bentuk pelaksanaan kegiatan KIE untuk kelompok besar, antara lain:

- 1) penyampaian pesan melalui acara-acara keagamaan (pengajian, khotbah, misa atau pertemuan keagamaan yang lain),
- 2) siaran keliling (melalui pemutar kaset lewat pengeras suara dalam kendaraan),
- 3) pesan yang diselipkan dalam iklan bioskop keliling layar tancap”,
- 4) pesan diselipkan dalam pentas kesenian tradisional atau bahkan dalam bentuk cerita khusus yang dimainkan oleh kelompok seniman pesan yang disampaikan lewat pengeras suara masjid atau gereja,
- 5) pesan yang disampaikan lewat poster, spanduk, papan pengumuman yang dipasang di tempat-tempat yang sering dikunjungi atau dilewati orang.
- 6) Pembagian selebaran/leaflet atau stiker secara langsung kepada sasaran (primer maupun sekunder), ataupun secara tidak langsung (dimasukkan dalam kemasan produk atau dicetak di bungkus produk tertentu).

C. STRATEGI PEMBELAJARAN KIE DALAM KESEHATAN REPRODUKSI

KIE Kesehatan Reproduksi bertujuan untuk membantu individu atau kelompok melaksanakan perilaku hidup sehat dalam kesehatan reproduksi. Agar hal ini dapat berjalan dengan baik, kita perlu memahami benar tentang masalah kesehatan reproduksi, perilaku, kaitan antara keduanya dan juga tentang berbagai hal berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan analisis masalah kesehatan reproduksi dan perilaku melalui langkah-langkah berikut :

1. Analisis Masalah Kesehatan Reproduksi di tingkat Puskesmas
2. Menetapkan sasaran :
 - sasaran primer (anak remaja, PUS)
 - sasaran sekunder
3. Menetapkan Strategi
 - advokasi
 - gerakan Masyarakat
 - dukungan sosial
4. Menetapkan Pesan Pokok

D. ANALISIS MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI DAN PERILAKU

Adapun langkah-langkah analisis masalah kesehatan reproduksi adalah sebagai berikut :

1. Mengenal masalah kesehatan reproduksi

Tentukan masalah kesehatan reproduksi, masalah determinan/faktor-faktor kesehatan kesehatan reproduksi, dan masalah program kesehatan kesehatan reproduksi yang akan dipecahkan; bila ada lebih dari satu masalah, tetapkan yang menjadi prioritas.

2. Mengenal penyebab masalah Kesehatan Reproduksi

Penyebab masalah yang dimaksud dikelompokkan ke dalam penyebab masalah kesehatan reproduksi, penyebab faktor/determinan kesehatan reproduksi dan masalah program kesehatan reproduksi.

3. Mengenal sifatnya masalah kesehatan reproduksi

4. Mengenal epidemiologi masalah

Program KIE Kesehatan Reproduksi yang berhasil ialah yang memfokuskan pada perilaku sasaran (target sasaran) yang terbatas jumlahnya.. Dalam berusaha merubah perilaku, harus memperkecil jumlah perilaku ideal dan memilih target perilaku yang merupakan inti program Kesehatan Reproduksi. Target behavior merupakan suatu proses eliminasi. Artinya, menghilangkan perilaku yang tidak jelas dampaknya terhadap masalah yang sedang ditangani atau tidak feasible dilaksanakan oleh target sasaran. Memilih target behavior juga merupakan proses negosiasi. Artinya, untuk memilih target behavior, harus mengadakan negosiasi dan pembahasan dengan target sasaran dan pemuka masyarakat lainnya yang terkait. Semua perilaku harus digambarkan secara jelas, sederhana dan spesifik. Semua kegiatan pokok dalam berperilaku tersebut harus disebutkan.

E. SASARAN KIE KESEHATAN REPRODUKSI

Setelah melakukan analisis masalah kesehatan reproduksi dan perilaku, langkah berikutnya ialah menetapkan sasaran. Didalam KIE Kesehatan Reproduksi, yang dimaksud dengan sasaran ialah individu atau kelompok yang dituju oleh program KIE Kesehatan

Reproduksi. Sasaran ditetapkan berdasarkan hasil analisis masalah kesehatan dan perilaku. Agar lebih efektif, KIE Kesehatan Reproduksi haruslah ditujukan kepada sasaran yang spesifik yaitu sasaran yang mempunyai ciri yang serupa dan berkaitan dengan masalah yang akan dipecahkan melalui KIE. Sasaran yang spesifik disebut segmen sasaran dan tindakan kita membagi-bagi sasaran menjadi segmen-segmen sasaran disebut segmentasi sasaran. Segmentasi sasaran yang banyak dipakai dewasa ini adalah sebagai berikut :

1. Sasaran Primer, yaitu individu atau kelompok yang :

- a. Terkena masalah,
- b. Diharapkan akan berperilaku seperti yang diharapkan,
- c. Akan memperoleh manfaat paling besar dari hasil perubahan perilaku. Seringkali sasaran primer masih dibagi-bagi lagi dalam beberapa segmen, sesuai keperluan. Segmentasi ini bisa berdasarkan, umur yaitu kelompok umur remaja, wanita usia subur, usia lanjut; jenis kelamin (seks) yaitu pria dan wanita; pendidikan antar lain yang berpendidikan tingkat SD, SLTP, SLTA, Akademi, Perguruan Tinggi; status sosial ekonomi, kelompok orang miskin, orang kaya; tahap perkembangan reproduksi seperti ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui.

2. Sasaran Sekunder

Sasaran sekunder adalah individu atau kelompok individu yang berpengaruh atau disegani oleh sasaran primer. Sasaran sekunder diharapkan mampu mendukung pesan-pesan yang disampaikan kepada sasaran primer.

3. Sasaran Tersier

Ini mencakup para pengambil keputusan, para penyandang dana, dan lain-lain pihak yang berpengaruh. Sasaran tersier juga masih bisa dibagi lagi dalam segmen-segmen yang lebih kecil, misalnya berdasarkan :

- Tingkatannya : kecamatan, desa, keluarga.
- Bidang pengaruhnya : agama, politik, profesi.

Ada beberapa definisi yang dipergunakan untuk istilah strategi. Tetapi secara umum dapat dikatakan bahwa strategi adalah cara yang tepat yang dipilih untuk mencapai tujuan. Ada beberapa pendekatan yang dapat dilakukan.

a. *Pendekatan kepada pimpinan atau pengambil keputusan (Advocacy)*

Pendekatan ditujukan kepada para pengambil keputusan (misal Bupati, Camat, Kepala Desa); aparat yang berpengaruh dalam proses pengambilan keputusan seperti anggota DPRD, anggota Badan Perwakilan Desa, para penyandang dana di berbagai tingkatan. Hal yang diharapkan dari pendekatan ini antara lain adanya kebijakan yang mendukung berupa peraturan-peraturan yang mendukung dan mempermudah terciptanya perilaku hidup bersih dan sehat dalam program Kesehatan Reproduksi, di samping itu dukungan dana atau sumberdana lainnya.

b. Dukungan lingkungan (Social support)

Perilaku hidup sehat dalam Kesehatan Reproduksi dapat tercipta dan berkembang jika lingkungan mendukung hal ini. Lingkungan di sini mencakup lingkungan fisik, sosial, budaya, ekonomi dan politik. Dukungan lingkungan dapat muncul dalam bentuk:

- 1) Perilaku hidup sehat dalam Kesehatan Reproduksi dianggap sebagai bagian dari norma masyarakat;
- 2) Adanya anjuran dan contoh positif dari pemuka masyarakat;
- 3) Adanya anjuran dan contoh positif dari petugas kesehatan;
- 4) Opini masyarakat dan anjuran media massa agar melaksanakan perilaku hidup sehat dalam Kesehatan Reproduksi sebagai hal yang terpuji;
- 5) Kesiapan pelayanan Kesehatan Reproduksi yang bermutu dan simpatik dari sarana- sarana pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta, bila masyarakat memerlukan pelayanan Kesehatan Reproduksi.

Beberapa kegiatan yang dapat dilakukan antara lain melakukan pertemuan individu maupun kelompok, pertemuan dengan kelompok media massa; mengembangkan kemitraan dengan sektor terkait, LSM dan swasta terkait, agar selanjutnya terbentuk jaringan kerja. Di samping itu dapat juga diadakan pelatihan dan pembinaan terhadap organisasi/institusi kesehatan baik pemerintah maupun swasta.

Latihan

Kerjakan latihan soal dibawah ini, baca dengan seksama sebelum menjawab.

- 1) Coba Saudara jelaskan strategi yang biasa digunakan sebagai dasar melaksanakan kegiatan KIE
- 2) Menurut Saudara strategi apa yang lebih tepat untuk dipilih dalam kegiatan KIE kesehatan reproduksi di tingkat pelayanan dasar?
- 3) Sebutkan beberapa contoh bentuk pelaksanaan KIE untuk kelompok besar
- 4) Sebutkan langkah-langkah analisis masalah kespro
- 5) Bagaimana cara untuk menetapkan sasaran KIE?

Ringkasan

Salah satu tujuan dari kegiatan pelayanan Kesehatan Reproduksi, yaitu meningkatkan derajat Kesehatan Reproduksi masyarakat. Ada tiga strategi yang biasa digunakan sebagai dasar melaksanakan kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi yaitu advokasi, bina suasana, dan gerakan masyarakat. Untuk melaksanakan strategi Gerakan Masyarakat dan Bina Suasana, Petugas Kesehatan perlu memperhatikan lima aspek yaitu, pesan inti yang ingin disampaikan (APA), kelompok yang akan menjadi sasaran penyampaian pesan tersebut (SIAPA), pengetahuan yang diharapkan diketahui oleh kelompok sasaran, perilaku yang

diharapkan MAU diterima dan dilakukan kelompok sasaran, cara apa yang paling tepat untuk mencapai kelompok sasaran tersebut (jalur dan media).

Tes 1

Saudara sudah mempelajari BAB 2, Topik 3, selanjutnya untuk mengetahui pemahaman Saudara terhadap materi yang telah dipelajari, Saudara dapat berlatih dengan menjawab soal dibawah ini..

Petunjuk mengerjakan soal:

- A. Baca dahulu soal dibawah ini dengan seksama
 - B. Pilih salah satu jawaban yang saudara anggap paling benar.
 - C. Lingkari salah satu huruf didepan jawaban yang benar
 - D. Usahakan tidak melihat kunci jawaban
-
- 1) Ada tiga strategi yang biasa digunakan sebagai dasar melaksanakan kegiatan Komunikasi Informasi dan Edukasi, salah satunya yaitu
 - A. Advokasi
 - B. Sosialisasi
 - C. Mediasi
 - D. Musyawarah
 - E. Komunikasi

 - 2) Strategi ini biasanya digunakan untuk kelompok sasaran para pimpinan masyarakat dan/atau orang-orang yang mempunyai pengaruh besar terhadap pengetahuan dan perilaku kelompok sasaran utama. Pernyataan tersebut tergolong dalam strategi
 - A. Advokasi
 - B. Bina Suasana
 - C. Mediasi
 - D. Gerakan Masyarakat
 - E. Musyawarah

 - 3) Individu atau kelompok individu yang berpengaruh atau disegani oleh sasaran primer merupakan salah satu cara menetapkan sasaran KIE yaitu
 - A. Sasaran primer
 - B. Sasaran sekunder
 - C. Sasaran tersier
 - D. Sasaran individu
 - E. Sasaran kelompok

- 4) Dukungan soaial (*Social support*) dapat tercipta dengan baik pada kesehatanreproduksi apabila
- A. Adanya anjuran dan contoh positif dari pemuka masyarakat
 - B. Adanya dukungan keuangan yang memadai
 - C. Adanya lingkungan keluarga yang mendukung
 - D. Adanya sumber daya yang sesuai
 - E. Adanya sarana yang memenuhi kebutuhan
- 5) Di bawah ini adalah salah satu penyampaian pesan pada kelompok besar, yaitupenyampaian KIE pada
- A. Ibu – ibu posyandu
 - B. Klub remaja
 - C. Kunjungan rumah
 - D. Pemasangan spanduk
 - E. Paguyuban KB
- 6) Sebelum melakukan kegiatan KIE harus dilakukan “ Analisis masalah “ salah satu langkahnya adalah
- A. Menyiapkan sarana – prasarana
 - B. Menetapkan pesan pokok
 - C. Mengenal masalah kesehatan reproduksi
 - D. Menetapkan materi/ pesan
 - E. Menetapkan sumber daya manusia
- 7) Apabila ada individu/ kelompok yang terkena masalah dan diharapkan dapatberperilaku seperti yang diharapkan, individu / kelompok ini disebut dengan ...
- A. Sasaran primer
 - B. Sasaran sekunder
 - C. Sasaran tertier
 - D. Sasaran utama
 - E. Sasaran dominan
- 8) Perilaku hidup sehat dalam kesehatan reproduksi dapat tercipta bila didukung oleh lingkungan fisik, budaya, ekonomi dan politi. Semua komponen tersebut termasuk dukungan
- A. Dukungan lingkungan
 - B. Dukungan politik
 - C. Dukungan ekonomi
 - D. Dukungan budaya
 - E. Dukungan fisik

- 9) Menentukan masalah kesehatan reproduksi dengan mengenal masalah determinan/faktor kesehatan reproduksi termasuk dalam
- A. Sasaran masalah kesehatan reproduksi
 - B. Epidemiologi masalah kesehatan reproduksi
 - C. Sifat masalah kesehatan reproduksi
 - D. Penyebab masalah kesehatan reproduksi
 - E. Masalah kesehatan reproduksi
- 10) Yang dimaksud dengan sasaran kesehatan reproduksi adalah individu kelompok yang dituju oleh program KIE. Sasaran ditetapkan berdasarkan
- A. hasil kajian masalah
 - B. hasil analisis dan perilaku
 - C. hasil penelitian
 - D. hasil laporan
 - E. hasil studi kelayakan

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) E
- 2) B
- 3) C
- 4) A
- 5) E
- 6) B
- 7) A
- 8) C
- 9) A
- 10) A

Tes 2

- 1) A
- 2) C
- 3) B
- 4) E
- 5) A
- 6) A
- 7) D
- 8) D
- 9) B
- 10) C

Tes 3

- 1) A
- 2) B
- 3) A
- 4) A
- 5) D
- 6) B
- 7) D
- 8) A
- 9) E
- 10) A

Glosarium

GATHER	:	Greet, Ask, Tell, Help, Explain, Refer
KB	:	Keluarga Berencana
PMS	:	Penyakit Menular Seksual
PUS	:	Pasangan Usia Subur
SATU TUJU	:	Salam & Sapa, Tanya, Uraikan, Bantu, Jelaskan, Kunjungan UlangKIE
	:	Komunikasi, Informasi, Edukasi
MKJP	:	Metode Kontrasepsi Jangka Panjang
KtP	:	Kekerasan terhadap Perempuan

Daftar Pustaka

- Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional, Provinsi Jawa Barat, 2003, Penanggulangan Masalah Kesehatan Reproduksi, Bandung
- BKKBN, 2009. Pedoman KIE Program KB Nasional. Jakarta
- BKKBN, 2006. Advokasi dan KIE Program KB Nasional. Jakarta
- BKKBN Provinsi Jawa Tengah, 2003. Buku Pedoman Materi Penanggulangan Masalah Kesehatan Reproduksi (Informasi Dasar Penanggulangan Masalah Kesehatan Reproduksi) Materi Kelangsungan Hidup Ibu, Bayi, dan anak Balita (Menyiapkan Anak Balita yang Sehat dan Berkualitas)
- BKKBN, Prototype Produksi Media Advokasi dan KIE Program Pembangunan Kependudukan dan KB. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, 2001, Modul Kesehatan Reproduksi, Jakarta
- Departemen Kesehatan RI, Pusat Promosi Kesehatan, 2002 Mengembangkan Program Komunikasi Yang Efektif, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI, Pusat Penyuluhan Kesehatan, 1997, Strategi Penyuluhan, Jakarta.
- Departemen Kesehatan, 1995, Strategi Komunikasi, Informasi dan Edukasi Kesehatan Ibu dan Anak, Jakarta. United Nations Population Fund, 2005, Kebijakan dan Strategi Nasional Kesehatan Reproduksi di Indonesia, Jakarta: UNFA.
- United Nations Population Fund, 2002, Buku Sumber Untuk Advokasi Keluarga Berencana, Kesehatan Reproduksi, Gender, dan Pembangunan Kependudukan, Jakarta : UNFA.

BAB III

PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DALAM SITUASIDARURAT BENCANA

Sri Rahayu, S.Kep.Ners. M.Kes
Ida Prijatni, S.Pd. M.Kes

PENDAHULUAN

Indonesia merupakan salah satu negara yang rawan terhadap semua jenis bencana yang tidak semuanya dapat diperkirakan datangnya dan tidak semuanya dapat dicegah. Bencana tersebut dapat berupa bencana alam maupun bencana akibat perbuatan manusia. Pada saat akan, sedang dan pasca terjadi bencana, kehidupan manusia dan kebutuhan akan tetap berjalan, padahal dalam kondisi darurat bencana tetap saja ada perempuan yang hamil, mungkin melahirkan yang tidak dapat ditunda dan membutuhkan pertolongan segera. Kebutuhan akan alat kontrasepsi pada layanan Keluarga Berencana dan kebutuhan khusus perempuan lainnya.

Pengalaman di Indonesia dengan adanya darurat bencana pelayanan Kesehatan Reproduksi untuk mengatasi masalah yang timbul dalam situasi bencana di lapangan yang terlihat adalah ketidaksiapan mulai dari pengurangan dampak resiko melalui tahap kesiapsiagaan dan rehabilitasi pasca bencana.

Di dalam BAB III yang berjudul Kesehatan Reproduksi dalam situasi darurat bencana terdiri dari tiga topik, yaitu :

Topik 1 : Konsep Kesehatan Reproduksi dalam situasi darurat bencana
Topik 2 : Pelayanan Kesehatan Reproduksi Dalam situasi Darurat bencana

Setelah mempelajari BAB III ini diharapkan terjadi pemahaman terhadap Kesehatan Reproduksi Dalam Situasi Darurat Bencana, bahwa permasalahan yang timbul pada perempuan selama siklus hidupnya dapat terjadi pada situasi darurat bencana. Oleh karena itu tenaga kesehatan yang berada di ujung tombak harus dapat memberikan pelayanan sebaik mungkin baik pada masa prabencana, saat bencana dan pascabencana.

Adapun proses pembelajaran untuk Materi Kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana ini, dapat dipahami dengan baik dan kegiatan belajar dapat berjalan dengan lancar dengan mengikuti langkah-langkah belajar sebagai berikut :

1. Perhatikan dan pahami terlebih dahulu materi yang disajikan dengan cara membacanya dengan teliti, dan berulang-ulang dan penuh konsentrasi, bila masih belum faham pelajari dan baca sekali lagi.
2. Di setiap akhir Kegiatan Belajar ada tes formatif, kerjakan tes tersebut sebagai sarana untuk latihan dan refleksi kemampuan saudara didalam memahami materi dari modul ini. Kerjakan tes sesuai dengan kemampuan saudara.

3. Selain ada tes formatif di akhir pembelajaran juga ada penugasan, kerjakan penugasan dengan baik, bacalah dulu soal dan berikan jawaban secara singkat tetapi jelas
4. Catatlah setiap kesulitan yang saudara dapatkan dalam mempelajari BAB III ini untuk ditanyakan kepada dosen/ instruktur pada saat bertatap muka
5. Bacalah referensi yang lain yang berkaitan dengan materi modul ini, agar saudara dapat tambahan pengetahuan yang lebih luas.
6. Keberhasilan proses pembelajaran saudara sangat tergantung pada kesungguhan saudara dalam mempelajari dan mengerjakan latihan dan mentaati petunjuk penggunaan modul. Untuk itu berlatihlah dengan tekun, kapanpun saudara ada waktu untuk mempelajarinya.

Selamat belajar, semoga Saudara sukses dalam mempelajari dan memahami agar Saudara dapat memberikan Pelayanan Kesehatan Reproduksi dalam situasi darurat bencana.

Topik 1

Konsep Kesehatan Reproduksi Dalam Situasi Darurat Bencana

Setelah mempelajari BAB III, Topik 1, diharapkan Mahasiswa mampu menjelaskan kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana. Pada topik ini juga diharapkan mahasiswa mengetahui prinsip-prinsip dasar dalam penyusunan program kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana, hak –hak kesehatan reproduksi perempuan disituasi darurat bencana. Komnas perempuan dalam kesehatan reproduksi perempuan di situasi darurat bencana.

A. PENGERTIAN DASAR

1. Bencana

Adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan atau factor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis. Berdasarkan UU Nomor 24 tahun 2007, bencana dibagi menjadi bencana alam, bencana non alam dan bencana sosial.

- a. Bencana alam adalah segala jenis bencana yang sumber, perilaku, dan faktor penyebab atau pengaruhnya berasal dari alam, seperti : banjir, tanahlongsor, gempabumi, erupsi gunungapi, kekeringan, angin ribut dan tsunami.
- b. Bencana non alam adalah adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau rangkaian peristiwa nonalam yang antara lain berupa gagal teknologi, gagal modernisasi, epidemi, dan wabah penyakit.
- c. Bencana sosial adalah bencana yang diakibatkan oleh peristiwa atau serangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh manusia yang meliputi konflik sosial antarkelompok atau antarkomunitas masyarakat, dan terror.

Definisi tentang “bencana” pada umumnya merefleksikan karakteristik tentang gangguan terhadap pola hidup manusia, dampak bencana bagi manusia, dampak bencana bagi struktur sosial, kerusakan pada aspek system pemerintahan, bangunan dan lain-lain serta kebutuhan masyarakat yang diakibatkan oleh adanya bencana.

Definisi bencana yang dimuat dalam buku Disaster Mangement tersebut adalah: “An event, natural man-made, sudden or progressive ,which impacts with severity that the affected community has to respond by taking exceptional meansures”.

Definisi lain menurut international Strategy For Reduction (UN-ISDR-2004,24) adalah: “A serious disruption of the functioning of a community or a society causing widespread human ,maternal, economic or environmental lasses which exceed the ability of the affected

community/society to cope using its own resources”. (Suatu kejadian yang disebabkan oleh alam atau karena ulah manusia, terjadi secara tiba-tiba atau perlahan –lahan sehingga menyebabkan hilangnya jiwa manusia, harta benda dan kerusakan lingkungan. kejadian ini terjadi diluar kemampuan masyarakat dengan segala memberdayannya).

Sedangkan definisi menurut Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2007 Pasal 1 angka 1. “. Peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan /atau non- alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis”. Peristiwa atau rangkain peristiwa sebagaimana didefinisikan oleh Undang-undang tersebut dapat dijelaskan bahwa peristiwa bisa bersifat tunggal (peristiwa/fenomena alam) dalam waktu hampir bersamaan. Contoh adanya gempa tektonik. Apabila gempa tektonik tersebut diikuti tsunami, hal ini disebut rangkaian peristiwa. Atau banjir misalnya ketika banjir sudah surut/selesai dan kita mulai membersihkan kotoran /sampah di dalam rumah atau di halaman rumah yang terkena banjir, tiba-tiba banjir datang lagi .ini juga dapat disebut rangkaian peristiwa.

2. Penanggulangan Bencana (Disaster Management).

Adalah seluruh kegiatan yang meliputi aspek perencanaan penanggulangan bencana pada sebelum, saat dan sesudah terjadi bencana mencakup tanggap darurat, pemulihan, pencegahan, dan kesiapsiagaan.

3. Kesehatan Reproduksi

Adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata terbebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya.

Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit dan kecacatan, dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi serta prosesnya (Cairo, ICPD* Programme of Action, 1994).

Secara garis besar, kesehatan reproduksi adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang menyeluruh dan tidak semata-mata terbebas dari penyakit atau kecacatan- dalam semua hal berhubungan dengan sistem reproduksi dan fungsi serta prosesnya. Seorang hak laki-laki dan perempuan berhak memperoleh informasi dan memiliki akses ke metode keluarga berencana yang aman, efektif, terjangkau, dan dapat diterima, yang mereka pilih sendiri, dan juga metode lainnya sesuai pilihan mereka sendiri untuk pengaturan kesuburan yang tidak bertentangan dengan hukum. Mereka juga harus memiliki hak untuk mengakses layanan kesehatan yang tepat yang memungkinkan perempuan untuk menjalani kehamilan dan persalinan dengan aman sehingga memberikan para pasangan peluang yang terbaik untuk mendapatkan seorang bayi yang sehat.

Situasi darurat bencana adalah suatu peristiwa atau serangkaian peristiwa yang telah mengakibatkan ancaman yang kritis terhadap kesehatan, keselamatan, keamanan atau kesejahteraan suatu masyarakat atau sekelompok besar orang. Kemampuan bertahan dari masyarakat yang terkena bencana sangat penting sekali dan sambil menunggu bantuan dari luar. Hal ini bisa merupakan akibat dari peristiwa seperti konflik bersenjata, bencana alam, epidemi atau kelaparan dan sering kali menyebabkan penduduk harus mengungsi.

4. Tahap-Tahap Bencana

Menurut Undang – Undang No. 24 Tahun 2007 tahapan bencana dibagi menjadi 3 tahap yaitu:

a. Pra Bencana

Tahap pra bencana, dibagi menjadi, dua fase yaitu fase kesiapan (situasi normal), dan fase kesiapsiagaan (situasi dimana dinyatakan adanya potensi bencana). Perbedaan antara kedua situasi tersebut terletak pada kondisi masing-masing wilayah pada suatu waktu. Ketika pihak yang berwenang menyatakan bahwa suatu wilayah berpotensi akan terjadi suatu bencana maka situasi yang semula dinyatakan tidak terjadi bencana akan secara otomatis berubah menjadi situasi terdapat potensi bencana.

b. Saat Tanggap Darurat

Keadaan yang mengancam nyawa individu dan kelompok masyarakat luas sehingga menyebabkan ketidakberdayaan yang memerlukan respon intervensi sesegera mungkin guna menghindari kematian dan atau kecacatan serta kerusakan lingkungan yang luas. (SK Menkes no 145 tahun 2007, Pedoman Penanggulangan Bencana di bidang kesehatan).

Pada masa tanggap bencana ditandai dengan besarnya angka kematian kasar di daerah bencana sebesar ≥ 1 per 10,000 penduduk per hari. Status tanggap darurat akan ditentukan oleh pemerintah berdasarkan rekomendasi dari Badan Penanggulangan Bencana.

c. Pasca Bencana

Transisi dari fase tanggap bencana ke fase pasca bencana tidak secara tegas dapat ditetapkan. Keadaan pasca bencana dapat digambarkan dengan keadaan:

- 1) Angka kematian sudah menurun hingga < 1 per 10,000 penduduk per hari;
- 2) Ditandai dengan sudah terpenuhinya kebutuhan dasar dari penduduk, kondisi keamanan sudah membaik dan pelayanan kesehatan sudah mulai kembali ke normal (Berdasarkan manual pelatihan PPAM jarak jauh/MISP distance learning-Reproductive Health in Crisis Situation dan buku Kesehatan Reproduksi Bagi Pengungsi). Tahapan bencana akan ditentukan oleh pemerintah berdasarkan rekomendasi dari Badan Penanggulangan Bencana.

B. PRINSIP DASAR PENYUSUNAN PROGRAM KESEHATAN REPRODUKSI DALAM SITUASI DARURAT BENCANA

Prinsip-prinsip berikut ini mendasari pelaksanaan penyusunan program kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana

1. Koordinasi
2. Kualitas pelayanan
3. Komunikasi
4. Partisipasi masyarakat
5. Pengembangan kapasitas teknis dan manajemen
6. Akuntabilitas
7. Hak asasi manusia
8. Advokasi

1. Koordinasi

Koordinasi meliputi pertukaran informasi, kompromi, dan aksi kolaboratif. Agar supaya layanan kesehatan reproduksi dalam suatu situasi darurat bencana menjadi adil, efektif, dan efisien, maka koordinasi harus diselenggarakan secara lintas lembaga: yaitu badan dan lembaga resmi lainnya, seperti, misalnya, pemerintah negara penyelenggara, lembaga swadaya masyarakat (LSM), dan lembaga PBB, lintas sektor dan cluster; di dalam penyusunan program kesehatan, mencakup berbagai tingkat penyedia layanan: dokter, bidan, perawat, asisten kesehatan, dan penyedia layanan kesehatan lainnya, seperti pekerja kesehatan masyarakat dan dukun bayi mencakup berbagai tingkat pelayanan: dari masyarakat sampai puskesmas dan rumah sakit rujukan. Satu hal yang penting adalah bahwa koordinasi penyusunan program kesehatan reproduksi dilaksanakan secara terpadu dengan koordinasi sektor/cluster kesehatan secara menyeluruh dan meliputi:

- a. Melaksanakan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM)
- b. Menyediakan supply yang penting
- c. Mengelola informasi kesehatan
- d. Melakukan penilaian
- e. Melatih penyedia layanan
- f. Mengintegrasikan layanan kesehatan reproduksi yang komprehensif di dalam layanan kesehatan dan sosial.

Koordinasi kesehatan reproduksi di dalam sektor/cluster kesehatan dan dengan sektor/cluster terkait lainnya dapat meningkatkan efisiensi, efektivitas, dan kecepatan respon, memungkinkan pengambilan keputusan dan penyelesaian permasalahan secara strategis, dan membantu mencegah kesenjangan dan duplikasi dalam layanan. Koordinasi akan membantu penyelenggaraan suatu paket standard layanan-layanan kesehatan reproduksi di seluruh wilayah tertentu, sehingga menjadikan pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas baik terjangkau untuk umum. Hal ini dapat menciptakan suatu efek yang lebih besar yang berujung dengan cakupan yang lebih luas serta penggunaan

sumber daya secara efisien, dan yang dapat mengimbangi keterbatasan yang mungkin dipunyai suatu lembaga tunggal dalam hal keahlian, staf, sumber daya atau rentang kegiatan.

Pada awal terjadinya suatu situasi darurat kemanusiaan dimana sistem cluster Interagency Standing Committee (IASC) diaktifkan, lembaga ketua cluster kesehatan harus memastikan bahwa suatu lembaga telah ditetapkan untuk mengkoordinasikan kesehatan reproduksi di dalam cluster kesehatan.

Koordinator kesehatan reproduksi dipilih berdasarkan ada tidaknya perwakilan di lapangan serta kemampuan operasional untuk mendukung pelaku sektor/cluster kesehatan lainnya dalam melaksanakan layanan kesehatan reproduksi. Dalam hal sistem cluster tidak diaktifkan, maka suatu lembaga harus ditetapkan sebagai koordinator kesehatan reproduksi oleh lembaga koordinator sektor kesehatan. Lembaga yang ditetapkan untuk mengkoordinasi kesehatan reproduksi harus menetapkan seorang petugas kesehatan reproduksi. Petugas kesehatan reproduksi bekerja di dalam mekanisme koordinasi kesehatan untuk memastikan bahwa mitra- mitra cluster kesehatan diberi dukungan teknis dan operasional dalam meningkatkan cakupan layanan kesehatan reproduksi di wilayah krisis.

2. Kualitas pelayanan

Pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas baik adalah yang bersifat komprehensif, terjangkau, dan inklusif, dan yang menjawab kebutuhan kesehatan reproduksi semua orang tanpa diskriminasi. Hal ini berarti bahwa perempuan, laki-laki, remaja, manula, dan penyandang cacat – dari semua etnis, agama, dan orientasi seksual – memiliki akses ke layanan-layanan yang memenuhi standar yang diakui.

Mengapa kualitas pelayanan penting?

Karena layanan yang berkualitas baik, dapat membantu memenuhi hak asasi manusia. Layanan yang baik akan bersifat efektif. Dengan demikian klien akan menggunakan layanan dan menjalankan praktik kesehatan yang baik bila mereka menerima pelayanan yang berkualitas baik. Disisi lain penyedia merasa puas dan termotivasi secara profesional saat menyediakan layanan yang berkualitas bagus.

Kualitas pelayanan meningkat apabila organisasi mematuhi beberapa syarat protokol klinis standar, misalnya, pedoman pengobatan dan standard pencegahan; memastikan cakupan fasilitas dan personel yang memadai. Pedoman Sphere dan PBB menyarankan tingkat-tingkat minimum sebagai berikut: Satu pekerja kesehatan masyarakat per 500 – 1000 jiwa penduduk. Pekerja kesehatan masyarakat harus mencakup perempuan, laki-laki, pemuda, anggota dari berbagai kelompok etnis, penyandang cacat, dan kelompok penduduk lainnya. Satu puskesmas dengan 2-5 penyedia layanan per 10,000 jiwa penduduk. Kemudian satu penyedia layanan kesehatan yang berkualifikasi per 50 konsultasi pasien rawat jalan per hari. Kemudian satu rumah sakit per 50,000 jiwa penduduk, dengan setidaknya 5 penyedia

layanan yang berkualifikasi, termasuk paling sedikit 1 dokter. Satu penyedia layanan kesehatan yang berkualifikasi per 50 konsultasi pasien rawat jalan per hari. Satu penyedia layanan yang berkualifikasi dan bertugas per 20-30 tempat tidur pasien rawat inap. Mempekerjakan dan mendukung penyedia layanan laki-laki dan perempuan yang kompeten dan memberikan update secara berkala serta pelatihan mengenai praktik-praktik yang baik. Menjaga dan mengkoordinasi sistem-sistem logistik agar supply selalu mencukupi.

3. Komunikasi

Komunikasi melibatkan perantara- media yang menyebarkan informasi melalui saluran-saluran yang tepat misalnya poster, radio, orang ke orang, dsb) agar masyarakat mendapatkan informasi yang mereka butuhkan, pada saat mereka membutuhkannya, dengan cara yang masuk akal bagi mereka sehingga mereka bisa mengambil keputusan- keputusan yang praktis. Perempuan, laki-laki dan remaja harus memahami bagaimana tubuh mereka berfungsi dan bagaimana menjaga dan meningkatkan kesehatan reproduksi mereka. Pengetahuan yang telah dibuktikan secara ilmiah harus dibagi dan dibahas dengan masyarakat untuk mendukung mereka dalam mengambil keputusan tentang kesehatan reproduksi mereka. Komunikasi yang efektif dapat menjawab keprihatinan-keprihatinan para penyaring sosial (misalnya pejabat, orang tua, ibu mertua, pasangan intim) sehingga meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan reproduksi. Terapkan praktik-praktik baik yang mendasar dalam penyusunan program komunikasi. sebagai contoh, memahami apa yang diketahui dan diyakini oleh target sasaran, dan mngembangkan dan pra-ujikan pesan-pesan dan bahan-bahan bersama perwakilan dari target sasaran. Buatlah suatu daftar singkat pesan-pesan inti kesehatan reproduksi yang disebarluaskan secara konsisten oleh semua penggerak kesehatan dan kesejahteraan sosial di seluruh masyarakat. Contoh “pesan-pesan inti kesehatan reproduksi”:

- a. Pada permulaan respon darurat (pelaksanaan PPAM): “Perempuan yang mengalami masalah selama kelahiran harus mendapatkan perawatan di rumah sakit di dekat lokasi titik air”.
- b. Begitu situasi menjadi stabil (pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif): “Mengatur jarak kelahiran selama sedikitnya dua tahun sebagai bagian dari promosi kesehatan perempuan, anak, dan keluarga”.

Gunakan suatu model konseling klien yang memastikan terjalannya interaksi klien- penyedia yang kompeten seperti GATHER:

G - GREET (sapa) klien

A - ASK (tanyakan) apa yang dia butuhkan

T - TELL (beri tahu) apa yang Anda dapat tawarkan kepada dia H -

HELP (bantu) dia memutuskan apa yang paling baik baginya E -

EDUCATE (didik) dia perihal pilihan yang dia ambil

R - RETURN (kembali) jadwalkan kunjungan kembali dan beri tahu bahwa dia bisa kembalikan pun dia mempunyai pertanyaan

4. Partisipasi masyarakat

Partisipasi adalah keterlibatan dari stakeholder kunci dalam semua aspek dari siklus program - assessment, perancangan, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi. Peluang untuk keterlibatan harus transparan, bebas dari pemaksaan, dan terbuka bagi semua. yang penting adalah untuk memastikan partisipasi semua kelompok, termasuk perempuan, laki-laki, dan remaja (laki-laki maupun perempuan). Mungkin perlu juga diusahakan keterlibatan aktif dari kelompok-kelompok yang seringkali terpinggirkan, seperti kaum minoritas, pemuda, janda, dan penyandang cacat. Partisipasi masyarakat adalah penting untuk memastikan kesesuaian, penerimaan, dan keberlanjutan dari program-program kesehatan reproduksi. Mengembalikan rasa memiliki kendali dan kemerdekaan kepada pelaku lokal dapat membantu masyarakat memulihkan diri dari krisis. Partisipasi masyarakat yang berhasil adalah yang melibatkan baik perempuan maupun laki-laki dalam pengambilan keputusan dan pelaksanaan. Bagaimana partisipasi masyarakat dilakukan Pelaku eksternal (pekerja/staf lembaga pelaksana PBB atau LSM dari luar masyarakat) harus memprakarsai partisipasi semenjak tahap awal respon dan bergerak secara progresif untuk menyerahkan kendali atas program kepada pelaku lokal. Salah satu langkah awal adalah menetapkan tokoh masyarakat laki-laki dan perempuan atau penyedia layanan kesehatan, di antara penduduk yang terdampak. Pengembangan kapasitas penting karena organisasi-organisasi membutuhkan kapasitas teknis dan manajemen yang memadai agar secara efektif memberikan layanan kesehatan reproduksi untuk penduduk yang membutuhkan. Kapasitas yang lebih besar di dalam organisasi-organisasi lokal, nasional, regional, dan internasional dapat meningkatkan cakupan, kualitas, dan keberlanjutan dari layanan kesehatan reproduksi. Penyedia layanan atau lembaga lokal sering kali bertanggung jawab menjalankan program-program pada saat ancaman keamanan meningkat.

5. Akuntabilitas

Akuntabilitas adalah proses pertanggungjawaban oleh orang-perseorangan dan organisasi atas capaian kerja menurut standar-standar dan prinsip-prinsip tertentu. Standar- standar dan prinsip-prinsip yang relevan dalam hal ini mencakup tanggung jawab fiskal, prinsip-prinsip kemanusiaan, standar profesi, hukum lokal dan internasional serta prinsip- prinsip yang telah diuraikan dalam bab ini. Akuntabilitas dapat berupa pengenaan sanksi atas pelanggaran standar-standar tersebut, misalnya, pemecatan karena eksploitasi seksual atau pidana penjara karena pencurian.

Tujuh prinsip utama akuntabilitas:

- a. Komitmen kepada standar dan hak kemanusiaan
- b. Menetapkan standar akuntabilitas organisasi dan mengembangkan kapasitas staf
- c. Menyampaikan dan berkonsultasi dengan stakeholders, terutama penerima manfaat dan staf, mengenai standar-standar organisasi, proyek yang akan dilaksanakan, serta mekanisme penanganan permasalahan.

- d. Partisipasi - melibatkan penerima manfaat dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi program-program
- e. Monitoring dan pelaporan tentang kepatuhan atas standar-standar dengan berkonsultasi dengan penerima manfaat
- f. Menangani keluhan - memungkinkan penerima manfaat dan staf untuk melaporkan keluhan dan mengupayakan ganti rugi secara aman
- g. Mitra pelaksana - mempertahankan komitmen kepada prinsip-prinsip bila bekerjasama melalui mitra-mitra pelaksana.

6. Hak Asasi Manusia

Hak asasi manusia internasional adalah seperangkat kewajiban-kewajiban global yang mengatur bagaimana negara-negara memperlakukan rakyat yang berada dalam wilayah hukumnya dengan tujuan untuk memastikan martabat, kebebasan, dan kesejahteraan yang setara untuk semua orang. Hak asasi manusia bersifat universal; dan berlaku bagi semua orang berdasarkan keadaan bahwa mereka adalah manusia. Prinsip-prinsip hak asasi manusia yang terkandung di dalam perjanjian-perjanjian internasional dan regional menjadi bagian dari hukum internasional. Lingkungan hukum dan kebijakan di mana orang-orang (termasuk penyedia layanan), dalam situasi darurat bencana hidup, berpikir dan bertindak akan berdampak pada kesehatan reproduksi penduduk. Lingkungan ini secara resmi mengatur apa yang secara hukum dapat dilakukan oleh pelaku lokal dan eksternal. Mereka juga dapat membentuk sikap dan respon terhadap inisiatif kesehatan reproduksi. Pekerja kemanusiaan memiliki tanggung jawab ganda untuk secara aktif mempromosikan hak-hak asasi manusia dan memastikan bahwa intervensi tidak melanggar hak-hak tersebut.

Pastikan bahwa program kesehatan reproduksi Anda berbasis hak, yaitu: tersedia, berkualitas baik dan dapat diakses oleh semua. Analisa dan tingkatkan program Anda dalam area-area berikut:

- a. Norma-norma hak asasi manusia internasional
- b. Standar hukum nasional
- c. Adat istiadat setempat
- d. Ketersediaan dan aksesibilitas layanan.

Advokasi dan kolaborasi dengan kelompok-kelompok advokasi di tingkat lokal dan nasional untuk membawa hukum, kebijakan dan praktik menjadi sesuai dengan hak asasi manusia internasional. Hak-hak yang diabadikan dalam perjanjian hak asasi manusia berlaku untuk semua orang, terlepas dari kewarganegaraan atau tempat tinggal; semua itu berlaku untuk pengungsi dan orang yang berpindah secara internal. Namun, layanan yang diterima pengungsi ditentukan oleh hukum nasional negara tuan rumah dan kewajiban internasionalnya. Dalam hal hukum nasional suatu negara tidak sesuai dengan prinsip-prinsip hak asasi manusia, penyedia layanan dapat berkontribusi terhadap perubahan positif melalui upaya-upaya advokasi.

7. Advokasi

Advokasi adalah tindakan strategis untuk memastikan bahwa undang-undang, kebijakan, praktik dan norma-norma social memungkinkan orang untuk menikmati hak untuk kesehatan reproduksi mereka. Advokasi kesehatan reproduksi dapat:

- a. menargetkan undang-undang, kebijakan, praktik-praktik dan norma-norma sosial yang mempengaruhi apakah individu atau kelompok memiliki akses ke informasi dan layanan kesehatan reproduksi
- b. mempengaruhi orang-orang yang mempunyai kekuasaan membuat keputusan agar menetapkan kebijakan-kebijakan yang mendukung hak-hak reproduksi;
- c. mempengaruhi keputusan dan tindakan pemimpin masyarakat yang opininya akan mempengaruhi hak-hak reproduksi masyarakat.

Advokasi sangat diperlukan dalam situasi darurat bencana untuk memastikan kebijakan yang mendukung dan dana yang memadai untuk pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif. Penyusunan program kesehatan reproduksi membutuhkan advokasi karena sering disalahpahami, dan menantang beberapa sikap politik dan budaya, dan seringkali tidak dianggap sebagai standar atau kegiatan bantuan prioritas.

C. HAK KESEHATAN REPRODUKSI PEREMPUAN PENGUNGSI

Hak reproduksi yang harus dipenuhi secara lengkap adalah:

1. Hak mendapat informasi dan pendidikan kesehatan reproduksi
2. Hak untuk bebas berfikir tentang kesehatan reproduksi
3. Hak atas kebebasan dan keamanan
4. Hak untuk hidup
5. Hak mendapat pelayanan dan perlindungan kesehatan reproduksi
6. Hak untuk menentukan jumlah anak dan jarak kelahiran
7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk, termasuk perlindungan dari perkosaan, kekerasan, penylksaan, dan pelecehan seksual
8. Hak membangun dan merencanakan keluarga
9. Hak atas kerahasiaan pribadi dengan kehidupan reproduksinya
10. Hak atas kesetaraan dan bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam kehidupanberkeluarga dan kehidupan reproduksi
11. Hak mendapatkan manfaat dari hasil kemajuan ilmu pengetahuan yangterkait dengankesehatan reproduksi
12. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

D. RESIKO PENGUNSI PEREMPUAN BERKAITAN DENGAN KESEHATAN REPRODUKSI.

1. Pertama

Perempuan yang menyusui menghadapi problem kesehatan, yaitu tubuh yang semakin melemah. Kondisi ini memengaruhi produksi ASI bagi bayinya. Meskipun sudah terdapat pasokan susu bayi yang memadai, anak-anak yang selama ini terbiasa menyusu ASI, terlebih soal batasan susu formula yang harus disesuaikan dengan usia bayi, faktual sering tak diperhatikan lagi. Bukan tidak mungkin hal ini akan bermasalah bagi bayi itu sendiri dalam jangka panjang.

2. Kedua

perempuan yang sedang mengandung akan menghadapi masalah kurang gizi dan memengaruhi stamina tubuhnya. Kondisi ini sangat membahayakan kesehatan perempuan dalam proses kehamilan karena bisa terancam pendarahan hebat dan keguguran. Selain itu, mungkin juga mengalami pecah ketuban yang jika tidak segera ditangani akan mengakibatkan infeksi bagi perempuan dan bayinya. Pendarahan yang hebat dan tidak segera ditangani juga akan mengakibatkan kematian bagi perempuan.

3. Ketiga,

perempuan yang sedang mengalami menstruasi. Lima hari setelah bencana, perempuan pengungsi mengalami kesulitan mendapatkan pembalut karena kebutuhan ini tidak terpikirkan secara dini. Ketiadaan pembalut memaksa mereka menggunakan kain seadanya untuk mencegah merembesnya darah ke pakaian yang mereka kenakan. Tetapi, karena kain yang digunakan tidak higienis, pada akhirnya mengakibatkan iritasi di wilayah vagina.

4. Keempat

perempuan di pengungsian juga rentan dengan pelecehan seksual. Semakin berlama mereka di dalam pengungsian akan sangat mungkin berlanjut pada tindak perkosaan. ketika dilontarkan kepada beberapa kalangan. tetapi, tindak pelecehan seksual dan perkosaan sering kali terjadi tidaklah pernah mempertimbangkan rasa duka maupun belas kasihan.

E. KOMNAS PEREMPUAN

Komisi Nasional Anti Kekerasan terhadap Perempuan (Komnas Perempuan) adalah sebuah lembaga independen negara yang memiliki mandat untuk menciptakan kondisi yang kondusif bagi penghapusan segala bentuk diskriminasi terhadap perempuan dan pemenuhan hak asasi manusia perempuan. Komnas Perempuan sejak didirikan berdasarkan Keppres No. 181 pada tanggal 18 Oktober 1998, telah berupaya menjalankan mandatnya lewat pendekatan yang holistik melalui program kerja (a) pemantauan, (b) reformasi hukum

dan kebijakan, (c) pendidikan dan kampanye, (d) pengembangan sistem pemulihan bagi perempuan korban kekerasan dan (e) perlindungan bagi kelompok rentan kekerasan dan diskriminasi.

Mekanisme Kerja Pelapor Khusus Komnas perempuan

Pelapor Khusus adalah salah satu mekanisme yang dipilih oleh Komnas perempuan untuk menjalankan mandatnya, juga sebagai wujud dari komitmen Komnas Perempuan terhadap persoalan pemenuhan HAM Perempuan secara umum juga pemenuhan HAM Perempuan dalam situasi bencana baik bencana alam maupun bencana yang disebabkan oleh situasi dan kondisi sosial politik.

Pelapor Khusus untuk wilayah tertentu bekerja lintas sektoral untuk memberikan gambaran yang utuh mengenai berbagai masalah dan isu kekerasan dan diskriminasi berbasis gender yang dialami oleh perempuan di dalam wilayah yang menjadi fokus kajiannya. Kegiatan yang dilakukan antara lain memantau dan mengumpulkan data kekerasan dan diskriminasi di lapangan; mengkaji sumber hukum dan literatur lainnya; memberikan technical assistance bagi pihak-pihak yang membutuhkan; memberikan saran bagi upaya pencegahan dan penanganan tindak kekerasan dan atau diskriminasi berbasis gender dan pemulihan bagi perempuan korban kekerasan dan/atau diskriminasi; membangun jaringan pemantauan yang lebih luas serta melibatkan diri dengan kegiatan-kegiatan kampanye untuk penghapusan kekerasan dan/atau diskriminasi yang menjadi fokus perhatiannya.

Pelapor khusus mempunyai mandat untuk menggali informasi dan menganalisa yang lebih dalam permasalahan, isu ataupun fenomena kondisi pemenuhan hak asasi manusia perempuan, yang terkait di dalamnya berbagai bentuk kekerasan dan diskriminasi terhadap perempuan. Untuk itu, Pelapor Khusus dapat menghubungi berbagai pihak yang diketahui memiliki informasi ataupun pemahaman atas hasil kajiannya itu, termasuk dari pakar lokal, nasional dan internasional untuk memperoleh penajaman analisisnya.

Memantau dan menerima laporan dari masyarakat mengenai permasalahan, isu ataupun fenomena pelanggaran hak asasi manusia perempuan yang terjadi di wilayah atau dalam konteks tertentu, Khusus. Untuk itu, pelapor Khusus dapat melakukan kunjungan kerja ke komunitas-komunitas yang menjadi fokus pantauan ataupun dalam rangka meneliti dengan cermat laporan yang disampaikan oleh kelompok ataupun individu.

Pelapor Khusus mempunyai wewenang untuk memberikan tanggapan atas laporan yang disampaikan oleh kelompok atau individu dan bila dibutuhkan dapat mengkomunikasikan laporan tersebut dengan berbagai pihak yang berwenang. Hasil kajian, pantauan, laporan yang diterima dan komunikasi dengan pihak berwenang dilaporkan secara tertulis dan berkala kepada publik, sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari upaya pembentukan kondisi yang kondusif bagi pemenuhan HAM Perempuan Indonesia. Kelompok atau individu dapat mengakses fungsi Pelapor Khusus. Tidak ada prosedur formal untuk menyampaikan laporannya kepada pelapor khusus. Pelapor Khusus mengembangkan acuan pelaporan untuk mempermudah pihak yang melapor dan bagi Pelapor Khusus, untuk memeriksa dengan cermat laporan yang diterima, dan menyusun strategi tindak lanjut.

Latihan

- 1) Menurut Saudara, mengapa kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana sangat diperlukan?
- 2) Dari beberapa prinsip dasar dalam penyusunan program kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana, prinsip manakah menurut Saudara yang sangat penting? Mengapa?
- 3) Mengapa hak-hak kesehatan reproduksi perempuan dalam situasi darurat bencana lebih diutamakan?
- 4) Apa fungsi dari Komnas Perempuan terhadap kesehatan reproduksi perempuan dalam situasi darurat bencana menurut pengetahuan Saudara?
- 5) Dari beberapa peristiwa bencana yang terjadi di Indonesia, adakah hak-hak perempuan yang masih belum terpenuhi? Mengapa?

Ringkasan

Situasi darurat bencana adalah suatu peristiwa atau serangkaian peristiwa yang telah mengakibatkan ancaman yang kritis terhadap kesehatan, keselamatan, keamanan atau kesejahteraan suatu masyarakat atau sekelompok besar orang. Kemampuan bertahan dari masyarakat yang terdampak menjadi kewalahan dan bantuan dari luar dibutuhkan. Hal ini bisa merupakan akibat dari peristiwa seperti konflik bersenjata, bencana alam, epidemi atau kelaparan dan sering kali menyebabkan penduduk harus mengungsi. Prinsip dasar dalam penyusunan program kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana yaitu koordinasi, kualitas pelayanan, komunikasi, partisipasi masyarakat, pengembangan kapasitas teknis dan manajemen, akuntabilitas, hak asasi manusia serta advokasi.

Perempuan memiliki resiko yang sangat riskan terhadap kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana sehingga perempuan memiliki hak-hak perlindungan kesehatan reproduksinya. Komnas perempuan sebagai komisi nasional anti kekerasan yang melindungi perempuan, dituntut untuk tanggap dalam menangani berbagai bentuk kekerasan dan diskriminasi terhadap perempuan, sekaligus sigap dalam memahami berbagai perkembangan.

Tes 1

- 1) Bencana dibagi menjadi bencana alam, bencana non alam dan bencana sosial berdasarkan
 - A. UU Nomor 24 tahun 2007
 - B. UU Nomor 24 tahun 2005
 - C. UU Nomor 20 tahun 2007
 - D. UU Nomor 20 tahun 2005
 - E. UU Nomor 27 tahun 2004

- 2) Keadaan yang mengancam nyawa individu dan kelompok masyarakat luas sehingga menyebabkan ketidakberdayaan yang memerlukan respon intervensi sesegera mungkin guna menghindari kematian dan atau kecacatan serta kerusakan lingkungan yang luas dinamakan dengan tahap
- Pra Bencana
 - Saat Tanggap Darurat
 - Pasca Bencana
 - Sebelum Bencana
 - Setelah Bencana
- 3) Prinsip yang meliputi pertukaran informasi, kompromi, dan aksi kolaboratif, merupakan prinsip
- Kualitas Pelayanan
 - Koordinasi
 - Komunikasi
 - Partisipasi masyarakat
 - Akuntabilitas
- 4) Proses pertanggungjawaban oleh orang-perseorangan dan organisasi atas capaian kerja menurut standar-standar dan prinsip-prinsip tertentu, merupakan definisi prinsip
- Kualitas Pelayanan
 - Koordinasi
 - Komunikasi
 - Partisipasi masyarakat
 - Akuntabilitas
- 5) Prinsip yang melibatkan perantara- media yang menyebarkan informasi melalui saluran yang tepat misalnya poster, radio, orang ke orang agar masyarakat mendapatkan informasi yang cepat, saat mereka membutuhkannya, dengan cara yang masuk akal sehingga mereka bisa mengambil keputusan yang praktis, disebut
- Akuntabilitas
 - Kualitas Pelayanan
 - Koordinasi
 - Komunikasi
 - Partisipasi masyarakat
- 6) Identifikasi masalah, tujuan jangka pendek dan jangka panjang, kegiatan-kegiatan dan sumber daya; mengantisipasi tantangan potensial dan mempersiapkan respon serta memantau kegiatan pada saat dilaksanakan merupakan strategi prinsip
- Advokasi

- B. Koordinasi
 - C. Komunikasi
 - D. Partisipasi masyarakat
 - E. Akuntabilitas
- 7) Komnas Perempuan sejak didirikan berdasarkan
- A. Keppres No. 181 pada tanggal 19 Oktober 1998
 - B. Keppres No. 181 pada tanggal 18 Oktober 1998
 - C. Keppres No. 188 pada tanggal 19 Oktober 1998
 - D. Keppres No. 188 pada tanggal 19 Oktober 1998
 - E. Keppres No. 181 pada tanggal 18 Oktober 1988
- 8) Resiko pengungsi perempuan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi diantaranya adalah
- A. Kekurangan gizi
 - B. Kekurangan sandang
 - C. Kekurangan papan
 - D. Kekurangan pembalut
 - E. Kekurangan air
- 9) Layanan kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana harus berkualitas baik, sebab
- A. Memberi pelayanan komprehensif
 - B. Menjamin adanya pelayanan kesehatan reproduksi
 - C. Kualitas yang baik akan menjamin hak asasi manusia
 - D. Memungkinkan klien dapat pelayanan kesehatan
 - E. Menjamin tidak ada perbedaan pelayanan pada laki-laki dan perempuan
- 10) Dalam memberi pelayanan kesehatan reproduksi dalam situasi bencana, partisipasi masyarakat sangat penting, hal ini bertujuan
- A. Dapat bekerja sama dengan baik
 - B. Memastikan penerimaan dan berkelanjutan program
 - C. Menentukan keberhasilan program
 - D. Meningkatkan peran serta masyarakat
 - E. Meningkatkan support lingkungan

Topik 2 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Dalam Bencana

A. PENGORGANISASIAN TIM SIAGA KESEHATAN REPRODUKSI DALAM PENANGGULANGAN BENCANA

1. Pengorganisasian Badan Penanggulangan Bencana di Indonesia

Pembentukan struktur organisasi Badan Penanggulangan Bencana menurut UU No. 24 tahun 2007 dibagi dalam 3 tingkatan kewenangan sesuai dengan susunan pemerintahan, yaitu :

- Pada Tingkat Nasional dibentuk Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB).
- Pada Tingkat Propinsi dibentuk Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) tingkat propinsi.
- Pada Tingkat Kabupaten/Kota dibentuk Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) tingkat kabupaten/kota.
- Penanggulangan bencana di bidang kesehatan adalah menjadi tanggung jawab dari Pusat Penanggulangan Krisis (PPK) Departemen Kesehatan dibawah koordinasi Badan Nasional Penanggulangan Bencana di tingkat pusat.

2. Pembagian Tanggung Jawab pada Masing–Masing Badan Penanggulangan Bencana

- Upaya penanganan masalah kesehatan reproduksi pada manajemen bencana ada pada tingkat kabupaten/kota adalah tanggung jawab tim siaga kesehatan reproduksi bekerja sama dengan dinas kesehatan kabupaten setempat.
- Tanggung jawab upaya penanganan masalah kesehatan reproduksi pada tingkatan provinsi bersifat suportif dan rujukan (referal) kepada tim siaga kesehatan reproduksi kabupaten/kota.
- Tim siaga kesehatan reproduksi pusat bersifat suportif dan rujukan kepada tim kesehatan reproduksi Propinsi.

3. Struktur Tim Siaga Kesehatan Reproduksi

Adapun struktur tim siaga kesehatan reproduksi dijelaskan dalam bagan berikut ini.



Bagan 2. Tim Siaga Kesehatan Reproduksi

Di bawah ini adalah struktur tim siaga Kesehatan Reproduksi yang direkomendasikan :

- a. *Rekomendasi anggota bidang Data dan Informasi*
Kesga, Surveilans, IBI, NGO/INGO bidang kespro, Jejaring PPKtP (Program Penanggulangan Kekerasan terhadap Perempuan), Lain-lain
- b. *Rekomendasi anggota bidang Pelayanan Kespro dan GBV*
Dokter RS- Puskesmas-IDI, Bidan RS- Puskesmas-IBI, POGI, Jejaring PPKtP
Lain-lain
- c. *Rekomendasi anggota bidang logistik*
Kesga, TU dinkes, IBI, BKKBN daerah, PMI, Lain-lain
Rekomendasi anggota bidang capacity building
Kesga, IBI, P2KP/P2KS/ POGI, Anggota jejaring PPKtP, Perguruan Tinggi, Lain-lain
- d. *Rekomendasi bidang promosi (KIE)*
Promkes, IBI, GO/INGO, PKK Kader, BKKBN daerah, Jejaring PPKtP, Lain-lain

4. PEMBAGIAN TUGAS DAN TANGGUNG JAWAB

Pembagian tugas dan tanggung jawab tim siaga kesehatan reproduksi:

Fungsi dari tim siaga Kesehatan Reproduksi adalah sebagai pelaksana kegiatan kesehatan Reproduksi dalam kondisi bencana.

Pembagian Tugas Masing-Masing Bidang di Bawah Tim Siaga Kesehatan Reproduksi

	Pra Bencana		Tanggap Bencana	Pasca Bencana
	Situasi Tidak ada Bencana	Situasi Terdapat Potensi Bencana		
Koordinator Tim Siaga Kespro	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan koordinasi menyusun rencana penanganan Kespro dalam penanggulangan bencana - Mengorganisasikan pelaksanaan tindak lanjut hasil perencanaan - Memantau pelaksanaan monitoring dan evaluasi hasil tindak lanjut - Meyakinkan akan pentingnya memasukan komponen 	Mengkoordinasikan : <ul style="list-style-type: none"> - Proses penilaian bahaya, kerentanan dan resiko kespro - Pembuatan rencana kesiapsiagaan 	<ul style="list-style-type: none"> - Sebagai focal point program kespro - Memberikan bantuan teknis dan saran bagi koord siaga kespro dan seluruh organisasi yang terkait bidang kespro - Berkoordinasi dengan pemerintah pusat dan regional dalam perencanaan dan pelaksanaan program kespro 	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan koordinasi, rehabilitasi dan rekontruksi

	Kespro dalam agenda pertemuan koordinasi kesehatan.			
Bidang data dan informasi	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan penilaian bahaya, kerentanan dan analisa resiko kespro - Menyiapkan data dasar SDM, sarana dan prasarana kespro - Membuat pemetaan wilayah kespro 	Memastikan kesiapan tim pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> - Menggunakan indikator standar untuk memonitor hasil PPAM - Mengumpulkan, menganalisa dan mendistribusikan data hasil penilaian cepat untuk digunakan pihak yang berkepentingan - Melakukan evaluasi pelaksanaan PPAM Kespro 	
Bidang Pelayanan dan Kekerasan Berbasis gender	<ul style="list-style-type: none"> - Merencanakan system rujukan kespro dalam kondisi darurat dengan menunjuk RS tertentu sbg pusat rujukan - Mempersiapkan kerjasama RS swasta maupun pemerintah untuk menjadi RS rujukan dalam kondisi emergency Kepmenkes - Advokasi Kepmen untuk memastikan pelayanan kespro dan kekerasan berbasis gender dalam situasi bencana - Sosialisasi protokol 	Memastikan kesiapan tim pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> - Memastikan pelayanan PPAM untuk kelompok spesifik : ibu hamil, menyusui dll - Mengadaptasi dan memperkenalkan formulir sederhana untuk memonitor aktivitas kespro selama fase kegawatdaruratan atau yang dapat menjadi lebih komprehensif bila program tsb sudah berkembang : - Melapor secara teratur kepada tim koordinasi kesehatan - Memastikan masing2 koordinator lapangan dan anggotanya yang mempunyai tanggung jawab 	

	<p>standart untuk pelayanan Kespro</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemamtapan jejaring 		<p>pada pelayanan kesehatan reproduksi telah berada di masing2 tempat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengaktifkan tim gerakcepat menempatkan posko-2 pelayanan kespro 	
<p>Bidang Logistik</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Merencanakan bahan dan alat untuk persediaan kondisi emergency untuk persediaan atau pengisian ulang - Pengadaan barang - Penyusunan mekanisme distribusi - Pencatatan dan pemeliharaan RH kits minimal 6 bulan untuk obat-2an yang akan kedaluarsa untuk dikirim ke puskesmas - Pengadaan barang system pre order 	<ul style="list-style-type: none"> - Menjamin ketersediaan logistic untuk keperluan kespro - Membuat system pencatatan dan pelaporan distribusi logistic - Menentukan titik disteribusi 	<ul style="list-style-type: none"> - Distribusi logistickespro - Pencatatan dan pelaporan - Memastikan ketersediaan fasilitas untuk memenuhi kebutuhan reproduksi 	<ul style="list-style-type: none"> - Pemantauan pemakaian logistic - Pencatatan dan pelaporan
<p>Bidang Capacity Building</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pendidikan dan latihan manajemen bencana - Membentuk tim gerak cepat - Melatih tim gerak cepat 			<ul style="list-style-type: none"> - Menginventaris proses pembelajaran(Lesson learn) untuk perbaikan kedepan - Menyusun rencana kebutuhan pelatihan di bidang kesehatan

				reproduksi
Bidang Promosi (KIE)	<ul style="list-style-type: none"> - Menyusun materi KIE untuk masyarakat bagaimana mendapatkan pelayanan dalam situasi darurat bencana(sesuai dengan perjanjian dengan RS dan layanan yang lain - Sosialisasi materi KIE yang sudah disusun - Pendidikan tentang keterlibatan masyarakat dalam mendukung pelayanan Kespro pada saat bencana 	- Sosialisasi materi KIE yang sudah disusun	- Melakukan kegiatan KIE didaerah pengungsian bekerja sama dengan bidang pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> - Mengevaluasi materi yang ada berdasarkan pengalaman masa darurat dan melakukan revisi berdasarkan kebutuhan - Menyusun materi KIE pada situasi pasca bencana - Pemberdayaa n masyarakat

B. LANGKAH PENANGANAN KESEHATAN REPRODUKSI PADA TIAP TAHAPAN PENANGGULANGAN BENCANA

Tiap-tiap fase bencana memiliki karakteristik/kondisi yang tertentu. Oleh karena itu diperlukan langkah-langkah yang berbeda untuk setiap tahapan bencana. Agar kegiatan dapat berjalan dengan terarah, maka rencana yang disusun oleh Tim Siaga Kesehatan Reproduksi harus bersifat spesifik untuk tiap tahapan bencana yaitu:

1. **Pada Tahap Prabencana**, baik dalam situasi normal dan potensi bencana, dilakukan penyusunan Rencana kesiapsiagaan yang dapat dipergunakan untuk segala jenis bencana.
2. **Pada Tahap Tanggap Bencana**, dilakukan pengaktifan Rencana Operasi (Operational Plan) yang merupakan operasionalisasi Rencana Kesiapsiagaan.
3. **Pada Tahap Pasca Bencana**, dilakukan Penyusunan Rencana Pemulihan (Recovery Plan) yang meliputi rencana rehabilitasi dan rekonstruksi.

1. Tahap Prabencana

Tindakan yang dilakukan adalah penyusunan rencana kesiapsiagaan kesehatan reproduksi pada setiap tingkat pemerintahan, mulai dari tingkat kabupaten/kota, propinsi dan tingkat pusat.

a. Rencana Kesiapsiagaan

Adalah rencana kegiatan yang dilakukan untuk mengantisipasi bencana melalui pengorganisasian serta melalui langkah yang tepat guna dan berdaya guna. Tujuan rencana Kesiapsiagaan adalah membangun kesadaran stakeholder agar turut aktif dalam program penanganan bencana, memastikan koordinasi yang efektif dari respon bencana, disamping itu juga memastikan respon bencana yang cepat, tepat dan efisien melalui penerapan Paket Pelayanan Awal Minimum untuk Kesehatan Reproduksi sejak fase awal bencana. Waktu penyusunan, pada kondisi normal sebelum terjadi bencana Rencana kesiapsiagaan disusun pada kondisi normal sebelum terjadi bencana dan harus direview dan direvisi secara berkala sesuai dengan perkembangan kondisi daerah setempat (minimal 1 tahun sekali). Pada saat terdapat potensi bencana Rencana kesiapsiagaan harus disesuaikan dengan kondisi daerah setempat. Pada saat terdapat potensi bencana dimana sering terjadi perubahan kondisi daerah, maka frekuensi review dan revisi rencana kesiapsiagaan harus ditingkatkan. Disamping itu harus pula ditingkatkan persiapan perasionalisasi dari rencana kesiapsiagaan.

Tahap penyusunan rencana kesiapsiagaan

1. Tahap persiapan
 - a. Pembentukan tim kesehatan reproduksi
 - b. Mengadakan pertemuan/lokakarya untuk mendapatkan kesepahaman tentang konsep PPAM (Paket Pelayanan Awal Minimum) dan penerapannya dalam penyusunan rencana kesiapsiagaan pada tahap berikutnya.
2. Tahap penyusunan rencana kesiapsiagaan
 - a. Identifikasi data-data kesehatan reproduksi (baik data cakupan / data saran yang ada), termasuk data kerentanan di wilayah tsb.
 - b. Pembuatan peta.
 - c. Tindakan untuk mengurangi kerentanan dan risiko kesehatan reproduksi.
 - d. Penyiapan komponen rencana kesiapsiagaan.

Proses identifikasi kerentanan kesehatan reproduksi dalam masyarakat melalui langkah: Menilai status kesehatan reproduksi setempat berdasarkan indikator kesehatan reproduksi yang ada seperti angka kematian ibu, dll, Mengenali faktor – faktor kerentanan kesehatan reproduksi seperti faktor kemiskinan, akses terbatas ke pelayanan kesehatan reproduksi, keterampilan tenaga kesehatan dll.

b. Peta Kerentanan dan Risiko

Peta adalah salah satu dari cara terbaik untuk mempresentasikan hasil dari penilaian kerentanan, dan analisa risiko.

Langkah Menggambar Peta:

1. Membuat simbol – simbol yang menggambarkan;
 - a. Kelompok – kelompok rentan seperti ibu hamil dan bayi.
 - b. Kelompok risiko tinggi kesehatan reproduksi pada populasi yang ada dalam wilayah setempat seperti : wilayah dengan prevalensi HIV, IMS, dll.

- c. Masalah kesehatan reproduksi pada masyarakat seperti tingginya jumlah kematian ibu, bayi dll.
 - d. Tenaga kesehatan khususnya dalam bidang kesehatan reproduksi.
 - e. Fasilitas kesehatan dan alur rujukan pelayanan kesehatan reproduksi (puskesmas PONEK dan Rumah sakit PONEK)
2. Menggambar alur yang menghubungkan antara populasi setempat dengan fasilitas layanan kesehatan reproduksi terdekat dan alur rujukan antar fasilitas layanan kesehatan reproduksi.

Penyiapan Komponen Kesiapan Penanggulangan Bencana Komponen kesiapan penanggulangan bencana meliputi;

1. Sumber daya manusia
Tim siaga kesehatan reproduksi bertanggung jawab untuk menyiapkan kemampuan sumber daya manusia untuk pelaksanaan rencana kesiapsiagaan sesuai bidangnya masing-masing.
2. Pengorganisasian: sesuai pengorganisasian pada bab II
3. Fasilitas, alat dan bahan
Langkah-langkah:
 - a. Mengidentifikasi kebutuhan logistik kesehatan reproduksi
 - b. Mengidentifikasi tempat penyimpanan logistik
 - c. Mengidentifikasi tempat pelayanan
 - d. Mengidentifikasi institusi/organisasi (nasional/ internasional) yang memilikipotensi dalam penyediaan logistik dan fasilitas kesehatan reproduksi.

Penyediaan dan penyiapan kebutuhan material Kesehatan Reproduksi yang terdiri dari:

- a. RH kit
 - b. Bidan kit (di luar paket RH kit)
 - c. Individual kit: hygiene kit, kit bayi, kit ibu hamil, kit ibu bersalin
 - d. Peralatan penunjang Kesehatan Reproduksi: tenda, generator, lampu penerangan.
4. Perencanaan anggaran
Tiap tingkatan pemerintahan perlu menyiapkan alokasi anggaran dan memobilisasi anggaran untuk membiayai rencana kegiatan pada rencana kesiapsiagaan.
5. Komunikasi, Informasi dan Edukasi
Langkah yang dilakukan adalah penyusunan materi KIE yang berkaitan dengan situasi bencana seperti: Bagaimana mendapatkan pelayanan dalam kondisi bencana, tempat- tempat pelayanan yang tersedia, dan menyebarkannya secara luas kepada masyarakat.
6. Penyiapan Mekanisme Respon
Penyiapan mekanisme respon dapat dilakukan dengan melakukan gladi/simulasi pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi dalam situasi tanggap bencana. Simulasi

pelaksanaan berdasarkan rencana kesiapsiagaan dan tindakan operasional yang akan dibahas pada bagian berikutnya.

Tindak Lanjut Pasca Penyusunan Rencana Kesiapsiagaan:

- a. Pengesahan dan penetapannya dengan landasan hukum
- b. Sosialisasi kepada pihak-pihak terkait
- c. Pelaksanaan rencana kesiapsiagaan

2. Tahap Tanggap Bencana

Mengikuti Panduan Tindakan Operasional, tindakan yang dilakukan, operasionalisasi dari rencana kesiapsiagaan dibawah koordinasi koordinator tim siaga kesehatan reproduksi. Tujuan pelaksanaan tindakan operasional adalah untuk memberikan respon yang cepat, tepat dan sistematis segera setelah dan selama tanggap bencana, sehingga efek yang ditimbulkan bencana terhadap kesehatan reproduksi dapat seminimal mungkin.

Tahapan Tindakan Operasional

Tindakan operasional dari rencana kesiapsiagaan dibedakan menjadi respon awal dan respon lanjutan.

a. *Respon Awal*

- 1) Penentuan Tingkat wewenang penanganan bencana: tingkat kabupaten / propinsi /nasional



Keterangan:

Dalam hal terjadi bencana, maka tanggung jawab pertama upaya penanganan kesehatan reproduksi ada pada tingkatan kabupaten/kota, Manakala masalah Kesehatan Reproduksi yang timbul tidak tertangani oleh tim tingkat kabupaten, maka upaya penanganan akan mendapat dukungan dari tingkat di atasnya.

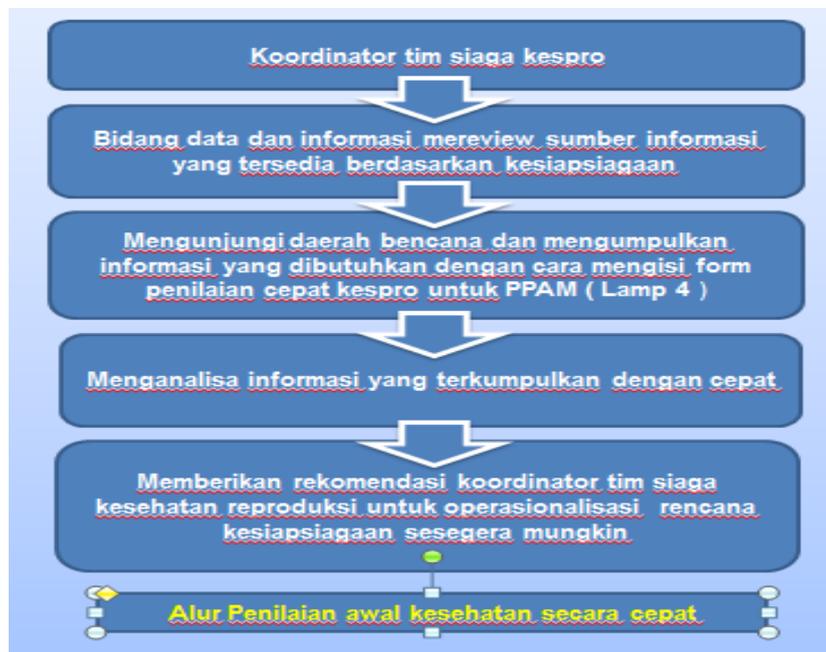
- 2) Mengintegrasikan tim siaga kespro ke dalam tim koordinasi Badan Penanggulangan Bencana.

- b. *Mobilisasi tim siaga kesehatan reproduksi untuk melakukan penilaian awal dan kegiatan lain secara simultan sesuai fungsi dari masing-masing sub tim.*

Penilaian Awal Kesehatan Reproduksi secara Cepat:

- 1) Tujuan:
Untuk mengukur besarnya masalah yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi akibat bencana, dampak yang terjadi maupun yang mungkin terjadi terhadap kesehatan reproduksi menjadi acuan bagi upaya kesehatan reproduksi yang tepat dalam penanggulangan dampak bencana terhadap kesehatan reproduksi.
- 2) Penanggung jawab: koordinator bidang penilai pada tim siaga kesehatan reproduksi
- 3) Waktu pelaksanaan: terintegrasi dengan penilaian kesehatan secara umum, dan waktu pelaksanaannya tidak lebih dari 72 jam setelah bencana terjadi.

Penilaian awal kesehatan secara cepat dilakukan melalui alur sebagai berikut:



3. Tahap Pasca Bencana

Kegiatan difokuskan pada upaya pemulihan kondisi kesehatan reproduksi. Secara definisi pemulihan adalah serangkaian kegiatan untuk mengembalikan kondisi masyarakat dan lingkungan hidup, yang terkena bencana dengan memfungsikan kembali kelembagaan, prasarana, dan sarana dengan melakukan upaya rehabilitasi dan rekonstruksi dan difokuskan pada perencanaan pelaksanaan kesehatan reproduksi komprehensif.

Pelayanan kespro komprehensif meliputi:

- a. KIA
- b. KB
- c. IMS, HIV dan AIDS

- d. Kespro Remaja
- e. Kespro usia lanjut
- f. Kasus kekerasan berbasis gender termasuk kekerasan seksual

Kegiatan Pemulihan ini meliputi

1. Kegiatan melakukan assessment untuk menilai kesiapan pelayanan Kesehatan Reproduksi sesuai kondisi normal, dan sebagai penanggung jawab adalah kordinator bidang data & informasi.

Data yang dikumpulkan meliputi:

- a. Validasi data penduduk pasca bencana
 - b. Lihat data-data awal kesehatan reproduksi sebelum bencana
 - c. Mengidentifikasi sarana dan pra sarana (fasilitas kesehatan, ketersediaan staff, termasuk ketersediaan alat dan bahan) yang dapat direhabilitasi dan dikembangkan untuk pelaksanaan pelayanan RH yang komprehensif terpadu.
2. Perencanaan pelaksanaan Kesehatan Reproduksi komprehensif terpadu
Perencanaan disusun berdasarkan hasil dari proses assessment. Komponen perencanaan meliputi: sumber daya manusia, fasilitas, alat dan bahan, anggaran.
 3. Pelaksanaan Upaya Pemulihan Kesehatan Reproduksi Operasionalisasi dari perencanaan pelaksanaan kespro komprehensif terpadu.

C. PAKET PELAYANAN AWAL MINIMUM (PPAM)

1. Definisi PPAM

Situasi darurat bencana adalah suatu peristiwa atau serangkaian peristiwa yang keamanan atau kesejahteraan suatu masyarakat atau sekelompok besar orang. Kemampuan bertahan dari masyarakat yang terdampak menjadi kewalahan dan bantuan dari luar dibutuhkan. Hal ini bisa merupakan akibat dari peristiwa seperti konflik bersenjata, bencana alam, epidemi atau kelaparan dan sering kali menyebabkan penduduk harus mengungsi.

Paket Layanan Awal Minimum (PPAM) untuk Kesehatan Reproduksi digunakan dalam Situasi Krisis. Paket Layanan Awal Minimum (Minimum Initial Service Package/MISP) untuk Kesehatan Reproduksi adalah seperangkat kegiatan prioritas terkoordinasi yang dirancang untuk: mencegah dan menangani akibat dari kekerasan seksual; mengurangi penyebaran HIV; mencegah kelebihan angka mortalitas dan morbiditas ibu dan bayi; dan merencanakan layanan Kesehatan Reproduksi lengkap pada hari-hari dan minggu-minggu awal dari situasi darurat. Modul pembelajaran jarak-jauh MISP bertujuan meningkatkan pengetahuan para pelaku kemanusiaan mengenai layanan Kesehatan Reproduksi prioritas ini agar dapat dimulai di awal situasi krisis. MISP secara garis-besar menguraikan tanggap Kesehatan Reproduksi awal dan akan dijelaskan secara rinci dalam modul ini.

Modul menyertakan seperangkat kegiatan multi-sektoral yang harus dilaksanakan oleh para pekerja kemanusiaan yang bekerja di sektor kesehatan, rancangan dan manajemen kamp, layanan masyarakat, perlindungan dan sektor-sektor lainnya. Modul MISP sangat bermanfaat terutama bagi anggota tim tanggap darurat dan para responden kemanusiaan pertama lainnya dalam situasi krisis. Modul terfokus pada populasi pengungsi internal akibat krisis, seperti konflik bersenjata dan bencana alam. Meskipun modul MISP paling relevan bagi mereka yang bekerja dalam situasi darurat, namun modul ini juga dapat digunakan sebagai standar minimum pasca-krisis untuk menjamin kegiatan Kesehatan Reproduksi prioritas dapat ditetapkan.

2. Sasaran PPAM

Sasaran PPAM/MISP adalah mengurangi angka kematian, penyakit dan cacat di antara populasi yang terkena pengaruh krisis, terutama wanita dan gadis. Populasi ini dapat berupa pengungsi lintas batas, pengungsi internal (IDP) atau populasi yang menampung pengungsi lintas batas atau IDP.

3. Tujuan dan Kegiatan PPAM

- a. Mengidentifikasi organisasi dan perorangan untuk memudahkan koordinasi dan pelaksanaan MISP
- b. Mencegah kekerasan seksual dan memberikan bantuan yang tepat kepada mereka yang selamat
- c. Mengurangi penyebaran HIV
- d. Mencegah kelebihan angka mortalitas dan morbiditas ibu dan bayi dengan: Merencanakan penyediaan layanan Kesehatan Reproduksi lengkap, yang menyatu ke dalam Perawatan Kesehatan Utama, sesuai dengan situasi yang dihadapi.

Latihan

Kerjakan latihan soal dibawah ini, baca dengan seksama sebelum menjawab.

- 1) Menurut Saudara, mengapa diperlukan dasar hukum dalam pelayanan kesehatan reproduksi dalam penanganan situasi darurat bencana?
- 2) Bagaimana pembagian tanggung jawab pada masing-masing badan penanggulangan bencana? Jelaskan dengan bahasa Anda sendiri sesuai pengetahuan Anda.
- 3) Menurut Saudara, sudahkah efektif langkah-langkah penanganan kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana yang terjadi di negeri kita ini? Mengapa?
- 4) Apakah PPAM dalam pelayanan kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana berfungsi baik menurut, Saudara?
- 5) Berikan masukan terhadap pelayanan kesehatan reproduksi agar dapat meningkatkan efektifitas dalam situasi darurat bencana?

Ringkasan

Pelayanan kesehatan reproduksi dalam situasi darurat bencana dilaksanakan berdasarkan dasar-dasar hukum yang berlaku. Penanggulangan bencana di bidang kesehatan adalah menjadi tanggung jawab dari Pusat Penanggulangan Krisis (PPK) Departemen Kesehatan dibawah koordinasi Badan Nasional Penanggulangan Bencana di tingkat pusat. Fungsi dari tim siaga Kesehatan Reproduksi adalah sebagai pelaksana kegiatan kesehatan Reproduksi dalam kondisi bencana. Tiap-tiap fase bencana memiliki karakteristik/kondisi yang tertentu. Oleh karena itu diperlukan langkah-langkah yang berbeda untuk setiap tahapan bencana. Agar kegiatan dapat berjalan dengan terarah, maka rencana yang disusun oleh Tim Siaga Kesehatan Reproduksi harus bersifat spesifik untuk tiap tahapan bencana. Paket Layanan Awal Minimum (MISP) untuk Kesehatan Reproduksi digunakan dalam Situasi Krisis. Paket Layanan Awal Minimum (Minimum Initial Service Package/MISP) untuk Kesehatan Reproduksi adalah seperangkat kegiatan prioritas terkoordinasi yang dirancang untuk: mencegah dan menangani akibat dari kekerasan seksual; mengurangi penyebaran HIV; mencegah kelebihan angka mortalitas dan morbiditas ibu dan bayi; dan merencanakan layanan Kesehatan Reproduksi lengkap pada hari-hari dan minggu-minggu awal dari situasi darurat.

Tes 2

- 1) Dasar hukum penanganan kesehatan reproduksi pada penyelenggaraan penanggulangan kesehatan reproduksi salah satunya yaitu Kepmenkes Nomor 131/II/2004 yaitu mengenai tentang
 - A. Sistem Kesehatan Nasional
 - B. Kesejahteraan Anak
 - C. Kesehatan
 - D. Pemerintahan di Daerah
 - E. Perlindungan Anak

- 2) Yang mengatur tentang pembentukan struktur organisasi Badan Penanggulangan Bencana dibagi dalam 3 tingkatan kewenangan sesuai dengan susunan pemerintahan yaitu...
 - A. UU No. 24 tahun 2007
 - B. Kepmenkes Nomor 131/II/2004
 - C. Undang-Undang Nomor 4 tahun 1979
 - D. Inpres Nomor 9 tahun 2000
 - E. UU No 21 Tahun 2007

- 3) Membangun kesadaran stakeholder agar turut aktif dalam program penanganan bencana masuk pada tahapan ...
 - A. Pra bencana
 - B. Tanggap bencana
 - C. Saat bencana
 - D. Pasca bencana
 - E. Rehabilitasi bencana

- 4) Respon awal bila ada bencana dan tim siaga kesehatan reproduksi tingkat propensitas tidak dapat mengatasi, maka penanganan dilakukan oleh ...
 - A. Tim siaga kespro tingkat kabupaten
 - B. Tim siaga kespro tingkat provinsi
 - C. Tim siaga kespro tingkat kota madya
 - D. Tim siaga kespro tingkat PPK tingkat regional
 - E. Tim siaga kespro tingkat PPK pusat

- 5) Tujuan pelaksanaan tindakan operasional tanggap bencana adalah untuk ...
 - A. Menanggulangi bencana
 - B. Meminimalkan dampak bencana
 - C. Mempercepat koordinasi
 - D. Mempersiapkan SDM
 - E. Mempersiapkan SDM dan logistik

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) B
- 3) B
- 4) A
- 5) D
- 6) D
- 7) B
- 8) A
- 9) A
- 10) E

Tes 2

- 1) A
- 2) A
- 3) A
- 4) C
- 5) B

Glosarium

AIDS	:	Acquired Immune Deficiency Syndrome
BKKBN	:	Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional
BNPB	:	Badan Nasional Penanggulangan Bencana Badan
BPBD	:	Penanggulangan Bencana Daerah Daerah Istimewa
DI	:	Daerah Kota Istimewa
DKI	:	Human Immunodeficiency Virus
HIV	:	Hak Asasi Manusia
HAM	:	Internal Displaced Person
IDP	:	Infeksi Menular Seksual
IMS	:	Ikatan Bidan Indonesia
IBI	:	International Conference on Population and Development
ICPD	:	Interagency Standing Committee
IASC	:	International Strategy For Reduction
ISDR	:	Komisi Nasional
Komnas	:	Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KIE	:	Kesehatan Ibu dan Anak
KIA	:	Keluarga Berencana
KB	:	Kesehatan Keluarga
Kesga	:	Lembaga Swadaya Masyarakat
LSM	:	Minimum Initial Service Package
MISP	:	Non Government Organization
NGO	:	Nusa Tenggara Barat
NTB	:	Nusa Tenggara Timur
NTT	:	Paket Pelayanan Awal Minimum
PPAM	:	Pelayanan Obstetri Neonatus Essensial Dasar Pelayanan
PONED	:	Obstetri Neonatus Essensial Komprehensif
PONEK	:	Program Penanggulangan Kekerasan terhadap Perempuan Pusat
PPKtP	:	Penanggulangan Krisis
PPK	:	Promosi Kesehatan
Promkes	:	Program Penanggulangan Kemiskinan di Perkotaan
P2KP	:	Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indonesia Palang
POGI	:	Merah Indonesia
PMI	:	Persatuan Bangsa-bangsa
PBB	:	Reproductive Health Kit Tata
RH kit	:	Usaha Dinas Kesehatan
TU dinkes	:	United Nations International Children's Emergency Fund
UNICEF	:	

Daftar Pustaka

The Sphere Project. Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. 2004.
www.sphereproject.org/content/view/27/84 (Revisi selesai tahun 2010).\

Reproductive health during conflict and displacement - A guide for programme managers. World Health Organization, 2000.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/RHR0013/en/

Buku Pedoman Lapangan Antar-lembaga Kesehatan Reproduksi dalam Situasi Darurat Bencana 2010
Revisi untuk Peninjauan Lapangan

Pedoman Praktis Kespro pada penanggulangan bencana di Indonesia , UNFPA, 2008

www.rinkaoktavia_manajemen_penanggulangan_bencana_PPAM.html

www.PPAM_KESPRO.html

Kespro Perempuan Pengungsi pemenuhan kewajiban pemerintah, KOMNAS HAM, 2007.

BAB IV
KONSEP KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA

Sri Rahayu, S.Kep, Ns, M.KesIda
Prijatni, S.Pd. M.Kes

PENDAHULUAN

Di dalam kehidupan sehari-hari kita sering mendengar istilah Kependudukan dan Keluarga Berencana dan bahkan mungkin kita sudah berhubungan dengan kegiatan tersebut. Akan tetapi sudahkah Anda mengetahui apa yang dimaksud dengan kedua hal tersebut? Modul ini akan membahas mengenai apa itu Kependudukan dan Keluarga Berencana dan bagaimana pelaksanaannya di masyarakat. BAB 4 ini akan dibagi dalam tiga topik dengan cakupan materi sebagai berikut: Topik 1 membahas tentang konsep kependudukan; Topik 2 membahas tentang sejarah keluarga berencana; dan Topik 3 menjelaskan tentang konsep keluarga berencana.

Bahan ajar ini akan membantu Saudara untuk memahami tentang Konsep Kependudukan dan Keluarga Berencana. Setelah mempelajari bahan ajar ini diharapkan dapat mengkaji konsep kependudukan, sejarah keluarga berencana dan menjelaskan tentang keluarga berencana. Untuk dapat memahami materi pada BAB 4 ini dengan baik, serta mencapai kompetensi yang diharapkan, Saudara dapat melakukan strategi belajar berikut ini:

1. Bacalah materi dengan seksama, sehingga Saudara memahami isi bahan ajar ini
2. Kerjakan tes seoptimal mungkin dan gunakan rambu-rambu jawaban untuk membuat penilaian apakah jawaban Saudara sudah memadai.

Topik 1 **Konsep Kependudukan**

A. DINAMIKA KEPENDUDUKAN

Penduduk menurut UU.RI.No. 10 tahun 1992 yaitu orang dalam matranya sebagai pribadi, anggota keluarga, anggota masyarakat, warganegara dan himpunan kuantitas yang bertempat tinggal di suatu tempat dalam batas wilayah Negara pada waktu tertentu. Penduduk adalah semua orang yang mendiami suatu daerah dalam suatu waktu / jangka waktu tertentu. Penduduk dipelajari oleh ilmu kependudukan, fokus perhatian demografi adalah perubahan beserta komposisi dan distribusi penduduk.

Dinamika penduduk yaitu suatu proses perubahan penduduk secara terus menerus yang mempengaruhi jumlah. Dinamika kependudukan merupakan perubahan kependudukan untuk suatu daerah tertentu dari waktu ke waktu. Dinamika penduduk dipengaruhi beberapa faktor yaitu kelahiran, kematian, perpindahan penduduk serta kondisi sosial ekonomi dan budaya yang berkembang di masyarakat. Dari berbagai penyebab tersebut dapat digolongkan menjadi 2 yaitu penyebab langsung dan tidak langsung.

1. Faktor Demografi yang Mempengaruhi Laju Pertumbuhan Penduduk

Laju pertumbuhan penduduk (*Growth Rate*) ditentukan oleh tingkat kelahiran dan tingkat kematian. Tingkat kelahiran kasar (*Crude Birth Rate*) dan tingkat kematian kasar (*Crude Death Rate*) masing-masing menunjukkan jumlah kelahiran hidup dan jumlah kematian per 1000 penduduk per tahun.

Dengan demikian ada 4 kemungkinan dari 2 variabel ini :

- a. Tingkat kelahiran tinggi dan tingkat kematian tinggi
- b. Tingkat kelahiran tinggi dan tingkat kematian rendah
- c. Tingkat kelahiran rendah dan tingkat kematian rendah
- d. Tingkat kelahiran rendah dan tingkat kematian tinggi

2. Transisi Demografi

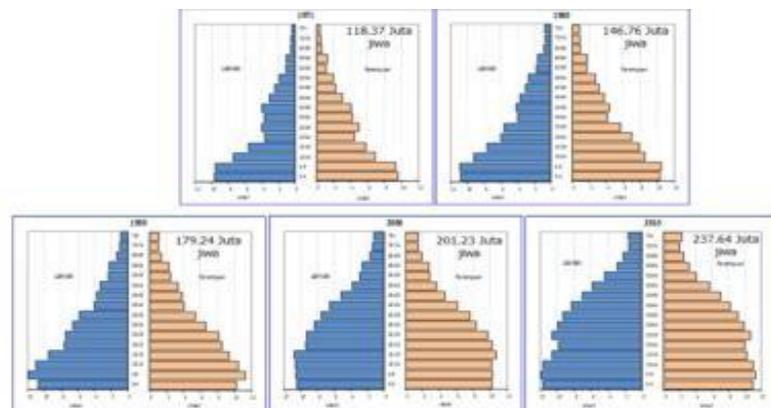
Transisi demografi adalah proses perubahan kematian dan kelahiran yang berlangsung dari tingkatan yang tinggi ke tingkatan yang rendah dalam suatu kurun waktu pada masyarakat tertentu. Transisi ini muncul dengan terjadinya banyak perubahan di masyarakat, diantaranya adalah perubahan sosio-ekonomi yang berhubungan timbal balik dengan kesehatan (Siregar & Suwandono, 1992). Perubahan penduduk secara implisif menyatakan penambahan atau penurunan jumlah penduduk secara parsial maupun keseluruhan sebagai akibat perubahan komponen utama perubahan penduduk yaitu kelahiran, kematian dan migrasi (Sudarti, 2004). Dalam transisi demografi menurut Bogue (1965) tahap transisi sebagai berikut:

- a. Pratransi (Pre-Transitional), ditunjukkan dengan tingkat fertilitas dan mortalitas yang tinggi

- b. Tahap Transisi (Transitional), ditunjukkan dengan tingkat fertilitas tinggi dan tingkat mortalitas rendah
- c. Tahap Pasca Transisi (Past Transitional), dinyatakan dengan tingkat fertilitas dan mortalitas sudah rendah (Sudarti, 2004).

Penduduk Indonesia akan bertambah banyak dengan piramida yang terus berubah. Jumlah penduduk Indonesia akan menjadi 274 juta orang pada tahun 2025. Penduduk usia lanjut dan usia produktif termasuk usia angkatan kerja akan bertambah besar proporsinya. Sementara itu penduduk usia muda (bayi dan anak), meskipun proporsinya menurun, jumlahnya tetap meningkat. Di samping itu karena adanya kesenjangan pembangunan antar wilayah menimbulkan urbanisasi yang tidak terkendali. Begitu pula kemiskinan dan pengangguran dengan segala akibatnya terhadap kesehatan tetap ada terus sampai tahun 2025, walaupun jumlahnya sudah menurun (Depkes RI, 2009).

Gambar Piramida Penduduk Indonesia Tahun 1971-2010



Sumber data: Sensus Penduduk (SP) 1971, 1980, 1990, 2000, 2010

Pada piramida penduduk tahun 2010, kelompok umur 20-24 tahun menunjukkan keberhasilan Program Keluarga Berencana (KB) pada tahun 1990. Apabila dibandingkan dengan kelompok umur di bawahnya (0-19 tahun) terlihat adanya peningkatan kelahiran pada periode setelah tahun 1990. Selain itu, bagian puncak piramida menunjukkan peningkatan pada jumlah penduduk lanjut usia (BKKBN, 2013). Dalam konteks transisi demografi, Indonesia berada di peringkat akhir (era pasca transisi demografi) dan negara ini juga telah memulai proses modernisasi dalam berbagai bidang dan diikuti era reformasi pemerintahan dan globalisasi yang berkembang pesat. Sebagai akibat era pasca transisi demografi, Indonesia akan menghadapi masalah-masalah seperti: jumlah penduduk berusia tua (Sariman, 2007). Peningkatan jumlah penduduk yang besar akan menyebabkan kemiskinan di masa depan karena tekanan pada sumber informasi lainnya langka seperti energi, atau akan memberikan kontribusi terhadap pemanasan global (Canning, 2011).

Faktor-faktor yang menyebabkan turunya mortalitas, antara lain :

- Perkembangan teknologi di bidang pertanian dan perkembangan industri modern/ dewasa ini dikenal juga revolusi hijau yang ada pada masyarakat Indonesia ditetapkan sebagai panca usaha di bidang pertanian.
- Munculnya pemerintahan yang relatif stabil / mantap yang memungkinkan mantapnya fasilitas penyaluran bahan makanan dan jasa.
- Kemajuan sanitasi lingkungan menimbulkan kondisi lingkungan yang sehat
- Kemajuan di bidang kedokteran, gizi, pengobatan dan program-program kesehatan masyarakat.

Faktor sosial ekonomi yang mempengaruhi mortalitas didasarkan pada :

- Berdasarkan penelitian, kematian di desa pada umumnya lebih rendah dibanding di kota (mutu kehidupan yang lebih sehat di desa)
- Pilihan terhadap pekerjaan / profesi yang juga berpengaruh terhadap tinggi rendahnya mortalitas dan lingkungan pekerjaan yang tidak sehat (tambang, pabrik, percetakan, lingkungan berdebu dan sebagainya) meningkatkan mortalitas.

3. Komponen Kependudukan dan Pembangunan



Keterangan:

- KuPdk : Kuantitas Penduduk KltPdk
 : Kualitas Penduduk KoPtm
 : Komponen Pertumbuhan

4. Kondisi Kependudukan Indonesia

Tabel Perbandingan Jumlah Penduduk Negara

No	Negara	Jumlah Penduduk Total
1	Republik Rakyat Cina	1.306.148.035
2	India	1.065.070.607
3	Amerika Serikat	297.336.946
4	Indonesia	241.452.952
5	Brasil	184.101.109
6	Pakistan	159.196.336
7	Rusia	143.782.338
8	Bangladesh	141.340.476
9	Nigeria	137.253.133
10	Jepang	127.333.002

Sumber : CIA World Factbook 2004

Indonesia memiliki penduduk terbanyak ke-4 di dunia setelah Republik Rakyat Cina (RRC), India, dan Amerika Serikat. Indonesia masuk 5 besar negara di dunia dalam hal kontribusi pertumbuhan penduduk dunia (setelah China, India, Brasil dan Nigeria).

Tabel 2. Jumlah dan Pertumbuhan Penduduk di Indonesia Tahun 1971-2014

Tahun	Jumlah Penduduk	Pertumbuhan Penduduk (%)
1971	118,3 juta jiwa	-
1980	146,7 juta jiwa	2,32
1990	179,2 juta jiwa	1,97
2000	205,1 juta jiwa	1,45
2010	237,6 juta jiwa	1,49
2014	248,8 juta jiwa	1,40

Provinsi dengan kecenderungan pertumbuhan penduduk yang naik: Bangka Belitung, Bali, Nusa Tenggara Timur, Kalimantan Timur, Maluku, Maluku Utara, dan Papua. Provinsi dengan kecenderungan pertumbuhan penduduk yang turun drastis: Kalimantan Barat, Kalimantan Tengah, Sulawesi Selatan, Jawa Tengah, dan Jawa Timur. Provinsi dengan pertumbuhan penduduk jauh diatas rata-rata nasional: Riau (3,59%), Jambi (2,55%), Kepulauan Riau (4,99%), Banten (2,79%), Kalimantan Timur (3,80%), Maluku (2,78%), Papua Barat (3,72%), dan Papua (5,46%)

5. Dampak Peledakan Penduduk

a. Terhadap Kualitas Penduduk

- 1) Kemiskinan dan kelaparan
- 2) Kekurangan gizi balita
- 3) Kematian ibu dan anak
- 4) Pengangguran meningkat

b. Terhadap Lingkungan dan Ekologi

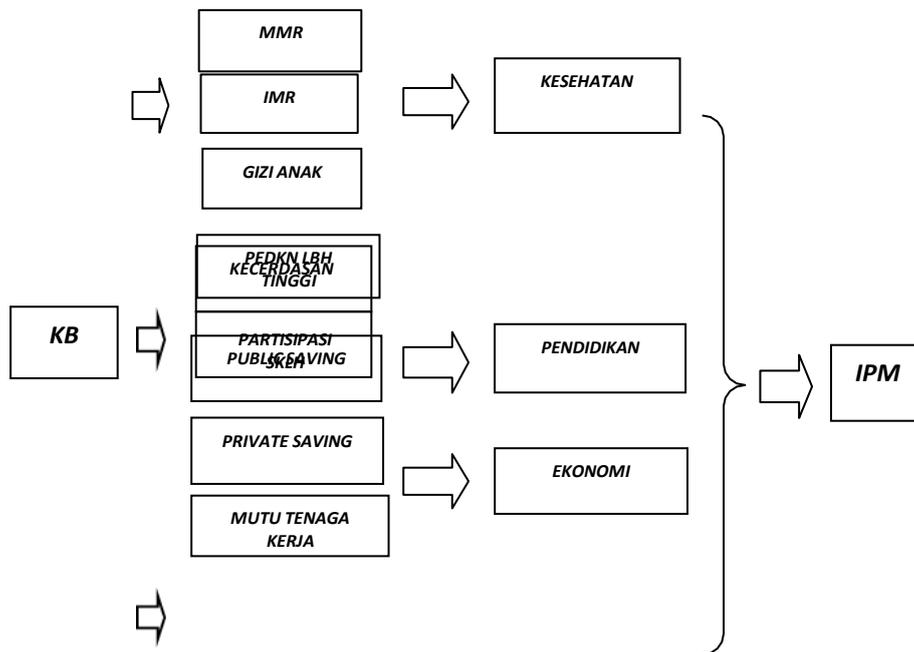
- 1) Penggundulan hutan
- 2) Erosi dan abrasi tanah/laut
- 3) Banjir, tanah longsor, dan kekeringan lahan
- 4) Perubahan iklim yang ekstrim
- 5) Mencairnya kutub es

1. Dampak Program KB Tidak Berhasil Terhadap Kondisi Kependudukan di Indonesia

a. Kemiskinan Meningkat

Tingkat kelahiran penduduk miskin lebih besar, sehingga penduduk miskin bertambah

- b. *Kualitas penduduk rendah*
Total Fertility Rate (TFR) masih tinggi, sehingga penyediaan pelayanan dasar tidak memadai
- c. *Pengangguran Meningkat*
Total Fertility Rate (TFR) masih tinggi, sehingga pertumbuhan ekonomi rendah, sehingga pengangguran bertambah
- d. *Kebutuhan energi meningkat*
Bertambahnya penduduk, sehingga pemenuhan fasilitas energi menjadi lebih besar
- e. *Kebutuhan akan pangan meningkat*
Pertambahan penduduk besar, sehingga penyediaan biaya lebih besar untuk pengadaan pangan



Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Saudara mengenai materi di atas, kerjakan latihan berikut: Coba amati lingkungan sekitar Anda, bagaimana kehidupan masyarakat di lingkungan padat penduduk dan di lingkungan yang tidak padat penduduk, identifikasi permasalahan yang sering terjadi pada masing-masing kondisi kehidupan masyarakat tersebut?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab latihan tersebut anda perlu mengingat kembali dampak peledakan penduduk dan dampak program KB yang tidak berhasil.

Ringkasan

Dinamika kependudukan merupakan perubahan kependudukan untuk suatu daerah tertentu dari waktu ke waktu. Perubahan penduduk secara implisif menyatakan penambahan atau penurunan jumlah penduduk secara parsial maupun keseluruhan sebagai akibat perubahan komponen utama perubahan penduduk yaitu kelahiran, kematian dan migrasi. Tahapan transisi demografi, yaitu: pratransi (pre-transitional), transisi (transitional), dan pasca transisi (past transitional). Adapun peledakan penduduk berdampak terhadap kualitas penduduk, lingkungan dan ekologi. Dampak program KB yang tidak berhasil terhadap kondisi kependudukan di Indonesia, yaitu kemiskinan meningkat, kualitas penduduk rendah, pengangguran meningkat, kebutuhan energi meningkat, dan kebutuhan akan pangan meningkat.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Apakah yang di maksud dengan perubahan kependudukan dari suatu daerah tertentudari waktu ke waktu?
 - A. Laju pertumbuhan penduduk
 - B. Dinamika penduduk
 - C. Transisi demografi
 - D. Piramida penduduk

- 2) Laju pertumbuhan penduduk (*Growth Rate*) ditentukan oleh
 - A. tingkat kelahiran
 - B. tingkat kematian
 - C. tingkat kelahiran dan tingkat kematian
 - D. penggunaan kontrasepsi

- 3) Faktor-faktor yang menyebabkan turunnya mortalitas, yaitu
 - A. Kemajuan di bidang pertanian, perkembangan industri, pemerintahan, sanitasilingkungan dan kesehatan
 - B. Kemajuan di bidang politik, sosial budaya, kriminal, dan kesehatan lingkungan
 - C. Kemajuan di bidang kejahatan, kriminal, konsumsi narkoba, sosial politik, dan pemerintahan
 - D. Kemajuan di bidang kesehatan, kesediaan pangan, sosial politik dan kejahatan

- 4) Berikut merupakan komponen pertumbuhan dalam komponen kependudukan dan pertumbuhan
 - A. Budaya

- B. Sosial
 - C. Kelahiran
 - D. Ekonomi
- 5) Berapakah pertumbuhan penduduk Indonesia tahun 2014 ? A.
- 1,40%
 - B. 1,49%
 - C. 1,45%
 - D. 1,97%
- 6) Provinsi di Indonesia yang penduduknya memiliki kecenderungan pertumbuhan penduduknya naik adalah
- A. Papua
 - B. NTB
 - C. Jateng
 - D. Aceh
- 7) Dampak peledakan penduduk terhadap kualitas penduduk, yaitu...
- A. Derajat kesehatan meningkat
 - B. Status gizi masyarakat baik
 - C. Kematian ibu dan anak
 - D. Pengangguran menurun
- 8) *Total Fertility Rate* (TFR) yang tinggi menyebabkan
- A. Kemiskinan menurun
 - B. Kualitas penduduk rendah
 - C. Pengangguran menurun
 - D. Kebutuhan pangan menurun
- 9) Peran Keluarga Berencana terhadap Kesehatan antara lain adalah
- A. Kemampuan daya beli meningkat
 - B. Mutu tenaga kerja meningkat
 - C. Perbaikan gizi anak meningkat
 - D. Partisipasi sekolah meningkat
- 10) Banjir, longsor, dan kekeringan lahan merupakan dampak
- A. Peledakan penduduk
 - B. KB tidak berhasil
 - C. Kualitas manusia
 - D. Kebijakan pemerintah

Topik 2 Sejarah Keluarga Berencana

A. DI LUAR NEGERI

Upaya Keluarga Berencana mula-mula timbul atas prakarsa kelompok orang-orang yang menaruh perhatian pada masalah kesehatan ibu, yaitu pada awal abad XIX di Inggris yaitu Marie Stopes (1880-1950) yang menganjurkan pengaturan kehamilan di kalangan buruh. Di Amerika Serikat dikenal dengan Margareth Sanger (1883-1966) dengan program "birth control" nya merupakan pelopor KB Modern. Pada tahun 1917 didirikan *National Birth Control League* dan pada Nopember 1921 diadakan American National Birth Control Conference yang pertama. Pada tahun 1925 ia mengorganisir Konferensi International di New York yang menghasilkan pembentukan *International Federation of Birth Control League*. Pada tahun 1948 Margareth Sanger turut aktif di dalam pembentukan *International Committee on Planned Parenthood* yang dalam konferensinya di New Delhi pada tahun 1952 meresmikan berdirinya *International Planned Parenthood Federation* (IPPF). Federasi ini memilih Margareth Sanger dan Lady Rama Ran dari India sebagai pimpinannya. Sejak saat itu berdirilah perkumpulan-perkumpulan keluarga berencana di seluruh dunia, termasuk di Indonesia, yang merupakan cabang-cabang IPPF tersebut.

B. PERIODE PERINTISAN (1950-AN – 1966)

Sejalan dengan perkembangan KB di luar negeri, di Indonesia telah dilakukan usaha membatasi kelahiran secara tradisional dan bersifat individual. Dalam kondisi angka kematian bayi dan ibu yang melahirkan di Indonesia cukup tinggi, upaya mengatur kelahiran tersebut makin meluas terutama di kalangan dokter. Sejak tahun 1950-an para ahli kandungan berusaha mencegah angka kematian yang terlalu tinggi dengan merintis Bagian Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA).

Pada tahun 1957, didirikan Perkumpulan Keluarga Berencana yang dalam perkembangannya berkembang menjadi Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), namun dalam kegiatan penerangan dan pelayanan masih dilakukan terbatas mengingat PKBI, sebagai organisasi sosial yang bergerak dalam bidang KB masih mendapat kesulitan dan hambatan, terutama KUHP nomor 283 yang melarang penyebaran gagasan keluarga berencana (KB). Pada tahun 1967 PKBI diakui sebagai badan hukum oleh Departemen Kehakiman.

C. PERIODE KETERLIBATAN PEMERINTAH DALAM PROGRAM KB NASIONAL

Di dalam Kongres Nasional I PKBI di Jakarta diputuskan bahwa PKBI dalam usahanya mengembangkan dan memperluas usaha keluarga berencana (KB) akan bekerjasama dengan instansi pemerintah. Pada tahun 1967 Presiden Soeharto menandatangani Deklarasi Kependudukan Dunia yang berisikan kesadaran betapa pentingnya menentukan atau merencanakan jumlah anak, dan menjarangkan kelahiran dalam keluarga sebagai hak asasi manusia. Pada tanggal 16 Agustus 1967, Presiden Soeharto menyatakan dalam pidatonya “*Oleh karena itu kita harus menaruh perhatian secara serius mengenai usaha-usaha pembatasan kelahiran, dengan konsepsi keluarga berencana yang dapat dibenarkan oleh moral agama dan moral Pancasila*”. Sebagai tindak lanjut dari Pidato Presiden tersebut, Menkesra membentuk Panitia Ad Hoc yang bertugas mempelajari kemungkinan program KB dijadikan Program Nasional. Selanjutnya pada tanggal 7 September 1968 Presiden mengeluarkan Instruksi Presiden No. 26 tahun 1968 kepada Menteri Kesejahteraan Rakyat, yang isinya antara lain:

1. Membimbing, mengkoordinir serta mengawasi segala aspirasi yang ada di dalam masyarakat di bidang Keluarga Berencana.
2. Mengusahakan segala terbentuknya suatu Badan atau Lembaga yang dapat menghimpun segala kegiatan di bidang Keluarga Berencana, serta terdiri atas unsur Pemerintah dan masyarakat.

Berdasarkan Instruksi Presiden tersebut Menkesra pada tanggal 11 Oktober 1968 mengeluarkan Surat Keputusan No. 35/KPTS/Kesra/X/1968 tentang Pembentukan Tim yang akan mengadakan persiapan bagi Pembentukan Lembaga Keluarga Berencana. Pada tanggal 17 Oktober 1968 dibentuk Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) dengan Surat Keputusan No. 36/KPTS/Kesra/X/1968 dengan status sebagai Lembaga Semi Pemerintah.

D. PERIODE PELITA I (1969-1974)

Periode ini mulai dibentuk Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) berdasarkan Keppres No. 8 Tahun 1970 dan sebagai Kepala BKKBN adalah dr. Suwardjo Suryaningrat. Pada tahun 1972 keluar Keppres No. 33 Tahun 1972 sebagai penyempurnaan Organisasi dan tata kerja BKKBN yang ada. Status badan ini berubah menjadi Lembaga Pemerintah Non Departemen yang berkedudukan dibawah Presiden. Pada Periode Pelita I dikembangkan Periode Klinik (*Clinical Approach*) karena pada awal program, tantangan terhadap ide keluarga berencana (KB) masih sangat kuat, untuk itu pendekatan melalui kesehatan yang paling tepat.

E. PERIODE PELITA II (1974-1979) – ERA REFORMASI

Kedudukan BKKBN dalam Keppres No. 38 Tahun 1978 adalah sebagai lembaga pemerintah non-departemen yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Presiden. Tugas pokoknya adalah mempersiapkan kebijaksanaan umum dan mengkoordinasikan pelaksanaan program KB nasional dan kependudukan yang mendukungnya, baik di tingkat pusat maupun di tingkat daerah serta mengkoordinasikan penyelenggaraan pelaksanaan di lapangan. Periode ini pembinaan dan pendekatan program yang semula berorientasi pada kesehatan ini mulai dipadukan dengan sektor-sektor pembangunan lainnya, yang dikenal dengan Pendekatan Integratif (*Beyond Family Planning*). Pada masa Kabinet Pembangunan IV (1983-1988) ini dilantik Prof. Dr. Haryono Suyono sebagai Kepala BKKBN menggantikan dr. Suwardjono Suryaningrat yang dilantik sebagai Menteri Kesehatan. Pada masa ini juga muncul pendekatan baru antara lain melalui Pendekatan koordinasi aktif, penyelenggaraan KB oleh pemerintah dan masyarakat lebih disinkronkan pelaksanaannya melalui koordinasi aktif tersebut ditingkatkan menjadi koordinasi aktif dengan peran ganda, yaitu selain sebagai dinamisator juga sebagai fasilitator. Disamping itu, dikembangkan pula strategi pembagian wilayah guna mengimbangi laju kecepatan program.

Secara resmi KB Mandiri mulai dicanangkan pada tanggal 28 Januari 1987 oleh Presiden Soeharto dalam acara penerimaan peserta KB Lestari di Taman Mini Indonesia Indah. Program KB Mandiri dipopulerkan dengan kampanye Lingkaran Biru (LIBI) yang bertujuan memperkenalkan tempat-tempat pelayanan dengan logo Lingkaran Biru KB. Pada tahun 1992, ditetapkannya UU No. 10 Tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, dan Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) 1993 khususnya sub sector Keluarga Sejahtera dan Kependudukan, maka kebijaksanaan dan strategi gerakan KB nasional diadakan untuk mewujudkan keluarga kecil yang sejahtera melalui penundaan usia perkawinan, penjarangan kelahiran, pembinaan ketahanan keluarga dan peningkatan kesejahteraan keluarga.

Pada tahun 2009, diterbitkan Undang Undang No. 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, BKKBN berubah dari Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional menjadi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Sebagai tindak lanjut dari UU 52/2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, dimana BKKBN kemudian direstrukturisasi menjadi badan kependudukan, bukan lagi badan koordinasi.

Latihan

Coba Saudara tinjau kembali sejarah keberhasilan program Keluarga Berencana dari masa ke masa dan apakah dampak sosial yang terjadi di Indonesia?

Untuk menjawab latihan tersebut anda perlu mengingat kembali sejarah perkembangan Keluarga Berencana.

Ringkasan

Upaya Keluarga Berencana di luar negeri berdiri atas inisiasi Margareth Sanger (1883- 1966) yang mendirikan *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) pada tahun 1952. Di Indonesia telah dilakukan usaha membatasi kelahiran hingga pada tahun 1957, didirikan Perkumpulan Keluarga Berencana yang berkembang menjadi Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI), namun dalam kegiatan penerangan dan pelayanan masih dilakukan terbatas. Pada tahun 1967 Presiden Soeharto dan pemerintahannya turut serta dalam upaya KB dan tanggal 17 Oktober 1968 dibentuk Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN) dengan Surat Keputusan No. 36/KPTS/Kesra/X/1968 dengan status sebagai Lembaga Semi Pemerintah. Lembaga ini berkembang menjadi Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) berdasarkan Keppres No. 8 Tahun 1970. Pada tahun 2009, diterbitkan Undang Undang No. 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, BKKBN berubah dari Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional menjadi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN).

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat

- 1) Pelopor KB modern di luar negeri, yaitu
 - A. Marie Stopes
 - B. Margareth Sanger
 - C. Lady Rama Ran
 - D. Ethel Byrne

- 2) Organisasi sosial yang bergerak dalam bidang KB pertama adalah
 - A. Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI)
 - B. Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN)
 - C. Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)
 - D. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN)

- 3) Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dibentuk berdasarkan
 - A. Keputusan Presiden No. 8 Tahun 1970
 - B. Surat Keputusan No. 36/KPTS/Kesra/X/1968
 - C. Surat Keputusan No. 35/KPTS/Kesra/X/1968
 - D. Keputusan Presiden No. 38 Tahun 1978

- 4) Pada tahun 1972 keluar Keppres No. 33 Tahun 1972 sebagai penyempurnaan Organisasi dan tata kerja BKKBN yang ada. Status badan ini berubah dari
 - A. Organisasi sosial menjadi lembaga semi pemerintah

- B. Lembaga semi pemerintah menjadi badan koordinasi
 - C. lembaga pemerintah non departemen menjadi badan kependudukan
 - D. Lembaga semi pemerintah menjadi lembaga pemerintah non departemen
- 5) Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia didirikan pada tahunA.
1950
- B. 1957
 - C. 1960
 - D. 1967
- 6) BKKBN merupakan singkatan dari
- A. Badan Keluarga Berencana Non Departemen
 - B. Badan Keluarga Berencana Non Klinik
 - C. Badan Keluarga Berencana Nasional
 - D. Badan Keluarga Berencana negara
- 7) BKKBN didirikan pada periode
- A. Pelita I
 - B. Pelita II
 - C. Pelita III
 - D. Pelita IV
- 8) Keluarga Berencana Mandiri dicanangkan oleh presiden Soeharto pada
- A. 28 Agustus 1984
 - B. 28 Oktober 1985
 - C. 28 Desember 1986
 - D. 28 Januari 1987
- 9) BKKBN sebagai lembaga Non Departemen di tetapkan melalui Keputusan
- A. Presiden
 - B. No 38 tahun 1978
 - C. No 36 tahun 1978
 - D. No 35 tahun 1978
 - E. No 34 tahun 1978
- 10) Kepala BKKBN pada masa cabinet pembangunan IV adalah
- A. dr Suwarjono Suryaningrat
 - B. Prof. Dr. Haryono Suyono
 - C. dr Endang Rahayu
 - D. dr Abdul Muluk

Topik 3

Konsep Keluarga Berencana

A. BEBERAPA KONSEP TENTANG KELUARGA BERENCANA (KB)

KB adalah merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan jalan memberikan nasehat perkawinan, pengobatan kemandulan dan penjarangan kelahiran (Depkes RI, 1999; 1). KB merupakan tindakan membantu individu atau pasangan suami istri untuk menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran (Hartanto, 2004; 27). KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran (Stright, 2004; 78). Tujuan Keluarga Berencana meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak serta mewujudkan keluarga kecil yang bahagia dan sejahtera melalui pengendalian kelahiran dan pengendalian pertumbuhan penduduk Indonesia. Di samping itu KB diharapkan dapat menghasilkan penduduk yang berkualitas, sumber daya manusia yang bermutu dan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Sasaran dari program KB, meliputi sasaran langsung, yaitu pasangan usia subur yang bertujuan untuk menurunkan tingkat kelahiran dengan cara penggunaan kontrasepsi secara berkelanjutan, dan sasaran tidak langsung yang terdiri dari pelaksana dan pengelola KB, dengan cara menurunkan tingkat kelahiran melalui pendekatan kebijaksanaan kependudukan terpadu dalam rangka mencapai keluarga yang berkualitas, keluarga sejahtera (Handayani, 2010; 29).

B. RUANG LINGKUP PROGRAM KB

Menurut Handayani (2010:29), ruang lingkup program KB, meliputi:

1. Komunikasi informasi dan edukasi
2. Konseling
3. Pelayanan infertilitas
4. Pendidikan seks
5. Konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan
6. Konsultasi genetik

C. MANFAAT USAHA KB DIPANDANG DARI SEGI KESEHATAN

Peningkatan dan perluasan pelayanan KB merupakan salah satu usaha untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian ibu yang semakin tinggi akibat kehamilan yang dialami wanita.

D. AKSEPTOR KELUARGA BERENCANA

Akseptor KB adalah proses yang disadari oleh pasangan untuk memutuskan jumlah dan jarak anak serta waktu kelahiran (Barbara R.Stright, 2004;78). Adapun jenis - jenis akseptor KB, yaitu:

1. Akseptor Aktif

Akseptor aktif adalah kseptor yang ada pada saat ini menggunakan salah satu cara / alat kontrasepsi untuk menjarangkan kehamilan atau mengakhiri kesuburan.

2. Akseptor aktif kembali

Akseptor aktif kembali adalah pasangan usia subur yang telah menggunakan kontrasepsi selama 3 (tiga) bulan atau lebih yang tidak diselingi suatu kehamilan, dan kembali menggunakan cara alat kontrasepsi baik dengan cara yang sama maupun berganti cara setelah berhenti / istirahat kurang lebih 3 (tiga) bulan berturut-turut dan bukan karena hamil.

3. Akseptor KB Baru

Akseptor KB baru adalah akseptor yang baru pertama kali menggunakan alat / obat kontrasepsi atau pasangan usia subur yang kembali menggunakan alat kontrasepsi setelah melahirkan atau abortus.

4. Akseptor KB dini

Akseptor KB dini merupakan para ibu yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus.

5. Akseptor KB langsung

Akseptor KB langsung merupakan para istri yang memakai salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 40 hari setelah melahirkan atau abortus.

6. Akseptor KB *dropout*

Akseptor KB *dropout* adalah akseptor yang menghentikan pemakaian kontrasepsi lebih dari 3 bulan (BKKBN, 2007).

E. PASANGAN USIA SUBUR

Pasangan usia subur yaitu pasangan suami istri yang istrinya berumur 25 - 35 tahun atau pasangan suami istri yang istrinya berumur kurang dari 15 tahun dan sudah haid atau istri berumur lebih dari 50 tahun tetapi masih haid (datang bulan) (BKKBN, 2007;66).

F. KONTRASEPSI

Istilah kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra berarti “melawan” atau “mencegah”, sedangkan konsepsi adalah pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang mengakibatkan kehamilan. Maksud dari konsepsi adalah menghindari / mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya pertemuan antara sel telur dengan sel sperma. Untuk itu, berdasarkan maksud dan tujuan kontrasepsi, maka yang membutuhkan kontrasepsi adalah pasangan yang aktif melakukan hubungan seks dan kedua

- duanya memiliki kesuburan normal namun tidak menghendaki kehamilan (Depkes, 1999). Kontrasepsi adalah usaha - usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, usaha itu dapat bersifat sementara dapat bersifat permanen (Prawirohardjo, 2008; 534).

Adapun akseptor KB menurut sarasannya, meliputi:

1. Fase Menunda Kehamilan

Masa menunda kehamilan pertama sebaiknya dilakukan oleh pasangan yang istrinya belum mencapai usia 20 tahun. Karena usia di bawah 20 tahun adalah usia yang sebaiknya menunda untuk mempunyai anak dengan berbagai alasan. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu kontrasepsi dengan pulihnya kesuburan yang tinggi, artinya kembalinya kesuburan dapat terjamin 100%. Hal ini penting karena pada masa ini pasangan belum mempunyai anak, serta efektifitas yang tinggi. Kontrasepsi yang cocok dan yang disarankan adalah pil KB, AKDR.

2. Fase Mengatur/Menjarangkan Kehamilan

Periode usia istri antara 20 - 30 tahun merupakan periode usia paling baik untuk melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2 - 4 tahun. Kriteria kontrasepsi yang diperlukan yaitu efektifitas tinggi, reversibilitas tinggi karena pasangan masih mengharapkan punya anak lagi. Kontrasepsi dapat dipakai 3-4 tahun sesuai jarak kelahiran yang direncanakan.

3. Fase Mengakhiri Kesuburan

Sebaiknya keluarga setelah mempunyai 2 anak dan umur istri lebih dari 30 tahun tidak hamil. Kondisi keluarga seperti ini dapat menggunakan kontrasepsi yang mempunyai efektifitas tinggi, karena jika terjadi kegagalan hal ini dapat menyebabkan terjadinya kehamilan dengan resiko tinggi bagi ibu dan anak. Di samping itu jika pasangan akseptor tidak mengharapkan untuk mempunyai anak lagi, kontrasepsi yang cocok dan disarankan adalah metode kontak, AKDR, implan, suntik KB dan pil KB (Pinem, 2009).

Adapun syarat - syarat kontrasepsi, yaitu:

- a. aman pemakaiannya dan dapat dipercaya.
- b. efek samping yang merugikan tidak ada.
- c. kerjanya dapat diatur menurut keinginan.
- d. tidak mengganggu hubungan persetubuhan.

- e. tidak memerlukan bantuan medik atau kontrol ketat selama pemakaian.
- f. cara penggunaannya sederhana
- g. harganya murah supaya dapat dijangkau oleh masyarakat luas.
- h. dapat diterima oleh pasangan suami istri.

G. MUTU PELAYANAN KB

Akses terhadap pelayanan Keluarga Berencana yang bermutu merupakan suatu unsur penting dalam upaya mencapai pelayanan Kesehatan Reproduksi sebagaimana tercantum dalam program aksi dari *International Conference on Population and Development*, Kairo 1994. Secara khusus dalam hal ini termasuk hak setiap orang untuk memperoleh informasi dan akses terhadap berbagai metode kontrasepsi yang aman, efektif, terjangkau, dan akseptabel. Sementara itu, peran dan tanggung jawab pria dalam Keluarga Berencana perlu ditingkatkan, agar dapat mendukung kontrasepsi oleh istrinya, meningkatkan komunikasi di antara suami istri, meningkatkan penggunaan metode kontrasepsi pria, meningkatkan upaya pencegahan IMS, dan lain-lain. Pelayanan Keluarga Berencana yang bermutu meliputi hal-hal antara lain:

1. Pelayanan perlu disesuaikan dengan kebutuhan klien
2. Klien harus dilayani secara profesional dan memenuhi standar pelayanan
3. Kerahasiaan dan privasi perlu dipertahankan
4. Upayakan agar klien tidak menunggu terlalu lama untuk dilayani
5. Petugas harus memberi informasi tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia
6. Petugas harus menjelaskan kepada klien tentang kemampuan fasilitas kesehatan dalam melayani berbagai pilihan kontrasepsi
7. Fasilitas pelayanan harus memenuhi persyaratan yang ditentukan
8. Fasilitas pelayanan tersedia pada waktu yang ditentukan dan nyaman bagi klien
9. Bahan dan alat kontrasepsi tersedia dalam jumlah yang cukup
10. Terdapat mekanisme supervisi yang dinamis dalam rangka membantu menyelesaikan masalah yang mungkin timbul dalam pelayanan.
11. Ada mekanisme umpan balik yang relatif dari klien

Dalam upaya meningkatkan keberhasilan program Keluarga Berencana diperlukan petugas terlatih yang:

1. Mampu memberikan informasi kepada klien dengan sabar, penuh pengertian, dan peka
2. Mempunyai pengetahuan, sikap positif, dan ketrampilan teknis untuk memberi pelayanan dalam bidang kesehatan reproduksi
3. Memenuhi standar pelayanan yang sudah ditentukan
4. Mempunyai kemampuan mengenal masalah
5. Mempunyai kemampuan mengambil langkah-langkah yang tepat dalam mengatasi masalah tersebut, termasuk kapan dan kemana merujuk jika diperlukan

6. Mempunyai kemampuan penilaian klinis yang baik
7. Mempunyai kemampuan memberi saran-saran untuk perbaikan program
8. Mempunyai pemantauan dan supervisi berkala
9. Pelayanan program Keluarga Berencana yang bermutu membutuhkan:
10. Pelatihan staf dalam bidang konseling, pemberian informasi dan ketrampilan teknis
11. Informasi yang lengkap dan akurat untuk klien agar mereka dapat memilih sendiri metode kontrasepsi yang akan digunakan
12. Suasana lingkungan kerja di fasilitas kesehatan berpengaruh terhadap kemampuan petugas dalam memberikan pelayanan yang bermutu, khususnya dalam kemampuan teknis dan interaksi interpersonal antara petugas dan klien
13. Petugas dan klien mempunyai visi yang sama tentang pelayanan yang bermutu Tabel

Peran Petugas dalam pelayanan Keluarga Berencana

Metode KB	Petugas			
	Dokter	Bidan	Perawat	PLK B
Pil Kombinasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pil Progestin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suntikan Progestin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	K
Suntikan Kombinasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	K
Implan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	K
Tubektomi	<input type="checkbox"/>	K	K	K
Vasektomi	<input type="checkbox"/>	K	K	K
Kondom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AKDR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	K
Kalender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metode Amenorea Laktasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstinensi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Keterangan: K: hanya konseling dan merujuk

: Memberi pelayanan

Peran fasilitas kesehatan dalam pelayanan Keluarga Berencana

Metode KB	Petugas			
	RS	Puskesmas TT	Puskesmas	Posyandu
Pil Kombinasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pil Progestin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K
Suntikan Progestin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suntikan Kombinasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Implan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K
Tubektomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K	K
Vasektomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K
Kondom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AKDR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K
Kalender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metode Amenorea Laktasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstinensi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Keterangan: K: hanya konseling dan merujuk

: Memberi pelayanan

H. SISTEM RUJUKAN

Sistem rujukan bertujuan untuk meningkatkan mutu, cakupan, dan efisiensi pelaksanaan pelayanan metode kontrasepsi secara terpadu. Perhatian khusus terutama ditujukan untuk menunjang upaya penurunan angka kejadian efek samping, komplikasi dan kegagalan penggunaan kontrasepsi. Sistem rujukan upaya kesehatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas masalah yang timbul, baik secara vertikal maupun secara horizontal kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau dan rasional. Dengan pengertian tersebut, maka merujuk berarti meminta pertolongan secara timbal balik kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten untuk penanggulangan masalah yang sedang dihadapi. Tatalaksana dalam melakukan rujukan medik, yaitu:

1. Internal antar petugas di satu Puskesmas
2. Antara Puskesmas Pembantu dan Puskesmas
3. Antara masyarakat dan Puskesmas
4. Antara satu Puskesmas dan Puskesmas yang lain
5. Antara Puskesmas dan rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatanlainnya
6. Internal antara bagian/unit pelayanan di dalam satu rumah sakit
7. Antara rumah sakit, laboratorium, atau fasilitas pelayanan lain dan rumah sakit,laboratorium atau fasilitas pelayanan yang lain

Rangkaian jaringan fasilitas pelayanan kesehatan dalam setiap rujukan tersebut berjenjang dari yang paling sederhana di tingkat keluarga sampai satuan fasilitas pelayanan kesehatan nasional dengan dasar pemikiran rujukan ditujukan secara timbal balik ke satuan fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, dan rasional; serta tanpa dibatasi oleh wilayah administrasi.

Jaringan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Jenjang (Hirarki)	Komponen/ Unsur Pelayanan Kesehatan
Tingkat rumah tangga	Pelayanan kesehatan oleh individu atau oleh keluarganya sendiri
Tingkat masyarakat	Kegiatan swadaya masyarakat dalam menolong mereka sendiri oleh Kelompok Paguyuban, PKK, Saka Bhakti Husada, Anggota RW, RT, dan masyarakat (Posyandu)
Fasilitas pelayanan kesehatan profesional tingkat pertama	Puskesmas, Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling, Praktik Dokterk Swasta, Bidan, Poliklinik Swasta, dll
Fasilitas pelayanan kesehatan profesional tingkat kedua	Rumah Sakit Kabupaten, Rumah Sakit Swasta, Laboratorium Klinik Swasta, dll
Fasilitas pelayanan kesehatan profesional tingkat ketiga	Rumah Sakit Kelas B dan A serta Lembaga Spesialistik Swasta, Laboratorium Kesehatan Daerah dan Laboratorium Klinik Swasta

Rujukan bukan berarti melepaskan tanggung jawab dengan menyerahkan klien ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, akan tetapi karena kondisi klien yang mengharuskan pemberian pelayanan yang lebih kompeten dan bermutu melalui upaya rujukan. Untuk itu dalam melaksanakan rujukan harus pula diberikan:

1. Konseling tentang kondisi klien yang menyebabkan perlu dirujuk
2. Konseling tentang kondisi yang diharapkan diperoleh di tempat rujukan
3. Informasi tentang fasilitas pelayanan kesehatan tempat rujukan dituju
4. Pengantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang dituju mengenai kondisi klien saat ini dan riwayat sebelumnya serta upaya/ tindakan yang telah diberikan
5. Bila perlu, berikan upaya mempertahankan keadaan umum klien
6. Bila perlu, karena kondisi klien, dalam perjalanan menuju tempat rujukan harus didampingi perawat/ bidan
7. Menghubungi fasilitas pelayanan tempat rujukan dituju agar memungkinkan segera menerima rujukan klien

Fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima rujukan, setelah memberikan upaya penanggulangan dan kondisi klien telah memungkinkan, harus segera mengembalikan klien ke tempat fasilitas pelayanan asalnya terlebih dahulu memberikan:

1. Konseling tentang kondisi klien sebelum dan sesudah diberi upaya penanggulangan
2. Nasihat yang perlu diperhatikan klien mengenai kelanjutan penggunaan kontrasepsi
3. Pengantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang merujuk mengenai kondisi klien berikut upaya penanggulangan yang telah diberikan serta saran-saran upaya pelayanan kesehatan lanjutan yang harus dilaksanakan, terutama tentang penggunaan kontrasepsi.

Latihan

Coba anda perhatikan kegiatan pelayanan Keluarga Berencana yang dilakukan di lingkungan anda. Kemudian anda identifikasi peran bidan dan petugas kesehatan lain dalam memberikan pelayanan Keluarga Berencana.

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab latihan tersebut anda perlu mengingat kembali mengenai mutu dan sistem rujukan pelayanan keluarga berencana.

Ringkasan

KB adalah merupakan salah satu usaha untuk mencapai kesejahteraan dengan menghindari kelahiran yang tidak diinginkan, mendapatkan kelahiran yang memang diinginkan, mengatur interval diantara kelahiran. KB bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan ibu dan anak, serta terciptanya penduduk yang berkualitas. Adapun sasaran dari program KB, yaitu: sasaran langsung dan tidak langsung. Ruang lingkup program KB, meliputi: komunikasi informasi dan edukasi konseling, pelayanan infertilitas, pendidikan seks, konsultasi pra perkawinan dan konsultasi perkawinan. serta konsultasi genetik. Adapun jenis-jenis akseptor KB, yaitu: akseptor aktif, aktif kembali, KB baru, KB dini, KB langsung, dan KB *dropout*. Adapun akseptor KB menurut sasarnya, meliputi: fase menunda kehamilan, fase mengatur/ menjarangkan kehamilan, dan fase mengakhiri kesuburan.

Kontrasepsi adalah usaha untuk mencegah terjadinya kehamilan, yang bersifat sementara atau permanen. Adapun syarat-syarat kontrasepsi, yaitu: aman pemakaiannya, efek samping tidak merugikan, kerjanya dapat diatur, tidak mengganggu hubungan persetubuhan, tidak memerlukan bantuan medik, cara penggunaannya sederhana, harga dapat dijangkau, dan dapat diterima oleh pasangan suami istri. Pelayanan Keluarga Berencana yang bermutu meliputi: pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan klien, klien dilayani secara profesional dan memenuhi standar pelayanan, petugas harus memberi informasi tentang pilihan kontrasepsi yang tersedia, fasilitas pelayanan tersedia, bahan dan alat kontrasepsi tersedia dalam jumlah yang cukup, terdapat mekanisme supervisi yang dinamis, dan terdapat mekanisme umpan balik.

Dalam upaya meningkatkan keberhasilan program Keluarga Berencana diperlukan petugas terlatih yang mampu memberikan informasi kepada klien, mempunyai pengetahuan, sikap positif, dan ketrampilan teknis untuk memberi pelayanan, memenuhi standar pelayanan, mempunyai kemampuan mengenal masalah, mengambil langkah- langkah yang tepat, penilaian klinis yang baik, memberi saran, dan supervisi berkala. Pelayanan program keluarga berencana yang bermutu membutuhkan pelatihan staf, informasi yang lengkap dan akurat, suasana lingkungan kerja yang kondusif, dan mempunyai visi yang sama tentang pelayanan yang bermutu.

Sistem rujukan bertujuan untuk meningkatkan mutu, cakupan, dan efisiensi pelaksanaan pelayanan metode kontrasepsi secara terpadu. Perhatian khusus terutama ditujukan untuk menunjang upaya penurunan angka kejadian efek samping, komplikasi dan kegagalan penggunaan kontrasepsi. Rangkaian jaringan fasilitas pelayanan kesehatan dalam setiap rujukan berjenjang dari yang paling sederhana sampai ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih kompeten, terjangkau, dan rasional; serta tanpa dibatasi oleh wilayah administrasi. Tatalaksana dalam melaksanakan rujukan, yaitu: konseling tentang kondisi klien yang menyebabkan perlu dirujuk, kondisi yang diharapkan diperoleh di tempat rujukan, fasilitas pelayanan kesehatan tempat rujukan dituju, pengantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang dituju dan menghubungi fasilitas pelayanan tempat rujukan dituju agar memungkinkan segera menerima rujukan klien.

Tes 3

Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Ruang lingkup program KB, meliputi
 - A. Edukasi kesehatan reproduksi, pelayanan infertilitas, pendidikan seks, konsultasi pra perkawinan, konsultasi perkawinan serta konsultasi genetik.
 - B. Edukasi konseling seks bebas, pelayanan infertilitas, pendidikan seks, konsultasi pra perkawinan, konsultasi perkawinan serta konsultasi pemakaian narkoba
 - C. Edukasi kesehatan reproduksi, pelayanan infertilitas, pendidikan seks, konsultasi pra perkawinan, konsultasi perkawinan serta konsultasi gizi
 - D. Edukasi konseling seks bebas, pelayanan infertilitas, pendidikan seks, konsultasi pemakaian narkoba, konsultasi gizi serta konsultasi genetik

- 2) Seorang perempuan usia 26 tahun telah melahirkan anak pertama 2 tahun yang lalu, pasangan masih mengharapkan punya anak lagi. Akseptor KB ini termasuk dalam
 - A. Fase menunda kehamilan
 - B. Fase mengatur/ menjarangkan kehamilan
 - C. Fase mengakhiri kesuburan
 - D. Fase meningkatkan kesuburan

- 3) Pelayanan Keluarga Berencana yang bermutu, meliputi
- A. Pelayanan diberikan secara profesional dan memenuhi standar pelayanan, petugas tidak dapat memberikan informasi pilihan kontrasepsi, terdapat mekanisme supervisi yang statis, bahan dan alat kontrasepsi tersedia dalam jumlah yang cukup.
 - B. Pelayanan sesuai kebutuhan klien, tidak memenuhi standar pelayanan, petugas dapat memberikan informasi pilihan kontrasepsi, fasilitas pelayanan tersedia, bahan dan alat kontrasepsi tersedia dalam jumlah yang cukup.
 - C. Pelayanan diberikan secara profesional dan memenuhi standar pelayanan, petugas dapat memberikan informasi pilihan kontrasepsi, fasilitas pelayanan tersedia, alat kontrasepsi tidak tersedia, terdapat mekanisme supervisi yang dinamis.
 - D. Pelayanan sesuai kebutuhan klien, memenuhi standar pelayanan, petugas dapat memberikan informasi pilihan kontrasepsi, fasilitas pelayanan tersedia, bahan dan alat kontrasepsi tersedia dalam jumlah yang cukup.
- 4) Hal yang mendasar dalam tatalaksana untuk rujukan terkait penggunaan kontrasepsi, yaitu
- A. Konseling tentang kondisi klien yang menyebabkan perlu dirujuk dan kondisi yang diharapkan di tempat rujukan
 - B. Konseling tentang rencana pengobatan yang akan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan tempat rujukan
 - C. Pengantar tertulis kepada fasilitas pelayanan rujukan
 - D. Konseling tentang fasilitas pelayanan kesehatan tempat rujukan
- 5) Syarat fase mengakhiri kesuburan adalah
- A. Jumlah 2 anak dan umur istri > 30 tahun
 - B. Jumlah 2 anak dan umur suami > 30 tahun
 - C. Jumlah 2 anak dan umur istri 20-30 tahun
 - D. Jumlah 2 anak umur istri 40 tahun
- 6) Syarat-syarat kontrasepsi antara lain
- A. Memerlukan bantuan medik
 - B. Cara penggunaannya komplek
 - C. Tidak mengganggu hubungan seksual
 - D. Kerjanya tidak dapat diatur menurut keinginan
- 7) Akseptor yang menerima salah satu cara kontrasepsi dalam waktu 2 minggu setelah melahirkan atau abortus disebut akseptor
- A. dini
 - B. langsung

- C. aktif
 - D. dropout
- 8) Seorang perempuan datang ke BPM ingin KB MOW. Apa peran bidan dalam pelayanan tersebut?
- A. Nasehat dan motivasi
 - B. Motivasi dan merujuk
 - C. Nasehat dan merujuk
 - D. Konseling dan merujuk
- 9) Merujuk antara Masyarakat dan Puskesmas merupakan jenis rujukan
- A. Lintas program
 - B. Lintas sektoral
 - C. Horizontal
 - D. Vertikal
- 10) Sebelum melaksanakn rujukan pemberi pelayanan harus
- A. Harus didampingi tokoh masyarakat
 - B. Konseling tentang kondisi klien
 - C. Informasi tentang kendaraan
 - D. Kondisi harus stabil

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B
- 2) C
- 3) A
- 4) C
- 5) A
- 6) B
- 7) C
- 8) B
- 9) C
- 10) A

Tes 2

- 1) B
- 2) B
- 3) A
- 4) D
- 5) B
- 6) C
- 7) B
- 8) D
- 9) A
- 10) B

Tes 3

- 1) A
- 2) B
- 3) D
- 4) A
- 5) A
- 6) C
- 7) A
- 8) D
- 9) C
- 10) B

Daftar Pustaka

- Asan, A. Hak reproduksi sebagai etika global dan implementasinya dalam pelayanan KB diNTT. BKKBN. (2007).
- Everett S. Kontrasepsi dan Kesehatan Seksual Reproduksi EGC. Jakarta. (2012).
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, “Kesehatan Reproduksi di Indonesia”, Dirjen Pembinaan Kesehatan Masyarakat. Jakarta. (1996).
- Kartono. Kontradiksi Dalam Kesehatan Reproduksi. Pustaka Sinar Harapan. Jakarta. (1998).
- Manuaba. Memahami Kesehatan Reproduksi Wanita. EGC. Jakarta (1998).
- Pinem. Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi. Trans Info Media. Jakarta. (2009). Purwieningru,
- E. *Gender dalam Kesehatan Reproduksi*. www.bkkbn.go.id. Jakarta. (2008) Sebagariang, dkk.
- Kesehatan Reproduksi Wanita. Trans Info Media. Jakarta. (2010) Surya, Adi. *Kesehatan reproduksi dalam prespektif gender*. www.google.com. (2011).

BAB V KONSEP KONSELING

*Sri Rahayu, S.Kep, Ns, M.KesIda
Priyatni, S.Pd. M.Kes*

PENDAHULUAN

Di dalam kehidupan sehari-hari kita sering mendengar istilah Konseling dan bahkan mungkin kita sudah berhubungan dengan kegiatan tersebut. Akan tetapi sudahkah Saudara mengetahui apa yang dimaksud dengan hal tersebut? Bab 5 ini akan membahas mengenai apa itu konseling dan bagaimana melakukannya. Pada bahan ajar ini akan dibagi dalam tiga topik dengan cakupan materi sebagai berikut: Topik 1 membahas tentang konsep konseling; Topik 2 membahas langkah-langkah konseling; dan Topik 3 menjelaskan tentang melakukan pemilihan dan persetujuan tindakan medis.

Bahan ajar ini akan membantu Saudara untuk memahami tentang Konsep Konseling. Setelah mempelajari modul ini diharapkan dapat menjelaskan tentang konseling. Untuk dapat memahami materi ini dengan baik, serta mencapai kompetensi yang diharapkan, Saudara dapat melakukan strategi belajar berikut ini:

1. Bacalah materi ini dengan seksama, sehingga Saudara memahami isi modul ini
2. Kerjakan tes formatif seoptimal mungkin dan gunakan rambu-rambu jawaban untuk membuat penilaian apakah jawaban Anda sudah memadai.

Tujuan mempelajari Bab 5 ini Saudara diharapkan mampu menjelaskan tentang konsep konseling, langkah-langkah konseling, dan juga menjelaskan tentang *informed choice* dan *informed consent*.

Topik 1 Konsep Konseling

A. KONSEP DASAR KONSELING

Konsep konseling meliputi pengertian konseling, tujuan konseling KB, manfaat konseling, prinsip konseling KB, hak pasien, konseling KB dan komunikasi interpersonal, peran konselor KB, jenis konseling, serta dimana dan siapa saja yang harus memberikan konseling.

1. Pengertian Konseling

Menurut Depkes (2002), konseling adalah proses komunikasi antara seseorang (konselor) dengan orang lain (pasien), dimana konselor sengaja membantu klien dengan menyediakan waktu, keahlian, pengetahuan dan informasi tentang akses pada sumber- sumber lain. Konselor membantu klien membuat keputusan atas masalah yang ada, proses ini dilaksanakan secara terus menerus.

Konseling merupakan komunikasi yang mampu menghasilkan perubahan sikap (*attitude change*) pada orang yang terlihat dalam komunikasi. Tujuan komunikasi efektif adalah memberi kemudahan dalam memahami pesan yang disampaikan antara pemberi dan penerima, sehingga bahasa lebih jelas, lengkap, pengiriman dan umpan balik seimbang, dan melatih penggunaan bahasa nonverbal secara baik.

Konseling merupakan unsur yang penting dalam pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi karena melalui konseling klien dapat memilih dan memutuskan jenis kontrasepsi yang akan digunakan sesuai dengan pilihannya serta meningkatkan keberhasilan KB. Konseling adalah proses yang berjalan dan menyatu dengan semua aspek pelayanan keluarga berencana dan bukan hanya informasi yang diberikan pada satu kesempatan yakni pada saat pemberian pelayanan. Teknik konseling yang baik dan informasi yang memadai harus diterapkan dan dibicarakan secara interaktif sepanjang kunjungan klien dengan cara yang sesuai dengan budaya yang ada.

2. Tujuan Konseling KB

Konseling KB bertujuan membantu klien dalam hal:

- a. Menyampaikan informasi dari pilihan pola reproduksi.
- b. Memilih metode KB yang diyakini.
- c. Menggunakan metode KB yang dipilih secara aman dan efektif.
- d. Memulai dan melanjutkan KB.
- e. Mempelajari tujuan, ketidakjelasan informasi tentang metode KB yang tersedia.
- f. Memecahkan masalah, meningkatkan keefektifan individu dalam pengambilan keputusan secara tepat

- g.* Membantu pemenuhan kebutuhan klien meliputi menghilangkan perasaan yang menekan/mengganggu dan mencapai kesehatan mental yang positif
- h.* Mengubah sikap dan tingkah laku yang negatif menjadi positif dan yang merugikan klien menjadi menguntungkan klien.
- i.* Meningkatkan penerimaan
- j.* Menjamin pilihan yang cocok
- k.* Menjamin penggunaan cara yang efektif
- l.* Menjamin kelangsungan yang lama.

3. Manfaat Konseling

Konseling KB yang diberikan pada klien memberikan keuntungan kepada pelaksana kesehatan maupun penerima layanan KB. Adapun keuntungannya adalah:

- a.* Klien dapat memilih metode kontrasepsi yang sesuai dengan kebutuhannya.
- b.* Puas terhadap pilihannya dan mengurangi keluhan atau penyesalan.
- c.* Cara dan lama penggunaan yang sesuai serta efektif.
- d.* Membangun rasa saling percaya.
- e.* Menghormati hak klien dan petugas.
- f.* Menambah dukungan terhadap pelayanan KB.
- g.* Menghilangkan rumor dan konsep yang salah.

4. Prinsip Konseling KB

Prinsip konseling KB meliputi: percaya diri, Tidak memaksa, Informed consent (ada persetujuan dari klien); Hak klien, dan Kewenangan. Kemampuan menolong orang lain digambarkan dalam sejumlah keterampilan yang digunakan seseorang sesuai dengan profesinya yang meliputi (HOPSAN, 1978):

- a.* Pengajaran
- b.* Nasehat dan bimbingan
- c.* Pengambilan tindakan langsung
- d.* Pengelolaan
- e.* Konseling.

5. Hak Klien

Dalam memberikan pelayanan kebidanan bidan harus memahami benar hak calon akseptor KB. Hak-hak akseptor KB adalah sebagai berikut:

- a.* Terjaga harga diri dan martabatnya.
- b.* Dilayani secara pribadi (privasi) dan terpeliharanya kerahasiaan.
- c.* Memperoleh informasi tentang kondisi dan tindakan yang akan dilaksanakan.
- d.* Mendapat kenyamanan dan pelayanan terbaik.
- e.* Menerima atau menolak pelayanan atau tindakan yang akan dilakukan.
- f.* Kebebasan dalam memilih metode yang akan digunakan.

6. Peran Konselor KB

Proses konseling dalam praktik pelayanan kebidanan terutama pada pelayanan keluarga berencana, tidak terlepas dari peran konselor. Tugas seorang konselor adalah sebagai berikut:

- a. Sahabat, pembimbing dan memberdayakan klien untuk membuat pilihan yang paling sesuai dengan kebutuhannya.
- b. Memberi informasi yang obyektif, lengkap, jujur dan akurat tentang berbagai metode kontrasepsi yang tersedia.
- c. Membangun rasa saling percaya, termasuk dalam proses pembuatan Persetujuan Tindakan Medik.

7. Jenis Konseling

Jenis konseling terbagi menjadi tiga, yaitu:

a. *Konseling Umum*

Konseling umum dapat dilakukan oleh petugas lapangan keluarga berencana atau PLKB. Konseling umum meliputi penjelasan umum dari berbagai metode kontrasepsi untuk mengenalkan kaitan antara kontrasepsi, tujuan dan fungsi reproduksi keluarga.

b. *Konseling Spesifik*

Konseling spesifik dapat dilakukan oleh dokter / bidan / konselor. Konseling spesifik berisi penjelasan spesifik tentang metode yang diinginkan, alternatif, keuntungan- keterbatasan, akses, dan fasilitas layanan.

c. *Konseling Pra dan Pasca Tindakan*

Konseling pra dan pasca tindakan dapat dilakukan oleh operator atau konselor atau dokter atau bidan. Konseling ini meliputi penjelasan spesifik tentang prosedur yang akan dilaksanakan (pra, selama dan pasca) serta penjelasan lisan atau instruksi tertulis asuhan mandiri.

8. Pemberi dan Tempat Melakukan Konseling

Kenyataan yang ada dilapangan adalah tidak semua sarana kesehatan dapat dijangkau oleh klien. Oleh karena itu tempat pelayanan konseling untuk melayani masyarakat yang membutuhkannya dapat dilakukan pada 2 (dua) jenis tempat pelayanan konseling, yaitu:

a. *Konseling KB di lapangan (non klinik)*

Konseling ini dilaksanakan oleh para petugas dilapangan yaitu PPLKB, PLKB, PKB, PPKBD, SU PPKBD, dan kader yang sudah dapat pelatihan konseling dan berstandar. Tugas utama dipusatkan pada pemberian informasi KB, baik dalam kelompok kecil maupun secara perorangan. Adapun informasi yang dapat diberikan mencakup:

- 1) Pengertian manfaat perencanaan keluarga.
- 2) Proses terjadinya kehamilan/ reproduksi sehat.

- 3) Informasi berbagai kontrasepsi yang lengkap dan benar meliputi cara kerja, manfaat, kemungkinan efek samping, komplikasi, kegagalan, kontraindikasi, tempat kontrasepsi bisa diperoleh, rujukan, serta biaya.

b. Konseling KB di klinik

Konseling ini dilaksanakan oleh petugas medis dan para medis terlatih diklinik yaitu dokter, bidan, perawat, serta bidan di desa. Pelayanan konseling di klinik dilakukan agar diberikan secara perorangan diruangan khusus. Layanan konseling di klinik dilakukan untuk melengkapi dan sebagai pemantapan hasil konseling dilapangan, sebagai berikut :

- 1) Memberikan informasi KB yang lebih rinci sesuai dengan kebutuhan klien.
- 2) Memastikan bahwa kontasepsi pilihan klien telah sesuai dengan kondisi kesehatannya.
- 3) Membantu klien memilih kontrasepsi lain, seandainya yang dipilih ternyata sesuai dengan kondisi kesehatannya.
- 4) Merujuk klien seandainya kontrsepsi yang dipilih tidak tersedia diklinik atau jika klien membutuhkan bantuan medis dari ahli seandainya pemeriksaan ditemui masalah kesehatan lain.
- 5) Memberikan konseling pada kunjungan ulang untuk memastikan bahwa klien tidak mengalami keluhan dalam penggunaan kontrasepsi pilihannya

9. Komunikasi Interpersonal

Komunikasi interpersonal dalam pelayanan kesehatan menggunakan:

a. Motivasi

Motivasi pada pasien KB meliputi:

- 1) Berfokus untuk mewujudkan permintaan, bukan pada kebutuhan individu klien.
- 2) Menggunakan komunikasi satu arah.
- 3) Menggunakan komunikasi individu, kelompok atau massa.

b. Pendidikan KB

Pelayanan KB yang diberikan pada pasien mengandung unsur pendidikan sebagaiberikut:

- 1) Menyediakan seluruh informasi metode yang tersedia.
- 2) Menyediakan informasi terkini dan isu.
- 3) Menggunakan komunikasi satu arah atau dua arah.
- 4) Dapat melalui komunikasi individu, kelompok atau massa.
- 5) Menghilangkan rumor dan konsep yang salah.

c. Konseling KB

Konseling KB antara lain:

- 1) Mendorong klien untuk mengajukan pertanyaan.
- 2) Menjadi pendengar aktif; Menjamin klien penuh informasi.
- 3) Membantu klien membuat pilihan sendiri.

Latihan

Coba anda lakukan pengamatan terhadap kolega anda dalam memberikan pelayanan Keluarga Berencana pada Akseptor baru. Catat hasil pengamatan anda dalam lembar observasi yang berkaitan dengan konseling KB yang diberikan oleh konselor dan reaksi klien atau konseli.

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab latihan tersebut anda perlu membaca secara hati-hati terkait dengan konsep konseling, terutama peran konselor.

Ringkasan

Konseling merupakan proses pertukaran informasi dan interaksi positif antara klien- petugas untuk membantu klien mengenali kebutuhannya, memilih solusi terbaik dan membuat keputusan yang paling sesuai dengan kondisi yang sedang dihadapi. Adapun *prinsip konseling KB* meliputi: percaya diri/ *confidentiality*; tidak memaksa/*voluntary choice*; informed consent; hak klien /*clien't rights* dan kewenangan/*empowerment*.

Jenis konseling KB: *Konseling Umum* (meliputi penjelasan umum dari berbagai metode kontrasepsi untuk mengenalkan kaitan antara kontrasepsi, tujuan dan fungsi reproduksi keluarga yang dilakukan oleh petugas lapangan keluarga berencana atau PLKB). *Konseling Spesifik* (berisi penjelasan spesifik tentang metode yang diinginkan, alternatif, keuntungan- keterbatasan, akses, dan fasilitas layanan yang dilakukan oleh dokter / bidan / konselor). *Konseling Pra dan Pasca Tindakan* (meliputi penjelasan spesifik tentang prosedur yang akan dilaksanakan (pra, selama dan pasca) serta penjelasan lisan / instruksi tertulis asuhan mandiri yang dilakukan oleh operator / konselor / dokter / bidan).

Komunikasi Interpersonal meliputi *Motivasi, Edukasi/Pendidikan dan Konseling*. *Motivasi* berfokus untuk mewujudkan permintaan, bukan pada kebutuhan individu klien. *Edukasi* menyediakan seluruh informasi metode yang tersedia. *Konseling* mendorong klien untuk mengajukan pertanyaan dan membantu klien membuat pilihan sendiri.

Tes 1

Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Proses komunikasi antara seseorang dengan orang lain dengan tujuan membantu klien membuat keputusan
 - A. Komunikasi
 - B. Motivasi
 - C. Konseling
 - D. Nasehat

- 2) Perubahan yang diharapkan dari pernyataan no soal 1 adalah
 - A. Sikap
 - B. Prilaku
 - C. Pengetahuan
 - D. Ketrampilan

- 3) Puas terhadap pilihannya dan mengurangi keluhan atau penyesalan merupakan
 - A. Tujuan Konseling
 - B. Manfaat Konseling
 - C. Kegunaan Konseling
 - D. Proses Konseling

- 4) Konseling yang dapat dilakukan oleh petugas lapangan keluarga berencana atau PLKBadalah
 - A. Konseling Pra Pemasangan
 - B. Konseling Pasca Pemasangan
 - C. Konseling Umum
 - D. Konseling Spesifik

- 5) Salah satu tujuan dari konseling KB adalah
 - A. Membantu klien memilih kontrasepsi suntik
 - B. Membantu klien dalam memulai dan/atau melanjutkan KB
 - C. Membuat klien merasa percaya diri menggunakan KB
 - D. Mencari kelemahan klien

- 6) Berikut ini merupakan beberapa hal yang menjadi hak klien sebagai konseli KB, *kecuali*
 - A. Terjaga harga diri dan martabatnya
 - B. Mendapat kenyamanan dan pelayanan terbaik.
 - C. Menerima atau menolak pelayanan atau tindakan yang akan dilakukan.
 - D. Keterbatasan dalam memilih metode yang akan digunakan.

- 7) Berdasarkan tempat pelayanannya konseling dibedakan menjadi 2. Konseling yang dilaksanakan oleh para petugas dilapangan seperti PPLKB, PLKB, kader dll merupakan jenis konseling:
 - A. Konseling KB di Lapangan (Non Klinik)
 - B. Konseling KB di Klinik
 - C. Konseling KB di Rumah Sakit
 - D. Konseling KB di BPM

- 8) Pelayanan KB yang diberikan pada pasien mengandung unsur pendidikan sebagaiberikut, *kecuali*
- A. Menyediakan informasi terkini dan isu
 - B. Menggunakan komunikasi satu arah atau dua arah.
 - C. Dapat melalui komunikasi individu, kelompok atau massa.
 - D. Menghadirkan rumor dan konsep yang salah.
- 9) Membantu pemenuhan kebutuhan klien meliputi menghilangkan perasaan yang menekan/ mengganggu dan mencapai kesehatan mental yang positif merupakan salah satu
- A. Prinsip Konseling
 - B. Manfaat Konseling
 - C. Tujuan Konseling
 - D. Jenis Konseling
- 10) Edukasi, Motivasi dan Konseling merupakan
- A. Komunikasi Massa
 - B. Komunikasi Interpersonal
 - C. Komunikasi Personal
 - D. Komunikasi Terpeutik

Topik 2
Langkah-Langkah Konseling

Setelah Anda menyelesaikan Topik 1 dan Saudara sudah mampu menguasainya maka sekarang Saudara diperkenankan untuk melanjutkan materi yang terkait dengan langkah- langkah konseling.

ASPEK	MOTIVASI	NASIHAT	KONSELING
Tujuan	Mengharap klien mau mengikuti usul petugas	Mengharapkan klien mengikuti usul petugas	Membantu klien agar dapat menentukan keinginannya (mengambil keputusan)
Informasi yang diberikan	Penekanan pada hal-hal yang baik	Penekanan pada hal hal yang baik atau buruk, sesuai dengan nasihat yang diberikan	Harus memberikan informasi yang lengkap dan benar. Serta objektif dan netral
Arah komunikasi	Lebih banyak satu Arah	Lebih banyak satu Arah	Harus dua arah
Komunikasi verbal dan non verbal	Kurang menerapkan komunikasi verbal dan non verbal	Menerapkan komunikasi verbal dan non verbal	Penerapan komunikasi verbal dan non verbal merupakan suatu hal yang mutlak dilakukan

LANGKAH-LANGKAH KONSELING KELUARGA BERENCANA

Sebelum menerapkan langkah-langkah konseling KB, konselor hendaknya memperhatikan beberapa sikap yang baik selama konseling, sikap ini dikenal sebagai SOLER yaitu:

S	Face your clients squarely (menghadap ke klien) dan Smile/ nod at client (senyum/ mengangguk ke klien)
O	Open and non-judgemental facial expression (ekspresi muka menunjukkan sikap terbuka dan tidak menilai)
L	Lean towards client (tubuh condong ke klien)
E	Eye contact in a culturally-acceptable manner (kontak mata/ tatap mata sesuai cara yang diterima budaya setempat)
R	Relaxed and friendly manner (santai dan sikap bersahabat)

Pada konseling KB terdapat enam langkah konseling yang sudah dikenal dengan kata kunci **SATU TUJU**. Penerapan langkah konseling KB SATU TUJU tersebut tidak perlu dilakukan secara berurutan karena petugas harus menyesuaikan diri dengan kebutuhan klien. beberapa klien membutuhkan lebih banyak perhatian pada langkah yang satu dibanding dengan langkah yang lainnya. Langkah konseling KB SATU TUJU yang dimaksud adalah sebagai berikut:

SA	S Apa dan S Alam kepada klien secara terbuka dan sopan. Berikan perhatian sepenuhnya kepada mereka dan berbicara ditempat yang nyaman serta terjamin privasinya. Yakinkan klien untuk membangun rasa percaya diri. Tanyakan kepada klien apa yang dapat dibantu serta jelaskan pelayanan apa yang dapat diperolehnya.
T	Tanyakan pada klien informasi tentang dirinya. Bantu klien untuk berbicara mengenai pengalaman KB dan kesehatan reproduksi serta yang lainnya. Tanyakan kontrasepsi yang diinginkan oleh klien. Dengan memahami kebutuhan, pengetahuan dan keinginan klien, kita dapat membantunya
U	Uraikan kepada klien mengenai pilihannya dan jelaskan mengenai kontrasepsi yang mungkin diinginkan oleh klien dan jenis kontrasepsi yang ada
TU	Ban TU lah klien menentukan pilihannya. Bantulah klien berfikir mengenai apa yang paling sesuai dengan keadaan kebutuhannya. Dorong klien untuk menunjukkan keinginannya dan mengajukan pertanyaan. Tanggapi secara terbuka dan petugas mempertimbangkan kriteria dan keinginan klienterhadap setiap jenis kontrasepsi. Tanyakan apakah pasangannya akan memberikan dukungan dengan pilihannya tersebut.
J	J elaskan secara lengkap bagaimana menggunakan kontrasepsi pilihannya. Setelah klien memilih jenis kontrasepsinya, jika diperlukan, perlihatkan alat/obat kontrasepsinya. Jelaskan bagaimana alat/obat tersebut digunakan dan cara penggunaannya. Lalu pastikan klien untuk bertanya atau menjawab secara terbuka.
U	Perlunya dilakukan kunjungan U lang. Bicarakan dan buat perjanjian kepada klien untuk kembali lagi melakukan pemeriksaan lanjutan atau permintaan kontrasepsi jika dibutuhkan.

Sedangkan teknik konseling menurut Gallen dan Leitenmaier (1987), lebih dikenal dengan GATHER yaitu

G	reet client sambut klien secara terbuka dan ramah, tanamkan keyakinan penuh, katakana juga bahwa tempat tersebut sangat pribadi. Sehingga hal yang didiskusikan akan menjadi rahasia.
A	sk client about themselves tanyakan klien tentang permasalahannya, pengalamannya dengan alat KB dan kesehatan reproduksinya. Tanyakan pula apakah telah ada metoda yang dipikirkan. Kita menyikapi dan mencoba menempatkan kita pada posisi klien. Dengan begitu akan memudahkan kita memahami apa sebenarnya permasalahan klien. Dengan perkataan lain, klien sebagai subjek sekaligus objek.
T	ell client about choices tanyakan tentang pilihannya, fokuskan perhatian kepada metoda yang dipilih klien. Tetapi ajukan pula metoda lain.
H	elp client make an Informed Choices Bantu membuat pilihan yang tepat, dorong ia mengemukakan pendapatnya dan ajukan beberapa pertanyaan! Apakah metoda KB tersebut memenuhi criteria medik. Juga apakah partner seksualnya mendukung keputusannya. Jika mungkin bicarakan dengan keduanya. Tanyakan metoda apa yang klien putuskan untuk digunakan.
E	xplain fully how to use the choosen method jelaskan cara menggunakan metoda pilihannya, dorong ia berbicara secara terbuka, jawab pula secara terbuka dan lengkap. Berilah kondom kepada klien yang beresiko IMS. Selain menggunakan kondom, apakah juga menggunakan metoda KB lainnya.
R	efer or return visits should be welcomed kunjungan kembali, bicarakan dan sepakatikapan klien kembali untuk follow-up. Dan selalu mempersilakan klien kembali kapan saja.

Konseling keluarga berencana dilakukan dengan menggunakan Alat Bantu Pengambil Keputusan (ABPK). WHO mengembangkan lembar balik yang telah diadaptasi untuk Indonesia oleh STARH untuk memudahkan konseling. ABPK membantu petugas melakukan konseling sesuai standar dengan adanya tanda pengingat mengenai keterampilan konseling yang perlu dilakukan dan informasi apa perlu diberikan yang disesuaikan dengan kebutuhan klien. ABPK mengajak klien bersikap lebih partisipatif dan membantu mengambil keputusan.

Selama konseling dalam hal apapun termasuk mengenai keluarga berencana dapat ditemukan beberapa situasi yang dinilai sulit bagi konselor, seperti berikut:

1. Klien tidak mau berbicara
2. Klien tidak berhenti menangis
3. Petugas konseling meyakini bahwa tidak ada penyelesaian bagi masalah klien
4. Petugas konseling melakukan situasi kesalahan
5. Petugas konseling tidak mengetahui jawaban dari pertanyaan yang diajukan klien
6. Klien menolak bantuan petugas konseling

7. Klien tidak nyaman dengan jenis kelamin (jender)/umur/latar belakang/suku/adat, dsbdari petugas konseling
8. Waktu yang dimiliki petugas konseling terbatas
9. Petugas konseling tidak dapat menciptakan “rapport” (hubungan) yang baik
10. Petugas konseling dan klien sudah saling kenal
11. Klien berbicara terus menerus dan tidak sesuai dengan pokok pembicaraan
12. Klien menanyakan hal-hal yang sangat pribadi kepada petugas konseling
13. Petugas konseling merasa dipermalukan dengan suatu topik pembicaraan
14. Klien terganggu konsentrasinya karena ada orang lain di sekitarnya
15. Petugas konseling belum dikenal oleh klien

Latihan

Coba Anda berlatih untuk melakukan konseling dengan model (probandus) teman sejawat dengan kasus calon akseptor KB suntik yang sebelumnya tidak pernah menjadi peserta KB.

Ringkasan

Langkah Konseling, **GATHER**: Greet client, Ask client about themselves, Tell client about choices, **H**elp client make an Informed Choices, **E**xplain fully how to use the choosen method, **R**efor or return visits should be welcomed. Dalam bahasa Indonesia **SATU TUJU**; Salam, Tanya, Uraikan, Bantu, Jelaskan, Kunjungan Ulang.

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab latihan tersebut anda perlu memperhatikan sikap konselor dan enam langkah (SATU TUJUH) konseling KB.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat !

- 1) Seorang perempuan umur 25 tahun datang ke Bidan mengatakan ingin menjarangkan kehamilan setelah kelahiran anak pertama, tetapi ibu tersebut belum mengerti tentang pilihan KB yang sesuai dengan kondisinya. Bidan memberikan konseling
 - A. Bagaimanakah **arah komunikasi** pada kasus tersebut?
 - B. Satu arah saja
 - C. Lebih dari satu arah
 - D. Harus dua arah
 - E. Tiga arah dengan suami

- 2) Seorang perempuan umur 25 tahun datang ke Bidan mengatakan ingin menjarangkan kehamilan setelah kelahiran anak pertama, tetapi ibu tersebut belum mengerti tentang pilihan KB yang sesuai dengan kondisinya. Bidan memberikan konseling. Apakah tujuan bidan memberikan konseling pada kasus tersebut?
 - A. Klien mengikuti arahan petugas
 - B. Pengambilan keputusan
 - C. Diserahkan pada petugas
 - D. Diserahkan pada pasangan

- 3) Bagaimanakah langkah yang tepat dalam konseling pada kasus tersebut?
 - A. Sikap menilai dan tertutup
 - B. Sikap harus ramah dan tegas
 - C. Tubuh tegak di depan klien
 - D. Berhadapan dengan klien

- 4) Seorang perempuan umur 28 tahun datang ke Bidan meminta bantuan terkait dengan ingin mengakhiri kehamilan, tetapi ibu tersebut belum mengerti tentang pilihan KB yang sesuai dengan kondisinya. Apakah kesulitan yang mungkin dihadapi pada kasus tersebut dalam memberikan?
 - A. Klien menerima bantuan petugas konseling
 - B. Petugas dikenal dekat dengan oleh klien
 - C. Petugas meluangkan waktu cukup banyak
 - D. Klien banyak bicara dan bertanya

- 5) Cara menghindari kesulitan dalam proses konseling, konselor harus memperhatikan langkah SATU TUJU, SATU merupakan uraian dari
 - A. Salam, Tanya, Uraikan
 - B. Salam, Tanya, Bantu
 - C. Salam, Tanya, Jelaskan
 - D. Salam, Tanya, Kunjungan Ulang

Topik 3

Melakukan Pemilihan dan Persetujuan Tindakan Medis

Sri Rahayu, S.Kep.Ners. M.Kes
Ida Prijatni, S.Pd. M.Kes

Setelah Anda menyelesaikan Topik 2 dan sudah mampu menguasainya maka sekarang Saudara diperkenankan untuk melanjutkan materi yang terkait dengan Persetujuan Tindakan Medis.

A. INFORMED CHOICE (HAK PILIH KLIEN TERHADAP KONTRASEPSI YANG SESUAI DENGAN KONDISINYA)

Informed Choice merupakan bentuk persetujuan pilihan tentang: Metode kontrasepsi yang dipilih oleh klien setelah memahami kebutuhan reproduksi yang paling sesuai dengan dirinya atau keluarganya. Pilihan tersebut merupakan hasil bimbingan dan pemberian informasi yang obyektif, akurat dan mudah dimengerti oleh klien. Pilihan yang diambil merupakan yang terbaik dari berbagai alternatif yang tersedia. Klien yang melakukan Informed Choice akan lebih baik dalam menggunakan KB karena:

1. Informed Choice adalah suatu kondisi /calon peserta KB yang memilih kontrasepsi didasari oleh pengetahuan yang cukup setelah mendapat informasi KIP/K.
2. Memberdayakan para klien untuk melakukan Informed Choice adalah kunci yang baik menuju pelayanan KB yang berkualitas.
3. Bagi calon peserta KB baru, Informed Choice merupakan proses memahami kontrasepsi yang akan dipakainya.
4. Bagi peserta KB apabila mengalami gangguan efek samping, komplikasi dan kegagalan tidak terkejut karena sudah mengerti kontrasepsi yang akan dipilihnya.
5. Bagi peserta KB tidak akan terpengaruh oleh rumor yang timbul dikalangan masyarakat.
6. Bagi peserta KB apabila mengalami gangguan efek samping, komplikasi akan cepat berobat ke tempat pelayanan.
7. Bagi peserta KB yang Informed Choice berarti akan terjaga kelangsungan kontrasepsinya.

1. Pengertian Informed Choice

Informed Choice berarti membuat pilihan setelah mendapatkan penjelasan tentang alternatif asuhan yang akan dialaminya, pilihan (choice) harus dibedakan dari persetujuan (concent). Persetujuan penting dari sudut pandang bidan, karena itu berkaitan dengan aspek hukum yang memberikan otoritas untuk semua prosedur yang dilakukan oleh bidan,

sedangkan pilihan (choice) lebih penting dari sudut pandang wanita (pasien) sebagai konsumen penerima jasa asuhan kebidanan.

2. Tujuan Informed Choice

Tujuannya adalah untuk mendorong wanita memilih asuhannya. Peran bidan tidak hanya membuat asuhan dalam manajemen asuhan kebidanan tetapi juga menjamin bahwa hak wanita untuk memilih asuhan dan keinginannya terpenuhi. Hal ini sejalan dengan kode etik internasional bidan yang dinyatakan oleh ICM 1993, bahwa bidan harus menghormati hak wanita setelah mendapatkan penjelasan dan mendorong wanita untuk menerima tanggung jawab untuk hasil dari pilihannya.

3. Rekomendasi

Adapun rekomendasi untuk pemberian informed choice, yaitu: Bidan harus terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya dalam berbagai aspek agar dapat membuat keputusan klinis dan secara teoritis agar dapat memberikan pelayanan yang aman dan dapat memuaskan kliennya. Pada rekomendasi bidan wajib memberikan informasi secara rinci dan jujur dalam bentuk yang dapat dimengerti oleh wanita dengan menggunakan media alternatif dan penerjemah, kalau perlu dalam bentuk tatap muka secara langsung. Bidan dan petugas kesehatan lainnya perlu belajar untuk membantu wanita melatih diri dalam menggunakan haknya dan menerima tanggung jawab untuk keputusan yang mereka ambil sendiri. Dengan berfokus pada asuhan yang berpusat pada wanita dan berdasarkan fakta, diharapkan bahwa konflik dapat ditekan serendah mungkin. Tidak perlu takut akan konflik tapi menganggapnya sebagai suatu kesempatan untuk saling memberi dan mungkin suatu penilaian ulang yang objektif, bermitra dengan wanita dari sistem asuhan dan suatu tekanan positif.

4. Bentuk Pilihan (choice) Pada Asuhan Kebidanan

Ada beberapa jenis pelayanan kebidanan yang dapat dipilih oleh pasien antara lain :

- a. Gaya, bentuk pemeriksaan antenatal dan pemeriksaan laboratorium/ screening antenatal.
- b. Tempat bersalin (rumah, polindes, RB, RSB, atau RS) dan kelas perawatan di RS.
- c. Masuk kamar bersalin pada tahap awal persalinan.
- d. Pendampingan waktu bersalin.
- e. Clisma dan cukur daerah pubis.
- f. Metode monitor denyut jantung janin.
- g. Percepatan persalinan.
- h. Diet selama proses persalinan.
- i. Mobilisasi selama proses persalinan.
- j. Pemakaian obat pengurang rasa sakit.
- k. Pemecahan ketuban secara rutin.
- l. Posisi ketika bersalin.

- m. Episiotomi.
- n. Penolong persalinan.
- o. Keterlibatan suami waktu bersalin, misalnya pemotongan tali pusat.
- p. Cara memberikan minuman bayi.
- q. Metode pengontrolan kesuburan.

5. Perbedaan Pilihan (Choice) dengan Persetujuan (Consent)

Adapun perbedaan pilihan (choice) dengan persetujuan (consent), yaitu:

- a. Persetujuan atau consent penting dari sudut pandang bidan, karena berkaitan dengan aspek hukum yang memberikan otoritas untuk semua prosedur yang akan dilakukan bidan.
- b. Pilihan atau choice penting dari sudut pandang klien sebagai penerima jasa asuhan kebidanan, yang memberikan gambaran pemahaman masalah yang sesungguhnya dan merupakan aspek otonomi pribadi menentukan pilihannya sendiri.
- c. Choice berarti ada alternatif lain, ada lebih dari satu pilihan dan klien mengerti perbedaannya, sehingga dia dapat menentukan mana yang disukai atau sesuai dengan kebutuhannya.

B. INFORMED CONSENT (HAK PERSETUJUAN KLIEN TERHADAP TINDAKAN MEDIK YANG AKAN DITERIMA)

Pengertian informed consent berasal dari kata “informed” yang berarti telah mendapat penjelasan, dan kata “consent” yang berarti telah memberikan persetujuan. Dengan demikian yang dimaksud informed consent ini adanya persetujuan yang timbul dari informasi yang dianggap jelas oleh pasien terhadap suatu tindakan medik yang akan dilakukan kepadanya sehubungan dengan keperluan diagnosa dan atau terapi kesehatan.

Istilah informed consent dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 290/Menkes/Per/III/2008 diterjemahkan menjadi “Persetujuan Tindakan Kedokteran”, yang terdapat pada Bab I Pasal 1, yaitu persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien.

Informed consent adalah bukti tertulis tentang persetujuan terhadap prosedur klinik suatu metode kontrasepsi yang akan dilakukan pada klien, harus ditandatangani oleh klien sendiri atau walinya apabila akibat kondisi tertentu klien tidak dapat melakukan hal tersebut, persetujuan diminta apabila prosedur klinik mengandung risiko terhadap keselamatan klien (baik yang terduga atau tak terduga sebelumnya).

Pemberian Informasi Yang Lengkap

Informasi yang diberikan kepada calon /klien KB harus disampaikan selengkap- lengkapnya, jujur dan benar tentang metode kontrasepsi yang akan diadakan oleh calon/ klien KB tersebut. Dalam memberikan informasi penting sekali adanya komunikasi verbal antara dokter dan klien. Ada anggapan bahwa banyak klien sering melupakan informasi lisan

yang telah diberikan oleh dokter atau bidan. Maka dari itu untuk mencegah hal tersebut perlu diberikan pula informasi tertulis.

1. Pengertian Persetujuan Tindakan Medis

Jika kontrasepsi yang dipilih klien memerlukan tindakan medis, Surat Persetujuan Tindakan Medis (inform consent) diperlukan. Inform consent adalah persetujuan yang diberikan oleh klien atau keluarganya atas dasar informasi dan penjelasan mengenai tindakan medis yang akan dilakukan terhadap klien. Setiap tindakan medis yang mengandung resiko harus dengan persetujuan tertulis yang ditandatangani oleh yang berhak memberikan persetujuan, yaitu klien yang bersangkutan dalam keadaan sadar dan sehat mental.

2. Persetujuan Tindakan Medis oleh Pasangan Suami Istri

Dengan dilakukannya tindakan medis termasuk kontrasepsi mantap, maka perlunya izin dari kedua belah pihak. Berbeda dengan tindakan medis lainnya yang hanya memerlukan izin dari pihak yang akan mengalami tindakan tersebut.

3. Daftar Tilik Untuk Petugas

Pada halaman belakang lembar persetujuan tindakan medis terdapat daftar tilik untuk petugas yang digunakan untuk mengingatkan petugas adanya beberapa aspek yang harus dijelaskan beberapa klien melalui beberapa pertanyaan yang berkaitan dengan metode kontrasepsi Metode Operasi Pria/Wanita, implan, dan AKDR (cara kerja, kontraindikasi, efek samping, komplikasi, kegagalan, keuntungan atau kerugian, jadwal atau tempat kunjungan ulang, persyaratan MOP/WOW dan rekonalisasi serta keberhasilannya, resiko pencabutan AKDR atau implan dan jadwal pencabutannya, serta kategori pencabutan AKDR/Impaln).

C. PENAPISAN KLIEN

Tujuan utama penapisan klien sebelum pemberian suatu metode kontrasepsi (misalnya pil, suntikan atau AKDR) adalah untuk menentukan apakah ada:

1. Kehamilan
2. Keadaan yang membutuhkan perhatian khusus
3. Masalah (misalnya diabetes atau tekanan darah tinggi) yang membutuhkan pengamatan dan pengelolaan lebih lanjut.

Untuk memudahkan Saudara dalam melakukan penapisan, dapat digunakan Tabel berikut ini:

Tabel 3.
Daftar Tilik Penapisan Klien Metode Nonoperatif

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	YA	TIDAK
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan		
Apakah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		
Apakah pernah sakit kepala hebat atau gangguan visual		
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		
Apakah pernah tekanan darah di atas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolic)		
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsi)		
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)	YA	TIDAK
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien (pasangan) mempunyai pasangan sex yang lain		
Apakah pernah mengalami infeksi menular sex (IMS)		
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
Apakah pernah mengalami dismenorhea berat yang membutuhkan analgetika dan/atau istirahat baring		
Apakah pernah mengalami perdarahan/perdarahan bercak antara haid atau setelah senggama		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau congenital		

1. Apakah klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan maka pil kombinasi adalah pilihan terakhir
2. Tidak cocok untuk pil progestin (mini pil), suntikan (DMPA atau NET-EN), atau susuk
3. Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN)

D. KLASIFIKASI PERSYARATAN

Bagaimana meyakini bahwa klien tidak hamil? Klien tidak hamil apabila tidak bersenggama sejak haid terakhir, bila sedang memakai metode efektif secara baik dan benar, dalam 7 hari pertama haid terakhir. Di dalam 4 minggu pasca persalinan menyusui dan tidak haid (lihat bawah) Pemeriksaan fisik jarang dibutuhkan, kecuali untuk menyingkirkan kehamilan yang lebih dari 6-8 minggu.

Uji kehamilan di Laboratorium yang biasa tidak selalu menolong, tetapi tersedia uji kehamilan yang lebih sensitif. Jika tidak tersedia tes kehamilan yang sensitif, klien dianjurkan memakai kontrasepsi barrier sampai haid berikutnya. Keadaan atau kondisi yang mempengaruhi Persyaratan Medis dalam penggunaan setiap metode kontrasepsi yang tidak permanen dikelompokkan dalam 4 katagori :

1. Kondisi dimana tidak ada pembatasan apapun dalam penggunaan metode kontrasepsi
2. Penggunaan kontrasepsi lebih besar manfaatnya dibandingkan dengan resiko yangdiperkirakan akan terjadi
3. Resiko yang diperkirakan lebih besar daripada manfaat penggunaan kon trasepsi
4. Resiko akan terjadi bila metode kontrasepsi tersebut digunakan

Khusus untuk Kontrasepsi Mantap (Tubektomi dan Vasektomi) digunakan klasifikasilain yaitu:

1. Tidak ada alasan medis yang merupakan kontraindikasi digunakan klasifikasi mantap
2. Tindakan kontrasepsi mantap dapat dilakukan, tetapi dengan persiapan dankewaspadaan khusus
3. Sebaiknya tindakan kontrasepsi mantap ditunda sampai kondisi medis diperbaiki.Sementara itu berikan metode kontrasepsi lain
4. D : Tindakan kontrasepsi mantap hanya dilakukan oleh tenaga yang sangat berpengalaman, dan perlengkapan anestesi tersedia.

E. CATATAN TINDAKAN DAN PERNYATAAN

Setelah calon peserta dan pasangannya menandatangani inform consent, pelayanan kontrasepsi dilakukan. Pada halaman belakang lembar persetujuan tindakan medis terdapat catatan tindakan dan pernyataan oleh dokter/bidan/perawat yang melakukan tindakan. Catatan tindakan dan pernyataan tersebut memuat catatan tindakan yang dilakukan yaitu metode keberhasilan tindakan, waktu, serta pernyataan dari petugas bahwa pelayanan yang diberikan sudah sesuai dengan standar. Informed consent juga dilakukan pada pasangannya dengan alasan sebagai berikut :

1. Aspek hukum, hanya saksi yang mengetahui bahwa pasangannya secara sadar telah memberikan persetujuan terhadap tindakan medik.
2. Suami tidak dapat menggantikan posisi istrinya untuk memberikan persetujuan (atau sebaliknya) kecuali pada kondisi khusus / tertentu.

Secara kultural (Indonesia) suami selalu menjadi penentu dalam memberikan persetujuan tetapi secara hukum, hal tersebut hanya merupakan persetujuan terhadap konsekuensi biaya dan pemahaman risiko (yang telah dijelaskan sebelumnya) yang mungkin timbul dari prosedur klinik yang akan dilakukan.

Tabel 4-2: Klasifikasi persyaratan medis dalam penapisan klien*

Kondisi	Pil Kombinasi	Suntikan Kombinasi	Pil Progestin	DMPA NET-EN	Implan	AKDR Cu	AKDR Progestin
M = Mulai, L = Lanjutan							
Karakteristik Pribadi dan Riwayat Reproduksi							
Kehamilan	–	–	–	–	–	4	4
Usia	Menars-40:1 ≥40:2	Menars-40:1 ≥40:2	Menars-18:1 18-45:1 ≥45:1	Menars-18:2 18-45:1 ≥45:2	Menars-18:1 18-45:1 ≥45:1	Menars-20:2 ≥20:1	Menars-20:2 ≥20:1
Paritas							
• Nulipara	1	1	1	1	1	2	2
• Multipara	1	1	1	1	1	1	1
Laktasi							
• < 6 minggu pascapersalinan	4	4	3	3	3		
• 6 minggu – < 6 bulan laktasi	3	3	1	1	1		
• ≥ 6 bulan pascapersalinan	2	2	1	1	1		
Pascapersalinan (tanpa laktasi)							
< 21 hari	3	3	1	1	1		
≥ 21 hari	1	1	1	1	1		
Pascapersalinan (laktasi/non-laktasi) termasuk pascaseksio sesarea							
• < 48 jam						2	3
• ≥ 48 jam – < 4 minggu						3	3
• ≥ 4 minggu						1	1 ^a
• sepsis puerperalis						4	4
Pascakeguguran							
• Trimester I	1	1	1	1	1	1	1
• Trimester II	1	1	1	1	1	2	2
• Pascaabortus septik	1	1	1	1	1	4	4
Pascakehamilan ektopik	1	1	2	1	1	1	1
Riwayat operasi pelvis (termasuk seksio sesarea)	1	1	1	1	1	1	1
Merokok							
• Usia < 35	2	2	1	1	1	1	1
• Usia ≥ 35							
– < 15 batang / hari	3	2	1	1	1	1	1
– ≥ 15 batang / hari	4	3	1	1	1	1	1

* Dimodifikasi dari WHO, 2004

^a Jika laktasi, kategori menjadi 3 sampai 6 minggu pascapersalinan

Kondisi	Pil Kombinasi	Suntikan Kombinasi	Pil Progestin	DMPA NET-EN	Implan	AKDR Cu	AKDR Progestin
Obesitas • $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ <i>body mass index</i> (BMI)	2	2	1	1	1	1	1
Penyakit Kardiovaskular							
Faktor risiko multipel penyakit kardiovaskular (seperti usia tua, merokok, diabetes, hipertensi)	3/4	3/4	2	3	2	1	2
Hipertensi							
• Riwayat hipertensi tidak dapat dievaluasi, termasuk hipertensi dalam kehamilan	3	3	2	2	2	1	2
• Hipertensi terkontrol	3	3	1	2	1	1	1
• Tekanan darah meningkat – sistolik 140 - 160 atau diastolik 90 - 100	3	3	1	2	1	1	1
– sistolik > 160 atau diastolik > 100	4	4	2	3	2	1	2
• Penyakit vaskular	4	4	2	3	2	1	2
Riwayat hipertensi dalam kehamilan	2	2	1	1	1	1	1
Trombosis Vena Dalam/ Emboli Paru							
• Riwayat TVD/EP	4	4	2	2	2	1	2
• TVD/EP saat ini	4	4	3	3	3	1	3
• Riwayat keluarga dengan TVD/EP	2	2	1	1	1	1	1
• Bedah mayor – imobilisasi lama	4	4	2	2	2	1	2
– tanpa imobilisasi lama	2	2	1	1	1	1	1
• Bedah minor tanpa imobilisasi	1	1	1	1	1	1	1
Trombosis Vena Permukaan							
• Varises	1	1	1	1	1	1	1
• Tromboflebitis	2	2	1	1	1	1	1
Riwayat Penyakit Jantung Iskemik	4	4	M L		M L		M L
			2 3	3	2 3	1	2 3

Kondisi	Pil Kombinasi		Suntikan Kombinasi		Pil Progestin		DMPA NET-EN		Implan		AKDR Cu		AKDR Progestin	
	M	L	M	L	M	L	M	L	M	L	M	L	M	L
Stroke (Riwayat Cardiovascular accident)	4		4		2	3	3		2	3	1		2	
Hiperlipidemia	2/3 ^b		2/3 ^b		2		2		2		1		2	
Penyakit Katup Jantung														
• Tanpa komplikasi	2		2		1		1		1		1		1	
• Dengan komplikasi (hipertensi pulmonal, fibrilasi atrial, endokarditis bakterial subakut)	4		4		1		1		1		2		2	
Kondisi Neurologis														
Nyeri kepala	M	L	M	L	M	L	M	L	M	L			M	L
• Nonmigrain (ringan/ berat)	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1		1	1
• Migrain														
– tanpa aura														
usia < 35	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	1		2	2
usia ≥ 35	3	4	3	4	1	2	2	2	2	2	1		2	2
– dengan aura (semua usia)	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3	1		2	3
Epilepsi	1		1		1		1		1		1		1	
Depresi														
Depresi	1		1		1		1		1		1		1	
Infeksi dan Kelainan Alat Reproduksi														
Perdarahan pervaginam													M	L
• Perdarahan ireguler	1		1		2		2		2		1		1	1
• Perdarahan banyak/lama	1		1		2		2		2		2		1	2
Perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya											M	L	M	L
Sebelum penilaian	2		2		2		3		3		4	2	4	2
Endometriosis	1		1		1		1		1		2		1	
Tumor ovarium jinak (termasuk kista)	1		1		1		1		1		1		1	
Dismenorea berat	1		1		1		1		1		2		1	
Penyakit trofoblas														
• Penyakit Trofoblas Jinak	1		1		1		1		1		3		3	
• Penyakit Trofoblas Ganas	1		1		1		1		1		4		4	
Ektropion serviks	1		1		1		1		1		1		1	
NIS (Neoplasia Intra Serviks)	2		2		1		2		2		1		2	
Kanker serviks											M	L	M	L
	2		2		1		2		2		4	2	4	2

^b bergantung pada berat-ringannya kondisi

U-32

PERSYARATAN MEDIS DALAM PENGGUNAAN KONTRASEPSI

Kondisi	Pil Kombinasi	Suntikan Kombinasi	Pil Progestin	DMPA NET-EN	Implan	AKDR Cu		AKDR Progestin		
						M	L	M	L	
Penyakit mamma										
• Massa tidak terdiagnosis	2	2	2	2	2	1		2		
• Penyakit mamma jinak	1	1	1	1	1	1		1		
• Riwayat kanker dalam keluarga	1	1	1	1	1	1		1		
• Kanker mamma										
– Saat ini	4	4	4	4	4	1		4		
– Riwayat lampau, tidak kambuh dalam 5 tahun	3	3	3	3	3	1		3		
Kanker endometrium							M	L	M	L
	1	1	1	1	1		4	2	4	2
Kanker ovarium							M	L	M	L
	1	1	1	1	1		3	2	3	2
Fibroma uteri										
• Tanpa gangguan kavum uteri	1	1	1	1	1	1		1		
• Dengan gangguan kavum uteri	1	1	1	1	1	4		4		
Kelainan anatomis										
• Mengganggu kavum uteri						4		4		
• Tidak mengganggu kavum uteri						2		2		
Penyakit radang panggul							M	L	M	L
• Riwayat PRP										
– Dengan kehamilan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
– Tanpa kehamilan	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
• PRP saat ini	1	1	1	1	1	4	2	4	2	2
IMS							M	L	M	L
• Servisititis purulen atau infeksi klamidia atau gonorea	1	1	1	1	1	4	2	4	2	2
• IMS lainnya (kecuali HIV dan hepatitis)	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
• Vaginitis (termasuk trikomonas vaginitis dan vaginosis bakterial)	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2
• Risiko IMS meningkat	1	1	1	1	1	4	2	4	2	2

PERSYARATAN MEDIS DALAM PENGGUNAAN KONTRASEPSI

U-33

Kondisi	Pil Kombinasi	Suntikan Kombinasi	Pil Progestin	DMPA NET-EN	Implan	AKDR Ca		AKDR Progestin	
						M	L	M	L
HIV/AIDS									
Risiko tinggi HIV	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Terinfeksi HIV	1	1	1	1	1	2	2	2	2
AIDS	1	1	1	1	1	3	2	3	2
Infeksi Lain									
Skistosomiasis									
• Tanpa komplikasi	1	1	1	1	1	1		1	
• Fibrosis hati	1	1	1	1	1	1		1	
Tuberkulosis									
• Nonpelvis	1	1	1	1	1	1	1	1	1
• Pelvis	1	1	1	1	1	4	3	4	3
Malaria	1	1	1	1	1	1		1	
Penyakit Endokrin									
Diabetes									
• Riwayat diabetes gestasional	1	1	1	1	1	1		1	
• Penyakit nonvaskular									
– Noninsulin dependen	2	2	2	2	2	1		2	
– Insulin dependen	2	2	2	2	2	1		2	
• Nefropati/retinopati/neuropati	3/4	3/4	2	3	2	1		2	
• Penyakit vaskular lain/ Diabetes > 20 tahun	3/4	3/4	2	3	2	1		2	
Penyakit Tiroid									
• Goiter	1	1	1	1	1	1		1	
• Hipertiroid	1	1	1	1	1	1		1	
• Hipotiroid	1	1	1	1	1	1		1	
Penyakit Gastrointestinal									
Penyakit kandung empedu									
• Simptomatik									
– Terapi kolesistektomi	2	2	2	2	2	1		2	
– Diobati dengan obat saja	3	2	2	2	2	1		2	
– Saat ini	3	2	2	2	2	1		2	
• Asimptomatik	2	2	2	2	2	1		2	
Riwayat kolestasis									
• Berhubungan dengan kehamilan	2	2	1	1	1	1		1	

◁ Metode barrier, terutama kondom, selalu dianjurkan untuk pencegahan IMS/HIV/AIDS

Tabel 4-3: Kontrasepsi Mantap Perempuan (Tubektomi)

Kondisi	Kategori
Karakteristik Pribadi dan Riwayat Reproduksi	
Kehamilan	C
Usia muda	B
Paritas	
• Nullipara	A
• Multipara	A
Laktasi	A
Pascapersalinan	
• - < 7 hari	A
• - 7 - < 42 hari	C
• - ≥ 42 hari	A
• Preeklampsia/eklampsia	
• - Preeklampsia ringan	A
• - Preeklampsia berat/eklampsia	C
• Ketuban pecah lama	
• - > 24 jam	C
• Infeksi nifas	C
• Perdarahan antepartum	C
• Trauma berat pada daerah genitalia	C
• Ruptur uterus	D
Pascaabortus	
• Tanpa komplikasi	A
• Sepsis pascakeguguran	C
• Perdarahan pascakeguguran	C
• Trauma alat genital/serviks/vagina saat pengguguran	C
• Perforasi uterus	D
• Hematometra	C
Kehamilan ektopik lampau	A
Merokok	
• Usia < 35 tahun	A
• Usia > 35 tahun	A
Obesitas	
• ≥ 30 kg/m ² IMT (Indeks Massa Tubuh)	B

Kondisi	PI Kombinasi	Suntikan Kombinasi	PI Progesterin	DMPA NET-EN	Implan	AKDR Ca	AKDR Progesterin
• Berhubungan dengan kontra- sepsi	3	2	2	2	2	1	2
Hepatitis Virus							
• Aktif	4	3/4	3	3	3	1	3
• Karier	1	1	1	1	1	1	1
Sirosis							
• Ringan	3	2	2	2	2	1	2
• Berat	4	3	3	3	3	1	3
Tumor hati							
• Jinak (adenoma)	4	3	3	3	3	1	3
• Malignan (hepatoma)	4	3/4	3	3	3	1	3
Anemia							
Talasemia	1	1	1	1	1	2	1
Penyakit bulan sabit	2	2	1	1	1	2	1
Anemia defisiensi Fe	1	1	1	1	1	2	1
Interaksi Obat							
Obat yang mempengaruhi enzim-enzim hati							
• Rifampisin	3	2	3	2	3	1	1
• Antikonvulsan tertentu	3	2	3	2	3	1	1
Antibiotik							
• Griseofulvin	2	1	2	1	2	1	1
• Antibiotik lain	1	1	1	1	1	1	1
Terapi antiretroviral						M L	M L
	2	2	2	2	2	2/3 2	2/3 2

Kondisi	Kategori
Penyakit Kardiovaskular	
Faktor risiko multipel penyakit kardiovaskular	D
Hipertensi	B
• Hipertensi terkontrol	B
• Kenaikan tekanan darah	D
– sistolik 140 - 160 atau diastolik 90 - 100	D
– sistolik > 160 atau diastolik > 100	D
• Penyakit vaskular	A
Riwayat hipertensi selama kehamilan	A
Trombosis Vena Dalam/ Emboli Paru	A
• Riwayat TVD/EP	C
• TVD/EP saat ini	A
• Riwayat keluarga dengan TVD/EP	C
• Bedah mayor	A
– dengan imobilisasi lama	A
– tanpa imobilisasi lama	A
• Bedah minor	A
Mutasi trombogenik	A
Trombosis Vena Permukaan	A
• Varises	A
• Tromboflebitis permukaan	A
Penyakit Jantung Iskemik	D
• Saat ini Penyakit Jantung Iskemik	B
• Riwayat Penyakit Jantung Iskemik	B
Stroke	A
Hiperlipidemia	A
Penyakit Jantung Ventrikular	B
• Tanpa komplikasi	D
• Dengan komplikasi	D
Kelainan Neurologis	
Nyeri Kepala	A
• Non migrain	A
• Migrain	A
– Tanpa aura	A
– Dengan aura	A

Kondisi	Kategori
Epilepsi	B
Depresi	
Depresi	B
Infeksi dan Kelainan Alat Reproduksi	
Perdarahan pervaginam	
• Perdarahan ireguler	A
• Perdarahan banyak	A
Perdarahan yang tidak jelas sebabnya	
• Sebelum penilaian	C
Endometriosis	D
Tumor Ovarium Jinak	A
Dismenorea berat	A
Penyakit Trofoblas	
• Penyakit Trofoblas Jinak	A
• Penyakit Trofoblas Ganas	C
Ektropion Serviks	A
Neoplasia Intraepitelial Serviks	A
Kanker Serviks	C
Penyakit Mamma	
• Massa tidak terdiagnosis	A
• Penyakit Mamma Jinak	A
• Riwayat kanker dalam keluarga	A
• Kanker Mamma	
– Saat ini	B
– Riwayat lampau, tidak kambuh dalam 5 tahun	A
Kanker endometrium	C
Kanker ovarium	C
Fibroma uterus	
• Tanpa gangguan kavum uteri	B
• Dengan gangguan kavum uteri	B
Penyakit Radang Panggul	
• Riwayat PRP	
– Dengan kehamilan berikutnya	A
– Tanpa kehamilan	B
• Saat ini	C

Kondisi	Kategori
Infeksi Menular Seksual	
• Purulen servisititis/infeksi klamidia/gonorea	C
• IMS lain (kecuali HIV dan hepatitis)	A
• Vaginitis	A
• Risiko IMS meningkat	A
HIV / AIDS	
Risiko tinggi HIV	A
Terinfeksi HIV	A
AIDS	D
Infeksi lain	
Skistosomiasis	
• Tanpa komplikasi	A
• Fibrosis hati	B
Tuberkulosis	
• Nonpelvis	A
• Pelvis	D
Malaria	A
Penyakit Endokrin	
Diabetes	
• Riwayat diabetes gestasional	A
• Penyakit Nonvaskular	
– Noninsulin dependen	B
– Insulin dependen	B
• Nefropati/retinopati/neuropati	D
• Penyakit vaskular lain/Diabetes > 20 tahun	D
Penyakit Tiroid	
• Goiter	A
• Hipertiroid	D
• Hipotiroid	B
Penyakit Gastrointestinal	
Penyakit kandung empedu	
• Simptomatik	
– Terapi kolesistektomi	A
– Diobati dengan obat saja	A
– Saat ini	C
• Asimptomatik	A

Kondisi	Kategori
Infeksi Menular Seksual	
• Purulen servisititis/infeksi klamidia/gonorea	C
• IMS lain (kecuali HIV dan hepatitis)	A
• Vaginitis	A
• Risiko IMS meningkat	A
HIV / AIDS	
Risiko tinggi HIV	A
Terinfeksi HIV	A
AIDS	D
Infeksi lain	
Skistosomiasis	
• Tanpa komplikasi	A
• Fibrosis hati	B
Tuberkulosis	
• Nonpelvis	A
• Pelvis	D
Malaria	A
Penyakit Endokrin	
Diabetes	
• Riwayat diabetes gestasional	A
• Penyakit Nonvaskular	
– Noninsulin dependen	B
– Insulin dependen	B
• Nefropati/retinopati/neuropati	D
• Penyakit vaskular lain/Diabetes > 20 tahun	D
Penyakit Tiroid	
• Goiter	A
• Hipertiroid	D
• Hipotiroid	B
Penyakit Gastrointestinal	
Penyakit kandung empedu	
• Simptomatik	
– Terapi kolesistektomi	A
– Diobati dengan obat saja	A
– Saat ini	C
• Asimptomatik	A

Kondisi	Kategori
Riwayat kolestasis	
• Berhubungan dengan kehamilan	A
• Berhubungan dengan pill kontrasepsi	A
Hepatitis Virus	
• Aktif	C
• Karier	A
Sirosis	
• Ringan	B
• Berat	D
Tumor hati	
• Jinak (adenoma)	B
• Malignan (hepatoma)	B
Anemia	
Talasemia	B
Penyakit bulan sabit	B
Anemia defisiensi Fe	
• Hb < 7 g%	C
• Hb antara 7 – 10 g%	B
Keadaan lain yang relevan dengan Tubektomi	
Infeksi kulit Abdomen	C
Gangguan peredaran darah	D
Penyakit Paru	
• Bronkhitis, pneumonia	C
• Asthma, emfisema, infeksi paru	D
Infeksi sistemik/gastroenteritis	C
Perlekatan uterus oleh karena pembedahan/infeksi lampau	D
Hernia umbilikalis atau abdominal	D
Hernia diafragmatikus	B
Penyakit ginjal	B
Defisiensi gizi berat	B
Pembedahan abdomen/pelvik terdahulu	B
Sterilisasi bersamaan dengan pembedahan abdominal	
• Elektif	B
• Emergensi	C
• Keadaan infeksi	C
Sterilisasi bersamaan dengan seksio sesarea	A

Tabel 4-4: Kontrasepsi Laki-laki (Vasektomi)

Kondisi	Kategori
Karakteristik Pribadi dan Riwayat Reproduksi	
Usia muda	B
Depresi	
Depresi	B
HIV / AIDS	
Risiko tinggi HIV	A
Terinfeksi HIV	A
AIDS	D
Penyakit Endokrin	
Diabetes	B
Anemia	
Penyakit bulan sabit	A
Keadaan lain yang relevan dengan Vasektomi	
Infeksi lokal	
• Infeksi kulit skrotum	C
• IMS aktif	C
• Epididimitis/orkitis	C
Gangguan peredaran darah	D
Riwayat infeksi skrotum	B
Infeksi sistemik/gastroenteritis	C
Varikokel besar	B
Hidrokel besar	B
Filariasis/elefantiasis	C
Massa intraskrotal	C
Kriptorkhisme	B
Hernia inguinalis	D

Contoh:

PERSETUJUAN PELAYANAN KELUARGA BERENCANA (INFORMED CONSENT)	
Yang bertanda tangan di bawah ini :	
Nama	:
Umur	: th
Alamat	:
Adalah bertindak sebagai diri saya/Orang tua/Suami/Keluarga dari penderita :	
Nama	:
Umur	: th
Alamat	:
Setelah mendapat penjelasan dan pengertian tentang tindakan medis yang akan dilakukan berkaitan dengan KELUARGA BERENCANA dan segala resiko yang bisa terjadi, maka kami menyerahkan sepenuhnya dengan ikhlas untuk dilakukan <u>persalinan</u> dengan tindakan : Suntik <u>KB</u> , Pemasangan /Pelepasan IUD, Pemasangan /Pelepasan Implant/.....	
Pernyataan ini kami buat dengan penuh kesadaran atas resiko tindakan medis yang akan diberikan. Bila dikemudian hari terjadi resiko yang berhubungan dengan tindakan tersebut maka kami tidak akan menuntut sesuai hukum yang berlaku.	
Demikian pernyataan ini kami buat, agar dapat dipergunakan seperlunya.	
	,.....2012 Pukul WIB
Yang memberi penjelasan,	<u>Bidan,</u>
Penderita,	
.....
	Keluarga/Saksi

Latihan

Coba Saudara berlatih untuk membuat informed consent terhadap salah satu calon akseptor model (probandus) teman sejawat yang akan menggunakan KB sesuai pilihannya. Tetapi sebelumnya anda lakukan penapisan terlebih dahulu.

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab latihan tersebut anda perlu menggunakan daftar tilik penapisan klien Metode Nonoperatif dan contoh lembar persetujuan Pelayanan Keluarga Berencana (*Informed Consent*).

Ringkasan

Informed Choice merupakan bentuk persetujuan pilihan tentang: Metode kontrasepsi yang dipilih oleh klien setelah memahami kebutuhan reproduksi yang paling sesuai dengan dirinya / keluarganya.

Informed consent merupakan bukti tertulis tentang persetujuan terhadap prosedur klinik suatu metode kontrasepsi yang akan dilakukan pada klien, harus ditandatangani oleh klien sendiri atau walinya apabila akibat kondisi tertentu klien tidak dapat melakukan hal tersebut.

Tes 2

Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Persetujuan tindakan medik (**Informed Consent**) berisi hal, *kecuali*
 - A. Prosedur klinik yang akan dilakukan
 - B. Kebutuhan reproduksi klien
 - C. Informed choice
 - D. Harapan klien

- 2) Klien yang melakukan Informed Choice akan lebih baik dalam menggunakan KB karena
 - A. Informed Choice adalah suatu kondisi/calon peserta KB yang memilih kontrasepsi didasari oleh pengetahuan yang cukup setelah mendapat informasi KIP/K.
 - B. Memberdayakan para klien untuk melakukan Informed Choice adalah kunci yang baik menuju pelayanan KB yang berkualitas.
 - C. Bagi peserta KB apabila mengalami gangguan efek samping, komplikasi dan kegagalan tidak terkejut karena sudah mengerti kontrasepsi yang akan dipilihnya.
 - D. Bagi peserta KB tidak akan terpengaruh oleh rumor yang timbul dikalangan masyarakat.

- 3) Pada penapisan diyakini bahwa klien tidak hamil apabila
 - A. Dalam 4 minggu pasca persalinan menyusui dan tidak haid
 - B. Saat ini dalam 10 hari pertama haid terakhir

- C. Sedang memakai metode kontrasepsi efektif
 - D. Saat ini dalam 9 hari pasca keguguran.
- 4) Seorang perempuan dengan Ca. Mamae ingin menggunakan suntik kombinasi, menurut persyaratan medis masuk dalam katagori
- A. 1 yaitu: kondisi dimana tidak ada pembatasan apapun dalam penggunaan metode kontrasepsi
 - B. 2 yaitu penggunaan kontrasepsi lebih besar manfaatnya dibandingkan dengan resiko yang akan diperkirakan terjadi
 - C. 3 yaitu resiko yang diperkirakan lebih besar daripada manfaat penggunaan kontrasepsi
 - D. 4 yaitu resiko akan terjadi apabila metode tersebut digunakan
- 5) *Informed consent* dilakukan juga pada pasangannya dengan alasan sebagai berikut
- A. Pasangan secara sadar telah memberikan persetujuan medik
 - B. Suami harus konsekuen menanggung resiko
 - C. Suami bukan yang menjadi penentu
 - D. Suami dapat menggantikan istri

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) C
- 2) A
- 3) B
- 4) C
- 5) D
- 6) D
- 7) A
- 8) D
- 9) C
- 10) B

Tes 2

- 1) C
- 2) B
- 3) D
- 4) D
- 5) A

Tes 3

- 1) C
- 2) C
- 3) A
- 4) D
- 5) A

Daftar Pustaka

- Affandi, B., 2006. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi. Jakarta.
- Arjoso, S. 2005. Rencana Strategis BKKBN.
- BBKBN.2005.KBdanKontrasepsi.
http://bkkbn.go.id/diftor/program_detail.php?prgid=8. Diakses tanggal 21 September 2015.
- BKKBN-Pusat Informasi KB Indonesia. 2008. Aspek Umum Keluarga Berencana. Jakarta Dalam,
- Ermawati dkk. 2009. Komunikasi dan Konseling dalam Praktik Kebidanan. Jakarta: Trans Info Media
- Hartanto. 2003. Keluarga Berencana dan Kontrasepsi. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan
<http://www.bkkbn.go.id/artikel/Pages/Alat-Bantu-Komunikasi-InterpersonalatauKonseling-KB.aspx> diakses tanggal 21 September 2015
- Kustiani, Rini. 2007. Program KB diserahkan ke daerah.
http://interaktif.com/kb/nasional/2007/02/13/brk,20070213_93144.id.html. Diakses tanggal 21 September 2015
- Lestari, Yogi Andhi & Ema Wahyuningrum. 2010. Buku Saku Komunikaasi dan Konselingdalam Praktik Kebidanan. Jakarta: Trans Info Media
- Prawirohardjo, Sawono. 2008. Ilmu Kandungan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo

BAB VI

ASUHAN KEBIDANAN KELUARGA BERENCANA

Sri Rahayu, S.Kep.Ners. M.Kes
Ida Prijatni, S.Pd. M.Kes

PENDAHULUAN

Saat ini Anda memulai untuk mempelajari BAB 6, Mata kuliah ini terdiri dari 6 BAB, yang harus Saudara pelajari. Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana berkaitan dengan pemahaman tentang jenis-jenis metode KB, baik KB Kalender (Pantang Berkala), Kondom, Hormonal dan Non-hormonal. Setiap metode kontrasepsi tentunya mempunyai tingkat efektivitas yang berbeda. Selain itu, keuntungan dan keterbatasan setiap metode kontrasepsi yang ada juga tidak sama.

Cara kerja masing-masing metode yang ada juga mempunyai keistimewaan tersendiri. Tidak semua metode tersebut dapat digunakan oleh setiap wanita ataupun oleh setiap calon akseptor. Ada Indikasi dan Kontraindikasi yang perlu diketahui dan dipahami untuk setiap metode kontrasepsi yang ada. Modul berjudul Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana ini membahas jelas setiap metode kontrasepsi yang ada untuk mengetahui perbedaan spesifik dari masing-masing metode tersebut.

Deskripsi Singkat

BAB 6 ini akan memberikan pemahaman kepada Saudara tentang Asuhan Kebidanan Metode KB Pantang Berkala (Kalender), Kondom, Hormonal dan Non-hormonal. Modul ini dikemas dalam tiga kegiatan belajar dan seluruhnya diberikan alokasi 6 jam pembelajaran, yang disusun dengan urutan sebagai berikut :

Topik 1 : Asuhan Kebidanan KB Pantang Berkala dan Kondom

Topik 2 : Asuhan Kebidanan KB Hormonal

Topik 3 : Asuhan Kebidanan KB Non-Hormonal

Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana merupakan salah satu keterampilan yang harus bisa dilakukan oleh petugas kesehatan. Diharapkan nantinya setelah selesai mempelajari materi ini, Anda dapat melakukan Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana dengan tepat dan benar baik pada akseptor **fase menunda kehamilan, fase menjarangkan kehamilan** maupun **mengakhiri** dalam siklus reproduksi wanita, yang sebelumnya telah anda pelajari secara mendalam tentunya. Asuhan Kebidanan Kesehatan Reproduksi dan Post Partum yang ada keterkaitannya dengan Keluarga Berencana tidak dapat dipisahkan

Proses pembelajaran untuk materi Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana yang sedang Saudara ikuti ini, dapat berjalan dengan lancar bila langkah-langkah belajar diikuti dengan seksama:

1. Pahami dulu mengenai berbagai hal penting dalam modul mulai dari awal sampai akhir.
2. Pelajari terlebih dahulu kegiatan belajar I dan pahami setiap metode kontrasepsi yang ada.
3. Keberhasilan proses pembelajaran Anda dalam materi Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana ini sangat tergantung kepada kesungguhan Anda dalam mengerjakan keterampilan yang ada. Untuk itu berlatihlah secara mandiri atau berkelompok.
4. Untuk memperlancar pemahaman anda, Video pemasangan dan pencabutan AKDR dan video pemasangan dan pencabutan Implan
5. Anda pada pembejaran modul 6 ini akan diminta untuk banyak melakukan praktikum terutama pemasangan dan pencabutan AKDR dan pemasangan dan pencabutan Implan
6. Bila Anda menemui kesulitan, silahkan hubungi instruktur/pembimbing/ tutor yang mengajar materi modul ini.

Topik 1
Asuhan Kebidanan KB Pantang Berkala (Kalender)
dan Kondom

Sri Rahayu, S.Kep.Ners. M.Kes
Ida Prijatni, S.Pd. M.Kes

Setelah menyelesaikan Bab 5 dan sudah mampu menguasainya maka sekarang Saudara diperkenankan untuk melanjutkan ke Bab 6.

A. METODE PANTANG BERKALA (KALENDER)

Apakah Saudara mengetahui tentang KB alamiah?

KB Alamiah ada 3 yaitu MOB (*Metode Ovulasi Billing*), Metode Suhu Basal dan Metode Pantang berkala (Kalender). Pada kali ini saya akan perkenalkan Anda untuk mempelajari salah satu metode yaitu pantang berkala yang memungkinkan Anda bisa memberikan pelayanan pada Akseptor yang tidak menginginkan Kontrasepsi dengan Metode Modern.

1. Pengertian

Cara atau metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur/ovulasi.

2. Manfaat

Cara atau metode kontrasepsi sederhana bermanfaat sebagai kontrasepsi maupun konsepsi. Kontrasepsi sebagai alat pengendalian kelahiran atau mencegah kehamilan, sedangkan konsepsi dapat digunakan oleh para pasangan untuk mengharapkan bayi dengan melakukan hubungan seksual saat masa subur/ovulasi untuk meningkatkan kesempatan bisahamil.

3. Keuntungan

Metode kalender atau pantang berkala lebih sederhana, dapat digunakan oleh setiap wanita yang sehat, tidak membutuhkan alat atau pemeriksaan khusus dalam penerapannya, tidak mengganggu pada saat berhubungan seksual, kontrasepsi dengan menggunakan metode kalender dapat menghindari resiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi, tidak memerlukan biaya, dan tidak memerlukan tempat pelayanan kontrasepsi.

4. Keterbatasan

Memerlukan kerjasama yang baik antara suami istri, harus ada motivasi dan disiplin pasangan dalam menjalankannya, pasangan suami istri tidak dapat melakukan hubungan seksual setiap saat, pasangan suami istri harus tahu masa subur dan masa tidak subur, harus

mengamati siklus menstruasi minimal enam kali siklus, siklus menstruasi yang tidak teratur (menjadi penghambat), lebih efektif bila dikombinasikan dengan metode kontrasepsi lain.

5. Faktor Penyebab Metode Kalender Tidak Efektif

Penentuan masa tidak subur didasarkan pada kemampuan hidup sel sperma dalam saluran reproduksi (sperma mampu bertahan selama 3 hari), anggapan bahwa perdarahan yang datang bersamaan dengan ovulasi, diinterpretasikan sebagai menstruasi. Hal ini menyebabkan perhitungan masa tidak subur sebelum dan setelah ovulasi menjadi tidak tepat, penentuan masa tidak subur tidak didasarkan pada siklus menstruasi sendiri, kurangnya pemahaman tentang hubungan masa subur/ovulasi dengan perubahan jenis mukus/lendir serviks yang menyertainya, anggapan bahwa hari pertama menstruasi dihitung dari berakhirnya perdarahan menstruasi. Hal ini menyebabkan penentuan masa tidak subur menjadi tidak tepat.

6. Penerapan

Hal yang perlu diperhatikan pada siklus menstruasi wanita sehat ada tiga tahapan:

- a. Masa sebelum ovulasi
- b. Masa subur
- c. Masa setelah ovulasi

Berikut ini anda akan diberikan contoh-contoh terkait dengan penghitungan metode kontrasepsi kalender bila haid teratur dan haid tidak teratur. Perhitungan masa subur ini akan efektif bila siklus menstruasinya normal yaitu 21-35 hari. Pemantauan jumlah hari pada setiap siklus menstruasi dilakukan minimal enam kali siklus berturut-turut. Kemudian hitung periode masa subur dengan melihat data yang telah dicatat.

a. Haid teratur (28 hari)

Hari pertama dalam siklus haid dihitung sebagai hari ke-1 dan masa subur adalah hari ke-12 hingga hari ke-16 dalam siklus haid.

Contoh:

Seorang wanita/istri mendapat haid mulai tanggal 9 Maret. Tanggal 9 Maret ini dihitung sebagai hari ke-1. Maka hari ke-12 jatuh pada tanggal 20 Maret dan hari ke-16 jatuh pada tanggal 24 Maret. Jadi masa subur yaitu sejak tanggal 20 Maret hingga tanggal 24 Maret. Sehingga pada masa ini merupakan masa pantang untuk melakukan senggama. Apabila ingin melakukan hubungan seksual harus menggunakan kontrasepsi.

a. Haid tidak teratur

Jumlah hari terpendek dalam 6 kali siklus haid dikurangi 18. Hitungan ini menentukan hari pertama masa subur. Jumlah hari terpanjang selama 6 siklus haid dikurangi 11. Hitungan ini menentukan hari terakhir masa subur.

Rumus :

Hari pertama masa subur = Jumlah hari terpendek – 18Hari

terakhir masa subur = Jumlah hari terpanjang – 11

Contoh:

Seorang wanita/istri mendapat haid dengan siklus terpendek 25 hari dan siklus terpanjang 30 hari (mulai hari pertama haid sampai haid berikutnya).

Langkah 1 : $25 - 18 = 7$

Langkah 2 : $30 - 11 = 19$

Jadi masa suburnya adalah mulai hari ke-7 sampai hari ke-19. Sehingga masa ini, suami istri tidak boleh melakukan senggama. Apabila ingin melakukan senggama harus menggunakan kontrasepsi.

B. METODE KONDOM

Pada bagian berikutnya Anda diminta untuk mempelajari kontrasepsi Kondom. Kontrasepsi ini penting untuk dipelajari karena semakin tingginya angka penderita Penyakit Menular Seksual maupun ISR (Infeksi Sistem Reproduksi).

Kondom merupakan salah satu metode kontrasepsi barrier sebagai perlindungan ganda apabila akseptor menggunakan kontrasepsi modern dalam mencegah penularan Penyakit Menular Seksual maupun ISR dan juga sebagai alat kontrasepsi.

1. Keuntungan

Tidak menimbulkan resiko terhadap kesehatan, efektifitas segera dirasakan., murah dan dapat dikai secara umum, praktis, memberi dorongan bagi pria untuk ikut berpartisipasi dalam kontrasepsi, dapat mencegah ejakulasi dini, metode kontrasepsi sementara apabila metode lain harus ditunda.

2. Kerugian

Angka kegagalan kondom yang tinggi yaitu 3-15 kehamilan per 100 wanita pertahun, mengurangi sensitifitas penis, perlu dipakai setiap hubungan seksual, mungkin mengurangi kenikmatan hubungan seksual, pada beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan mempertahankan ereksi.

3. Manfaat

Membantu mencegah HIV AIDS dan PMS, kondom yang mengandung pelicin memudahkan hubungan intim bagi wanita yang vaginanya kering, membantu mencegah ejakulasi dini.

4. Penanganan Efek Samping dan Masalah Kesehatan Lain

Anda perlu tahu, bagaimana penanganan efek samping dan masalah lain yang timbul pada pemakai kontrasepsi kondom.

Efek Samping	Penilaian	Penanganan
Kondom rusak atau dicurigai bocor.	Cek adakah lubang atau ditemui adanya kebocoran.	Buang dan pakai kondom baru. Jika ada kebocoran, dipertimbangkan pemberian Morning After Pil atau pemakaian kontrasepsi darurat lainnya.
Iritasi Lokal Penis	Tentukan apakah ada alergi atau reaksi mekanis.	Jika reaksi alergi tidak memerlukan pengobatan.
Mengurangi kenikmatan hubungan seksual	Klien mengalami penurunan kenikmatan atau sensASI hubungan intim.	Jika perasaan tersebut tidak bisa ditolerir sebaiknya menggunakan metode kontrasepsi yang lain.

Latihan

Untuk memantapkan pemahaman anda, berikut ada kasus menarik yang bisa anda berikan pelayanan metode kontrasepsi kalender. Seorang perempuan umur 28 tahun datang ke Polindes dengan tujuan ingin menggunakan KB. Berdasarkan hasil penapisan perempuan tersebut tidak bisa menggunakan kontrasepsi modern, kontrasepsi yang bisa digunakan hanya Kontap dan Alami. Tetapi ibu tidak menginginkan kontrasepsi mantap dan ingin mencoba KB Kalender.

Pola haid ibu siklus terpanjang 30 hari dan terpendek 25 hari mulai hari pertama haid sampai haid berikutnya. Sebagai bidan, penjelasan apa yang harus diberikan kepada ibu tersebut terkait metode kontrasepsi kalender? kapan ibu harus pantang senggama?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab latihan tersebut Anda perlu membaca secara hati-hati terkait dengan metode pantang senggama.

Ringkasan

Metode Pantang Berkala (Kalender) merupakan cara / metode kontrasepsi sederhana yang dilakukan oleh pasangan suami istri dengan tidak melakukan senggama atau hubungan seksual pada masa subur/ovulasi. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penerapan metode ini adalah siklus menstruasi wanita sehat ada tiga tahapan:

1. *Pre ovulatory infertility phase* (masa tidak subur sebelum ovulasi).
2. *Fertility phase* (masa subur).
3. *Post ovulatory infertility phase* (masa tidak subur setelah ovulasi).

Perhitungan masa subur ini akan efektif bila siklus menstruasinya normal yaitu 21-35 hari. Pemantauan jumlah hari pada setiap siklus menstruasi dilakukan minimal enam kali siklus berturut-turut. Bila haid teratur (28 hari) maka hari pertama dalam siklus haid dihitung sebagai hari ke-1 dan masa subur adalah hari ke-12 hingga hari ke- 16 dalam siklus haid. Bila haid tidak teratur maka jumlah hari terpendek dalam 6 kali siklus haid dikurangi 18. Hitungan ini menentukan hari pertama masa subur. Jumlah hari terpanjang selama 6 siklus haid dikurangi 11. Hitungan ini menentukan hari terakhir masa subur.

Metode Kontrasepsi Barrier antara lain Kondom, Diafragma, dan Spermisida. Kondom merupakan metode kontrasepsi yang sangat efektif bila dipakai *setiap kali* hubungan seksual. Metode ini memberi dorongan bagi pria untuk ikut berpartisipasi dalam kontrasepsi dan membantu *mencegah HIV AIDS, PMS, dan ISR*.

Tes 1

Pilih salah satu jawaban yang paling benar !

- 1) Metode kontrasepsi yang bermanfaat sebagai perlindungan ganda adalah
 - A. Kondom
 - B. Suhu Basal
 - C. MOB
 - D. Kalender
- 2) Metode kontrasepsi Kondom termasuk ke dalam jenis Kontrasepsi
 - A. Alamiah
 - B. Modern
 - C. Barrier
 - D. Ganda
- 3) Yang merupakan kerugian penggunaan metode kontrasepsi Kondom adalah
 - A. Beberapa klien bisa menyebabkan kesulitan mempertahankan ereksi
 - B. Hanya perlu dipakai satu kali saat hubungan seksual
 - C. Meningkatkan kenikmatan hubungan seksual
 - D. Meningkatkan sensitifitas penis

- 4) Jumlah hari terpendek dalam 6 kali siklus haid dikurangi 18. Hitungan ini menentukan hari pertama masa subur. Jumlah hari terpanjang selama 6 siklus haid dikurangi 11. Hitungan ini menentukan hari terakhir masa subur. Aturan ini adalah untuk wanita dengan menstruasi
- A. Banyak
 - B. Teratur
 - C. Tidak Teratur
 - D. Sedikit
- 5) Sedangkan hari pertama dalam siklus haid dihitung sebagai hari ke-1 dan masa subur adalah hari ke-12 hingga hari ke- 16 dalam siklus haid. Aturan ini adalah untuk wanita dengan menstruasi
- A. Banyak
 - B. Teratur
 - C. Tidak Teratur
 - D. Sedikit
- 6) Perhitungan masa subur ini akan efektif bila siklus menstruasinya normal yaituhari.
- A. 21-35 hari
 - B. <21 hari
 - C. >35 hari
 - D. Tidak ditentukan
- 7) Berdasarkan penelitian dr. Johnson dan kawan-kawan di Sidney, metode kalender akan efektif tiga kali lipat bila dikombinasikan dengan metode
- A. Kondom
 - B. MOB
 - C. Simptothermal
 - D. Spermisida
- 8) Yang bukan merupakan metode kontrasepsi barrier adalah
- A. Kondom
 - B. Kalender
 - C. Spermisida
 - D. Diafragma
- 9) Membantu mencegah ejakulasi dini adalah manfaat dari pemakaian KB metode
- A. Kondom
 - B. Kalender
 - C. Spermisida
 - D. Diafragma

- 10) Pemantauan jumlah hari pada setiap siklus menstruasi dilakukan minimal..... kali siklus berturut-turut
- A. 3
 - B. 4
 - C. 5
 - D. 6

Topik 2

Asuhan Kebidanan KB Hormonal

Selamat Saudara telah mampu dan menguasai Topik 1, maka sekarang silahkan lanjutkan kemateri yang terkait dengan pemberian Asuhan pada pengguna KB Hormonal. Mungkin Saudara sering memberikan pelayanan yang berhubungan dengan KB hormonal tetapi mungkin ada yang baru mengenal KB hormonal bagi anda. Apakah KB hormonal dan bagaimana cara kerja dari KB hormonal? Silahkan anda mempelajarinya, semoga semakin menambah wawasan dan kemantapan anda dalam memberikan asuhan kebidanan pada ibu yang menginginkan KB hormonal.

KB Hormonal adalah metode kontrasepsi yang mengandung hormon estrogen saja, progesteron saja maupun kombinasi keduanya. Adapun yang akan kita pelajari adalah Kontrasepsi Kombinasi dan Kontrasepsi Progestin.

A. PIL KOMBINASI

1. Profil

Efektif, harus diminum setiap hari, pada bulan pertama efek samping berupa mual dan perdarahan bercak yang tidak berbahaya dan segera akan hilang. Efek samping yang serius sangat jarang terjadi, dapat dipakai oleh semua ibu usi reproduksi, baik yang sudah mempunyai anak maupun belum, dapat diminum setiap saat bila yakin tidak hamil, tidak dianjurkan pada ibu yang menyusui karena mengurangi produksi ASI

2. Macam-macam nama dagang alat kontrasepsi pil

Mengandung 2 hormon (Andalan pil KB, Microgynon) dan mengandung 1 hormon (Andalan pil KB, Microlut).

3. Cara kerja pil kombinasi

Mencegah pengeluaran hormon dari kelenjar hipofise (hormon LH) sehingga tidak terjadi ovulasi, menyebabkan perubahan pada endometrium, sehingga endometrium tidak siap untuk nidasi, menambah kepekatan lender serviks, sehingga sulit dilalui sperma, pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu pula

4. Keuntungan (manfaat) pil kombinasi

Alat kontrasepsi yang sangat efektif bila minum secara teratur (tidak lupa), tidak mengganggu senggama, reversibilitas (pemulihan kesuburan) tinggi siklus haid menjadi teratur, banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia) tidak terjadi nyeri haid, dapat digunakan jangka panjang selama perempuan masih menggunakannya untuk mencegah kehamilan, dapat digunakan sejak usia remaja hingga menopause, mudah dihentikan setiap

saat, membantu mencegah kehamilan ektopik, kanker ovarium, penyakit radang panggul, disminore, mengurangi perdarahan menstruasi

5. Kerugian pil Kombinasi

Membosankan karena harus minum setiap hari, mual, pusing terutama pada 3 bulan pertama, perdarahan bercak terutama 3 bulan pertama, nyeri payudara, berat badan naik sedikit tetapi pada perempuan tertentu berat badan justru memiliki dampak positif, amenore, tapi jarang sekali untuk pil kombinasi, tidak boleh diberikan pada ibu yang menyusui karena akan mengurangi produksi ASI, pada sebagian kecil wanita dapat menimbulkan depresi dan perubahan suasana hati sehingga keinginan untuk melakukan hubungan senggama berkurang, dapat meningkatkan tekanan darah dan retensi cairan, sehingga resiko stroke dan gangguan pembekuan darah pada vena sedikit meningkat. Pada perempuan usia > 35 tahun keatas dan merokok perlu hati-hati, tidak mencegah IMS, HIV/AIDS.

Informasi terkini menunjukkan bahwa yang dapat menggunakan pil kombinasi adalah usia reproduksi, telah memiliki anak ataupun yang belum memiliki anak, gemuk atau kurus, menginginkan alkon dengan efektivitas tinggi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah melahirkan 6 bulan dan tidak memberikan ASI eksklusif, sedangkan semua cara yang dianjurkan tidak cocok bagi ibu tersebut, pasca keguguran, anemia karena haid yang berlebihan, nyeri haid hebat, siklus haid tidak teratur, riwayat kehamilan ektopik, kelainan payudara, kencing manis tanpa komplikasi pada ginjal, pembuluh darah, mata dan saraf, penyakit tiroid, radang panggul, endometriosis, atau tumor ovarium jinak, dan varises.

Sementara yang tidak boleh menggunakan pil kombinasi adalah yang sedang hamil atau dicurigai hamil, menyusui eksklusif, perdarahan pervagina yang belum diketahui penyebabnya, hepatitis, perokok dengan usia lebih 35 tahun, riwayat penyakit jantung, stroke, atau tekanan darah > 140/90 mmhg, riwayat gangguan factor pembekuan darah atau kencing manis > 20 tahun, kanker payudara atau dicurigai kanker payudara, endometrium, migraine dan gejala neurologik fokal (epilepsi/riwayat epilepsi).

Penggunaan Pil Kombinasi dapat kontra indikasi relative pada pasien yang menderita asma, penyakit jantung, penyakit ginjal, penyakit kandung empedu, depresi (terutama bila memburuk pada masa sebelum menstruasi atau setelah melahirkan), varises.

Dianjurkan agar diberikan konseling pelayanan KB Pil Kombinasi yaitu dengan cara

- a. Tunjukkan cara mengeluarkan pil dari kemasannya dan ikuti panah yang menunjuk deretan berikut
- b. Pil diminum setiap hari, lebih baik pada saat yang sama setelah makan malam
- c. Sangat dianjurkan diminum pada hari pertama haid
- d. Bila paket 28 tablet mulai diminum pada hari pertama haid dan dilanjutkan terus tanpa terputus dengan rangkaian yang baru, tanpa menghiraukan ada tidaknya haid. Bila paket pil yang berisi 20, 21, dan 22 mulai diminum pada hari kelima haid diteruskan sampai habis kemudian tunggu satu minggu baru mulai minum pil dari paket baru

- e. Bila muntah dalam waktu 2 jam setelah menggunakan pil, gunakan metode kontrasepsi yang lain
- f. Bila terjadi muntah hebat atau diare lebih dari 24 jam, maka bila keadaan memungkinkan dan tidak memperburuk keadaan anda, pil dapat diteruskan
- g. Bila lupa minum 1 pil, sebaiknya bisa langsung diminum atau sekaligus 2 pil pada hari yang sama. Bila lupa minum 2 pil atau lebih maka pakailah kontrasepsi yang lain dan pil diminum seperti biasanya satu hari satu tablet sampai habis
- h. Bila lupa minum pil 3 kali berturut-turut mungkin si ibu akan mengalami haid dan hentikan minum pil, minumlah pil yang baru mulai hari kelima haid
- i. Bila tidak mendapatkan haid harus periksa ke klinik untuk tes kehamilan
- j. Pada permulaan minum pil kadang-kadang mual, pening atau sakit kepala, nyeri payudara, spotting, kelainan seperti ini muncul terutama pada 3 bulan pertama dan lama-kelamaan akan hilang dengan sendirinya. Bila keluhan tetap muncul silahkan konsultasi ke dokter.

B. SUNTIKAN KOMBINASI

1. Profil

Suntikan kombinasi disuntikkan secara IM, diberikan setiap 1 bulanan dan mengandung 2 hormon, sangat efektif (terjadi kegagalan 0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan), jenisnya ada 3 yaitu cyclofem sebanyak 1 cc, sedangkan gestin F2 sebanyak 1,5 cc, tetapi kalau cyclogeston sebanyak 1 cc

2. Cara kerja

Menekan ovulasi, membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu, perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu, menghambat transportasi sperma

3. Keuntungan alat kontrasepsi suntikan kombinasi

Resiko terhadap kesehatan kecil, tidak berpengaruh terhadap hubungan suami istri, tidak diperlukan pemeriksaan dalam, jangka panjang, efek samping sangat kecil, klien tidak perlu menyimpan obat suntik

4. Keuntungan non kontrasepsi

Mengurangi jumlah perdarahan, mengurangi nyeri saat haid, mencegah anemia, khasiat pencegahan terhadap kanker ovarium dan kanker endometrium, mencegah kehamilan ektopik, melindungi klien dari jenis-jenis tertentu penyakit radang panggul.

5. Kerugian

Terjadi perubahan pola haid, seperti tidak teratur, spotting, mual, sakit kepala, nyeri payudara ringan, keluhan seperti ini akan hilang setelah suntikan kedua atau ketiga,

ketergantungan klien terhadap pelayanan kesehatan. Klien harus kembali setiap 30 hari untuk mendapatkan suntikan, efektivitas berkurang bila digunakan bersamaan dengan obat- obat epilepsy (fenitoin dan barbioturate) atau obat tuberculosis (firampisin), dapat terjadi efek samping yang serius, seperti serangan jantung, stroke, bekuan darah pada paru atau otak dan kemungkinan timbul tumor hati, penambahan berat badan, kemungkinanterlambat

6. Yang boleh menggunakan suntik kombinasi

Usia reproduksi, telah memiliki anak, ataupun yang belum, ingin mendapatkan kontrasepsi dengan efektivitas tinggi, memberikan ASI pasca persalinan > 6 bulan , pasca persalinan dan tidak menyusui, anemia , nyeri haid hebat, haid teratur, riwayat kehamilan ektopik, sering lupa menggunakan pil kontrasepsi, wanita perokok berusia lebih 35 tahun

7. Yang tidak boleh menggunakan suntik kombinasi

Hamil atau diduga hamil, menyusui dibawah 6 bulan pasca persalinan, perdarahan pervaginam yang belum diketahui penyebabnya, penyakit hati akut (virus hepatitis), usia lebih 35 tahun dan merokok, riwayat penyakit jantung, stroke, tekanan darah tinggi >180/110 mmhg, riwayat kencing manis > 20 tahun, kelainan pembuluh darah yang menyebabkan sakit kepala atau migrain, keganasan payudara.

- a. Bilakah saatyang tepat seorang akseptor menggunakan suntikan kombinasi ?
- b. Suntikan dalam waktu 7 hari siklus haid, dan tidak perlu kontrasepsi tambahan
- c. Bila suntikan pertama diberikan setelah hari ke-7 siklus haid, klien tidak melakukan senggama selama 7 hari atau menggunakan kontrasepsi selama 7 hari
- d. Bila klien tidak haid, suntikan pertama dapat diberikan setiap saat, asal saja dapat dipastikan klien tidak hamil. Klien tidak boleh melakukan senggama untuk 7 hari lamanya atau pakai kontrasepsi lain selama masa waktu 7 hari
- e. Bila klien 6 bulan pasca melahirkan, menyusui serta belum haid, suntikan pertama dapat diberikan pada siklus haid 1 s / d 7
- f. Bila pasca persalinan kurang 6 bualan dan menyusui, jangan diberikan suntikan kombinasi
- g. Bila pasca persalinan 3 minggu, dan tidak menyusui, suntikan kombinasi dapat diberikan
- h. Pasca keguguran,suntikan kombinasi dapat segera diberikan atau dalam waktu 7 hari
- i. Ibu yang sedang menggunakan kontrasepsi metode hormonal yang lain dan ingin ganti cara suntikan kombinasi dan selama ibu tersebut menggunakan kontrasepsi sebelumnya secara benar, suntikan kombinasi dapat segera diberikan tanpa menunggu haid.bila ragu-ragu, uji tes kehamilan.
- j. Bila kontrasepsi sebelumnya juga kontrasepsi hormonal, dan ibu tersebut ingin menggantinya dengan suntik kombinasi, maka suntikan kombinasi tersebut dapat diberikan sesuai jadwal kontrasepsi sebelumnya.

- k. Ibu yang menggunakan metode kontrasepsi non hormonal dan ingin ganti cara dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama dapat diberikan segera asal yakin klien tidak hamil, dan pemberiannya tanpa menunggu datangnya haid. Bila diberi pada hari ke 1-7 siklus haid, metode kontrasepsi lain tidak diperlukan. Bila sebelumnya menggunakan AKDR, adan ingin menggantinya dengan suntikan kombinasi, maka suntikan pertama diberikan hari 1-7 siklus haid. Cabut segera AKDR.

C. MINIPIL

1. Profil

Cocok untuk semu ibu menyusui, dosis rendah, tidak menurun kan produksi ASI, tidak memberikan efek samping estrogen, spotting dan perdrahan tidak teratur, banyak dapat dipakai sebagai kontrasepsi darurat.

2. Efek samping

Menstruasi tidak teratur atau tidak menstruasi, kenaikan berat badan, nyeri tekan pada payudara, depresi, penurunan HDL, kemungkinan penurunan massa tulang

3. Tanda peringatan

Nyeri hebat pada abdomen bawah, sakit kepala hebat, tidak menstruasi pada waktu yang biasanya menstruasi, perdarahan pervaginam hebat (pada penggunaan depo provera).

Sangat diperlukan melakukan konseling konseling mini pil pada klien. Pasien harus mengetahui secara pasti bahwa Mini pil sangat efektif (98,5% tidak terjadi kehamilan), jangan sampai ada tablet yang lupa, tablet digunakan pada jam yang sama (malam hari setelah makan), senggama sebaiknya dilakukan 3-20 jam setelah penggunaan mini pil, diminum mulai hari pertama sampai hari ke-5 siklus haid, bila menggunakannya pada hari ke 5 haid, jangan melakukan senggama selama 2 hari atau boleh menggunakan kondom, bila klien tidak haid minipil dapat digunakan setiap saat asal klien yakin tidak hamil, bila menyusui penuh antara 6 minggu dan 6 bulan pasca persalinan mini pil dapat dimulai setiap saat dan tanpa memerlukan alkon tambahan, bila lebih dari 6 minggu pasca persalinan dan klien telah mendapat haid, mini pil dapat diminum mulai hari 1 sampai dengan siklus haid, mini pil dapat diberikan segera pasca keguguran, bila sebelum pakai hormonal yang lain atau pakai IUD ingin ganti mini pil, bisa diberikan segera asal yakin tidak hamil, bila klien muntah dalam waktu 2 jam setelah menggunakan pil, gunakan metode kontrasepsi lain (kondom), bila klien ingin melakukan hubungan senggama pada 48 jam berikutnya, bila klien lupa terlambat minum pil lebih dari 3 jam, minumlah pil tersebut begitu klien ingat, dan gunakan metode pelindung selama 48 jam, bila klien lupa minum 1-2 tablet, minumlah segera pil yang terlupa tersebut sesegera klien ingat dan gunakan metode pelindung sampai akhir bulan, walaupun klien belum haid, mulailah paket baru sehari setelah paket terakhir habis, bila haid teratur setiap bulan dan kemudian kehilangan 1 siklus haid (tidak haid)

D. IMPLAN ATAU SUSUK

1. Profil

Metode implan merupakan metode kontrasepsi efektif yang dapat member perlindungan 5 tahun untuk Norplant, 3 tahun untuk Jadena, Implanon atau Implanon, terbuat dari bahan semacam karet lunak berisi hormon levonorgestrel, berjumlah 6 kapsul, panjangnya 3,4 cm, diameter 2,4 cm, dan setiap kapsul berisi 36 mg hormon levonorgestrel, cara penyebaran zat kontrasepsi dalam tubuh, yaitu progestin meresap melalui dinding kapsul secara berkesinambungan dalam dosis rendah. Kandungan levonorgestrel dalam darah yang cukup untuk menghambat konsepsi dalam 24 jam setelah pemasangan.

2. Jenis Implan

Norplant terdiri 6 kapsul silastik lembut berongga dengan panjang 3,4 cm, diameter 2,4 mm yang berisi 36 mg levonorgestrel, Implanon, tersiri satu batang putih lentur, panjangnya 40 mm, diameter 2 mm, berisi 68 mg desogestrel, Jadena dan Implanon, terdiri dari 2 batang yang berisi 75 mg levonorgestrel

3. Mekanisme Kerja

Menghambat ovulasi sehingga ovum tidak diproduksi, membentuk secret serviks yang tebal untuk mencegah penetrasi sperma, menekan pertumbuhan endometrium sehingga tidak siap untuk nidasi, mengurangi sekresi progesteron selama fase luteal dalam siklus terjadinya ovulasi

4. Keuntungan Pemakaian

Angka kegagalan tahun pertama antara 0,2-0,5 per tahun wanita, awitan kerja sangat cepat 24 jam setelah pemasangan, pengembalian tingkat kesuburan yang cepat setelah pencabutan, perlindungan jangka panjang sampai 5 tahun, tidak memerlukan pemeriksaan dalam, bebas estrogen, tidak mengganggu kegiatan senggama, efektif tidak merepotkan klien, tingkat proteksi yang berkesinambungan, bias dicabut setiap saat sesuai kebutuhan, klien hanya perlu kembali ke klinik bila ada keluhan, tidak mengganggu ASI, mengurangi nyeri haid, jumlah darah haid dan mengurangi anemia, melindungi terjadinya kanker endometrium, beberapa penyebab penyakit radang panggul, menurunkan angka kejadian Endometriosis

5. Kerugian Pemakaian

Tidak memberikan efek protektif terhadap penyakit menular seksual termasuk AID's, membutuhkan tindakan pembedahan minor untuk insersi dan pencabutan, akseptor tidak dapat menghentikan sendiri pemakaian kontrasepsi ini sesuai keinginan, akan tetapi harus pergi ke klinik, secara kosmetik susuk Norplant dapat terlihat dari luar, terjadi perubahan pola darah haid (spotting), hypermenore atau meningkatnya jumlah darah haid, Amenore (20%) untuk beberapa bulan atau tahun, pemasangan dan pencabutan perlu palatihan

6. Indikasi

Menyukai metode yang tidak memerlukan tindakan setiap hari sebelum senggama, misalnya keharusan minum pil, menghendaki metode yang sangat efektif untuk jangka panjang, pasca persalinan dan tidak menyusui, tidak menyukai metode kontrasepsi hormonal yang mengandung estrogen, atas permintaan akseptor sendiri, pada pemeriksaan tidak ada kontra Indikasi, telah memiliki anak atau belum, menyusui dan membutuhkan kontrasesi, tidak menginginkan anak lagi dan tidak mau steril, riwayat kehamilan ektopik

7. Kontraindikasi

Kemungkinan hamil, penyakit hati atau tumor hati jinak/ganas, menderita penyakit Tromboembolik aktif, misalnya thrombosis di kaki, paru atau mata, mengalami perdarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya, adanya benjolan di payudara/dugaan kanker payudara dan mioma uteri, riwayat stroke dan penyakit jantung, Menggunakan obat untuk epilepsi dan tuberculosis

8. Masalah-masalah lain

Wanita dengan masalah-masalah di bawah ini bila memakai Norplant memerlukan pemeriksaan ulang yang lebih sering: Diabetes Mellitus, Hypertensi (tekanan darah 160/90 mmHg), nyeri kepala vaskuler atau migraine berat, Epilepsi atau tuberculosis, Depresi, Perokok (terutama berusia di atas 35 tahun)

9. Konseling Khusus Untuk Implan atau Susuk

Bila klien pernah memakai alat kontrasepsi susuk, anda harus menanyakan tentang hal-hal sebagai berikut:

Berapa lama klien telah memakai alat kontrasespsi susuk ?, Apakah klien puas dalam mempergunakan alat kontrasespsi susuk misalnya kegunaannya, kepuasannya, efek samping atau masalah lain, hamil, dan alasan mengapa klien berhenti menggunakan alat kontrasespsi susuk?

Konseling harus klien belum pernah menggunakan kontrasepsi susuk, Saudara harus menanyakan tentang hal-hal sebagai berikut :

Apakah klien pernah mendiskusikan kontrasepsi susuk dengan suami atau dengan teman atau sahabatnya?, Apakah klien akan berfikir bahwa suaminya atau orang lain tidak menyetujui keikutsertaannya? Kalau memang benar begitu, apakah klien akan tetap menerima alat kontrasespsi susuk sebagai alat kontrasepsi pilihannya?, Apabila klien telah menetapkan untuk mempergunakan alat kontrasepsi susuk, maka konseling harus dapat memberikan informasi lebih spesifik mengenai, bagaimana alat kontrasespsi susuk mencegah kehamilan, keuntungan dan kerugian termasuk efek samping (terutama yang berhubungan dengan kemungkinan timbulnya ketidakaturan haid), dan masalah lain, cara insersi dan pengangkatan, serta daya guna alat kontrasespsi susuk, saat insersi yang tepat serta kontrasepsi yang harus dipakai bila tindakan insersi terpaksa ditunda, pengangkatan/pencabutan alat kontrasespsi susuk adalah merupakan hak klien dan dapat

dilakukan setiap saat sesuai keinginan, tingkat kesuburan akan segera pulih kembali segerasetelah pencabutan

10. Saat Pemasangan Implan

- a. Setiap saat hari ke 2-7 siklus haid dan setelah pemasangan selama 7 hari tidak boleh melakukan senggama atau bisa memakai metode lain
- b. 1-7 hari setelah abortus
- c. 6 minggu setelah melahirkan dan telah terjadi haid kembali, menyusui penuh setelah pemasangan klien tidak perlu memakai metode lain selama 7 hari
- d. Bila klien tidak haid bisa dipasang setiap saat dan yakin bahwa tidak hamil, setelah dipasang tidak boleh melakukan senggama selama 7 hari atau bias memakai metode lain
- e. Bila klien menggunakan kontrasepsi hormonal dan ingin ganti implan bisa dipasang setiap saat asal betul-betul tidak hamil dan memakai kontrasepsi yang lalu betul-betul dengan benar
- f. Bila sebelumnya kontrasepsi suntikan, ingin ganti implan maka dipasang pada saat jadwal kontrasepsi suntikan
- g. Bila sebelumnya memakai kontrasepsi sederhana, ingin ganti implan maka dipasang setiap saat asal yakin tidak hamil
- h. Bila sebelum memakai IUD, maka dipasang implan pada saat hari ke 7 haid dan klien setelah dipasang tidak boleh melakukan senggama selama 7 hari atau pakai metode lain

i. Informasi Lain yang Perlu Disampaikan

Amenorea yang disertai nyeri perut bagian bawah, bila hebat kemungkinan terjadi kehamilan ektopik, perdarahan pervaginam yang banyak, rasa nyeri pada lengan, jika bekas insisi mengeluarkan darah atau nanah, ekspulsi dari batang implan, sakit kepala yang hebat, keterlambatan haid yang sebelumnya teratur, dugaan adanya kehamilan

Latihan

Silahkan Anda mulai berlatih membuat asuhan kebidanan dengan memperhatikan langkah-langkah yang pernah dipelajari sebelumnya pada mata kuliah konsep kebidanan dan teknik anamnesa serta pemeriksaan fisik pada modul ketrampilan dasar klinik, selanjutnya lakukan analisa data untuk merumuskan diagnose dan penatalaksanaan pada kasus tersebut.

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk melakukan latihan tersebut anda dapat menggunakan format asuhan kebidanan berikut dibawah ini.

Format : ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA BERENCANA (KB)

I. PENGUMPULAN DATA

A. IDENTITAS / BIODATA

Nama :	Nama Suami :
Umur :	Umur :
Suku/Bangsa :	Suku/Bangsa :
Agama :	Agama :
Pendidikan :	Pendidikan :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Alamat :	Alamat :

B. ANAMNESA (DATA SUBTEKTIF)

Pada tanggal : Pukul :

- a. Alasan kunjungan :
Yang mengantar :
- b. Riwayat Menstruasi :
 - Menarche :
 - Siklus :
 - Lamanya :
 - Banyak :
 - Sifat Darah :
 - Warna :
 - HPHT :
- c. Riwayat Perkawinan
 - Kawin ke :
 - Lama perkawinan :
- d. Riwayat Obstetri yang lalu
 - Riwayat seluruh kehamilan
 - Gravida :
 - Partus :
 - Abortus :
 - Lahir hidup :
 - Lahir mati :
 - Riwayat persalinan terakhir/ Abortus Terakhir
 - Tanggal persalinan terakhir :
 - Jenis Persalinan :
 - Apakah sedang menyusui :

e. Riwayat KB Sebelumnya

Dalam dua tahun terakhir apakah ada memakai kontrasepsi : Ya/Tidak Bila ya, jelaskan masing-masing

No	Metode	Lama Pemakaian	Alasan Berhenti Metode Kontrasepsi
1	Pil		
2	IUD/AKD R		
3	Suntik		
4	Kondom		
5	Dll		

f. Riwayat Medis Sebelumnya

- Sedang mendapat pengobatan jangka panjang :
- Saat ini sedang menderita penyakit kronis :

g. Riwayat sosial

- Merokok :
- Minuman keras :

h. Riwayat Ginekologi

- Tumor ginekologi :
- Operasi ginekologi yang pernah dialami :
- Penyakit kelamin :
 - G.O :
 - Sipilis :
 - Herpes :
 - Keputihan :
- Perdarahan tanpa sebab yang jelas:

C. PEMERIKSAAN FISIK (DATA OBYEKTIF)

1. Status generalis

- Keadaan Umum :
- Status emosional :
- Kesadaran :
- Tinggi badan :
- Berat badan :
- TD :
- Nadi :
- RR :
- Suhu :

2. Pemeriksaan khusus obstetri
- Payudara :
 - Benjolan :
 - Nyeri tekan :
 - Puting susu :
 - Sedang menyusui :
 - Abdomen
 - Pembesaran :
 - Bekas luka :
 - Konsistensi :
 - Nyeri tekan :
 - Bekas luka :
 - Peradangan :
 - VT
 - Tumor :
 - Posisi rahim :
 - Bentuk :
 - Inspekulo :
 - Tanda-tanda peradangan :
 - Tanda-tanda kehamilan :
 - Perdarahan :
 - Varices :
 - Pemeriksaan penunjang :
 - Planotes atau tespack :

D. DATA PSIKOLOGIS

- Pengertian ibu tentang efek samping alat kontrasepsi :
- Pengaruh alat kontrasepsi dengan agama yang dianut :
- Pengaruh alat kontrasepsi dengan hubungan suami / istri :

Langkah berikutnya setelah data terkaji lanjutkan dengan analisis kebutuhan klien, apakah klien membutuhkan KB PIL kombinasi, suntikan, mini pil atau Implan/ susuk?

Latihan

Identifikasi pasien dengan menggunakan Anamnesa (DATA SUBJEKTIF). Gunakan Tabelyang tersedia. Kemudian berikan konseling terkait dengan permasalahan tersebut.

Rangkuman

KB Hormonal adalah metode kontrasepsi yang mengandung hormon estrogen, progesteron maupun kombinasi keduanya. Adapun macam-macam jenis kontrasepsi hormonal yang ada antara lain:

- a. Kontrasepsi Hormonal Kombinasi terdapat 2 jenis yaitu :
 - 1) Pil
Efektif, Harus diminum setiap hari, pada bulan pertama efek samping berupa mual dan perdarahan bercak, dapat dipakai oleh semua ibu usia reproduksi, dapat diminum setiap saat bila yakin tidak hamil, tidak dianjurkan pada ibu yang menyusui karena mengurangi produksi ASI. Kontrasepsi ini mengandung 2 hormon (Andalan pil KB, Microgynon), mengandung 1 hormon (Andalan pil KB, Microlut)
 - 2) Suntik
Disuntikkan secara IM, diberikan setiap 1 bulanan dan mengandung 2 hormon, Sangat efektif (terjadi kegagalan 0,1-0,4 kehamilan per 100 perempuan), Jenisnya ada 3 yaitu cyclofem sebanyak 1 cc, sedangkan Gestin F2 sebanyak 1,5 cc, tetapi kalau cyclogeston sebanyak 1 cc.
- b. Kontrasepsi Hormonal Progestin terdapat 4 jenis :
 - 1) Suntik
 - 2) Pil Progestin (Minipil)
Cocok untuk semua ibu menyusui, dosis rendah, tidak menurunkan produksi ASI, tidak memberikan efek samping estrogen, spotting dan perdarahan tidak teratur, dapat dipakai sebagai kondom
 - 3) Implan/Susuk
Merupakan metode kontrasepsi efektif yang dapat memberikan perlindungan 5 tahun untuk Norplant, 3 tahun untuk Jadena, Implanon atau Implanon, Terbuat dari bahan semacam karet lunak berisi hormon levonorgestrel. Cara penyebaran zat kontrasepsi dalam tubuh, yaitu progestin meresap melalui dinding kapsul secara berkesinambungan dalam dosis rendah. Kandungan levonorgestrel dalam darah yang cukup untuk menghambat konsepsi dalam 24 jam setelah pemasangan.

Tes 3

Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat

- 1) Yang dapat menggunakan Pil Kombinasi adalah
 - A. Menginginkan alkon dengan efektivitas tinggi
 - B. Setelah melahirkan dan tidak menyusui

- C. Setelah melahirkan 6 bulan dan memberikan ASI eksklusif
 - D. Pasca Keguguran
- 2) Seorang ibu menggunakan alat kontrasepsi pil kombinasi. Ibu tersebut lupa meminumpil selama 3 hari berturut-turut, apa yang sebaiknya ibu lakukan
- A. Minum 3 pil sekaligus
 - B. Berhenti minum pil dan ganti dengan pil baru mulai hari kelima haid
 - C. Minum seperti jadwal
 - D. Minum 2 pil dan gunakan kontrasepsi tambahan (kondom)
- 3) Keuntungan dari kontrasepsi suntik kombinasi adalah
- A. Tidak mencegah anemi
 - B. Mencegah risiko kanker payudara
 - C. Menambah jumlah perdarahan
 - D. Mengurangi nyeri saat haid
- 4) Bila klien 6 bulan pasca melahirkan, menyusui serta belum haid, suntikan pertamadapat diberikan pada siklus haid
- A. 7 hari keatas
 - B. 1-7 hari
 - C. 5-7 hari
 - D. 3-6 hari
- 5) Kontrasepsi suntikan progestin, mengandung ... mg DMPA yang diberikan tiap bulan.
- A. 200 mg – 2 bulan
 - B. 150 mg – 3 bulan
 - C. 200 mg – 3 bulan
 - D. 150 mg – 2 bulan
- 6) Kontrasepsi implan, untuk indoplant berisi ... mg levonorgestrel
- A. 70
 - B. 75
 - C. 80
 - D. 100
- 7) Senggama sebaiknya dilakukan ... setelah penggunaan mini pil
- A. 5-7 hari
 - B. 7 jam
 - C. 3-20 jam
 - D. 24 jam

- 8) Jenis kontrasepsi yang mempunyai efek samping Penurunan HDL (high-densitylipoprotein) adalah
- A. Implat
 - B. Suntikan 3 bulanan
 - C. Suntikan 1 bulanan
 - D. Mini Pil
- 9) Dalam konseling Mini Pil, sebaiknya mini pil diminum mulai hari ... sampai hari ke-...siklus haid
- A. 1-7
 - B. 1-5
 - C. 1-6
 - D. 1-8
- 10) Pemasangan implan, Bila sebelum memakai IUD, maka dipasang implan pada saat harike ... haid
- A. 7
 - B. 8
 - C. 9
 - D. 10

Topik 3

Asuhan Kebidanan KB Non Hormonal

Setelah Saudara menyelesaikan Topik 2 dan Saudara sudah mampu menguasainya maka sekarang diperkenankan untuk melanjutkan materi yang terkait dengan pemberian Asuhan pada pengguna KB Non-hormonal. Jenis kontrasepsi Non-hormonal merupakan jenis kontrasepsi yang tidak berhubungan dengan hormonal sehingga tidak memberikan efek hormonal pada penggunaannya. KB Non-hormonal terdiri atas Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) dan Kontrasepsi Mantap yaitu Tubektomi dan Vasektomi. Namun sekarang hanya akan mempelajari tentang kontrasepsi AKDR sebagai kontrasepsi efektif jangka panjang.

A. ALAT KONTRASEPSI DALAM RAHIM (AKDR)

1. Profil

Sangat efektif, reversible dan berjangka panjang (Cu T 380 A sampai 10 tahun), haid menjadi lebih lama dan banyak, pemasangan dan pencabutan memerlukan pelatihan, dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi, tidak boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar IMS

2. Jenis AKDR yang sering digunakan adalah Cu T 380 A

3. Cara kerja

Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, AKDR bekerja terutama mencegah sperma dan ovum bertemu, memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus.

4. Keuntungan

Sangat efektif, efektif segera setelah pemasangan, jangka panjang, tidak mempengaruhi hubungan seksual, meningkatkan kenyamanan hubungan seksual karena tidak takut untuk hamil, tidak ada efek samping hormonal, tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI, Dapat dipasang segera setelah melahirkan/post abortus, dapat digunakan sampai menopause, tidak ada interaksi dengan obat-obat, membantu mencegah kehamilan ektopik.

5. Kerugian

Perubahan siklus haid (lebih lama dan banyak), terjadi spotting (perdarahan) antar menstruasi, saat haid lebih sakit, merasakan sakit atau kram selama 3-5 hari pasca pemasangan, perforasi dinding uterus, tidak mencegah IMS termasuk HIV/AIDS, terjadi penyakit radang panggul yang dapat memicu infertilitas bila sebelumnya memang sudah terpapar IMS. Prosedur medis perlu pemeriksaan pelvik dan kebanyakan perempuan takut selama pemasangan, sedikit nyeri dan perdarahan setelah pemasangan, klien tidak bisa melepas AKDR sendiri, bisa terjadi ekspulsi AKDR, tidak mencegah kehamilan ektopik, harus rutin memeriksa posisi benang

6. Indikasi

Usia reproduktif, keadaan nullipara, menginginkan menggunakan kontrasepsi jangka panjang, menyusui dan ingin menggunakan kontrasepsi, setelah melahirkan dan tidak menyusui, setelah mengalami abortus dan tidak ada infeksi, risiko rendah dari IMS, tidak menghendaki metode hormonal, menyukai kontrasepsi jangka panjang

7. Kontraindikasi

Kehamilan, gangguan perdarahan, radang alat kelamin, curiga tumor ganas di alat kelamin, tumor jinak rahim, kelainan bawaan rahim, erosi, alergi logam, berkali – kali terkena infeksi panggul, ukuran rongga rahim <5 cm, diketahui menderita TBC pelvik.

8. Seleksi atau penapisan klien

Hpht, paritas dan riwayat persalinan terakhir, riwayat kehamilan ektopik, nyeri hebat saat haid, anemia berat (hb<9gr% atau hematokrit <30), riwayat isg, phs, berganti-ganti pasangan, kanker serviks

9. Saat pemasangan AKDR

Pada waktu haid, segera setelah induksi haid atau abortus spontan, setelah melahirkan, setiap saat bila yakin tidak hamil, post abortus, selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi

10. Pemeriksaan fisik meliputi

Palpasi perut, inspeksi, pemeriksaan speculum, pemeriksaan bimanual

Latihan

Identifikasi kelebihan dan keluhan pada akseptor yang menggunakan kontrasepsi AKDR Cu T380A! Kemudian berikan konseling terkait dengan permasalahan tersebut.

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk menjawab latihan tersebut anda perlu membaca dan mengingat kembali sikap dan langkah-langkah komunikasi.

Ringkasan

AKDR merupakan suatu metode kontrasepsi yang sangat efektif, reversible dan berjangka panjang (CuT 380 A sampai 10 tahun) yang dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi yang tidak terpapar IMS. Metode ini bekerja dengan menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii, mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri, mencegah sperma dan ovum bertemu. Pemeriksaan fisik yang perlu

dilakukan sebelum pemasangan AKDR yaitu palpasi perut, inspeksi, pemeriksaan speculum, pemeriksaan bimanual. Seleksi atau penapisan klien AKDR antara lain HPHT, paritas dan riwayat persalinan terakhir, riwayat kehamilan ektopik, nyeri hebat saat haid, anemia berat (Hb < 9gr% atau Hematokrit < 30), Riwayat ISG-PHS, berganti-ganti pasangan, kanker serviks. Waktu Pemasangan AKDR yakni pada waktu haid, segera setelah induksi haid atau abortus spontan, setelah melahirkan, setiap saat bila yakin tidak hamil, post abortus, selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi.

Tes 3

Pilihlah salah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Yang bukan merupakan profil Metode KB AKDR adalah
 - A. Sangat efektif, reversible dan berjangka panjang (CuT 380 A sampai 10 tahun)
 - B. Haid menjadi lebih lama dan banyak
 - C. Dapat dipakai oleh semua perempuan usia reproduksi
 - D. Boleh dipakai oleh perempuan yang terpapar IMS

- 2) Jenis AKDR yang sering digunakan
 - A. Cu T 380 A
 - B. Lippes Loop (spiral)
 - C. M1 Cu 375
 - D. Cu T 200 B

- 3) Pemeriksaan Fisik yang dilakukan sebelum pemasangan AKDR, *kecuali*
 - A. Palpasi payudara
 - B. Inspeksi genetalia
 - C. Pemeriksaan speculum
 - D. Pemeriksaan bimanual

- 4) Yang bukan waktu yang dianjurkan boleh dilakukannya pemasangannya AKDR adalah
 - A. Pada waktu haid
 - B. Segera setelah induksi haid atau abortus spontan
 - C. Post abortus
 - D. Selama 1-12 hari setelah senggama yang tidak dilindungi

- 5) Seorang ibu diketahui Ukuran rongga rahimnya < 5 cm maka
 - A. Diperbolehkan dipasang AKDR
 - B. Pemasangan AKDR ditunda
 - C. Tidak bisa dipasang AKDR
 - D. Pemasangan AKDR 7 hari kemudian

- 6) Saat tepat boleh dipasang kontrasepsi AKDR adalah
- A. Selama 1-5 hari setelah senggama yang tidak dilindungi
 - B. Setelah seminggu senggama yang tidak dilindungi
 - C. Setelah satu bulan pasca senggama yang tidak dilindungi
 - D. Selama 10 hari setelah senggama yang tidak dilindungi
- 7) Yang bukan merupakan kerugian dari kontrasepsi AKDR adalah
- A. Perubahan siklus haid (lebih lama dan banyak)
 - B. Terjadi spotting (perdarahan) antarmenstruasi
 - C. Saat haid lebih sakit
 - D. Merasakan sakit/kram selama 3 bulan pasca pemasangan
- 8) Pemeriksaan yang harus dilakukan pada setiap klien calon pengguna kontrasepsi AKDR adalah
- A. Pemeriksaan Mata
 - B. Pemeriksaan Panggul
 - C. Pemeriksaan Palpasi Leher
 - D. Pemeriksaan Auskultasi
- 9) Cara kerja utama kontrasepsi AKDR adalah
- A. Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke tuba falopii
 - B. Mempengaruhi fertilisasi sebelum ovum mencapai kavum uteri
 - C. Mencegah sperma dan ovum bertemu
 - D. Memungkinkan untuk mencegah implantasi telur dalam uterus
- 10) Yang bukan merupakan seleksi penapisan klien AKDR adalah
- A. HPHT
 - B. Paritas dan riwayat persalinan terakhir
 - C. Kanker payudara
 - D. Kanker serviks

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) C
- 3) A
- 4) C
- 5) B
- 6) A
- 7) C
- 8) B
- 9) A
- 10) D

Tes 2

- 1) D
- 2) C
- 3) D
- 4) D
- 5) B
- 6) B
- 7) D
- 8) C
- 9) D
- 10) A

Tes 3

- 1) D
- 2) A
- 3) A
- 4) D
- 5) C
- 6) A
- 7) D
- 8) B
- 9) C
- 10) C

Glosarium

-
- ABPK : Alat Bantu Pengambilan Keputusan yaitu suatu media lembar balik yang digunakan dalam kegiatan konseling KB
-
- AKDR : Alat Kontrasepsi Dalam Rahim yaitu Suatu alat untuk mencegah kehamilan yang efektif, aman dan reversibel yang terbuat dari plaslik atau logam kecil yangdimasukan dalam uterus melalui kanalis servikalis.
- E/P : Estrogen/Progestin yaitu hormon wanita yang berkaitan erat dengan siklusreproduksi.
- HDL : High-density Lipoprotein adalah jenis kolesterol yang membawa kolesterol jahat(LDL kolesterol), dari arteri dan kembali ke hati.
- IMS : Infeksi Menular Seksual adalah infeksi yang sebagian besar menular lewathubungan seksual dengan pasangan yang sudah tertular
- ISR : Infeksi Saluran Reproduksi yaitu masuk dan berkembangbiaknya kuman penyebab infeksi kedalam saluran reproduksi.
- KB : Keluarga Berencana adalah gerakan untuk membentuk keluarga yang sehat dansejahtera dengan membatASI kelahiran.
- KBA : Keluarga Berencana Alamiah adalah KB ini menggunakan dasar-dasar yangalamiah, ilmiah dan tanpa alat kontrasepsi
- MAL : Metode Amenore Laktasi adalah metodekontrasepsi sementara yang mengandalkan pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif.

Daftar Pustaka

- Saifudin, AB. 2010. Buku Panduan Praktis Pelayanan Kontrasepsi, Jakarta: YBSPBaziad,
- Al. 2002. Kontrasepsi Hormonal, Jakarta: YBSP BKKBN, IBI, USAID, STRATH. ABPK
KB. Jakarta
- GlasIer, Anna G, 2005. KB dan Kesehatan Reproduksi
- Manuaba, IBG, 2010. Ilmu Kebidanan, Kandungan dan KB Bagi Bidan. Jakarta: EGC
- Prawirohardjo, S. Ilmu Kandungan . Jakarta: YBSP