

Program Studi
Pendidikan Profesi Bidan



MODUL PRAKTIK 1

KEBIDANAN FISILOGI HOLISTIK KELUARGA BERENCANA DAN KESEHATAN REPRODUKSI

2019



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

VISI DAN MISI
PRODI PENDIDIKAN PROFESI BIDAN

VISI

“Menghasilkan Lulusan Profesi Bidan
Yang Unggul, Berkarakter, Berbasis Kearifan Lokal
Menuju Daya Saing Global Tahun 2024
Dengan Unggulan Kebidanan Komunitas”

MISI

1. Menyelenggarakan Pendidikan Profesi Bidan yang berkualitas dengan menerapkan pembelajaran yang berbasis *evidence based dan critical thinking dalam asuhan kebidanan*.
2. Melaksanakan penelitian yang mengikuti perkembangan IPTEK serta selaras dengan kearifan lokal dengan unggulan kebidanan komunitas
3. Menyelenggarakan pengabdian masyarakat berbasis bukti ilmiah yang berorientasi pada kebidanan komunitas melalui kegiatan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan ibu dan anak serta kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan produktifitas dan kualitas sumber daya manusia serta pengelolaan sarana dan prasarana untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi.

MODUL 1

PRAKTIK KELUARGA BERENCANA DAN KESEHATAN REPRODUKSI



**PRODIPENDIDIKAN PROFESI BIDAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKA RAYA**

MODUL KEBIDANAN FISILOGI 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: PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DALAM SITUASI DARURAT BENCANA.....	1
Topik 1.	
Konsep Kesehatan Reproduksi Dalam Situasi Darurat Bencana	3
Latihan	14
Ringkasan	14
Tes 1	14
Topik 2.	
Pelayanan Kesehatan Reproduksi Dalam Bencana	17
Latihan	27
Ringkasan	28
Tes 2	28
KUNCI JAWABAN TES	30
GLOSARIUM	31
DAFTAR PUSTAKA	32
BAB II: KONSEP KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA.....	33
Topik 1.	
Konsep Kependudukan	34
Latihan	38
Ringkasan	39
Tes 1	39
Topik 2.	
Sejarah Keluarga Berencana	41
Latihan	43
Ringkasan	44
Tes 2	45
Topik 3.	
Konsep Keluarga Berencana	46
Latihan	52
Ringkasan	53
Tes 3	54
KUNCI JAWABAN TES	57
DAFTAR PUSTAKA	58

BAB I

PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI DALAM SITUASI DARURAT BENCANA

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.

✂ ■ Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana ✂ ■
Poltekkes Kemenkes Palangka Raya

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 bertatapmuka
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

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 rangkaian 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 mengembangkan 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 kembali kapan 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 bekerja 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 PENGUNSI

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 kehidupan berkeluarga dan kehidupan reproduksi
11. Hak mendapatkan manfaat dari hasil kemajuan ilmu pengetahuan yang terkait dengan kesehatan reproduksi
12. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi.

D. RESIKO PENGUNGSI 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 menyusui 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
 - A. Pra Bencana
 - B. Saat Tanggap Darurat
 - C. Pasca Bencana
 - D. Sebelum Bencana
 - E. Setelah Bencana

- 3) Prinsip yang meliputi pertukaran informasi, kompromi, dan aksi kolaboratif, merupakan prinsip
 - A. Kualitas Pelayanan
 - B. Koordinasi
 - C. Komunikasi
 - D. Partisipasi masyarakat
 - E. Akuntabilitas

- 4) Proses pertanggungjawaban oleh orang-perseorangan dan organisasi atas capaian kerja menurut standar-standar dan prinsip-prinsip tertentu, merupakan definisi prinsip
 - A. Kualitas Pelayanan
 - B. Koordinasi
 - C. Komunikasi
 - D. Partisipasi masyarakat
 - E. 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
 - A. Akuntabilitas
 - B. Kualitas Pelayanan
 - C. Koordinasi
 - D. Komunikasi
 - E. 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
 - A. 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

✂ ■ Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana ✂ ■
Poltekkes Kemenkes Palangka Raya

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

■ Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana ■
Poltekkes Kemenkes Palangka Raya

	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 protocol 	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 	


■ Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana


Poltekkes Kemenkes Palangka Raya

	<p>standart untuk pelayanan Kespro</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemamptapan 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 	
Bidang Logistik	<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 logistic kespro - Pencatatan dan pelaporan - Memastikan ketersediaan fasilitas untuk memenuhi kebutuhan reproduksi 	<ul style="list-style-type: none"> - Pemantauan pemakaian logistic - Pencatatan dan pelaporan
Bidang Capacity Building	<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 	<ul style="list-style-type: none"> - Sosialisasi materi KIE yang sudah disusun 	<ul style="list-style-type: none"> - 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 - Pemberdayaan 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 kesepakatan 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 sarana 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 memiliki potensi 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.

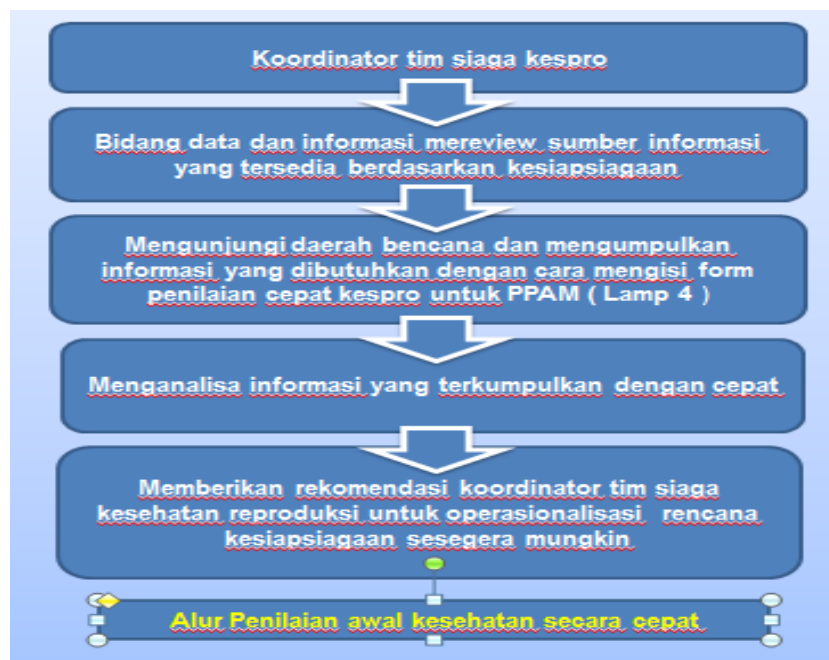
- 2) Mengintegrasikan tim siaga kespro ke dalam tim koordinasi Badan Penanggulangan Bencana.

- 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?

Rigkasan

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

✂ ■ Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana ✂ ■
Poltekkes Kemenkes Palangka Raya

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

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.com/manajemen_penanggulangan_bencana_PPAM.html

www.PPAM.KESPRO.html

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

BAB II

KONSEP KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA

Sri Rahayu, S.Kep, Ns, M.Kes
Ida 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 ekonomidan 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

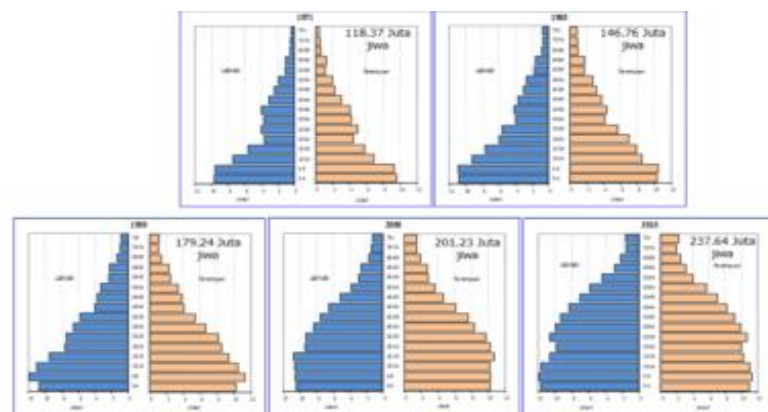
Transisi demografi adalah proses perubahan kematian dan kelahiran yang berlangsung dari tingkatan yang tinggi ke tingkatan yang rendah dalam suatu kurun waktu pada masyarakat tertentu. Transisi ini muncul dengan terjadinya banyak perubahan di masyarakat, diantaranya adalah perubahan sosio-ekonomi yang berhubungan timbal balik dengan kesehatan (Siregar & Suwandono, 1992). Perubahan penduduk secara implisif menyatakan pertambahan 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. Pratransisi (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

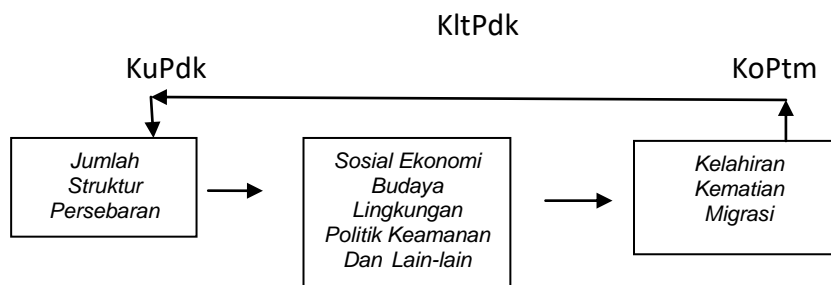
Pada piramida penduduk tahun 2010, kelompok umur 20-24 tahun menunjukkan keberhasilan Program Keluarga Berencana (KB) pada tahun 1990. Apabila dibandingkan dengan kelompok umur di bawahnya (0-19 tahun) terlihat adanya peningkatan kelahiran pada periode setelah tahun 1990. Selain itu, bagian puncak piramida 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 turunnya mortalitas, antara lain :

- a. 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.
- b. Munculnya pemerintahan yang relatif stabil / mantap yang memungkinkan mantapnya fasilitas penyaluran bahan makanan dan jasa.
- c. Kemajuan sanitasi lingkungan menimbulkan kondisi lingkungan yang sehat
- d. Kemajuan di bidang kedokteran, gizi, pengobatan dan program-program kesehatan masyarakat.

Faktor sosial ekonomi yang mempengaruhi mortalitas didasarkan pada :

- a. Berdasarkan penelitian, kematian di desa pada umumnya lebih rendah dibanding di kota (mutu kehidupan yang lebih sehat di desa)
- b. 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*

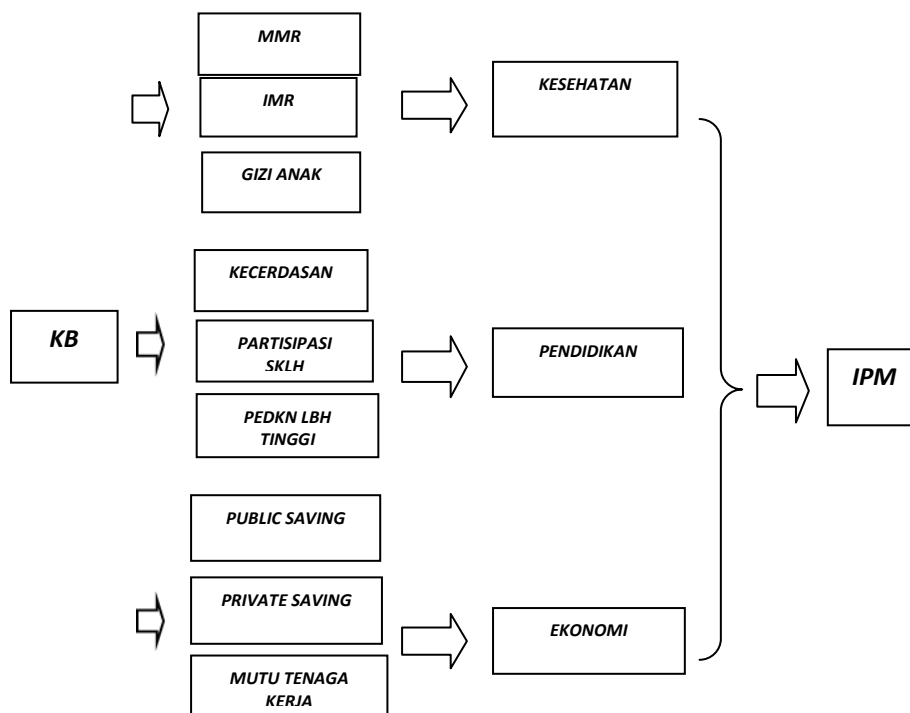
Total Fertility Rate (TFR) masih tinggi, sehingga pertumbuhan ekonomi rendah, sehingga pengangguran bertambah

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 tertentu dari 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, sanitasi lingkungan 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

✂ ■ Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana ✂ ■
Poltekkes Kemenkes Palangka Raya

- 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 tahun
- A. 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 sasarannya, 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

**☒ ■ Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana ☒ ■
Poltekkes Kemenkes Palangka Raya**

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	PLKB
Pil Kombinasi	√	√	√	√
Pil Progestin	√	√	√	√
Suntikan Progestin	√	√	K	K
Suntikan Kombinasi	√	√	K	K
Implan	√	√	K	K
Tubektomi	√	K	K	K
Vasektomi	√	K	K	K
Kondom	√	√	√	√
AKDR	√	√	K	K
Kalender	√	√	√	√
Metode Amenorea Laktasi	√	√	√	√
Abstinensi	√	√	√	√

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	√	√	√	√
Pil Progestin	√	√	√	K
Suntikan Progestin	√	√	√	√
Suntikan Kombinasi	√	√	√	√
Implan	√	√	√	K
Tubektomi	√	√	K	K
Vasektomi	√	√	√	K
Kondom	√	√	√	√
AKDR	√	√	√	K
Kalender	√	√	√	√
Metode Amenorea Laktasi	√	√	√	√
Abstinensi	√	√	√	√

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 kesehatan lainnya
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 Dokter 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 sarannya, 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 melaksannakan 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 di NTT. 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).