



KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA

Dian Permatasari • Cahyaning Setyo Hutomo • Sri Banun Titi Istiqomah
Juliani Purba • Miftah Nurlaily El Akhlaq • Sri Hernawati Sirait
Niken Bayu Argaheni • Zubaeda • Lusiana Gultom



KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA

UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana

Dian Permatasari, Cahyaning Setyo Hutomo
Sri Banun Titi Istiqomah, Juliani Purba, Miftah Nurlaily El Akhlaq
Sri Hernawati Sirait, Niken Bayu Argaheni
Zubaeda, Lusiana Gultom



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Dian Permatasari, Cahyaning Setyo Hutomo
Sri Banun Titi Istiqomah, Juliani Purba, Miftah Nurlaily El Akhlaq
Sri Hernawati Sirait, Niken Bayu Argaheni
Zubaeda, Lusiana Gultom

Editor: Abdul Karim

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Dian Permatasari., dkk.

Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana

Yayasan Kita Menulis, 2022

xiv; 120 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-456-1

Cetakan 1, Mei 2022

- I. Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji syukur ke hadirat Allah SWT karena atas rahmat dan petunjuk-Nya semata, Buku Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana sebagai bagian dari Bahan Ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana ini dapat diselesaikan dengan sebaik-baiknya. Buku ini dibuat sebagai pedoman dalam melakukan kegiatan pengajaran mata kuliah Kesehatan Reproduksi dan Keluarga berencana bagi mahasiswa/i Program Studi Kebidanan.

Buku ini diharapkan dapat dimanfaatkan oleh mahasiswa/i dalam mempersiapkan dan melaksanakan pembelajaran dengan lebih terarah. Tentunya buku ini belum sepenuhnya dapat memenuhi semua keinginan pembaca. Oleh karena itu, apabila pembaca ingin mengetahui secara lebih mendalam, pembaca dapat membaca sumber-sumber yang terdapat pada Daftar Pustaka. Demikian pula, untuk kesempurnaan buku ini, penyusun sangat mengharapkan saran-saran dari pembaca. Akhir kata, penyusun mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu terbitnya buku ini.

Sumenep, April 2022
Penyusun

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xiii

Bab 1 Konsep Kesehatan Reproduksi

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Kesehatan Reproduksi	2
1.2.1 Hak-Hak Reproduksi	3
1.3 Kesehatan Reproduksi Dalam Siklus Hidup Perempuan	4
1.3.1 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi	5

Bab 2 Kesehatan Reproduksi Terpadu

2.1 Pendahuluan	7
2.2 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu	8
2.2.1 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE)	9
2.2.2 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK)	10
2.3 Penyediaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu	10
2.4 Strategi Dan Kegiatan Pokok Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu .	11
2.4.1 Strategi Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu	11
2.4.2 Kegiatan Pokok Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu	12
2.5 Pembagian Peran Dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu	13
2.5.1 Peran Kementerian Kesehatan	13
2.5.2 Peran Dinas Kesehatan Tingkat Provinsi	13
2.5.3 Peran Dinas Kesehatan Tingkat Kabupaten/Kota	14
2.5.4 Peran Puskesmas	15
2.5.5 Peran Puskesmas Pembantu, Poskesdes, Dan Polindes	15
2.6 Pencatatan Dan Pelaporan Dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu	16
2.7 Monitoring Dan Evaluasi Dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu	17

Bab 3 Konsep Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE)

3.1 Komunikasi, Informasi Dan Edukasi (KIE).....	19
3.2 Tujuan KIE.....	21
3.3 Jenis KIE	21
3.4 Prinsip KIE.....	22
3.5 Aspek Keberhasilan KIE	22

Bab 4 Standar Komunikasi Edukasi Dalam Kesehatan Reproduksi

4.1 Pendahuluan.....	27
4.2 Standar Komunikasi Edukasi	28
4.2.1 Komunikasi.....	28
4.2.2 Jenis-Jenis Komunikasi.....	30
4.2.3 Standar Komunikasi	30
4.2.4 Edukasi	30
4.3 Kesehatan Reproduksi.....	34
4.3.1 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi	34
4.3.2 Tujuan Kesehatan Reproduksi.....	35
4.3.3 Komponen Kesehatan Reproduksi.....	37

Bab 5 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Dalam Keadaan Bencana

5.1 Pendahuluan.....	39
5.2 Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan	40
5.3 Paket Pelayanan Awal Minimum (Ppam).....	41
5.3.1 Ppam Kesehatan Reproduksi Remaja.....	42
5.3.2 Mencegah Dan Menangani Kesenjangan Seksual	47
5.3.3 Pencegahan Serta Pengobatan Ims Dan Hiv	47
5.3.4 Mencegah Meningkatnya Kesakitan Dan Kematian Remaja, Ibu, Serta Bayi Baru Lahir	47
5.3.5 Remaja, Kesehatan Jiwa, Dan Dukungan Psikososial.....	48
5.3.6 Manajemen Kebersihan Menstruasi.....	49
5.4 Peran Bidan Dalam Penanganan Kesehatan Reproduksi Saat Bencana .	49

Bab 6 Perkembangan Keluarga Berencana Di Indonesia

6.1 Pendahuluan.....	51
6.2 Sejarah Dan Perkembangan Keluarga Berencana Di Indonesia.....	54
6.2.1 Periode Perintisan (1950-1966).....	55
6.2.2 Periode Keterlibatan Pemerintah Dalam Program Kb Nasional..	56
6.2.3 Periode Pelita I (1969-1974).....	57
6.2.4 Periode Pelita Ii (1974-1979).....	58

6.2.5 Periode Pelita Iii (1979-1984).....	58
6.2.6 Periode Pelita Iv (1983-1988).....	59
6.2.7 Periode Pelita V (1988-1993).....	59
6.2.8 Periode Pelita Vi (1993-1998).....	60
6.2.9 Periode Pasca Reformasi.....	61
6.2.10 Era Revolusi Industri 4.0.....	64
Bab 7 Konsep Kependudukan Keluarga Berencana	
7.1 Pendahuluan.....	67
7.2 Konsep Kependudukan.....	69
7.3 Keluarga Berencana	76
Bab 8 Layanan Kesehatan Reproduksi Dan KB	
8.1 Pendahuluan.....	79
8.2 Jenis – Jenis Kontrasepsi.....	80
8.2.1 Metode Sederhana Tanpa Alat	80
8.2.2 Metode Sederhana Dengan Alat.....	83
8.2.3 Metode Kontrasepsi Modern	85
Bab 9 Konsep Konseling	
9.1 Pendahuluan.....	93
9.2 Sejarah Konseling.....	94
9.3 Tujuan Konseling	94
9.4 Fungsi Konseling.....	95
9.5 Prinsip Dasar Konseling.....	96
9.6 Hak-Hak Konselor.....	95
9.7 Teknik Konseling	97
9.8 Langkah-Langkah Konseling	97
9.9 Proses Konseling	99
9.10 Faktor Pendukung Dan Penghambat Konseling	100
9.11 Hal Yang Harus Diperhatikan Dalam Konseling	105
9.12 Keterampilan Yang Harus Dimiliki Konselor.....	106
9.13 Perbedaan Konseling Dan Nasehat.....	107
Daftar Pustaka	111
Biodata Penulis	117

Daftar Gambar

Gambar 2.1: Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi	8
Gambar 3.1: Contoh pelaksanaan KIE secara online.....	25
Gambar 5.1: Alur Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja	44
Gambar 5.2: Piramida Intervensi Kesehatan Mental dan Dukungan Psikososial Pada Situasi Krisis Kesehatan.....	48
Gambar 6.1: Iklan KB Generasi Berencana	62
Gambar 6.2: Iklan KB Keluarga Kecil Bahagia.....	63
Gambar 7.1: Ilustrasi Kelahiran Bayi.....	71
Gambar 7.2: Alat Kontrasepsi	76
Gambar 8.1: Langkah – Langkah Pemasangan.....	84
Gambar 8.2: Alat Kontrasepsi Suntik Progestin.....	86
Gambar 8.3: Pil Kombinasi.....	88
Gambar 8.4: AKDR.....	88
Gambar 8.5 Lokasi Pemasangan AKBK.....	89
Gambar 8.6: Vasektomi	90
Gambar 8.7: Tubektomi	91

Bab 1

Konsep Kesehatan Reproduksi

1.1 Pendahuluan

Dalam upaya menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB) dibutuhkan pelayanan kesehatan yang berkuwalitas, khususnya dalam kesehatan reproduksi. Sebagai tenaga kesehatan yang memiliki posisi strategis bidan harus mempunyai kompetensi dalam hal kesehatan reproduksi dan keluarga berencana. Manfaat yang diperoleh setelah mempelajari buku ajar kesehatan reproduksi dan keluarga berencana ini mahasiswa mampu menjelaskan konsep dari kesehatan reproduksi dan keluarga berencana secara umum dan khusus.

Kita hendaknya memiliki keterampilan dan kecakapan dalam kehidupan sehari-hari untuk meningkatkan prestasi dan potensi yang dimiliki. Dalam buku ajar ini membahas tentang KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA agar bisa meningkatkan pengetahuan dan keterampilan sehingga sebagai seorang tenaga kesehatan dapat mengetahui tentang kesehatan reproduksi yang terjadi pada perempuan sejak lahir hingga meninggal serta dapat memberikan pemahaman tentang keluarga berencana yang baik dan benar bagi masyarakat

1.2 Kesehatan Reproduksi

Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan/ICPD (international Conference on Population and Development), di Kairo Mesir tahun 1994 diikuti 180 negara menyetujui perubahan paradigma dalam pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan dari pendekatan pengendalian populasi dan penurunan fertilitas/keluarga berencana menjadi pendekatan yang berfokus pada kesehatan serta hak reproduksi. Tahun 1995 Konferensi sedunia IV tentang wanita dilaksanakan di Beijing, Cina, di Haque 1999, di New York tahun 2000 menyetujui antara lain:

Definisi kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam semua hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, serta fungsi dan prosesnya (Purwieningru, 2008).

Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi dalam Siklus Kehidupan Secara luas, ruang lingkup kesehatan reproduksi meliputi:

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir.
2. Pencegahan dan penanggulangan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) termasuk PMS-HIV/AIDS.
3. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi
4. Kesehatan reproduksi remaja
5. Pencegahan dan penanganan infertilitas
6. Kanker pada usia lanjut dan osteoporosis
7. Berbagai aspek kesehatan reproduksi lain, misalnya kanker serviks, mutilasi genital, fistula, dll.

Permasalahan kesehatan reproduksi remaja termasuk pada saat pertama anak perempuan mengalami haid/menarche yang bisa berisiko anemia, perilaku seksual yang mana bila kurang pengetahuan dapat tertular penyakit hubungan seksual, termasuk HIV/AIDS. Penerapan pelayanan kesehatan reproduksi oleh Departemen Kesehatan RI dilaksanakan secara integratif memprioritaskan pada empat komponen kesehatan reproduksi yang menjadi masalah pokok di Indonesia yang disebut paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE), yaitu:

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir

2. Keluarga berencana
3. Kesehatan reproduksi remaja

Pencegahan dan penanganan infeksi saluran reproduksi, termasuk HIV/AIDS.

1.2.1 Hak-hak Reproduksi

Hak-hak reproduksi menurut kesepakatan dalam Konferensi Internasional Kependudukan dan Pembangunan bertujuan untuk mewujudkan kesehatan bagi individu secara utuh, baik kesehatan jasmani maupun rohani, meliputi:

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

Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Menurut BKKBN 2000, kebijakan teknis operasional di Indonesia, untuk mewujudkan pemenuhan hak-hak reproduksi (Pinem, 2009):

1. Promosi hak-hak reproduksi
Dilaksanakan dengan menganalisis perundang-undangan, peraturan, dan kebijakan saat ini berlaku apakah sudah seiring dan mendukung

hak-hak reproduksi dengan tidak melupakan kondisi lokal sosial budaya masyarakat.

2. Advokasi hak-hak reproduksi

Advokasi dimaksudkan agar mendapat dukungan komitmen dari para tokoh politik tokoh agama, tokoh masyarakat, LSM/LSOM, dan swasta.

3. KIE hak-hak reproduksi

Dengan KIE diharapkan masyarakat semakin mengerti hak-hak reproduksi sehingga dapat bersama-sama mewujudkannya.

1.3 Kesehatan Reproduksi Dalam Siklus Hidup Perempuan

Konsep Kesehatan Reproduksi menggunakan pendekatan siklus kehidupan perempuan (life-cycle-approach) atau pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan sejak dari janin sampai liang kubur (from womb to tomb) atau biasa juga disebut dengan “Continuum of care women cycle“. Kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan sepanjang siklus kehidupan perempuan hal ini disebabkan status kesehatan perempuan semasa kanak-kanak dan remaja memengaruhi kondisi kesehatan saat memasuki masa reproduksi yaitu saat hamil, bersalin, dan masa nifas. Hambatan sosial, budaya, dan ekonomi yang dialami sepanjang hidup perempuan merupakan akar masalah yang mendasar yang menyebabkan buruknya kesehatan perempuan saat hamil, bersalin, dan masa nifas.(Everett S, 2012) Tingkat pendidikan, kualitas dan kuantitas makanan, nilai dan sikap, sistem kesehatan yang tersedia dan bisa diakses, situasi ekonomi, serta kualitas hubungan seksualnya memengaruhi perempuan dalam menjalankan masa reproduksinya. Perhatikan tabel berikut:

Tabel 1.1: Kesehatan Produksi

Masa konsepsi	Masa setelah bersatunya sel telur dengan sperma kemudian janin akan tubuh menjadi morulla , blastula , gestula , neurulla yang akhirnya menjadi janin dan dengan terbentuknya placenta akan terjadi interaksi antara ibu dan janin .
Masa bayi dan anak	Masa bayi dan anak adalah masa pertumbuhan dan perkembangan bila kesehatan yang sangat cepat , Tumbuh kembang motorik kasar dan motorik halus akan berjalan dengan baik bayi dan anak dalam keadaan prima .
Masa remaja	Masa remaja pada masa ini terjadi perubahan fisik dan psikologis . perubahan fisik yang terjadi diantaranya adalah tumbuhnya rambut kemaluan (pubeshe) , buah dada mulai tumbuh (thelarche) , pertumbuhan tinggi badan yang cepat (maximal growth) , mendapatkan haid yang pertama kali (menarche)
Masa reproduksi	Masa di mana perempuan menjalankan tugas kehidupannya yaitu mulai hamil, melahirkan, masa nifas dan menyusui dan masa antara yaitu merencanakan jumlah atau jarak anak dengan menggunakan alat kontrasepsi
Masa usia lanjut	Masa usia lanjut yaitu masa di mana hormone Estrogen sudah mulai menurun atau habis dikarenakan produksi sel telur juga sudah mulai menurun atau habis. Dengan menurunnya hormon estrogen akan terjadi perubahan fisik dan psikologis pada perempuan diantaranya perubahan pada organ reproduksi, perubahan pada metabolisme tubuh dan turunya massa tulang (osteoporosis)

1.3.1 Faktor–Faktor Yang Memengaruhi Kesehatan Reproduksi

Banyak faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan reproduksi. Faktor-faktor tersebut secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi empat golongan

yang dapat berdampak buruk bagi kesehatan reproduksi, (Sebagarian, 2010), yaitu:

1. Faktor Demografis - Ekonomi

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

2. Faktor Budaya dan Lingkungan

Faktor budaya dan lingkungan yang memengaruhi praktek tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, kepercayaan banyak anak banyak rejeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lain, pandangan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, lingkungan tempat tinggal dan cara bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi, hak dan tanggung jawab reproduksi individu, serta dukungan atau komitmen politik. (Surya, 2011).

Bab 2

Kesehatan Reproduksi Terpadu

2.1 Pendahuluan

Perubahan paradigma baru dalam kesehatan reproduksi merupakan bentuk komitmen Indonesia untuk melakukan hasil kesepakatan dari Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan atau yang biasa disebut dengan *International Conference on Population and Development (ICPD)* yang dilaksanakan di Kairo pada tahun 1994. Paradigma kesehatan reproduksi yang sebelumnya menganggap merupakan objek dalam upaya pengendalian kependudukan dan hak reproduksi perorangan berubah menjadi manusia merupakan subjek dalam pelayanan yang mengutamakan pemenuhan hak kesehatan reproduksi perorangan sepanjang masa hidupnya, baik pada laki-laki maupun perempuan.

Perubahan paradigma membuat pemenuhan hak kesehatan reproduksi dalam pengelolaan masalah kependudukan dan pembangunan menjadi lebih luas. Hal ini diterapkan dalam bentuk pelayanan integratif, yang mana pada pelayanan ini menunjang seseorang untuk untuk mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi pada satu kali kunjungan sesuai dengan kebutuhan dan usianya. Pelayanan kesehatan adalah pokok penting untuk mengakses kesehatan reproduksi universal atau *Universal Access to Reproductive Health (UAtRH)*, yang terdiri dari: (1) pemenuhan kesehatan reproduksi bagi laki-laki maupun perempuan, keadilan dan kesetaraan gender, (2) pemberdayaan perempuan dan

Pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan dalam bentuk integrasi komponen-komponen yang berada dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi secara holistik dan berkualitas yang berorientasi pada kebutuhan pasien sesuai siklus hidupnya. Pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu ini dalam bentuk Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE), upaya preventif, kuratif dan rehabilitatif.

Melaksanakan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu harus: (1) berfokus pada kebutuhan pasien tanpa meninggalkan hak reproduksi, keadilan dan kesetaraan gender, (2) melakukan pendekatan yang siklus hidup yang mana menangani masalah pasien ada berdasarkan siklus hidup atau sesuai dengan fase kehidupan pasien, (3) secara aktif melakukan perluasan jangkauan pelayanan kesehatan reproduksi, (4) pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas demi tercapainya kualitas hidup masyarakat yang optimal. Dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi terdapat prinsip-prinsip pelayanan yang terdiri dari: (1) pelayanan kesehatan yang bersifat holistik atau menyeluruh, (2) pelayanan kesehatan yang terpadu sesuai dengan kebutuhan pasien dalam lingkup kesehatan reproduksi, (3) bersifat fleksibel sehingga pelaksanaan pelayanan dapat diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien, apakah diberikan pada tingkat pertama atau pada tingkat lanjut (Kemenkes RI, 2015).

Pelayanan kesehatan reproduksi terpadu ini terdiri dari dua paket, yaitu: Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) dan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK).

2.2.1 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE)

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE) adalah bentuk pelayanan kesehatan reproduksi yang terintegrasi dari 4 komponen, yang terdiri dari KIA, KB, KRR, dan pencegahan dan penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS)-HIV. Komponen KB berhubungan dengan pengendalian populasi yang difokuskan pada sasaran dengan kondisi 4 terlalu (terlalu muda, terlalu tua, terlalu sering, terlalu banyak), sehingga komponen ini dapat menunjang upaya penurunan angka kesakitan dan kematian. Penurunan angka kesakitan dan kematian akan memengaruhi kondisi KIA. Sejalan dengan komponen KB, komponen KIA memberikan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan berkualitas. Komponen KB juga dapat dikaitkan dengan komponen KRR dan komponen pencegahan dan penanggulangan IMS sehingga dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan kedua komponen ini dapat dilakukan beriringan atau bersamaan, dengan fokus pada remaja, baik laki-laki maupun perempuan.

2.2.2 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK)

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Komprehensif (PKRK) adalah bentuk pelayanan kesehatan reproduksi yang terintegrasi dari seluruh komponen dalam ruang lingkup kesehatan reproduksi, yaitu KIA, KB, KRR, dan pencegahan dan penanggulangan Infeksi Menular Seksual (IMS)-HIV, kesehatan reproduksi usia lanjut dan kesehatan reproduksi lainnya. Pelayanan kesehatan ini merupakan bentuk peningkatan dari paket Pelayanan Kesehatan Reproduksi Esensial (PKRE). Komponen kesehatan reproduksi lansia berfokus pada pelayanan yang bersifat pemeliharaan kesehatan reproduksi usia lanjut, sehingga kualitas kehidupan lansia dapat terjaga. Komponen kesehatan reproduksi lainnya mencakup banyak hal yang berhubungan dengan penyakit kanker, pencegahan dan penanganan kekerasan perempuan dan anak, pencegahan dan penanganan infertilitas, pencegahan dan penanganan aborsi. Kedua komponen terakhir ini juga memiliki keterkaitan sehubungan dengan pemeliharaan kesehatan reproduksi

2.3 Penyediaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

Pelayanan kesehatan terpadu disediakan Pemerintah dengan mempertahankan kualitas yang dapat memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien. Ketersediaan fasilitas serta peningkatan pengetahuan dan keterampilan pemberi pelayanan menjadikan kunci penting dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Kekurangan dalam kedua hal tersebut harus segera ditambah sehingga kualitas pelayanan yang diberikan pada pasien akan terus meningkat secara bertahap. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu ini akan memiliki alur pelayanan tersendiri dalam tiap komponennya, alur ini akan dituangkan dalam bentuk bagan dan disesuaikan serta diperbaiki secara bertahap.

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015) pelayanan kesehatan reproduksi terpadu dilaksanakan di Puskesmas dengan kriteria sebagai berikut:

1. Program KIA, KB, IMS-HIV, kesehatan reproduksi remaja, kesehatan reproduksi usia lanjut serta program kesehatan reproduksi lainnya dilakukan secara terpadu.
2. Advokasi, sosialisasi atau fasilitasi puskesmas PKRT telah diberikan.
3. Pelayanan pada setiap poli telah diintegrasikan antara beberapa komponen program kesehatan reproduksi, yang dilakukan melalui anamnesis, diagnosa, pengobatan, dan juga di dalamnya terdapat komunikasi, informasi, pendidikan dan konseling (KIP/K), sesuai dengan bagan alur pelayanan yang ada.
4. Pencatatan pelayanan pada rekam medis oleh petugas, sebagai bentuk pelaporan.
5. Pelayanan diutamakan mampu untuk diselenggarakan pada puskesmas PONED dengan memperhatikan ketersediaan alat dan tenaga.

2.4 Strategi dan Kegiatan Pokok Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

2.4.1 Strategi Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

1. Advokasi dan komitmen dari Pemerintah daerah harus ditingkatkan untuk mencapai suasana yang dapat mendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan terpadu.
2. Pelayanan kesehatan terpadu tersedia pada setiap tingkat pelayanan secara merata dan sesuai kewenangannya.
3. Kualitas pelayanan kesehatan yang selalu ditingkatkan untuk dapat memenuhi kebutuhan pasien

4. Masalah kesehatan reproduksi di atasi dengan memperhatikan prioritas masing-masing daerah secara spesifik.
5. Menjalin kemitraan lintas program dan sektor terkait, seperti organisasi profesi, agen donor, LSM ataupun masyarakat.
6. Memperkuat praktik keadilan dan kesetaraan gender, serta hak perempuan dalam kesehatan reproduksi.
7. Pengumpulan data dan penelitian berwawasan gender yang ditingkatkan guna mendukung meningkatnya kualitas pelayanan dan kebijakan terkait.

2.4.2 Kegiatan Pokok Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

1. Pemantapan manajemen program kesehatan reproduksi terpadu. Pemantapan ini dilaksanakan dengan menetapkan strategi dan kebijakan, penetapan standar, perluasan dan pemerataan, serta pemantauan dan evaluasi terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan terpadu sesuai dengan kebutuhan pasien, daerah dan indikator pemantauan yang berlaku.
2. Penerapan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu. Penerapan dilakukan pada seluruh sektor atau komponen kesehatan reproduksi sesuai dengan kebutuhan pasien dan dengan pendekatan siklus hidup.
3. Penerapan kegiatan pendukung. Penerapannya berupa kegiatan-kegiatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi dengan melakukan advokasi dan mobilisasi sosial serta koordinasi lintas sektor yang dapat mendukung terpecahkannya masalah kesehatan reproduksi dalam berbagai sektor dan dapat meningkatkan koordinasi tingkat nasional yang bersifat fungsional. Pemberdayaan masyarakat secara optimal dapat meningkatkan kemampuan mandiri masyarakat dalam menangani masalah kesehatan reproduksi. Ketersediaan alat dan tenaga dalam pelaksanaan dapat menjamin pelayanan kesehatan reproduksi menjadi lebih terpadu, efektif dan efisien.

2.5 Pembagian Peran dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan terpadu harus dilakukan dengan kontribusi peran berbagai pihak dan dijalankan secara terus menerus sehingga kualitas pelayanan kesehatan dapat terjamin bahkan bisa ditingkatkan lagi. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015) peran-peran tersebut dijalankan oleh Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Tingkat Provinsi, Dinas Kesehatan Tingkat Kabupaten/Kota, Puskesmas, dan Puskesmas Pembantu, Poskesdes, serta Polindes.

2.5.1 Peran Kementerian Kesehatan

1. Penyusunan pedoman umum dan petunjuk teknis pelayanan kesehatan reproduksi terpadu untuk pelaksanaan pelayanan pada tingkat daerah.
2. Memberikan advokasi, sosialisasi dan koordinasi pelayanan terpadu kepada seluruh penanggung jawab komponen dalam kesehatan reproduksi.
3. Melakukan orientasi dan memberikan fasilitas teknis kepada para pengelola program di tingkat provinsi.
4. Memenuhi sarana dan prasarana yang dapat menunjang pelayanan kesehatan reproduksi terpadu.
5. Melakukan monitoring dan evaluasi nasional terhadap pelayanan kesehatan terpadu yang telah dilaksanakan.

2.5.2 Peran Dinas Kesehatan Tingkat Provinsi

1. Memberikan advokasi, sosialisasi dan koordinasi tingkat provinsi mengenai pelayanan kesehatan reproduksi terpadu.
2. Melaksanakan pelatihan program yang berhubungan dengan seluruh komponen pelayanan kesehatan reproduksi terpadu.
3. Melakukan orientasi dan memberikan fasilitas teknis kepada para pengelola program di tingkat kabupaten/kota.

4. Menjalin kerjasama dengan LSM, sekolah, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan kader dalam rangka mendorong pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu menjadi lebih optimal.
5. Memfasilitasi ketersediaan buku-buku pedoman dan media KIE yang berhubungan dengan komponen kesehatan reproduksi.
6. Melakukan pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan reproduksi yang telah dilaksanakan.
7. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi di tingkat provinsi.

2.5.3 Peran Dinas Kesehatan Tingkat Kabupaten/Kota

1. Memberikan advokasi, sosialisasi dan koordinasi tingkat kabupaten/kota mengenai pelayanan kesehatan reproduksi terpadu.
2. Melaksanakan pelatihan, orientasi dan memberikan fasilitas teknis dalam pengelolaan dan pelaksanaan program kesehatan reproduksi di tingkat Puskesmas.
3. Melakukan orientasi dan memberikan fasilitas teknis kepada para pengelola program di tingkat Puskesmas.
4. Membuat keputusan untuk memilih Puskesmas yang mendapatkan tugas untuk memberikan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu.
5. Menjalin kerjasama dengan LSM, sekolah, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan kader dalam rangka mendorong pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu menjadi lebih optimal.
6. Memfasilitasi ketersediaan buku-buku pedoman dan media KIE yang berhubungan dengan komponen kesehatan reproduksi.
7. Melakukan pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan reproduksi yang telah dilaksanakan.
8. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi di tingkat kabupaten/kota.

2.5.4 Peran Puskesmas

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu.
2. Melakukan advokasi lintas program dan sektor dengan menerapkan strategi KIE.
3. Menjalin kerjasama dengan LSM, sekolah, tokoh agama, tokoh masyarakat, dan kader dalam rangka mendorong pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu di Puskesmas.
4. Melakukan sosialisasi dan memberikan KIE mengenai pelayanan kesehatan reproduksi terpadu kepada masyarakat.
5. Memberikan fasilitas media KIE dalam mengenai komponen kesehatan reproduksi.
6. Melakukan pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan reproduksi yang telah dilaksanakan.
7. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan pelayanan kesehatan reproduksi di Puskesmas.

2.5.5 Peran Puskesmas Pembantu, Poskesdes, dan Polindes

1. Melakukan identifikasi kelompok-kelompok sasaran dari pelayanan kesehatan reproduksi terpadu, seperti ibu hamil, remaja, dan kelompok berisiko.
2. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu kepada sasaran yang telah diidentifikasi, termasuk di dalamnya adalah kegiatan kunjungan rumah maupun rujukan.
3. Menjadi penggerak dalam pelaksanaan posyandu, poslansia/posbindu, poskesdes dan poskestren.
4. Melakukan pencatatan dan pelaporan pelayanan kesehatan reproduksi yang telah dilaksanakan.

2.6 Pencatatan dan Pelaporan dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

Komponen dalam program kesehatan reproduksi memiliki format-format tersendiri sebagai bentuk instrumen dalam melakukan pencatatan dan pelaporan. Bersamaan dengan bagan alur pencatatan di puskesmas, format instrumen ini dapat menunjukkan keterpaduan pada setiap komponen kesehatan reproduksi. Keterpaduan pelayanan dapat dilihat melalui format instrumen yang digunakan dengan memberikan tambahan informasi mengenai pelayanan yang diberikan, yaitu dengan menuliskan tanda/kode tertentu atau membuat kolom tambahan pada format tersebut.

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015) pelaporan yang dilakukan adalah meliputi cakupan program KIA, KB, IMS/HIV-AIDS, kesehatan reproduksi remaja, dan kesehatan reproduksi lainnya yang diperoleh dari Puskesmas kemudian dilaporkan ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota masing-masing dengan menggunakan formulir laporan, seperti PWS KIA, PWS KB, laporan PKPR, LB3 KIA, LB3 Gizi, laporan IMS (aplikasi SIHA), dan formulir lainnya yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi. Pelaporan keterpaduan pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan dengan formulir rekapitulasi PKRT yang disampaikan oleh Puskesmas kepada Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, yang selanjutnya pelaporan akan dilakukan dengan menggunakan formulir F1-6 kesehatan ibu, yang kemudian oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota diteruskan kepada Dinas Kesehatan Provinsi. Pelaporan ini sesuai dengan Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) yang diperoleh dari minimal 4 puskesmas PKRT di setiap Kabupaten/Kota.

2.7 Monitoring dan Evaluasi dalam Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu

Pemantauan dan evaluasi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan terpadu harus selalu dilakukan secara periodik. Pemantauan program kesehatan reproduksi dapat dilakukan dengan banyak indikator, sehingga pemilihan indikator yang strategis dipandang perlu untuk dapat menggambarkan kondisi program Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu (PKRT).

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2015) indikator strategis dalam pemantauan kemajuan program PKRT dapat dilakukan dengan memantau:

1. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
 - a. Jumlah kematian ibu.
 - b. Jumlah kematian bayi.
 - c. Cakupan pelayanan antenatal (K1 dan K4).
 - d. Cakupan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan.
 - e. Penanganan Komplikasi (PK).
 - f. Cakupan pelayanan nifas bagi ibu dan bayi baru lahir (KF dan Kn).
 - g. Prevalensi anemia pada ibu hamil.
 - h. Prevalensi BBLR.
2. Keluarga Berencana (KB)
 - a. Cakupan kepesertaan KB aktif (CPR).
 - b. Cakupan pelayanan KB untuk laki-laki.
 - c. Prevalensi kehamilan dengan "4 terlalu".
 - d. Penurunan kejadian komplikasi pelayanan KB.
 - e. Penurunan angka drop out KB.
3. Infeksi Menular Seksual termasuk HIV-AIDS
 - a. Prevalensi gonorrhoea.
 - b. Prevalensi angka HIV.
 - c. Prevalensi sifilis.
4. Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)
 - a. Prevalensi anemia pada remaja.

- b. Cakupan pelayanan kesehatan reproduksi remaja.
- 5. Kesehatan reproduksi usia lanjut
 - a. Jumlah usia lanjut yang mendapat konseling masalah reproduksi.
 - b. Jumlah usia lanjut yang mendapatkan skrining kanker payudara dan serviks atau prostat.
- 6. Indikator keterpaduan pelayanan
 - a. Jumlah ibu hamil yang mendapat pelayanan IMS termasuk HIV dan AIDS.
 - b. Jumlah ibu hamil yang mendapat konseling KB pasca persalinan.
 - c. Jumlah ibu bersalin dan nifas yang mendapatkan pelayanan IMS.
 - d. Jumlah akseptor KB yang mendapatkan pelayanan IMS termasuk HIV dan AIDS.
 - e. Jumlah remaja mendapatkan pelayanan IMS termasuk HIV dan AIDS.
 - f. Jumlah remaja yang mendapatkan penyuluhan/konseling kespro.
 - g. Jumlah penderita IMS termasuk HIV dan AIDS yang mendapatkan penyuluhan/konseling KIA/KB.

Pelaksanaan pemantauan penyelenggaraan kesehatan reproduksi dilakukan secara teknis dan berhubungan dengan kualitas pelayanan yang telah diberikan. Supervisi teknis dilakukan dengan membandingkan antara pelaksanaan pelayanan yang sudah diberikan dengan standar pelayanan yang berlaku, ketika ditemukan adanya perbedaan maka dapat dijadikan sebagai bahan untuk menyusun rencana selanjutnya sehingga terjadi peningkatan pelayanan kesehatan reproduksi terpadu

Bab 3

Konsep Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE)

3.1 Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)

Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) adalah serangkaian proses dalam penyampaian pesan yang berisi program, yang mana melalui kegiatan KIE diharapkan dapat meningkatkan wawasan, pengetahuan, sikap, mental dan keterampilan sesuai dengan tujuan suatu program.

Definisi Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)

1. Komunikasi

Komunikasi adalah proses pengoperasian rangsang (stimulus) alam bentuk lambang atau simbol bahasa atau gerak(nonverbal), untuk memengaruhi perilaku orang lain. Stimulus ini dapat berupa suara/bunyi atau bahasan lisan, maupun berupa gerakan, tindakan atau simbol – simbol yang diharapkan dapat dimengerti oleh pihak lain, dan pihak lain tersebut memberikan respon dan bereaksi sesuai dengan maksud pihak yang memberikan stimulus (Notoadmojo, 2010).

Komunikasi adalah proses rangsangan stimulus dalam bentuk lambang atau simbol bahasa atau gerak non verbal, untuk memengaruhi perilaku orang lain (Rahmadiana, 2012).

Komunikasi adalah penyampaian pesan secara langsung atau tidak langsung kepada penerima pesan sebagai rangsangan untuk mendapatkan tanggapan. Tanggapan (respons) diperoleh karena telah terjadi penyampaian pesan yang dimengerti oleh masing-masing pihak. Komunikasi adalah bagian penting dalam kehidupan social kita. Komunikasi dalam kesehatan adalah merupakan usaha sistematis untuk memengaruhi perilaku positif dimasyarakat, dengan menggunakan prinsip dan metode komunikasi baik menggunakan komunikasi pribadi maupun komunikasi massa. Komunikasi kesehatan meningkatkan kesadaran individu tentang isu-isu kesehatan, masalah kesehatan, risiko kesehatan serta solusi kesehatan. Peningkatan kesadaran individu akan hal-hal tersebut ini berdampak pada keluarga serta lingkungan komunitas individu.

2. Informasi

Informasi adalah keterangan, gagasan maupun kenyataan yang perlu diketahui masyarakat. Informasi adalah keterangan, gagasan, maupun kenyataan-kenyataan yang perlu diketahui oleh masyarakat (BKKBN, 1993). Sedangkan menurut Jain (1989) informasi adalah merupakan pesan yang disampaikan. Informasi yang disampaikan pada klien paling sedikit ada 3 elemen untuk membantu klien memilih dan menggunakan alat kontrasepsi secara efektif.

3. Edukasi

Edukasi adalah proses perubahan perilaku kearah positif. Pendidikan kesehatan merupakan kompetensi yang dituntut dari tenaga kesehatan karena merupakan salah satu peranan yang harus dilakukan dalam setiap memberikan pelayanan kesehatan. Edukasi adalah: sesuatu kegiatan yang mendorong terjadinya penambahan pengetahuan, perubahan sikap, perilaku dan keterampilan seseorang/kelompok secara wajar.

3.2 Tujuan KIE

Tujuan dari KIE adalah meningkatkan pemahaman dan penerimaan masyarakat terhadap suatu program kesehatan, yang pada akhirnya dapat membuat masyarakat berpartisipasi aktif.

Dalam buku oleh Handayani tahun 2010, disebutkan bahwa tujuan dari Komunikasi, Informasi dan Edukasi KIE adalah sebagai berikut:

1. Meletakkan dasar bagi mekanisme sosio kultural yang dapat menjamin berlangsungnya proses penerimaan untuk memberikan informasi yang jelas dan dapat dipahami.
2. Membantu klien dalam mengambil keputusan secara tepat dan cepat.
3. Meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan
4. Mendorong terjadinya proses perubahan perilaku ke arah yang positif, peningkatan pengetahuan, sikap dan praktik masyarakat klien secara wajar sehingga masyarakat melaksanakannya secara mantap sebagai perilaku yang sehat dan bertanggung jawab

Menurut Hartanto (2010) tujuan dari KIE adalah:

1. Meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktek KB sehingga tercapai penambahan peserta baru.
2. Membina kelestarian peserta KB
3. Meletakkan dasar bagi mekanisme sosio-kultural yang dapat menjamin berlangsungnya proses penerimaan.

3.3 Jenis KIE

KIE adalah bentuk upaya dari promosi kesehatan di Indonesia. Yang mana untuk mewujudkan keberhasilan dari tujuan KIE, yaitu dengan memaksimalkan segala unsur penggerak keinginan yang ada dalam diri setiap insan.

1. Motivasi, motivasi pada klien adalah berfokus untuk mewujudkan permintaan, bukan pada kebutuhan individu klien, menggunakan

komunikasi satu arah, menggunakan komunikasi individu, kelompok atau massa.

2. Edukasi/pendidikan adalah merupakan penjelasan yang diberikan pada pasien yang mengandung unsur pendidikan seperti: menyediakan seluruh informasi terkait program, menyediakan informasi terkini dan isu, menggunakan komunikasi satu arah atau dua arah, Dapat melalui komunikasi individu, kelompok atau massa, menghilangkan rumor dan konsep yang salah.
3. Konseling, bertujuan mendorong klien untuk mengajukan pertanyaan, menjadi pendengar aktif, menjamin klien penuh informasi, membantu klien membuat pilihan sendiri.

3.4 Prinsip KIE

Prinsip yang harus diperhatikan dalam pelaksanaan KIE adalah:

1. Memperlakukan klien dengan sopan, baik dan ramah.
2. Memahami, menghargai dan menerima keadaan ibu (status pendidikan, social ekonomi dan emosi) sebagaimana adanya.
3. Memberikan penjelasan dengan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami.
4. Menggunakan alat peraga yang menarik dan mengambil contoh dari kehidupan sehari-hari.
5. Menyesuaikan isi penyuluhan dengan keadaan dan risiko yang dimiliki ibu

3.5 Aspek Keberhasilan KIE

1. Keterpaduan KIE dalam Promosi Kesehatan
Kegiatan KIE dilaksanakan secara terpadu oleh semua petugas kesehatan yang terlibat program-program yang terkait dengan promosi

kesehatan, yaitu petugas-petugas yang melaksanakan pelayanan tentang promosi kesehatan untuk masyarakat:

- a. Mengetahui materi KIE dan pesan-pesan utama tentang promosi kesehatan yang perlu disampaikan terutama pesan yang terkait erat dengan tugas pokoknya.
 - b. Mampu menyampaikan pesan-pesan tersebut pada setiap kesempatan berhadapan dengan klien atau masyarakat, baik di dalam maupun di luar klinik (saat kunjungan rumah/kunjungan lapangan), berkoordinasi baik dengan semua petugas terkait dan mengupayakan adanya kesepakatan/ komitmen antar semua petugas terkait untuk mendukung terlaksananya kegiatan KIE ini.
 - c. Berkoordinasi dalam penggunaan materi dan pesan-pesan utama yang standar, agar klien/masyarakat memperoleh informasi yang sama, dari manapun asalnya.
 - d. Berkoordinasi alam memanfaatkan semua forum yang ada untuk menyampaikan materi KIE/pesan-pesan utama.
 - e. Berkoordinasi dalam mengembangkan materi dan pesan-pesan kesehatan tersebut dalam promosi kesehatan agar lebih sesuai dengan kebutuhan kelompok.
2. Mutu KIE dalam Promosi Kesehatan
- a. Selalu didasarkan pada informasi ilmiah terbaru
 - b. Kebenarannya dapat dipertanggungjawabkan
 - c. Jujur serta seimbang (mencakup keuntungan dan kerugian bagi sasaran)
 - d. Sesuai dengan media dan jalur yang dipergunakan untuk menyampaikannya.
 - e. Jelas dan terarah pada kelompok sasaran secara tajam (lokasi,tingkat sosial ekonomi, latar belakang budaya, umur)
 - f. Tepat guna dan sasaran.
3. Media Penyampaian KIE dalam Promosi Kesehatan
- Salah satu penunjang keberhasilan KIE adalah pemanfaatan media komunikasi, sehingga isi dari KIE tersebut dapat mudah diterima oleh sasaran. Media tersebut dapat diberikan dalam berbagai bentuk seperti

media advokasi, media massa, media entertainment dan internet, itu semua mampu membentuk sikap dan mengubah perilaku individu dengan cara meningkatkan kesadaran dan menambah pengetahuan tentang isu-isu kesehatan, masalah-masalah kesehatan dan solusi kesehatan dengan tujuan untuk meningkatkan dan mempertahankan derajat kesehatan. Di era masakini, media utama yang paling mudah dan cepat diterima oleh sasaran dari berbagai unsur masyarakat adalah dengan memaksimalkan teknologi informasi.

Tidak dapat dipungkiri, angka pengguna internet di dunia terus meningkat setiap harinya, bahkan telekomunikasi sudah mulai merambat di daerah pedalaman demi mudahnya jangkauan atau akses informasi, hal ini tentu dapat terjadi tak luput dari dukungan program pemerintah. Tujuan dari pemerintah sendiri, Selain mempermudah alur birokrasi terkait kesehatan, juga untuk memaksimalkan penggunaan teknologi informasi sebagai salah satu alternatif media KIE dalam melakukan promosi dan kampanye kesehatan. Pemerintah mulai berproses menggerakkan kesadaran masyarakat dalam bidang kesehatan melalui teknologi informasi tepat guna. Untuk itu, kepedulian pun sangat perlu ditumbuhkan pada para tenaga kesehatan agar dapat meningkatkan dan menyumbangkan lebih banyak ilmunya untuk mendorong perkembangan teknologi informasi kesehatan. Seiring bertambah canggihnya teknologi akan memengaruhi metode komunikasi masyarakat, memperpendek jarak dan memperluas jangkauan.

Saat ini mungkin dunia pendidikan sudah tidak asing lagi dengan istilah *blended learning*, yang mana sudah pernah diungkapkan oleh pemerintah terkait model pembelajaran dengan menggabungkan metode tatap muka atau bertemu secara langsung (*offline*) dengan metode daring (*online*).

Aktivitas kombinasi *online* dan *offline* merupakan metode KIE efektif dari cara penyampaian, yang saat ini sudah dilakukan tenaga kesehatan perlu ditingkatkan kapasitasnya guna menjalin komunikasi yang lebih efektif. Sebagai pemberi KIE dalam memberikan informasi dan kegiatan mengenai program kesehatan, media social adalah salah satu upaya promosi Kesehatan dapat menjadi *amplifier* atau dapat di *re-share* oleh pembaca bahkan meluas dari sasaran.



Gambar 3.1: Contoh pelaksanaan KIE secara online. Sumber: contoh PROMKES secara blended learning - PenelusuranGoogle.Departemenperkesling.fk@ugm.ac.i

Bab 4

Standar Komunikasi Edukasi Dalam Kesehatan Reproduksi

4.1 Pendahuluan

Komunikasi merupakan proses berinteraksi manusia, tentu hal ini memerlukan keahlian untuk berkomunikasi agar hal yang akan diutarakan bisa diterima dan dipahami orang lain. Berdasarkan dasar tersebut, apabila sosok bidan mampu melakukan komunikasi dengan baik maka untuk menjalin hubungan saling percaya dengan klien akan lebih mudah, maka dapat tercapai lah tujuan asuhan kebidanan dengan lebih efektif.

Secara profesional, bidan wajib mempunyai kemampuan untuk berkomunikasi dengan baik. Hal tersebut sehubungan dengan pelaksanaan tugasnya, yaitu berinteraksi langsung dengan klien, menjadi bagian dalam suatu tim kesehatan yang memberikan asuhan kebidanan tentang kesehatan reproduksi, paham dan mampu dalam mengaplikasikan bagaimana standar dalam berkomunikasi serta pemberian edukasi.

Interaksi yang dilakukan dengan orang lain dalam keseharian kita merupakan definisi komunikasi secara umum. Oleh karena itu, dalam membantu kesembuhan klien maka seorang bidan perlu membangun interaksi dalam praktek pelayanannya terhadap klien maupun pasien (Bajari, et.al, 2019).

Ketika seorang bidan mampu dan terampil dalam komunikasi yang baik, maka hubungan saling percaya mudah terjalin dengan klien maupun pasien, tidak hanya itu bahkan pemberian pelayanan yang profesional serta tujuan asuhan kebidanan yang dilakukan pun tercapai lebih efektif. Dengan kata lain, sebenarnya komunikasi itu penting dilakukan terencana secara sadar, yang mana fokus dari kegiatan maupun tujuannya adalah kesembuhan pasien. (Uripni, et.al, 2003) Untuk menghadapi masalah maupun keluhan yang dialami pasien, komunikasi memiliki peranan yang sangat penting dalam pemecahannya.

Pada pancasila serta pembukaan UUD 1945, telah disampaikan bahwa kesehatan adalah hak asasi manusia dan merupakan salah satu unsur yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia. Kesehatan reproduksi sendiri merupakan salah satu bagian dari kesehatan yang perlu mendapat perhatian penting.

4.2 Standar Komunikasi Edukasi

4.2.1 Komunikasi

Di Indonesia saat ini, tidak dapat dipungkiri dalam dunia kesehatan tidak bisa terlepas dari namanya ‘komunikasi’. Bahkan banyak permasalahan di dunia kesehatan yang dapat diselesaikan menggunakan ilmu komunikasi yang tepat dan benar. Berbanding terbalik dengan hal tersebut, banyak pula masalah yang muncul dalam dunia kesehatan dikarenakan tidak mampu nya tenaga-tenaga medis untuk melakukan teknik komunikasi yang baik. Oleh sebab itu, banyak peneliti dalam bidang komunikasi gencar melakukan kajian-kajian terhadap komunikasi kesehatan dalam beberapa tahun terakhir di Indonesia.

“Komunikasi adalah proses penyampaian makna dari satu entitas atau kelompok ke kelompok lainnya melalui penggunaan tanda, simbol, dan aturan semiotika yang dipahami bersama.”(Mansyur, 2020).

Dalam berinteraksi manusia atau individu sangat membutuhkan pembelajaran sejatinya dilakukan melalui interaksi pendidik dan peserta didik dalam suasana lingkungan belajar. Nilai dari pembelajaran yang dilakukan ini adalah pentingnya pendampingan oleh pendidik terhadap peserta didiknya agar ilmu yang dibagikan dapat tersampaikan.

“Oleh karena itu, secara sederhana pembelajaran dapat dimaknai sebagai suatu proses pencerahan yang dilakukan pendidik untuk membantu peserta mendapatkan pembelajaran dan mampu memahami bahan pembelajaran yang diberikan.” (Mansyur, 2020)

Komunikasi merupakan kata dari bahasa latin yaitu *communicatio*, berasal dari kata *komunis*, memiliki arti sama. Sama yang dimaksud ialah sama makna, oleh karena itu komunikasi dapat terjadi apabila terdapat kesamaan makna mengenai suatu pesan yang disampaikan oleh komunikator dan diterima oleh komunikan. Hovland mendefinisikan proses komunikasi sebagai proses yang memungkinkan seseorang menyampaikan rangsangan untuk mengubah perilaku orang lain (Mulyana, 2010).

Di dalam kehidupan sehari-hari, kapan pun, di mana pun, dalam kondisi sadar ataupun dalam berbagai macam situasi, dalam kegiatannya manusia pasti berkomunikasi, sehingga komunikasi itu sendiri memegang peranan penting bagi tiap individu. Melakukan komunikasi ialah kebutuhan dasar dari manusia, karena dalam pemenuhan kebutuhan maupun pencapaian tujuan hidup manusia, cara yang harus dilakukan adalah berkomunikasi. Hal tersebutlah yang menjadi dasar dari manusia disebut makhluk sosial. Manusia merasa ingin mengetahui lingkungan sekitarnya begitu pula rasa ingin mengetahui manusia yang lainnya. Keingintahuan seseorang lah yang membuatnya dalam kondisi terpaksa perlu untuk berkomunikasi.

Sedangkan fungsi komunikasi, antara lain:

1. Menyebarkan informasi agar membagikan efek terhadap pesan yang diberitakan oleh komunikator,
2. Sebagai alat untuk mencapai kepentingan individu dalam kesehariannya, meliputi: bagaimana individu menggunakan komunikasi untuk menggambarkan dirinya kepada individu lain, dan lainnya.
3. Sebagai alat dalam bermasyarakat, bagaimana komunikasi digunakan untuk membangun dan mengembangkan hubungan antar sosial budaya (Effendy, 2011).

4.2.2 Jenis-Jenis Komunikasi

Terdapat 2 jenis dari komunikasi, ialah sebagai berikut komunikasi secara verbal dan komunikasi secara nonverbal. Komunikasi secara verbal merupakan komunikasi yang menggunakan kata-kata dengan bahasa lisan. Adapun kosa kata yang dipakai dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti, usia, pendidikan, ekonomi, serta sosial budaya. Selain itu, tentunya dalam melakukan komunikasi, ada hal yang tidak kalah penting yaitu penggunaan suara. Ada tujuh yang penting menjadi perhatian yaitu, besar atau volume, naik turunnya suara, ketinggian suara, kecepatan, kejelasan, gema dan irama. Suara sendiri dapat menunjukkan ekspresi emosi dari pembicara nya, antara lain seperti wujud dari rasa sedih, marah, girang, antusias, dan lain nya.

Untuk mengerti apa yang disampaikan oleh orang lain, sama halnya apabila kita ingin orang lain menerima yang kita sampaikan, maka penting melakukan komunikasi yang baik. Sosok bidan wajib mempunyai kemampuan untuk berkomunikasi dengan baik. Hal tersebut sehubungan dengan pelaksanaan tugasnya, yaitu berinteraksi langsung dengan klien, menjadi bagian dalam suatu tim kesehatan yang memberikan asuhan kebidanan tentang kesehatan reproduksi, paham dan mampu dalam mengaplikasikan bagaimana standar dalam berkomunikasi serta pemberian edukasi.

4.2.3 Standar Komunikasi

Adanya aturan yang mengatur maupun menjadi suatu standar akan pelaksanaan komunikasi antar individu, itulah yang disebut standar komunikasi. Pengertian lebih lanjut, standar komunikasi lah yang menjadi pedoman dalam terjalannya komunikasi sehingga terjadi proses penyampaian makna dari satu entitas atau kelompok dari kegiatan keseharian manusia ke kelompok lainnya melalui penggunaan tanda, simbol, dan aturan semiotika yang dipahami bersama bahwa komunikasi itu penting dilakukan terencana secara sadar, yang mana fokus dari kegiatan maupun tujuannya adalah kesembuhan pasien. (Uripni, et.al, 2003)

4.2.4 Edukasi

Edukasi ialah suatu kegiatan pembelajaran yang proses pelaksanaannya bisa formal dan juga tidak formal. Pada dasarnya tujuan dari edukasi tentunya adalah untuk mendidik, membagikan pengetahuan, dan menggali bakat tiap individu, sehingga terwujud semakin baik ke depannya. Pengertian lainnya dari edukasi di bidang kesehatan ialah suatu kegiatan yang berupaya untuk meningkatkan

pengetahuan setiap orang dalam hal kesehatan, seperti halnya bagaimana mengelola faktor risiko yang dapat menimbulkan penyakit, selanjutnya pengetahuan akan PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) sebagai bentuk usaha meningkatkan status kesehatan dari masyarakat, pencegahan munculnya kembali penyakit serta pemulihan dari penyakit.

Secara general, terdapat 2 bentuk dari metode edukasi, antara lain: ceramah dan diskusi kelompok. Pengertian dari diskusi kelompok ialah suatu metode dengan membentuk kelompok selanjutnya dilakukan diskusi serta kerja sama dalam tim agar diperoleh jawaban maupun pemecahan masalah dari sebuah kasus edukasi.

Tujuan Edukasi

Berikut beberapa tujuan dari edukasi, yaitu:

1. Untuk menentukan suatu pokok permasalahan maupun kebutuhan bagi tiap individu.
2. Untuk dapat mengerti tindakan yang dilakukan individu dalam pemecahan masalah, baik dengan penggunaan sumber daya maupun dukungan faktor luar yang membantu kemampuan individu dalam upaya nya tersebut.
3. Untuk mengambil keputusan terhadap kegiatan yang tepat dalam peningkatan taraf hidup manusia, pengetahuan, serta kesejahteraan dari masyarakat (Mubarak, W.I., & Chayatin, N., 2009).

Manfaat Edukasi

Bila dijabarkan lebih lanjut, berikut adalah manfaat edukasi:

1. Memberikan pengetahuan yang luas serta mendalam.
2. Penanaman nilai positif sehingga dapat diimplimentasikan di kehidupan.
3. Membuat adanya perkembangan kepribadian yang lebih baik dari sebelumnya.
4. Pengembangan bakat serta keterampilan.
5. Menjauhkan dari penyimpangan atau tindakan yang tidak sesuai aturan.
6. Membentuk pribadi yang terbiasa melakukan yang baik serta hal yang benar.

7. Mempersiapkan mental ataupun emosional agar siap dalam menghadapi tantangan di kemudian hari.

Jenis-Jenis Edukasi

1. Edukasi Formal

Jenis edukasi ini merupakan edukasi berbentuk program yang bersifat formal serta resmi. Edukasi jenis ini sendiri mempunyai program yang tentunya jelas dimulai dari penggunaan kurikulum, jangka waktu pelaksanaannya, dan adanya indikator sebagai tolak ukur keberhasilan atau lulus.

2. Edukasi Informal

Untuk jenis edukasi ini tidak berbentuk program yang resmi dan tidak direncanakan dengan jelas. Contohnya ialah edukasi yang dilakukan di dalam keluarga. Seperti yang diketahui, edukasi dalam keluarga secara implisit banyak dilakukan sebagai suatu kebiasaan dari orang tua dalam menyampaikan/memberikan edukasi tentang suatu nilai dalam keluarga maupun terhadap anaknya. Contoh lain dari edukasi informal ini juga dapat berupa belajar yang dilakukan secara aktif dan mandiri melalui buku maupun media lainnya.

3. Edukasi Non Formal

Jenis edukasi ini dapat berupa hal-hal di luar dari lembaga pendidikan resmi oleh pemerintah. Contohnya: pelatihan yang dilakukan dari perusahaan, kursus musik/seni lainnya, kursus mobil, lembaga seperti pendidikan keagamaan dan lainnya Edukasi non formal bertujuan atau berperan sebagai pendukung serta pelengkap dari pembelajaran yang didapatkan pada edukasi formal.

4. Edukasi In Door

Jenis edukasi ini dibedakan berdasarkan lokasinya, yaitu edukasi yang dilaksanakan pada ruangan tertutup. Misalnya, proses belajar-mengajar yang dilakukan dalam kelas, melakukan penelitian maupun praktik di laboratorium, membaca majalah atau buku di perpustakaan, dan lainnya.

5. Edukasi Out Door

Edukasi out door berbanding terbalik dari in door yakni edukasi yang dilaksanakan pada luar ruangan. Misalnya sebagai berikut, pencarian data dengan mengobservasi langsung ke lapangan/tempat tertentu.

Menariknya dengan jenis edukasi ini, bisa dilakukan dengan mengajak anak berwisata ke luar sembari menambah kapasitas dari pengetahuan tiap individunya. Wisata edukasi juga dapat dilakukan untuk semakin mengenal nilai sejarah serta budaya negara sendiri.

Metode Edukasi

Terdapat dua bentuk pada umumnya dari metode edukasi yakni ceramah dan juga diskusi kelompok. Uraian dari keduanya dapat dilihat di bawah ini:

1. Ceramah

Ceramah merupakan metode yang dominan digunakan dalam berbagai macam edukasi. Seperti contohnya, jenis metode ini sering digunakan tenaga pendidik kepada peserta didiknya dalam menyampaikan dan menjelaskan materi pembelajaran secara lisan. Metode ini bersifat satu arah, yang mana untuk memperoleh efektivitas nya, penyampaian informasi harus dilakukan dalam suasana maupun situasi tenang sehingga perhatian terpusat. Hal tersebut yang menyebabkan metode ini sering dianggap/terlihat monoton.

2. Diskusi Kelompok

Diskusi kelompok merupakan metode dengan pembentukan kelompok, selanjutnya dituntut antar individu untuk melakukan diskusi serta bekerjasama sebagai tim sehingga diperoleh solusi maupun jawaban dari kasus edukasi yang diberikan. Metode edukasi ini membentuk peserta didik untuk mampu berpikir secara kritis, analitis, serta terlatih untuk belajar secara mandiri.

4.3 Kesehatan Reproduksi

“Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi.” (PP RI No.61, 2014)

“Kesehatan ialah hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945.”

“Dalam Pasal 71 UU Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, menyatakan bahwa kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan.”

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

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

Adapun kondisi kesehatan reproduksi terkini di Indonesia, terdapat 4 komponen yang menjadi perhatian utama, antara lain sebagai berikut (1) Kesehatan Reproduksi Remaja, (2) Keluarga Berencana, (3) Kesehatan Ibu dan Bayi Baru Lahir, dan (4) Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Seksual (PMS), yang termasuk di dalamnya mengenai HIV/AIDS.

4.3.1 Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup dari kesehatan reproduksi antara lain ialah kesehatan ibu dan bayi baru lahir (BBL), pencegahan dan penanganan infeksi pada saluran reproduksi, pencegahan dan penanganan komplikasi dari aborsi, kesehatan

reproduksi pada remaja, kanker pada usia lanjut, dan banyak lagi yang berhubungan dengan aspek reproduksi.

Ruang lingkup pelayanan kesehatan reproduksi menurut *International Conference Population and Development (ICPD)* 1994 terdiri dari kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, pencegahan dan penanganan infeksi menular seksual termasuk *Human Immunodeficiency Virus (HIV)* dan *Acquired Immuno Deficiency Syndrome (AIDS)*, kesehatan reproduksi remaja, pencegahan dan penanganan komplikasi aborsi, pencegahan dan penanganan infertilitas, kesehatan reproduksi usia lanjut, deteksi dini kanker saluran reproduksi serta kesehatan reproduksi lainnya seperti kekerasan seksual, sunat perempuan dan sebagainya (Depkes RI 2017).

4.3.2 Tujuan Kesehatan Reproduksi

Tujuan dari kesehatan reproduksi ialah terlaksananya pelayanan kesehatan reproduksi pada semua orang, baik individu maupun pasangan, khususnya remaja. Adapun pelayanan yang diberikan harus terlaksana secara komprehensif. Kesehatan reproduksi pada remaja menjadi hal yang sangat perlu perhatian penting, mengingat remaja harus mampu melewati proses perkembangan reproduksinya secara sehat, tidak hanya itu remaja juga diharapkan dapat bertanggungjawab, dan terdidik agar bebas dari diskriminasi maupun kekerasan.

Seperti yang tertuang pada Peraturan Pemerintah RI nomor 61 tahun 2014, dikatakan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu, aman dan dapat dipertanggungjawabkan. Tidak hanya itu, dalam peraturan ini disampaikan juga bahwa kesehatan perempuan dalam usia reproduksi sampai melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas, hal tersebut juga dijamin. Sehingga diharapkan nantinya hal tersebut dapat mengurangi Angka Kematian Ibu (AKI).

Terdapat beberapa faktor yang memengaruhi kesehatan dari area kewanitaan, yaitu:

1. Hubungan Seksual

Aktivitas/hubungan seksual dapat memengaruhi kesehatan reproduksi, yang mana umumnya terjadi pada seks bebas. Seks bebas sering menimbulkan infeksi menular seksual pada organ reproduksi. Selain seks bebas, hubungan seksual yang dilakukan secara paksa juga dapat

memengaruhi kesehatan organ reproduksi yaitu berupa luka atau trauma.

2. Kondisi kesehatan

Salah satu kondisi penyakit yang memengaruhi kesehatan organ reproduksi wanita, yaitu endometriosis. Peradangan yang terjadi oleh kondisi endometriosis yang berlangsung dalam jangka waktu lama, dapat menyebabkan sakit ataupun nyeri saat berhubungan seksual. Kondisi yang sama dapat terjadi bila mengalami pelvic inflammatory diseases.

3. Alat kontrasepsi dan pembalut

Perlu diketahui bahwa jenis kontrasepsi kondom maupun diaphragm dapat mengakibatkan iritasi di daerah alat kelamin perempuan. Infeksi setelah melahirkan atau pemakaian pembalut > 8 jam bisa menyebabkan terjadinya infeksi akibat bakteri.

4. Kehamilan

Pada kehamilan, tentunya banyak perubahan yang dialami seorang wanita. Salah satunya terjadi peningkatan volume pada keputihan yang dialami saat hamil, apabila keputihan yang dialami berbau ringan dan warna seperti biasa, maka masih dalam kondisi normal. Namun, perlu diwaspadai apabila warna dan bau keputihan tidak seperti biasanya maka menjadi indikasi kemungkinan terjadinya infeksi pada organewanitaan.

5. Terganggunya psikologis

Ketidaknyamanan dalam melakukan aktivitas seksual hingga merasa sakit juga dapat disebabkan adanya kondisi cemas ataupun depresi, yang berkontribusi terhadap penurunan gairah. Adanya riwayat trauma kekerasan seksual ataupun pengalaman menyakitkan lainnya dapat menjadi penyebabnya.

6. Level hormon

Saat menopause atau saat menyusui, produksi estrogen sedang menurun. Hal tersebut mengakibatkan dinding vagina menipis, maka akan timbul rasa sakit saat aktivitas seksual. Hal itu menunjukkan bahwa perubahan level hormon akan memengaruhi pula kondisi vagina.(Tempo.Co 2022).

4.3.3 Komponen Kesehatan Reproduksi

Menurut komponen dari pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif, terdapat strategi kesehatan yang dapat dijabarkan, yaitu:

1. Komponen Kesejahteraan Ibu dan Anak

Dalam kehidupan seorang wanita/ibu, terdapat rangkaian proses seperti kehamilan, kemudian persalinan hingga masa nifas. Rangkaian peristiwa tersebut merupakan masa dalam kehidupan seorang ibu di mana memiliki risiko kematian yang tinggi. Tentunya ketika nyawa seorang ibu terenggut, bukan hanya bicara kematian seorang individu melainkan terenggutnya kehidupan dalam suatu keluarga.

Ibu memiliki banyak peran di dalam sebuah keluarga, baik menjadi wakil dari suami dalam memimpin rumah tangga, sebagai seorang ibu bagi anaknya, seorang istri bagi suaminya, sebagai seorang anak dari ibu yang telah melahirkannya, maupun tulang punggung keluarga, dan lainnya yang pastinya semua itu tidak mudah tergantikan. Oleh karena itu, sebagai langkahantisipasi dalam menurunkan angka kejadian kematian ibu dikarenakan kehamilan maupun persalinan, maka perlu diambil tindakan segera dan tepat yaitu pemantauan dilakukan sejak dini. Di antaranya sebagai berikut pelayanan ante natal, persalinan hingga pada masa nifas.

2. Komponen Keluarga Berencana

Indonesia merupakan negara dengan jumlah penduduk terbanyak di dunia dan menempati urutan ke-4. Menyadari data tersebut, komponen berikut ini sangat penting yaitu komponen keluarga berencana. Tidak hanya itu dari hasil prediksi, Indonesia memperoleh bonus demografi yang merupakan bonus terhadap sebuah negara dikarenakan proporsi penduduk yang produktif (15-64 tahun) besar di evolusi kependudukan.

Sehingga untuk mengatasi hal tersebut, program KB dibuat sebagai upaya untuk meningkatkan kesejahteraan bagi ibu maupun keluarga.

3. Komponen Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi pada Sistem Reproduksi

Dalam komponen ini, pencegahan serta penanggulangan infeksi yang dimaksud dikhususkan pada gangguan ataupun penyakit organ reproduksi. Berikut beberapa penyakit yang termasuk penyakit menular seksual yang sangat perlu diperhatikan, yaitu gonorrhoea, penyakit chlamydia, penyakit sifilis, dan lainnya yang mana menyebabkan infeksi pada area pelvic ataupun sering disebut PID (Pelvic Inflammatory Diseases). PID juga dapat terjadi pada pemakaian AKDR yang tidak steril.

4. Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja

Di masa remaja, banyak pula masalah kesehatan reproduksi yang perlu menjadi perhatian agar meningkatkan kesadaran/awareness serta pengetahuan dari remaja sebagai wujud upaya promosi dan pencegahan penyakit.

Masa remaja merupakan proses peralihan yang mana secara biologis tampak perkembangan pesat pada tanda seks sekunder yang dialaminya. Hal tersebut mengakibatkan seorang remaja secara fisik sudah dapat melakukan fungsi reproduksinya namun belum bisa mempertanggungjawabkan akibat dari proses tersebut. Maka disinilah pentingnya diberikan informasi, penyuluhan, serta konseling sehingga remaja mampu bertanggung jawab atas kesehatan reproduksinya.

5. Komponen Usia Lanjut

Dalam siklus hidup suatu keluarga, tentunya setelah beberapa komponen telah dijelaskan di atas. Ada satu komponen yang tidak dapat ditinggalkan sehingga menjadi kesatuan yang lengkap, yaitu komponen usia lanjut.

Pada komponen ini, dilakukan promosi untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat pada usia yang lanjut, yaitu masa menopause dan masa andropause. Pada masa tersebut, penting dilakukan pencegahan dan skrining terhadap penyakit seperti kanker uterus/rahim, kanker pada kelenjar prostat, defisiensi pada sistem hormonal, dan lain sebagainya.

Perlunya tingkat kesadaran akan perlunya pengetahuan secara menyeluruh berkenaan tentang seksualitas dan reproduksi, berbagai masalah kesehatan yang dapat timbul pada sistem reproduksi, manfaat serta risiko dari pengobatan, tindakan intervensi, maupun perawatan dan bagaimana memilih secara tepat sangat diperlukan.

Bab 5

Pelayanan Kesehatan Reproduksi Dalam Keadaan Bencana

5.1 Pendahuluan

Bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam dan/ atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis (UU RI No. 24 tahun 2017). Indonesia merupakan negara yang termasuk sering mengalami permasalahan bencana terutama bencana alam karena kondisi geografisnya. Pemerintah selalu melakukan upaya – upaya untuk penanggulangan bencana mulai dari mitigasi, rehabilitasi, hingga rekonstruksi sarana dan prasarana.

Namun, ada hal yang sering luput dari perhatian banyak kalangan pada saat terjadinya bencana, yaitu hak kesehatan reproduksi terutama di kalangan perempuan. Pemenuhan kebutuhan dasar yang datang di kawasan bencana terlalu berfokus pada penyediaan sandang pangan. Padahal kesehatan

reproduksi merupakan hal yang penting mendapat perhatian karena kawasan bencana pasti mengalami krisis kesehatan akibat prasarana yang terbatas.

5.2 Hak Kesehatan Reproduksi Perempuan

Dalam deklarasi Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (Internasional Conference on Population and Development/ICPD) di Kairo tahun 1994 terdapat 4 hak kesehatan reproduksi perempuan, yaitu:

1. Kesehatan reproduksi sebagai komponen dari kesehatan secara keseluruhan, sepanjang siklus hidup baik bagi laki – laki maupun perempuan;
2. Pengambilan keputusan yang terkait dengan reproduksi, termasuk pilihan sukarela dalam pernikahan, pembentukan keluarga dan penentuan jumlah anak, waktu dan jarak kelahiran, dan hak untuk memiliki akses kepada informasi dan sarana yang dibutuhkan untuk latihan pilihan sukarela;
3. Kesetaraan dan keadilan untuk laki – laki dan perempuan untuk memungkinkan individu membuat pilihan bebas dan informasi di semua bidang kehidupan, bebas dari diskriminasi berdasarkan gender;
4. Keamanan seksual dan reproduksi, termasuk kebebasan dari kekerasan seksual dan pemaksaan, dan hak untuk privasi.

Meskipun telah dikukuhkan secara internasional, namun pada praktiknya perempuan sering terabaikan ketika dihadapkan dengan persoalan mengenai kesehatan reproduksi nya. Masyarakat masih menormalisasi perempuan sebagai objek utama kebutuhan reproduksi dan hal tersebut dianggap lumrah. Dalam kawasan bencana, kesehatan reproduksi merupakan satu hal yang perlu mendapat perhatian khusus karena rawan terjadi permasalahan. Kondisi perempuan yang lebih rentan dibanding laki – laki dapat mengakibatkan masalah seperti pelecehan akibat situasi di mana semua pengungsi berada dalam satu tempat, kekerasan seksual karena tekanan kondisi, rusaknya sarana dan

prasarana pelayanan kesehatan, hingga terbatasnya akses kontrasepsi yang akhirnya menimbulkan krisis kesehatan pada wilayah bencana tersebut.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 63 tahun 2013, krisis kesehatan diartikan sebagai peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam kesehatan individu atau masyarakat yang disebabkan oleh bencana dan/atau potensi bencana. Penyelenggaraan penanganan krisis kesehatan dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah provinsi, dan pemerintah daerah kabupaten/kota secara berjenjang dengan tanggung jawab dan kewenangan masing – masing. Sarana prasarana pelayanan kesehatan yang rusak akibat bencana membuat pelayanan kesehatan terutama layanan kebidanan tidak berjalan maksimal. Kaitannya dengan pelayanan kebidanan misalnya seperti tidak maksimal nya asuhan pada pengungsi yang hamil ataupun nifas sehingga dapat meningkatkan morbiditas bahkan mortalitas ibu akibat komplikasi, risiko persalinan yang dapat terjadi di mana saja harus dipikirkan dengan baik solusinya. Selain itu kebutuhan pengungsi akan akses kontrasepsi juga menjadi masalah saat terjadinya bencana sehingga kemungkinan terjadinya hamil diluar keinginan menjadi meningkat.

5.3 Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM)

Dalam upaya penanggulangan awal bencana, dilakukan sebuah intervensi yang disusun untuk kepentingan kesehatan reproduksi pada situasi krisis kesehatan akibat bencana yaitu melalui Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) yang telah terintegrasi dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 64 Tahun 2013. PPAM merupakan serangkaian kegiatan prioritas kesehatan reproduksi yang harus dilaksanakan segera pada tahap awal bencana/saat tanggap darurat krisis kesehatan yang menitikberatkan pada pencegahan kematian, kesakitan, dan kecacatan pada populasi yang terkena dampak bencana, khususnya perempuan dan remaja perempuan (Kemenkes, 2017). Buku Pedoman PPAM Kesehatan Reproduksi dalam situasi krisis kesehatan juga telah dikeluarkan untuk memperkuat rujukan program kesehatan reproduksi pada situasi darurat bencana.

Lima fokus utama implementasi PPAM dalam situasi krisis kesehatan diprioritaskan pada koordinasi kesehatan reproduksi, kekerasan berbasis gender, infeksi menular seksual (IMS) dan HIV/AIDS, kesehatan maternal dan neonatal, serta pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dan terintegrasi dalam pelayanan kesehatan dasar. Remaja juga menjadi fokus perhatian kesehatan reproduksi PPAM dalam situasi tersebut dengan alasan bahwa remaja merupakan kalangan yang rentan terhadap eksploitasi seksual akibat kondisi yang menekan psikologisnya.

PPAM mempunyai lima tujuan, yaitu:

1. Mengidentifikasi koordinator PPAM kesehatan reproduksi
2. Mencegah dan menangani kekerasan seksual
3. Mengurangi penularan HIV
4. Mencegah meningkatnya kesakitan dan kematian maternal dan neonatal
5. Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dan terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar ketika situasi stabil

PPAM juga memiliki kegiatan prioritas tambahan seperti melanjutkan program keluarga berencana / kontrasepsi, melibatkan remaja dalam semua program kesehatan reproduksi dalam situasi krisis kesehatan, dan memastikan ketersediaan logistik kesehatan reproduksi. PPAM dilakukan seawal mungkin pada saat terjadinya bencana yaitu tahap tanggap darurat bencana agar krisis kesehatan tidak semakin luas dampaknya.

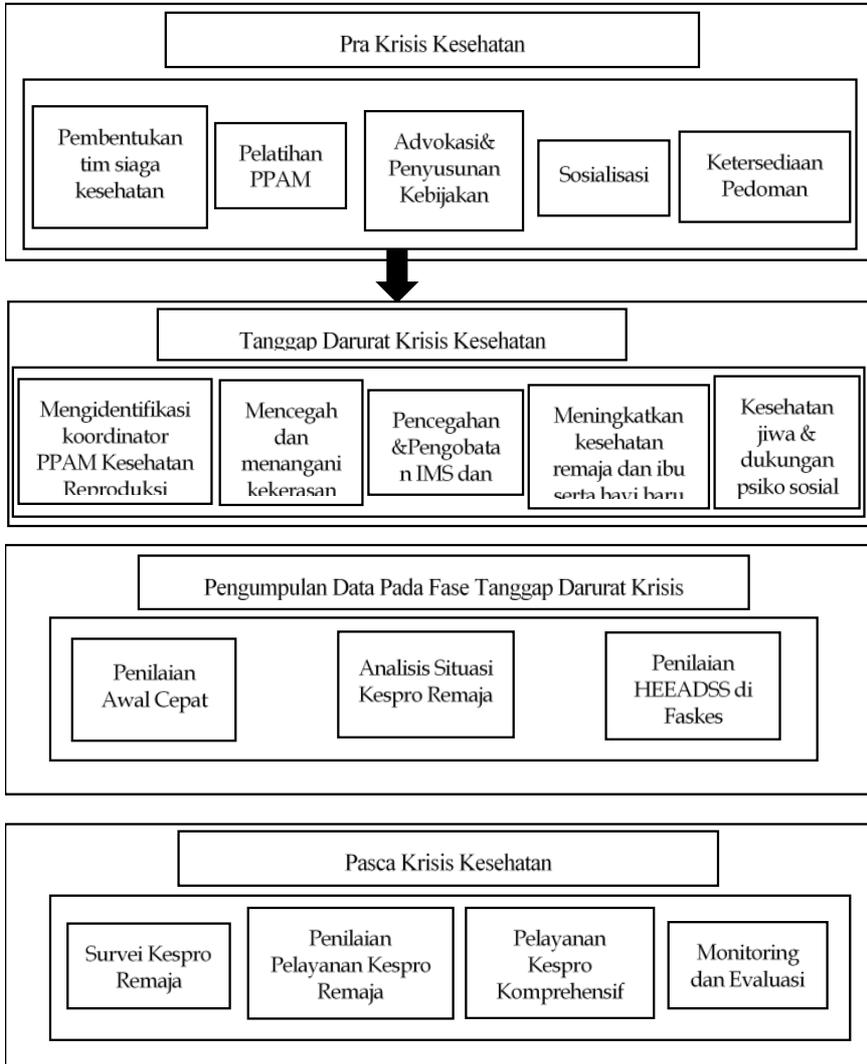
5.3.1 PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja

PPAM kesehatan reproduksi remaja menjadi penting untuk diterapkan guna memastikan penyediaan layanan kesehatan reproduksi yang ramah remaja dan menciptakan suatu lingkungan di mana remaja dapat berkembang dan bertahan untuk hidup meski banyak tantangan yang akan dihadapi. Penilaian kebutuhan remaja hingga pemberian layanan yang sesuai juga perlu untuk dilakukan hingga melibatkan remaja dalam implementasi PPAM kesehatan reproduksi remaja. Pada prinsipnya pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja dengan PPAM Kesehatan Reproduksi sebenarnya sama. Berikut adalah tabel perbedaan gambaran keduanya:

Tabel 5.1: Gambaran perbedaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja dan PPAM Kesehatan Reproduksi (Kementerian Kesehatan RI, 2018)

	PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja	PPAM Kesehatan Reproduksi
Sasaran program	Remaja usia 10-18 tahun Kaum muda usia 10-24 tahun	Penduduk yang terkena dampak dengan fokus utama pada wanita usia subur usia 15-49 tahun
Komponen	Komponen ke 5: Penyediaan pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial remaja	Komponen ke 5: Merencanakan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dan terintegrasi ke dalam pelayanan kesehatan dasar ketika situasi stabil
Pendekatan	Intervensi kesehatan reproduksi remaja melalui pelayanan kesehatan peduli remaja / PKPR	Intervensi kesehatan reproduksi secara umum
Alat bantu penilaian kebutuhan	Tanggap darurat krisis kesehatan: <ol style="list-style-type: none"> a. Menggunakan formulir penilaian kebutuhan kesehatan reproduksi remaja b. Instrumen berbasis fasilitas (penilaian HEEADSS/Home, Education, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Safety, and Suicide) 	Tahap tanggap darurat krisis kesehatan: <ol style="list-style-type: none"> a. Menggunakan formulir penilaian kebutuhan PPAM

Dalam pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja yang harus segera dilakukan, tahapan pelaksanaannya adalah sebagai berikut



Gambar 5.1: Alur Pelaksanaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja (Buku Pedoman PPAM, 2017)

Pelaksanaan kesehatan reproduksi remaja pada tahap tanggap darurat dilakukan dengan memilih koordinator pelayanan kesehatan reproduksi remaja pada awalnya. Hal ini bertujuan guna mengkoordinir pelaksanaan PPAM lintas

sektor, lintas program, lembaga lokal dan internasional sehingga kesehatan reproduksi remaja menjadi prioritas pelayanan. Tugas koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja meliputi:

Tabel 5.2: Tugas Koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja (Kementerian Kesehatan RI, 2018)

Tugas	Kegiatan
Koordinasi, komunikasi & kerjasama	<ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan advokasi agar kesehatan reproduksi remaja diperhatikan selama pelaksanaan PPAM b. Bekerjasama dengan lintas sektor terkait, melakukan pemetaan kelompok remaja yang paling rentan dan memastikan mereka mampu untuk mengakses pelayanan kesehatan reproduksi c. Memberikan informasi pelayanan kesehatan reproduksi remaja yang tersedia dan memberitahukan lokasi yang dapat diakses d. Melibatkan instansi pemerintah dalam kesehatan reproduksi remaja selama perencanaan pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif, untuk memastikan kepemimpinan dan rasa memiliki di tingkat nasional e. Melakukan pendekatan kesehatan reproduksi multi sektoral untuk memastikan bahwa kebutuhan remaja diidentifikasi dan ditangani f. Bekerja sama dengan pemangku kepentingan lainnya (Kementerian dan Lembaga lain) untuk memastikan bahwa kebutuhan kesehatan reproduksi remaja tertangani tanpa duplikasi pelayanan g. Melanjutkan upaya untuk melibatkan instansi pemerintah dalam penanganan kesehatan reproduksi remaja

	<ul style="list-style-type: none"> h. Melakukan advokasi dengan pimpinan kepolisian, militer, atau aparat penegak hukum untuk membentuk dan menegakkan kebijakan terkait kekerasan berbasis gender i. Melakukan pertemuan rutin dengan lintas program/ lintas sektor kesehatan reproduksi dan organisasi terkait untuk menyelenggarakan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja sesegera mungkin j. Melaporkan kegiatan rutin untuk disampaikan kepada Koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi dan kepada anggota maupun lembaga atau sektor lainnya
Mengidentifikasi, mengenal dan memahami:	Mengkaji dan memperbaharui protokol kesehatan reproduksi standar untuk memastikan terpenuhinya kebutuhan remaja
Mendapatkan informasi dasar demografi dan kesehatan:	<p>Mengidentifikasi informasi dasar terkait kebutuhan pelayanan kesehatan reproduksi remaja. Beberapa informasi dasar yang harus dikumpulkan meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Total populasi b. Data demografi remaja yang penting dan mengidentifikasi permasalahan utama yang ada dalam populasi sasaran yang perlu ditangani segera. c. Informasi tentang status baseline/ data awal kebutuhan dan pelayanan kesehatan reproduksi remaja d. Informasi tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan peduli remaja e. Memantau, menganalisis dan melaporkan setiap bulan tentang pelayanan kesehatan reproduksi remaja menggunakan indikator standar.

Pada tahap awal tanggap darurat krisis kesehatan, informasi mengenai jumlah remaja dan data kebutuhan guna pelayanan kesehatan reproduksi remaja harus diperoleh. Apabila hal tersebut susah untuk dilakukan maka jumlah remaja bisa didapatkan dengan melihat total jumlah pengungsi.

5.3.2 Mencegah dan Menangani Keserasan Seksual

Dalam situasi bencana, remaja mengalami krisis kesehatan akibat terpisah dari keluarga yang merupakan unsur utama pelindungnya. Meskipun secara statistik belum ada data pasti yang menunjukkan terjadinya kekerasan pada remaja saat bencana, namun ada kecenderungan remaja mengalami pelecehan seksual dan eksploitasi di tempat pengungsian baik pada remaja perempuan maupun remaja laki - laki.

Dinas sosial dan BNPB/BNPD hendaknya memastikan bahwa kelompok rentan dan satu keluarga berada pada tempat pengungsian yang sama. Beberapa upaya yang bisa dilakukan dalam mengatasi kerentanan seksual tersebut misalnya membedakan toilet perempuan dan laki – laki dengan menempatkan bilik yang berbeda serta pencahayaan yang cukup. Adanya penanggung jawab keamanan juga penting guna mencegah terjadinya kekerasan seksual yang mungkin terjadi. Hendaknya juga dibuat pusat pengaduan 24 jam bagi pengungsi yang membutuhkan pelayanan kesehatan reproduksi khususnya remaja. Informasi terkait hal tersebut bisa di sebarakan melalui leaflet, radio, atau tim penanganan krisis kesehatan itu sendiri.

5.3.3 Pencegahan Serta Pengobatan IMS dan HIV

Pengurangan risiko penularan HIV/AIDS sebenarnya bisa dilakukan sejak awal tahapan tanggap darurat krisis kesehatan dengan cara memberdayakan remaja yang aktif dengan cara melibatkan konselor sebaya untuk memahami HIV/AIDS. Sedangkan koordinator kesehatan reproduksi remaja sendiri bisa melakukan beberapa hal yang ada kaitannya dengan penularan HIV/AIDS misalnya, melakukan pendataan serta memberikan informasi ketersediaan pelayanan HIV/AIDS, memastikan ketersediaan fasilitas dan petugas berkaitan dengan kegiatan transfusi darah, serta memberikan kepastian terkait pengobatan bagi ODHA yang ada dalam pengungsian.

5.3.4 Mencegah Meningkatnya Kesakitan dan Kematian Remaja, Ibu, Serta Bayi Baru Lahir

Proses kehamilan hingga persalinan merupakan proses alamiah seorang perempuan pada situasi normal. Namun, dalam situasi krisis kesehatan terutama pada kondisi bencana hal tersebut menjadi sesuatu yang membutuhkan perhatian lebih terutama jika terjadi pada remaja. Ibu hamil yang berada dalam situasi pengungsian yang tidak stabil memerlukan dukungan psikososial dari

orang – orang terdekatnya. Koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja dapat melakukan upaya – upaya seperti melakukan pendataan pada pengungsi yang hamil, melakukan pendataan yang berhubungan dengan hygiene kit, memfasilitasi ibu hamil terkait pelayanan kesehatan ibu dan anak dengan mendatangkan petugas kesehatan yang kompeten di bidangnya, mendirikan pelayanan PONEK dan PONEK 24 jam/ 7 hari, berkoordinasi dengan pihak tertentu terkait rujukan tingkat lanjut, serta memastikan tercukupinya nutrisi ibu hamil yang ada di pengungsian.

5.3.5 Remaja, Kesehatan Jiwa, dan Dukungan Psikososial

Pada situasi krisis bencana banyak orang yang mengalami permasalahan psikologis akibat situasi yang terjadi. Orang – orang kehilangan harta benda, anggota keluarganya, hingga situasi yang berubah drastis dari kehidupan semula membuat korban bencana membutuhkan dukungan psikososial terutama bagi kelompok rentan. Gangguan psikologis yang terjadi pada saat krisis kesehatan di lingkungan pengungsian bisa menjadi dampak untuk kesehatan reproduksi di kalangan kelompok rentan. Situasi yang tidak stabil selama bencana bisa berdampak pada pengambilan keputusan yang tidak bijaksana dan berujung pada efek terhadap kesehatan reproduksi individual tersebut. Hal yang bisa terjadi misalnya seorang remaja mengalami gangguan emosional di pengungsian akibat situasi yang tidak kondusif, kemudian timbulah risiko hubungan seksual tanpa kondom sehingga terjadi kehamilan yang tidak diinginkan hingga tertularnya infeksi menular seksual (IMS) bahkan kemungkinan terburuk yaitu terjangkitnya HIV/AIDS.



Gambar 5.2: Piramida Intervensi Kesehatan Mental dan Dukungan Psikososial Pada Situasi Krisis Kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2018)

Identifikasi masalah jiwa dan psikososial harus dilakukan oleh tenaga kesehatan sehingga bisa membuat perencanaan yang sesuai dan rujukan jika diperlukan. Gambar di atas dapat digunakan sebagai rujukan perencanaan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial saat terjadi situasi krisis kesehatan. Namun, semua lembaga harus berintegrasi agar tujuan dari pelayanan kesehatan jiwa dan dukungan psikososial bisa tercapai.

5.3.6 Manajemen Kebersihan Menstruasi

Salah satu hak asasi untuk wanita adalah dapat mengelola proses menstruasi nya secara terhormat. Definisi dari manajemen kebersihan menstruasi itu sendiri adalah bagaimana seorang perempuan memiliki akses selama periode menstruasi seperti dapat mengganti pembalut yang bersih, membuang dengan layak, hingga keamanan dan kenyamanan toilet ketika membersihkan diri.

5.4 Peran Bidan Dalam Penanganan Kesehatan Reproduksi Saat Bencana

Bidan merupakan salah satu pemegang peran penting dalam penanganan kesehatan utamanya kesehatan reproduksi saat terjadi bencana. Beberapa hal yang dapat dilakukan bidan kaitannya dengan hal tersebut adalah sebagai berikut (Sidabutar, 2020):

1. Bidan dapat melaporkan isu dan data terkait kesehatan reproduksi dan ketersediaan sumber daya logistik serta memastikan ketersediaan pendistribusian logistik kebidanan
2. Bidan menjadi koordinator kesehatan reproduksi yang berkoordinasi langsung dengan pusat
3. Melakukan advokasi untuk keberlanjutan fungsi koordinasi dan kesiapsiagaan
4. Memberikan edukasi terutama KB kepada perempuan pengungsi, pelayanan kesehatan reproduksi 24/7 dalam pos kespro dan pelayanan pertolongan persalinan serta kegawatdaruratan maternal dan neonatal
5. Memberikan pelayanan penanganan kekerasan seksual dan pelayanan medis bagi korban

6. Melakukan mekanisme rujukan kesehatan dan sebagai front liner bagi penyintas perkosaan

Bab 6

Perkembangan Keluarga Berencana di Indonesia

6.1 Pendahuluan

Program Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu usaha yang dilaksanakan pemerintah untuk mengendalikan jumlah penduduk. Meskipun program KB telah dilaksanakan tiap tahun, namun jumlah penduduk Indonesia terus meningkat (Tranziani, 2018).

Gerakan KB di Indonesia muncul sebagai fenomena baru pada awal tahun 1970-an. Gerakan ini diprakarsai oleh sebuah lembaga swadaya masyarakat bernama Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) yang berdiri sejak tahun 1957. Program KB ini kemudian disusul dengan sosialisasi luas dan revolusi lewat intervensi politis pemerintah melalui organisasi Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Program KB berkembang pesat dan tetap hidup sampai sekarang meskipun dengan wacana yang berbeda sesuai dengan kebijakan pemegang kekuasaan (Udasmoro, 2004).

Sejarah panjang pelaksanaan program KB di Indonesia dalam proses perjalanannya sangat dinamis sesuai dengan perkembangan situasinya. Puncak emas capaian dan keberhasilan program KB Indonesia yaitu di penghujung tahun 1980-an dengan diterimanya penghargaan PBB (The United Nations) di

bidang Kependudukan oleh Presiden RI Soeharto (Nofrijal, 2021). Namun pelaksanaan program KB juga banyak mengalami tantangan dengan diberlakukannya sistem desentralisasi pemerintah ditahun 2000, yang mengubah garis otoritas pelaksanaan program KB ditingkat kabupaten maupun kota (Maulana, 2021).

Program KB dilaksanakan dengan berbagai kegiatan medis seperti pemakaian dan pelepasan alat kontrasepsi KB, berbagai penyuluhan yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi, serta terdapat juga pelayanan untuk masyarakat apabila ada yang ingin berkonsultasi mengenai masalah kesehatan. Mekanisme kegiatan program ini seperti menjemput bola, karena sifatnya yang dinamis. Berbagai kemudahan yang dilakukan untuk terlaksananya program ini termasuk berbagai sarana prasana telah dikerahkan pemerintah untuk masyarakat yang bersedia mengikuti program KB dan juga tidak ada dikenakan biaya yang ditanggung. Program ini diadakan oleh BKKBN yang bekerja sama dengan Dinas Kesehatan untuk mengendalikan angka kelahiran serta mengantisipasi laju pertumbuhan penduduk yang semakin meningkat (Tranziani, 2018).

KB pertama kali ditetapkan sebagai program pemerintah pada tanggal 29 Juni 1970, bersamaan dengan dibentuknya BKKBN. Program KB di Indonesia sudah dimulai sejak tahun 1957, namun masih menjadi urusan kesehatan dan belum menjadi urusan kependudukan. Namun sejalan dengan semakin meningkatnya jumlah penduduk Indonesia serta tingginya angka kematian ibu dan kebutuhan kesehatan reproduksi, program KB selanjutnya digunakan sebagai salah satu cara untuk menekan jumlah penduduk serta meningkatkan kesehatan ibu dan anak (Kemenkes, 2014).

Program KB mengalami berbagai sesi pancaroba yaitu, Program Klinik, di mana program ini dikomunikasikan melalui kesehatan; pendekatan integratif di tahun 1969-1974; di tahun 1979 sampai 1984, program KB dilaksanakan dengan nama Panca Karya dan Catur Bhava Utama dengan strategimass campaign dengan nama “Safari KB Senyum Terpadu”; tahun 1984-1988, pendekatan koordinasi aktif pemerintah dan masyarakat diluncurkan, bersamaan dengan kampanye Lingkaran Biru; Kampanye Lingkaran Emas dilaksanakan pada tahun 1988-1993, program ini menekankan variasi alat kontrasepsi dan penetapan UU no 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera; paska reformasi, program KB dijadikan program Pembangunan Nasional, KKB berubah menjadi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, serta visi BKKBN yang baru yakni “Penduduk Tumbuh Seimbang 2015. Program perencanaan

keluarga pada masa orde baru dianggap sebagai program yang berhasil karena terdapat sentralisasi pelaksanaan „top down“ yang sistematis dari koordinasi pusat hingga RW dan RT (Sari, 2016).

Undang-undang Nomor 52 Tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga menyatakan bahwa pembangunan keluarga adalah suatu upaya untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas yang hidup dalam lingkungan yang sehat; dan KB adalah upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan usia ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga berkualitas. UU ini mendukung program KB sebagai salah satu upaya untuk mewujudkan keluarga sehat berkualitas. Pengaturan kehamilan dalam Program KB dilakukan dengan menggunakan alat kontrasepsi (Kemenkes, 2014).

Istilah kontrasepsi berasal dari kata kontra dan konsepsi. Kontra artinya “melawan” atau “mencegah”, sedangkan konsepsi artinya pertemuan antara sel telur yang matang dengan sperma yang dapat mengakibatkan kehamilan. Maksud dari konsepsi yaitu menghindari atau mencegah terjadinya kehamilan sebagai akibat adanya persatuan antara sel telur dengan sel sperma. Kontrasepsi adalah usaha - usaha yang dilakukan untuk mencegah terjadinya kehamilan, usaha itu dapat bersifat sementara dan juga dapat bersifat permanen (Priyatni, 2016).

Metode kontrasepsi secara umum dibagi menjadi metode kontrasepsi tradisional dan metode kontrasepsi modern. Metode kontrasepsi tradisional atau sederhana dapat dibagi menjadi KB alamiah tanpa alat dan dengan alat. Metode KB alamiah tanpa alat dibagi lagi menjadi metode kalender, pantang berkala, metode suhu basal, metode lendir serviks, metode symptothermal, dan senggama terputus. Sedangkan metode sederhana dengan alat dibagi lagi menjadi kondom, barrier intravagina dan spermasida. Kontrasepsi modern meliputi kontrasepsi hormonal seperti pil, suntik, alat kontrasepsi bawah kulit (AKBK), dan alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), serta nonhormonal seperti tindakan operasi vasektomi (Nurullah, 2021).

Pelayanan KB termasuk dalam pelayanan promotif dan preventif, yang mencakup pelayanan konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi dan tubektomi. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dikatakan bahwa alat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN bagi seluruh Pasangan Usia Subur (PUS) peserta JKN

dan semua fasilitas kesehatan wajib memberikan pelayanan KB dan harus segera diregistrasi oleh BKKBN/SKPD-KB Kab/Kota(Kemenkes, 2014).

Model baru program Kependudukan dan Keluarga Berencana (KKB) nasional telah diubah visinya dari mewujudkan Norma Keluarga. Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) menjadi “Keluarga Berkualitas 2025” untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas adalah keluarga sejahtera, sehat, maju, mandiri, memiliki jumlah anak yang ideal berwawasan kedepan, bertanggung jawab, harmonis dan bertaqwa kepada Tuhan Yang Maha Esa (Tranziani, 2018).

6.2 Sejarah dan Perkembangan Keluarga Berencana di Indonesia

Sejarah pertama upaya KB diluar negeri muncul di Inggris pada awal abad XIX atas prakarsa dari sekelompok orang yang sangat memperhatikan masalah kesehatan ibu, yaitu Marie Stopes (1880-1950) yang menganjurkan pengaturan kehamilan di kalangan buruh (Yulizawati, 2019).

Di Amerika Serikat dikenal dengan Margareth Higgins Sanger (1879-1966) dengan segudang aktivitasnya yaitubirth control activist, pendidik seksual, penulis dan juga bidan praktek di salah satu klinik kebidanan Kota New York (Nofrijal, 2021). Pada tahun 1912 Margareth Sanger mendapatkan pengalaman yang sangat berharga sebagai juru rawat yang mengetahui pasiennya yaitu Sadies Sachs nekat melakukan pengguguran kandungan dengan paksa, dari pengalaman tersebut beliau mengetahui kebutuhan ibu-ibu akan kontrasepsi karena alasan ekonomi, kesehatan dan sosial dengan segala risiko yang diterimanya. Tahun 1913 beliau pergi ke Eropa untuk meningkatkan pengetahuannya dibidang kontrasepsi, dan tahun 1914 beliau berhasil menerbitkan buku tentang KB yaitu “The Women Rebel” (pemberontak perempuan). Tahun 1916 Margareth Sanger membuka klinik KB di New York tapi disergap polisi. Program “birth control” merupakan awal pelopor KB Modern. Pada tahun 1917 didirikan National Birth Control League dan pada bulan 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 (Yulizawati, 2019).

Indonesia mengalami perubahan pendekatan kelembagaan penyelenggaraan program KB dari tipe sentralisasi menjadi desentralisasi. Hasil penelitian yang bertujuan membandingkan berbagai kebijakan BKKBN pada tiap era kepemimpinan serta capaian Tingkat Kesuburan Total (TKT) dan Laju Pertumbuhan Penduduk (LPP) di Indonesia dengan kajian literatur program KB dari era kepemimpinan Presiden Soekarno hingga Presiden Joko Widodo tahun 1983 sampai 2018, didapatkan hasil bahwa pendekatan sentralisasi terjadi pada era Presiden Soekarno dan Presiden Soeharto. Sedangkan pendekatan desentralisasi terjadi pada era Presiden Habibie hingga era Presiden Joko Widodo. Pendekatan sentralisasi pada masa Presiden Soeharto telah berhasil menurunkan angka TKT dan menjadi sejarah kesuksesan program KB. Sebaliknya, pendekatan desentralisasi sejauh ini belum mencapai target yang telah ditetapkan oleh pemerintah karena berdampak pada struktur organisasi BKKBN, program KB, dan capaiannya pada era masing-masing. Desentralisasi juga membawa perubahan peran komunikasi dalam penurunan TKT dan LPP pada tiap era kepemimpinan di Indonesia (Putri D.K, 2019).

6.2.1 Periode Perintisan (1950-1966)

Pengaruh “birth control” hadir di Indonesia tahun 1950-an akhir, ketika terbentuknya Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (Indonesian Planned Parenthood Federation) tanggal 23 Desember 1957, oleh lembaga swadaya masyarakat yang memperjuangkan pemenuhan hak-hak kesehatan reproduksi, yang lahir atas kepedulian dan perhatian sekelompok tokoh masyarakat dan ahli kesehatan terhadap masalah kependudukan dan tingginya angka kematian ibu hamil dan melahirkan, serta kematian bayi di Indonesia pada waktu itu (Nofrijal, 2021).

Periode perintisan dimulai di Jakarta tepatnya di Bagian Kebidanan dan Kandungan FKUI/RSUP (sekarang RS Dr.Cipto Mangunkusumo) oleh tokoh-tokoh seperti Prof. Sarwono Prawirohardjo, dr. M. Joedono, dr. Hanafi Wiknjosastro, dr.Koen S. Martiono, dr. R. Soeharto dan dr.H. Hurustiati Subandrio. Pelayanan KB dilakukan secara diam-diam di poliklinik kebidanan

FKUI/RSUP. Setelah mengadakan hubungan dengan IPPF dan mendapat dukungan dari pelopor KB setempat, maka pada tanggal 23 Desember 1957 Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) resmi terbentuk, tepatnya di Jl. Sam Ratulangi No. 29 Jakarta, dengan dr. R. Suharto sebagai ketua. Visi PKBI yaitu mewujudkan masyarakat yang sejahtera melalui keluarga, dengan misi memperjuangkan penerimaan dan praktek keluarga bertanggung jawab dalam keluarga Indonesia melalui pengembangan program, pengembangan jaringan dan kemitraan dengan semua pihak pemberdayaan masyarakat dibidang kependudukan secara umum dan secara khusus dibidang kesehatan reproduksi yang berkesetaraan dan berkeadilan gender. Pelayanan yang diberikan berupa nasehat perkawinan, termasuk pemeriksaan calon suami istri, pemeriksaan dan pengobatan kemandulan dalam perkawinan dan pengaturan kehamilan.

Era kepemimpinan Presiden Soekarno dimulai pada periode 1945 hingga 1967 yang merupakan lahirnya negara Republik Indonesia, di mana kondisi saat itu adalah paska perang. Di masa itu, Indonesia tidak mempunyai kebijakan mengenai program pembatasan kelahiran. Sebaliknya, pemerintah mendorong perempuan untuk melahirkan banyak anak (pronatalis). Sumber daya manusia saat itu sangat dibutuhkan untuk membangun bangsa Indonesia. Namun sayangnya pemerintah luput untuk memperhatikan kesehatan reproduksi perempuan. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Anak termasuk tinggi, infrastruktur sektor kesehatan juga masih belum baik sehingga membuat angka kelahiran per ibu melahirkan di atas lima orang anak (Putri D.K, 2019).

6.2.2 Periode Keterlibatan Pemerintah dalam Program KB Nasional

Pada tahun 1967 PKBI diakui sebagai badan hukum oleh Departemen Kehakiman (Yulizawati, 2019). Kongres Nasional pertama PKBI di Jakarta diputuskan bahwa PKBI dalam usahanya mengembangkan dan memperluas usaha KB akan bekerjasama dengan instansi pemerintah. 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.

6.2.3 Periode Pelita I (1969-1974)

Pada periode ini mulai dibentuk Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) berdasarkan Keputusan Presiden No. 8 Tahun 1970 dan sebagai Kepala BKKBN pada saat itu adalah dr. Suwardjo Suryaningrat. Pada tahun 1972 keluar Keputusan Presiden No. 33 Tahun 1972 sebagai penyempurnaan organisasi dan tata kerja BKKBN yang ada. Status badan ini berubah menjadi Lembaga Pemerintah Non Departemen di mana penanggung jawab umum penyelenggaraan program ada pada Presiden dan dilakukan sehari-hari oleh Menteri Negara Kesejahteraan rakyat dibantu Dewan Pembimbing Keluarga Berencana. Pada Periode Pelita I dikembangkan Periode Klinik (Clinical Approach) karena pada awal program, tantangan terhadap ide KB masih sangat kuat, untuk itu pendekatan melalui kesehatan yang paling tepat (Yulizawati, 2019).

Di awal berdirinya BKKBN tahun 1970, pendekatan KB terfokus pada penanggulangan kematian ibu hamil dan bersalin melalui program Kesehatan Ibu dan Anak, menjadi pasangan ideal kementerian kesehatan dalam percepatan

penurunan Maternal Mortality Rate (MMR) dan Infant Mortality Rate (IMR). MMR dan IMR yang tinggi disebabkan oleh tingginya angka kelahiran total (Total Fertility Rate) sebesar 5,6 perwanita subur. Program BKKBN yang memback-up penurunan angka kematian ibu hamil dan bayi mendapat perhatian dan bantuan dunia internasional melalui lembaga donor dan agency yang berafiliasi dengan kantor PBB di New York (Nofrijal, 2021).

Selama masa Repelita I pelaksanaan program KB meliputi 6 provinsi yaitu Jawa Bali (DKI Jakarta, Jawa Barat, Jawa Tengah, DI Yogyakarta, Jawa Timur dan Bali) di pusatkan di_ provinsi tersebut karena dijumpai situasi kepadatan penduduk yang relatif lebih kritis keadaannya dibandingkan dengan daerah lainnya di Indonesia, dan ini merupakan daerah perintis BKKBN. Walaupun demikian ternyata bahwa di beberapa daerah di luar Jawa dan Bali selama masa repelita I telah dirintis pula usaha pelaksanaan KB oleh pelbagai organisasi kemasyarakatan serta Pemerintah Daerah yang bersangkutan (Sari, 2016).

6.2.4 Periode Pelita II (1974-1979)

Kedudukan BKKBN dalam Keputusan Presiden Nomor 38 Tahun 1978 bertambah besar jangkauan programnya tidak terbatas hanya KB tetapi juga Program Kependudukan, 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 mulai dipadukan dengan sektor-sektor pembangunan lainnya, yang dikenal dengan Pendekatan Integratif (Beyond Family Planning). Berkaitan dengan ini, maka sejak tahun 1973-1975 sudah mulai dirintis Pendidikan Kependudukan sebagai pilot project (Yulizawati, 2019).

6.2.5 Periode Pelita III (1979-1984)

Periode ini dilakukan pendekatan kemasyarakatan (partisipatif) yang didukung oleh peranan dan tanggung jawab masyarakat melalui organisasi/institusi masyarakat dan pemuka masyarakat, yang bertujuan untuk membina dan mempertahankan peserta KB yang sudah ada serta meningkatkan jumlah peserta KB baru. Pada masa periode ini juga dikembangkan strategi operasional yang baru yang disebut Panca Karya dan Catur Bhava Utama yang bertujuan

mempertajam segmentasi sehingga diharapkan dapat mempercepat penurunan fertilitas. Pada periode ini muncul juga strategi baru yang memadukan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE) dan pelayanan kontrasepsi yang merupakan bentuk “Mass Campaign” yang dinamakan “Safari KB Senyum Terpadu” (Yulizawati, 2019).

6.2.6 Periode Pelita IV (1983-1988)

Pada dekade 1980-an, pendekatan keluarga berencana mengalami progres dengan pendekatan kesejahteraan keluarga. Dicanangkanlah berbagai kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan keluarga, antara lain Usaha Peningkatan Pendapatan Keluarga. akseptor (UPPKA), Usaha Peningkatan Gizi Keluarga. (UPGK), program Bina Keluarga. Balita (BKB), pendidikan KB melalui pramuka, pelayanan integrasi kelapa hibrida, keluarga. berencana pertanian, keluarga berencana koperasi. Sehingga dimulailah program kegiatan “Pertasi-kencana” untuk memberi penguatan bahwa keluarga berencana dapat memberi kontribusi bagi peningkatan kesejahteraan keluarga baik langsung maupun tidak langsung (Nofrijal, 2021).

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.

Pada periode ini 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 (Yulizawati, 2019).

6.2.7 Periode Pelita V (1988-1993)

Pada masa Pelita V, Kepala BKKBN masih dijabat oleh Prof. Dr. Haryono Suyono. Pada periode ini gerakan KB terus berupaya meningkatkan kualitas petugas dan sumberdaya manusia dan pelayanan KB. Oleh karena itu, kemudian

diluncurkan strategi baru yaitu Kampanye Lingkaran Emas (LIMAS). Jenis kontrasepsi yang ditawarkan pada LIBI masih sangat terbatas, maka untuk pelayanan KB LIMAS ini ditawarkan lebih banyak lagi jenis kontrasepsi, yaitu ada 16 jenis kontrasepsi.

Pada periode ini juga ditetapkannya UU No. 10 tahun 1992 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, dan Garis-Garis Besar Haluan Negara (GBHN) 1993 khususnya sub sektor 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 (Yulizawati, 2019). UU 10/1992, juga menjadi senjata ampuh bagi BKKBN untuk merekrut puluhan ribu tenaga lapangan baik yang berlatar belakang medis (bidan dan perawat) dengan sebutan Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) Medis, juga yang berlatar belakang sarjana, dengan sebutan Ajun Penyuluh Keluarga Berencana. Jumlah tenaga lapangan mencapai puncaknya sebanyak 40.000 orang dengan ratio PLKB per desa adalah 1-2 orang (Nofrijal, 2021).

6.2.8 Periode Pelita VI (1993-1998)

Memasuki tahun 1990-an program KB memasuki priode keemasan, banyak negara-negara sahabat yang minta (resquest) datang ke Indonesia untuk program “Observation Study & Training (OST)”, dalam catatan Pusat Pelatihan dan Kerjasama Internasional terdapat hampir 500 angkatan pelatihan dari hampir 100 negara yang mengikuti OST di Indonesia dengan beberapa provinsi sebagai wilayah andalan (kunjungan observasi dan rekreasi) (Nofrijal, 2021). Program ini mulai terganggu, pada tahun 1997. Krisis Ekonomi pada saat itu, dianggap sebagai penyebab utama menurunnya daya beli Pasangan Usia Subur (PUS), maupun penyediaan alat dan pelayanan kontrasepsi (Pratiwi, 2014).

Dalam Kabinet Pembangunan VI sejak tanggal 19 Maret 1993 sampai dengan 19 Maret 1998, Prof. Dr. Haryono Suyono ditetapkan sebagai Menteri Negara Kependudukan/Kepala BKKBN, sebagai awal dibentuknya BKKBN setingkat Kementerian. Pada tanggal 16 Maret 1998, Prof. Dr. Haryono Suyono diangkat menjadi Menteri Koordinator Bidang Kesejahteraan Rakyat dan Pengentasan Kemiskinan merangkap sebagai Kepala BKKBN. Dua bulan berselang dengan terjadinya gerakan reformasi, maka Kabinet Pembangunan VI mengalami perubahan menjadi Kabinet Reformasi Pembangunan Pada tanggal 21 Mei 1998, Prof. Haryono Suyono menjadi Menteri Koordinator Bidang Kesra dan

Pengentasan Kemiskinan, sedangkan Kepala BKKBN dijabat oleh Prof. Dr. Ida Bagus Oka sekaligus menjadi Menteri Kependudukan.

Pada pelita VI, fokus kegiatan diarahkan pada pelayanan keluarga berencana dan pembangunan keluarga sejahtera, yang dilaksanakan oleh pemerintah, masyarakat dan keluarga untuk meningkatkan kualitas keluarga agar dapat melaksanakan fungsinya secara optimal. Kegiatan yang dikembangkan dalam pelaksanaan pembangunan keluarga sejahtera diarahkan pada tiga gerakan, yaitu Gerakan Reproduksi Keluarga Sejahtera (GRKS), Gerakan Ketahanan Keluarga Sejahtera (GKSS), dan Gerakan Ekonomi Keluarga Sejahtera dapat melaksanakan fungsinya secara optimal (Yulizawati, 2019).

6.2.9 Periode Pasca Reformasi

Masa transisi reformasi di akhir tahun 1990-an dan awal tahun 2000-an, program KB Indonesia (BKKBN) mengalami “turbulency dan stagnancy” yang cukup lama. Eforia reformasi dan desentralisasi memberi pengaruh dan dalam bahasa yang lebih ekstrim memberi pukulan telak walaupun tidak sampai knock-down. Untuk itu BKKBN menetapkan visi, misi dan grand strategi baru yang akan dijalankan. Visi KB nasional menjadi “Seluruh Keluarga Ikut KB.” Misi menjadi “Mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera.” Misi yang telah dicanangkan sebagai semangat dalam mewujudkan visi melalui pengelolaan program KB nasional. Selain itu ada perubahan pada slogan KB tahun 2007 menjadi “Dua Anak Lebih Baik” (Putri D.K, 2019).

Pada Periode Kabinet Persatuan Indonesia, Kepala BKKBN dirangkap oleh Menteri Negara Pemberdayaan Perempuan yang dijabat oleh Khofifah Indar Parawansa. Setelah itu digantikan oleh Prof. Dr. Yaumul C. Agoes Achir pada tahun 2001 dan meninggal dunia pada akhir 2003 akibat penyakit kanker dan yang kemudian terjadi kekosongan. Pada tanggal 10 November 2003, Kepala Litbangkes Departemen Kesehatan dr. Sumarjati Arjoso, SKM dilantik menjadi Kepala BKKBN oleh Menteri Kesehatan Ahmad Sujudi sampai beliau memasuki masa pensiun pada tahun 2006 (Yulizawati, 2019).

Setelah itu digantikan oleh Dr. Sugiri Syarief, MPA yang dilantik sebagai Kepala BKKBN yang baru oleh Menteri Kesehatan DR.dr. Siti-Fadilah Supari, SPIP (K), Menteri Kesehatan pada tanggal 24 Nopember 2006(Yulizawati, 2019). Para petinggi BKKBN berusaha untuk “rebound” , sehingga pada tahun 2009 muncul amandemen UU 10/1992 menjadi Undang-Undang nomor 52/2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga. Sejahtera,

BKKBN berubah dari Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional menjadi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) (Nofrijal, 2021). Sebagai tindak lanjut dari UU 52/2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera, di mana BKKBN kemudian direstrukturisasi menjadi badan kependudukan, bukan lagi badan koordinasi, maka pada tanggal 27 September 2011 Kepala BKKBN, Dr. dr. Sugiri Syarief, MPA akhirnya dilantik sebagai Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (BKKBN) oleh Menteri Kesehatan Endang Rahayu Sedyaningsih, dengan visi “Penduduk Tumbuh Seimbang Tahun 2015” dan misinya “Mewujudkan Pembangunan Berwawasan Kependudukan Mewujudkan Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera”. Setelah dr. Sugir Syarief memasuki masa pensiun, terjadi kevakuman selama hampir sembilan bulan. Pada tanggal 13 Juni 2013 akhirnya Presiden Susilo Bambang Yudhoyono menetapkan mantan Wakil Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Prof. Fasli Jalal sebagai Kepala Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) (Yulizawati, 2019).



Gambar 6.1: Iklan KB Generasi Berencana

Pada tahun 2004 hingga 2014 di masa pemerintahan Presiden Susilo Bambang Yudhoyono, telah melakukan revitalisasi program kesehatan keluarga

berencana berupa praktik-praktik iklan. Beberapa iklan program KB (bkkbn.go.id) adalah Iklan KB Andalan yang menampilkan penggunaan dan manfaat alat kontrasepsi; Iklan KB Dua Anak Lebih Baik, menampilkan beberapa artis yang mengkomunikasikan mengenai lebih baik memiliki dua anak; Iklan KB Pernikahan Dini. Iklan KB Pernikahan Dini mengangkat pesan perencanaan keluarga. berdasarkan pada waktu dan kondisi yang tepat untuk menikah dan memiliki Anak; IklanKB Genre, Generasi Berencana ini menyasar usia Sekolah Menengah hingga Perguruan Tinggi, kampanye Genre ini mengangkat pentingnya perencanaan kehidupan remaja sampai usia menikah, yang bertujuan untuk pendewasaan usia pernikahan. Sangatlah menarik untuk mengamati bahwa periode pasca reformasi menunjukkan perubahan target sasaran program KB. Apabila pasutri menjadi sasaran program KB sejak periode Orde Baru hingga reformasi, maka pada pemerintahan SBY, sasaran program lebih meluas (Sari, 2016).



Gambar 6.2: Iklan KB Keluarga Kecil Bahagia

Pesan pemerintah adalah generasi muda menjadi generasi yang mulai merencanakan kehidupan mereka, tidak hanya pendidikan dan pekerjaan namun juga usia perkawinan. Generasi muda digambarkan dapat terancam kehilangan periode aktif, produktif dan kreatif mereka apabila menikah terlalu dini. Generasi yang produktif itulah yang nantinya wajib diproyeksikan menjadi orang-orang lanjut usia yang mandiri dan berdaya guna (Sari, 2016).

Dalam rangka mewujudkan program “Nawa Cita” pemerintah mencanangkan kampung KB. Kampung KB merupakan salah satu bentuk inovasi strategis dalam mempraktikkan program Kependudukan Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga (KKBPK) yang ada di masyarakat. Kampung KB

adalah satuan wilayah atau terdapat ketentuan tertentu di dalamnya berupa keterpaduan program Kependudukan, Keluarga Berencana dan Pembangunan Keluarga. Slogan “Dua Anak Cukup” kembali ditetapkan pada pemerintahan ini. Program KKBPK merupakan program strategis dalam pembangunan nasional, target yang akan dicapai dalam rangka mencapai pembangunan kependudukan dan keluarga berencana ditetapkan ke dalam RPJMN tahun 2015-2019 di antaranya menurunkan Tingkat Kesuburan Total (TKT) dari 2,6 menjadi 2,28 anak per perempuan, meningkatkan pemakaian alat/obat kontrasepsi (Contraceptive Prevalence Rate (CPR) dari 61,9% menjadi 66%, dan menurunkan kebutuhan ber-KB yang tidak terlayani (unmet need) dari 11,4% menjadi 9,91% pada tahun 2019 (BKKBN, 2017).

6.2.10 Era Revolusi Industri 4.0

Di dekade 2010-an, khususnya di bagian terakhir, era revolusi industri 4.0 yang diikuti dengan menguatnya pengaruh generasi milenial dan zilenial, mengharuskan BKKBN menyesuaikan dan mengakomodasi perkembangan lingkungan strategis baru. Memenuhi selera dan dinamika masyarakat, BKKBN telah mempersiapkan “New Branding; Corporate Culture; Restrukturisasi Kelembagaan; dan Sebutan Baru”, untuk mengendalikan pergerakan dan pemenuhan kebutuhan serta kemajuan BKKBN menyongsong puncak bonus demografi dan Indonesia Emas. Sebutan baru itu adalah “Bangga Kencana”, Program Pembanguan Keluarga, Kependudukan dan Keluarga Berencana (Nofrijal, 2021). Kata Pembangunan Keluarga menunjukkan bahwa BKKBN harus dapat mewujudkan keserasian, keselarasan, keseimbangan antara kuantitas, kualitas, dan persebaran penduduk lingkungan hidup, serta meningkatkan kualitas keluarga agar dapat timbul rasa tenang dan harapan masa depan yang lebih baik atau mandiri dalam mewujudkan kesejahteraan lahir dan kebahagiaan batin (BKKBN, 2020).

Tahun 2020 merupakan periode transisi peralihan RPJMN 2015-2019 menuju RPJMN 2020- 2024. Arah kebijakan dan strategi BKKBN secara umum mengacu pada arah kebijakan dan strategi nasional yang dijabarkan dalam RPJMN 2020-2024, yang menjadi arahan Presiden RI sebagai fokus penggarapan Pembangunan Nasional Indonesia periode 2020-2024. Dalam rangka mendukung visi, misi dan janji Presiden RI 2020-2024, BKKBN akan berkontribusi dalam upaya “Terwujudnya Keluarga Berkualitas dan Pertumbuhan Penduduk yang seimbang” dengan berfokus kepada: (1) Mengendalikan pertumbuhan penduduk dalam rangka menjaga kualitas dan

struktur penduduk seimbang, (2) Menyelenggarakan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi secara komprehensif, (3) Menyelenggarakan pembangunan keluarga yang holistic integrative sesuai siklus hidup, (4) Membangun kemitraan, jejaring kerja, peran serta masyarakat dan kerjasama global, (5) Memperkuat inovasi, teknologi, informasi dan komunikasi, (6) Membangun kelembagaan, meningkatkan kapasitas dan kesejahteraan SDM aparatur (Mardiya, 2020).

Berkaitan dengan era revolusi industri 4.0 hasil penelitian (Maulana, 2021), yang tujuannya memberikan informasi kepada BKKBN terkait komparasi topik-topik yang berkembang dimedia internet pada sebelum dan sesudah rebranding dengan pendekatan pemodelan topik digital, di mana kondisi sebelum rebranding diwakili oleh artikel/berita yang terbit sejak 1 Januari – 31 Desember 2019, sementara kondisi setelah rebranding diwakili oleh artikel/berita yang terbit sejak 1 Januari – 10 November 2020, didapatkan topik-topik seputar KB yang sering dibahas sebelum dan setelah rebranding sebagai berikut:

1. Istilah yang sangat populer termuat dalam artikel/berita di media internet dengan total 1.348 kali pada masa sebelum rebranding adalah “Kampung KB”.
2. “Keluarga Berencana” merupakan istilah yang paling banyak muncul pada masa setelah rebranding dengan nilai total 1.455 kali, diikuti “pelayanan kb” dengan nilai 1.175 kali, “bangga kencana” sejumlah 1.136 kali, “kampung kb” sejumlah 989 kali, dan “pandemi covid” sejumlah 887 kali. Istilah “bangga kencana” merupakan salah satu istilah yang sering muncul pada masa ini. Hal tersebut menunjukkan bahwa perubahan penyebutan program yang dilakukan di akhir tahun 2019 sudah banyak dimuat dalam penulisan artikel/berita di media internet.
3. Istilah “pandemi covid” muncul dalam sepuluh istilah yang kerap muncul di periode setelah rebranding. Fenomena tersebut muncul karena terjadinya pandemi Covid-19 di tahun 2020, yang periodenya bertepatan dengan masa setelah BKKBN melakukan rebranding.

Sedangkan beberapa perubahan/pergeseran topik media terkait program KB dan BKKBN pada periode sebelum dan sesudah rebranding BKKBN didapatkan hasil sebagai berikut:

1. “Generasi Berencana” merupakan topik paling populer pada masa setelah rebranding. Kondisi ini sesuai dengan arah perubahan yang diimpikan BKKBN melalui rebranding, yaitu dengan sasarannya para generasi muda, milenial, zilenial, dan alpha. Dengan sasaran yang sama, maka perubahan paling besar ini juga termasuk pada kesehatan reproduksi dan pusat informasi dan konseling remaja (PIK-R)” serta topik terkait program “kemitraan dan peran penyuluh dan petugas lapangan KB”.
2. Dalam daftar sepuluh besar topik populer pada masa setelah rebranding BKKBN muncul topik “jabatan fungsional”, program bangga kencana”, “program bangga kencana di kampung KB”, “media sosial”, “pembangunan keluarga di masa pandemi”. Munculnya topik “jabatan fungsional” pada periode setelah rebranding diakibatkan oleh adanya proses rekonstruksi kelembagaan di BKKBN yang merupakan adanya peralihan jabatan struktural (eselon III dan IV) ke jabatan fungsional di BKKBN yang menjadi salah satu turunan dari kebijakan prioritas kerja presiden pada periode 2019-2024, yaitu reformasi birokrasi melalui penyederhanaan birokrasi.
3. Keberhasilan BKKBN untuk mengganti istilah penyebutan “program bangga kencana” dan “program bangga kencana di kampung KB” di akhir tahun 2019 sudah menjadi pembahasan di media internet .
4. Topik “media sosial” merupakan salah satu topik baru yang muncul di periode setelah rebranding BKKBN, ini menyimpulkan bahwa pemanfaatan media sosial dalam penyebaran informasi sudah semakin sering dilakukan.
5. “Pembangunan keluarga di masa pandemi” memiliki persentase topik pembahasan cukup besar (10,74%) karena terjadi pandemi Covid-19 pada awal tahun 2020 (Maulana, 2021).

Penyebarluasan KB dilakukan melalui komunikasi agar dapat mencapai target TKT dan LPP. Komunikasi berperan untuk merubah sikap, pengetahuan dan mendorong perubahan perilaku masyarakat. Melalui komunikasi kesadaran pada masyarakat dapat dibentuk (Putri D.K, 2019).

Bab 7

Konsep Kependudukan Keluarga Berencana

7.1 Pendahuluan

Keluarga berencana membantu orang memiliki jumlah anak yang diinginkan, yang sebagai hasilnya meningkatkan kesehatan ibu dan berkontribusi pada pembangunan sosial dan ekonomi bangsa. Di sebagian besar negara berkembang, merupakan praktik umum bagi wanita untuk memiliki terlalu banyak anak, terlalu dekat satu sama lain. Sebagai akibatnya, ukuran populasi negara telah tumbuh secara dramatis tetapi pertumbuhan ekonomi tidak dapat disejajarkan. Jumlah penduduk yang tidak seimbang seperti itu mau tidak mau akan berdampak negatif pada kesejahteraan bangsa. Keluarga berencana merupakan salah satu strategi yang terbukti efektif dalam mengatasi permasalahan tersebut (The Open University, 2022).

Penduduk adalah warga negara Indonesia dan orang asing yang bertempat tinggal di Indonesia. Jadi, apakah kependudukan itu? Kependudukan adalah hal ihwal yang berkaitan dengan jumlah, struktur, umur, jenis kelamin, agama, kelahiran, perkawinan, kehamilan, kematian, persebaran, mobilitas dan kualitas serta ketahanannya yang menyangkut politik, ekonomi, sosial, dan budaya. Pengelolaan kependudukan dan pembangunan keluarga adalah upaya terencana

untuk mengarahkan perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga untuk mewujudkan penduduk tumbuh seimbang dan mengembangkan kualitas penduduk pada seluruh dimensi penduduk. Perkembangan kependudukan adalah kondisi yang berhubungan dengan perubahan keadaan kependudukan yang dapat berpengaruh dan dipengaruhi oleh keberhasilan pembangunan berkelanjutan.

Populasi, dalam biologi manusia, seluruh jumlah penduduk yang menempati suatu area (seperti negara atau dunia) dan terus-menerus diubah oleh peningkatan (kelahiran dan imigrasi) dan kehilangan (kematian dan emigrasi). Seperti halnya populasi biologis, ukuran populasi manusia dibatasi oleh suplai makanan, pengaruh penyakit, dan faktor lingkungan lainnya. Populasi manusia selanjutnya dipengaruhi oleh kebiasaan sosial yang mengatur reproduksi dan oleh perkembangan teknologi, terutama di bidang kedokteran dan kesehatan masyarakat, yang telah mengurangi angka kematian dan memperpanjang rentang hidup. Beberapa aspek masyarakat manusia sama mendasarnya dengan ukuran, komposisi, dan laju perubahan populasi. Faktor-faktor tersebut memengaruhi kemakmuran ekonomi, kesehatan, pendidikan, struktur keluarga, pola kejahatan, bahasa, budaya—bahkan, hampir setiap aspek masyarakat manusia disentuh oleh tren populasi (Teitelbaum, 2021).

Studi tentang populasi manusia disebut demografi—disiplin dengan asal usul intelektual yang merentang kembali ke abad ke-18, ketika pertama kali diakui bahwa kematian manusia dapat diperiksa sebagai fenomena dengan keteraturan statistik. Demografi memberikan jaring multidisiplin, menarik wawasan dari ekonomi, sosiologi, statistik, kedokteran, biologi, antropologi, dan sejarah. Sapan kronologisnya panjang: bukti demografis terbatas selama berabad-abad ke masa lalu, dan data yang dapat diandalkan selama beberapa ratus tahun tersedia untuk banyak wilayah. Pemahaman demografi saat ini memungkinkan untuk memproyeksikan (dengan hati-hati) perubahan populasi beberapa dekade ke depan. Kualitas penduduk adalah kondisi penduduk dalam aspek fisik dan nonfisik yang meliputi derajat kesehatan, pendidikan, pekerjaan, produktivitas, tingkat sosial, ketahanan, kemandirian, kecerdasan, sebagai ukuran dasar untuk mengembangkan kemampuan dan menikmati kehidupan sebagai manusia yang bertaqwa, berbudaya, berkepribadian, berkebangsaan dan hidup layak. Para ahli biasanya membedakan antara ilmu kependudukan (demografi) dengan studi-studi tentang kependudukan (population studies). Demografi berasal dari kata Yunani *demos* – penduduk dan *Grafien* – tulisan atau dapat diartikan tulisan tentang kependudukan adalah studi ilmiah tentang jumlah, persebaran dan

komposisi kependudukan serta bagaimana ketiga faktor tersebut berubah dari waktu ke waktu. Ilmu demografi juga ada yang bersifat kuantitatif dan yang bersifat kualitatif. Demografi yang bersifat kuantitatif (kadang-kadang disebut Formal Demography – Demography Formal) lebih banyak menggunakan hitungan-hitungan statistik dan matematik. Tetapi Demografi yang bersifat kualitatif lebih banyak menerangkan aspek-aspek kependudukan secara deskriptif analitik. Sedangkan studi-studi kependudukan mempelajari secara sistematis perkembangan, fenomena dan masalah-masalah penduduk dalam kaitannya dengan situasi sosial di sekitarnya.

7.2 Konsep Kependudukan

Penduduk adalah mereka yg berada dalam dan bertempat tinggal di dalam suatu wilayah Negara (menetap). Penduduk juga dapat didefinisikan menjadi dua yaitu:

1. Orang yg tinggal di daerah tersebut
2. Orang yg secara hukum berhak. Misal: bukti kewarganegaraan, tetapi tinggal di daerah lain.

Ilmu yang mempelajari tentang masalah kependudukan adalah Demografi, istilah ini pertama kali ditemukan oleh Achille Guillard. John Graunt adalah seorang pedagang di London yg menganalisa data kelahiran dan kematian, migrasi dan perkawinan yg berkaitan dalam proses pertumbuhan penduduk. Sehingga John Graunt dianggap sebagai Bapak Demografi. Dalam sosiologi, penduduk adalah kumpulan manusia yg menempati wilayah geografi dan ruang tertentu. Berbagai aspek perilaku manusia dipelajari dalam sosiologi, ekonomi dan geografi. Demografi banyak digunakan dalam pemasaran dan yang berhubungan erat dengan unit-unit ekonomi seperti pengecer hingga pelanggan potensial. Kependudukan dan demografi adalah ilmu yang mempelajari dinamika kependudukan manusia.

Dinamika kependudukan adalah perubahan penduduk. Perubahan ini selalu terjadi dan dalam undang-undang No. 10 Tahun 1992 tentang “perkembangan kependudukan dan pembangunan keluarga sejahtera disebut sebagai perkembangan penduduk”. Perkembangan ini terjadi akibat adanya perubahan yg terjadi secara manual karena perilaku yg terkait dengan upaya

memenuhi kebutuhannya. Perubahan alami tersebut adalah karena kelahiran dan kematian. Sedangkan yg terkait dgn upaya pemenuhan kebutuhan adalah migrasi/pindahan tempat tinggal. Yang diperlukan dalam pengukuran dinamika kependudukan adalah:

1. Indikator untuk mengetahui dan mempelajari keadaan yg terjadi pada penduduk, hal ini terdiri dari:
 - a. jumlah penduduk
 - b. komposisi penduduk menurut jenis kelamin, umur, suku, bangsa, pendidikan, agama, pekerjaan dan lain-lain.
 - c. proses demografi yang memengaruhi jumlah dan komposisi penduduk.
2. Parameter dikenal dalam 2 pengukuran yaitu:
 - a. Angka absolut
 - b. Angka relatif

Manfaat dari memahami dinamika penduduk adalah:

1. Mengetahui jumlah pada suatu waktu dan wilayah tertentu
2. Memahami perkembangan dari keadaan terdahulu, sekarang dan yg akan datang
3. Mempelajari hubungan sebab akibat keadaan penduduk
4. Merancang antisipasi menghadapi perkembangan kependudukan yg terjadi baik yg menguntungkan atau merugikan.

Populasi tertutup (yaitu, di mana imigrasi dan emigrasi tidak terjadi) dapat berubah sesuai dengan persamaan sederhana berikut: populasi (tertutup) pada akhir interval sama dengan populasi pada awal interval, ditambah kelahiran selama interval, dikurangi kematian selama interval. Dengan kata lain, hanya penambahan kelahiran dan pengurangan kematian yang dapat mengubah populasi tertutup. Populasi negara, wilayah, benua, pulau, atau kota, bagaimanapun, jarang ditutup dengan cara yang sama. Jika asumsi populasi tertutup dilonggarkan, migrasi masuk dan keluar dapat meningkatkan dan menurunkan ukuran populasi dengan cara yang sama seperti kelahiran dan kematian; dengan demikian, populasi (terbuka) pada akhir interval sama dengan populasi pada awal interval, ditambah kelahiran selama interval, dikurangi kematian, ditambah migran masuk, dikurangi migran keluar. Oleh karena itu

studi tentang perubahan demografi memerlukan pengetahuan tentang fertilitas (kelahiran), mortalitas (kematian), dan migrasi. Ini, pada gilirannya, memengaruhi tidak hanya ukuran populasi dan tingkat pertumbuhan tetapi juga komposisi populasi dalam hal atribut seperti jenis kelamin, usia, komposisi etnis atau ras, dan distribusi geografis.

Berikut Faktor-faktor Demografik yang Memengaruhi Laju Pertumbuhan Penduduk:

1. Angka Kelahiran (fertilitas)

Fertilitas dalam pengertian demografi adalah kemampuan seseorang wanita secara riil untuk melahirkan yang diwujudkan dalam jumlah bayi yg dilahirkan. Tinggi rendahnya kelahiran erat hubungannya pada:

- a. Struktur umur
- b. Banyaknya kelahiran
- c. Banyaknya perkawinan
- d. Penggunaan alat kontrasepsi
- e. Aborsi
- f. Tingkat pendidikan
- g. Status pekerjaan
- h. Pembangunan



Gambar 7.1: Ilustrasi Kelahiran Bayi (Sumber: worldbank.org)

Beberapa angka fertilitas yg sering digunakan adalah:

1. Angka kelahiran kasar (crute birth rate). Angka yg menunjukkan jumlah kelahiran pertahun disuatu tempat/1000 penduduk. CBR dapat dihitung dengan rumus berikut ini:

$$CBR = \frac{L \times 1000}{P}$$

Keterangan:

- CBR : crude birth rate (angka kelahiran kasar)
- L : jumlah kelahiran selama 1 tahun
- P : jumlah penduduk pada pertengahan tahun
- 1000 : konstanta
- NB : CBR <20, krtiteria rendah
- CBR 20-30, kriteria sedang
- CBR >30, kriteria tinggi

2. Angka kelahiran khusus (age specific birth rate). Angka yg menunjukkan banyaknya kelahiran bayi setiap 1000 penduduk wanita pada kelompok umur tertentu. Dapat dihitung dengan rumus:

$$ASBR = \frac{Li \times 1000}{Pi}$$

Keterangan:

- ASBR : Angka kelahiran khusus
- Li : Jumlah kelahiran wanita pd kelompok tertentu
- Pi : jumlah penduduk wanita umur tertentu pd pertengahan tahun
- 1000 : konstanta

3. Angka kelahiran umum (general fertility rate/gfr). Angka yg menunjukkan banyaknya kelahiran setiap 1000 wanita yg berusia 15-49 tahun dalam 1 tahun. Dapat dihitung dengan rumus:

$$GFR = \frac{L \times 1000}{W(15 - 49)}$$

Keterangan:

GFR : Angka kelahiran umum

L : jumlah kelahiran selama 1 tahun

W (15-49): jumlah penduduk wanita umur 15-49 tahun pada pertengahan tahun.

1000 : konstanta

Berikut ini faktor penghambat dan pendorong kelahiran:

1. Faktor pendorong kelahiran (pronatalitas)
 - a. Anggapan bahwa banyak anak banyak rezeki
 - b. Sifat alami manusia yg ingin melanjutkan keturunan
 - c. Pernikahan usia dini
 - d. Adanya anggapan bahwa anak laki-laki lebih tinggi derajatnya
 - e. Adanya penilaian yg tinggi terhadap anak, sehingga bagi keluarga yg belum memiliki anak akan berusaha untuk memiliki anak.
2. Faktor penghambat kelahiran (antinatalitas)
 - a. Adanya program keluarga berencana
 - b. Kemajuan dibidang iptek dan obat-obatan
 - c. Adanya peraturan pemerintah ttg pembatasan tunjangan anak bagi PNS
 - d. Penundaan usia pernikahan karena alasan ekonomi, pendidikan dan karir
 - e. Adanya uu perkawinan yang membatasi dan mengatur usia pernikahan
 - f. Adanya perasaan malu bila memiliki banyak anak
3. Angka Kematian (Mortalitas). Angka kematian ini dapat dibedakan menjadi 3 macam, yaitu:
 - a. Angka kematian kasar
 - b. Angka kematian khusus
 - c. Angka kematian bayi
4. Migrasi: perpindahan penduduk. Adapun jenis-jenis migrasi yaitu:
 - a. Transmigrasi (perpindahan dari satu tempat ketempat lain)
 - b. Urbanisasi (dari desa ke kota besar)

- c. Emigrasi (dalam negeri ke luar negeri)
- d. Migrasi dari luar negeri ke dalam negeri)
- e. Re-migrasi kembali ketempat asal.

Migran dibedakan menjadi dimensi menurut waktu, yaitu orang yg berpindah ketempat lain dengan tujuan untuk menetap dalam waktu 6 bulan atau lebih. Kriterianya adalah:

1. Migran seumur hidup (life time migrant)
2. Migran risen (recent migrant)
3. Migrant total (total migrant).

Transisi Demografi: Perubahan terhadap fertilitas dan mortalitas yg besar. Menurut Blacker (1947) ada 5 fase/tahap dalam teori transisi demografi, yaitu:

Tahap stasioner tinggi:

- tingkat kelahiran : tinggi
- tingkat kematian : tinggi
- pertumbuhan alami : nol/sangat rendah
- contoh : Eropa abad 14

Tahap awal perkembangan

- tingkat kelahiran : tinggi
- tingkat kematian : lambat menurun
- pertumbuhan alami : lambat
- India sebelum perang dunia II

Tahap perkembangan akhir:

- tingkat kelahiran : menurun
- tingkat kematian : menurun lebih cepat
- pertumbuhan alami : cepat
- contoh : Australia, slandia baru

Tahap stasioner rendah:

- tingkat kelahiran : rendah
- tingkat kematian : rendah
- pertumbuhan alami : nol/rendah
- contoh : Perancis sebelum PD II

Tahap menurun :

- tingkat kelahiran : rendah
- tingkat kematian : lebih tinggi dari tingkat kelahiran
- pertumbuhan alami : negatif
- contoh : Jerman Timur & Barat

China dan India sejauh ini memiliki populasi terbesar di dunia, pada 2019. Berikut adalah 10 negara teratas dan perkiraan populasinya, menurut Statista (Momoh, 2021):

1. Tiongkok, 1,398,03 miliar
2. India, 1,391,89 miliar
3. AS, 329,15 juta
4. Indonesia, 268,42 juta
5. Pakistan, 216,57 juta
6. Brasil, 209,33 juta
7. Nigeria, 200,96 juta
8. Bangladesh, 163,67 juta
9. Rusia, 146,73 juta
10. Meksiko, 126,58 juta

7.3 Keluarga Berencana

Praktik kontrasepsi memengaruhi kesuburan dengan mengurangi kemungkinan pembuahan. Metode kontrasepsi sangat bervariasi dalam keefektifan teoretisnya dan dalam keefektifannya yang sebenarnya dalam penggunaan (“efektivitas penggunaan”). Metode modern seperti pil oral dan alat kontrasepsi dalam rahim (IUD) memiliki tingkat efektivitas penggunaan lebih dari 95 persen. Metode lama seperti kondom dan diafragma bisa lebih dari 90 persen efektif bila digunakan secara teratur dan benar, tetapi rata-rata efektivitas penggunaannya lebih rendah karena penggunaan yang tidak teratur atau salah. Efek pada kesuburan tindakan kontrasepsi dapat menjadi dramatis: jika fekundabilitas adalah 0,20 (20 persen peluang kehamilan per bulan paparan), maka metode efektif 95 persen akan mengurangi ini menjadi 0,01 (peluang 1 persen).



Gambar 7.2: Alat Kontrasepsi (Sumber: populationmatters.org)

Akses ke layanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi (KB) sangat penting bagi kesehatan perempuan dan anak-anak di seluruh dunia. Meningkatkan akses ke layanan KB secara global dapat membantu mencegah kematian ibu dan mengurangi kehamilan yang tidak diinginkan. Setiap tahun, sekitar 295.000 wanita meninggal akibat komplikasi selama kehamilan dan persalinan, hampir semuanya di negara berkembang. Diperkirakan juga sekitar sepertiga kematian ibu dapat dicegah setiap tahun jika wanita yang tidak ingin hamil memiliki akses dan menggunakan kontrasepsi yang efektif (KFF, 2021; Liu & Raftery, 2020).

Laporan Bank Dunia baru-baru ini menunjukkan bahwa akses ke layanan keluarga berencana yang komprehensif tidak hanya diperlukan untuk meningkatkan kehidupan perempuan, anak-anak dan keluarga, tetapi juga merupakan salah satu kebijakan yang diperlukan untuk mempercepat transisi demografi di negara-negara yang terus-menerus memiliki tingkat kemiskinan yang tinggi, tingkat kesuburan. Percepatan ini akan menghasilkan struktur usia penduduk yang lebih menguntungkan, di mana jumlah penduduk usia kerja yang lebih besar, dan dengan kebijakan yang tepat, dapat menghasilkan percepatan pertumbuhan ekonomi dan pengurangan kemiskinan yang sangat dibutuhkan (Goodkind, Lollock, Choi, McDevitt, & West, 2018; Gragnolati, 2016).

Mencegah kehamilan yang tidak diinginkan dan kelahiran yang tidak direncanakan berarti (Guttmacher, 2008):

1. Meningkatkan kesehatan ibu dan kelangsungan hidup anak. Membantu wanita menghindari kehamilan terlalu dini, terlambat atau terlalu sering bermanfaat bagi mereka dan anak-anak mereka. Memenuhi kebutuhan kontrasepsi yang tidak terpenuhi akan semakin mengurangi tingkat kematian ibu secara global sebesar 35%, dan interval tiga tahun antara kelahiran di negara berkembang akan semakin menurunkan tingkat kematian bayi sebesar 24% dan tingkat kematian anak sebesar 35%.
2. Mengurangi jumlah aborsi secara keseluruhan, terutama aborsi yang tidak aman. Menutup kesenjangan dalam unmet need akan kontrasepsi akan semakin mengurangi jumlah aborsi di seluruh dunia sebesar 64% setiap tahun. Lebih dari setengah dari semua aborsi yang terjadi di negara berkembang tidak aman, dan lebih sedikit aborsi yang tidak aman akan menyebabkan lebih sedikit kematian dan cedera ibu.
3. Mencegah Infeksi Menular Seksual (IMS), termasuk HIV/AIDS. Peningkatan akses terhadap kondom, baik pria maupun wanita, mengurangi tingkat penyebaran IMS, termasuk HIV. Selain itu, sejauh perempuan HIV-positif lebih mampu mencegah kehamilan dan kelahiran yang tidak direncanakan, mereka juga membantu mengurangi tingkat infeksi HIV baru.

4. Memberdayakan wanita. Wanita yang dapat mengontrol jumlah dan waktu anak mereka dapat memanfaatkan kesempatan pendidikan dan ekonomi dengan lebih baik, meningkatkan masa depan mereka sendiri dan keluarga mereka.
5. Mempromosikan pembangunan dan keamanan sosial dan ekonomi. Pertumbuhan penduduk yang tinggi menghambat pembangunan ekonomi negara-negara miskin karena populasi mereka yang berkembang bersaing untuk sumber daya yang terbatas seperti makanan, perumahan, sekolah dan pekerjaan. Pertumbuhan penduduk yang cepat dan tidak berkelanjutan membuat masyarakat menjadi lebih tidak stabil dan dapat menyebabkan kerusuhan sipil yang lebih besar.
6. Melindungi lingkungan. Karena begitu banyak wanita di seluruh dunia menginginkan lebih sedikit anak daripada ibu mereka, meningkatkan akses mereka ke layanan keluarga berencana sukarela akan semakin memperlambat laju pertumbuhan penduduk. Pertumbuhan penduduk yang cepat memperburuk degradasi lingkungan dan membebani sumber daya dunia.

Bab 8

Layanan Kesehatan Reproduksi dan KB

8.1 Pendahuluan

Keluarga Berencana (KB) merupakan salah satu dari 17 pilar *Sustainable Development Goals* (SDGs) atau Tujuan Pembangunan Berkelanjutan yang disetujui oleh berbagai negara yang tergabung dalam anggota Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) pada tahun 2015. Program keluarga berencana tercermin dalam pilar ke tiga poin tujuh yakni menjamin akses universal terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk keluarga berencana, informasi dan pendidikan, dan integrasi kesehatan reproduksi ke dalam strategi program nasional pada tahun 2030 (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2021).

Salah satu kebijakan yang telah diatur oleh pemerintah mengenai program KB tertuang pada Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2014 Tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga, Keluarga Berencana, dan Sistem Informasi Keluarga yang menjelaskan bahwa tujuan dari program KB yaitu sebagai usaha dalam mengatur kelahiran anak, mengatur jarak dan usia melahirkan yang ideal, serta mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan, dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

Guna mewujudkan tujuan keluarga berencana tersebut maka haruslah dimulai dengan pemilihan metode kontrasepsi yang tepat dan sesuai. Kontrasepsi berasal dari kata kontra yang berarti melawan atau mencegah dan konsepsi yang berarti yaitu pertemuan antara sel telur dan sel sperma. Berdasarkan pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa kontrasepsi merupakan sebuah metode atau alat yang berfungsi untuk mencegah terjadinya kehamilan ataupun mencegah bertemunya sel telur dan sel sperma (Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana, 2015).

Kontrasepsi terdiri dari berbagai macam bentuk dan metode yang memiliki efek samping, indikasi serta kontraindikasi yang berbeda-beda, yang menyebabkan adanya tingkat keberhasilan atau efektivitas kontrasepsi yang berbeda pula. Sehingga pada bab ini akan dibahas mengenai berbagai macam, metode, ataupun jenis kontrasepsi.

8.2 Jenis – Jenis Kontrasepsi

Secara umum metode kontrasepsi terbagi dalam 2 jenis yaitu metode sederhana dan metode modern. Metode sederhana terbagi lagi dalam dua jenis yakni metode sederhana tanpa alat dan metode sederhana dengan alat, sedangkan metode modern terbagi terbagi dalam metode hormonal, Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan metode kontrasepsi mantap (Rahman et al., 2017).

8.2.1 Metode Sederhana Tanpa Alat

Metode sederhana tanpa alat terdiri dari berbagai jenis diantaranya yaitu metode kalender, senggama terputus, Metode Amenore Laktasi (MAL), metode lendir serviks, metode suhu basal, dan metode simptoothermal (Matahari, Utami dan Sugiharti, 2018).

1. Metode Kalender

Metode kalender disebut juga metode pantang berkala dikarenakan metode ini dilakukan dengan cara menghindari hubungan seksual pada masa subur atau ovulasi, sehingga tidak ada sel telur yang siap dibuahi oleh sperma dan tidak terjadi kehamilan. Metode ini didasarkan pada perhitungan siklus menstruasi wanita dengan cara mengetahui kapan masa subur atau fase ovulasi terjadi. Rata – rata fase ovulasi seorang

wanita terjadi pada hari ke 12 – 16 sesudah menstruasi. Oleh karena fase ovulasi ini berbeda-beda pada setiap wanita, maka penting bagi seorang wanita untuk mengetahui siklus menstruasinya, di mana untuk mengetahui siklus menstruasi paling sedikit adalah dengan cara menghitung siklus haid selama 6 kali berturut-turut (Priyanti dan Syalfina, 2017).

Metode ini sangat sederhana, tidak membutuhkan alat, tanpa biaya dan tidak mengganggu hubungan seksual, namun metode ini sangat rentan gagal sehingga tidak dianjurkan bagi pasangan yang telah memiliki anak lebih dari dua. Selain itu metode ini harus ada kerjasama serta motivasi yang baik antara suami dan istri. Angka kegagalan dari metode ini yaitu kemungkinan 14 dari 100 wanita yang menggunakan metode ini dapat terjadi kehamilan (Matahari, Utami dan Sugiharti, 2018).

2. Senggama Terputus

Senggama terputus disebut juga coitus interruptus. Cara kerja metode ini dengan mencabut penis sebelum terjadi ejakulasi saat melakukan hubungan seksual, sehingga tidak ada sperma yang masuk dalam vagina untuk membuahi sel telur. Metode ini hanya bisa dilakukan oleh suami yang memiliki pengendalian diri yang baik saat mencapai klimaks, pengalaman serta kepercayaan diri yang baik. Metode ini sangat sederhana, tanpa biaya, dan tanpa persiapan khusus namun metode ini tidak dianjurkan pada pasangan yang memiliki anak lebih dari dua sebab angka kegagalan metode ini cukup besar yaitu 4-27%. Kekurangan lain dari metode ini yaitu memutus kenikmatan saat berhubungan seksual dan tidak melindungi dari penyakit menular seksual (Matahari, Utami dan Sugiharti, 2018).

3. Metode Amenora Laktasi (MAL)

Metode amenore laktasi merupakan metode kontrasepsi yang dapat dilakukan pada wanita yang menyusui secara eksklusif (memberikan ASI saja pada bayi berusia 0-6 bulan tanpa makanan pendamping apapun). Metode ini memanfaatkan efek dari hormon oksitosin yang diproduksi tubuh karena adanya rangsangan bayi ketika menyusui.

Hormon oksitosin berperan dalam menggagalkan proses pematangan sel telur sehingga tidak terjadi ovulasi. Metode ini memiliki angka kegagalan yang cukup kecil yaitu sekitar 2% apabila memenuhi syarat yaitu menyusui eksklusif dengan usia bayi < 6 bulan, menyusui > 8 kali dalam sehari dan belum mengalami menstruasi. Oleh karena metode ini hanya bisa dilakukan apabila ibu menyusui secara eksklusif maka apabila usia bayi > 6 bulan maka metode ini tidak dapat dilakukan (Rahman et al., 2017).

4. Metode Lendir Serviks

Metode lendir serviks merupakan metode kontrasepsi dengan cara mengamati lendir serviks yang muncul pada fase ovulasi. Biasanya pada fase ovulasi lendir serviks akan keluar ketika wanita berdiri atau berjalan, maka apabila muncul keadaan seperti demikian, pasangan dianjurkan untuk tidak melakukan hubungan seksual. Metode ini adalah metode kontrasepsi alami sehingga metode ini biasanya sangat cocok dianjurkan pada pasangan yang taat agama atau budaya tertentu yang kontra dengan metode kontrasepsi modern. Keberhasilan metode ini cukup tinggi yaitu antara 96-97% tergantung kemampuan pengamatan lendir serviks. Kekurangan metode ini adalah tidak bisa dilakukan oleh wanita yang memiliki penyakit pada saluran reproduksi dan memengaruhi keluarnya lendir serviks serta pada wanita yang tidak menyukai untuk menyentuh alat kelaminnya sendiri. (Priyanti and Syalfina, 2017).

5. Metode Suhu Basal

Cara kerja metode suhu basal pada prinsipnya yaitu menentukan masa ovulasi dan menghindari hubungan seksual pada masa tersebut dengan cara mengukur suhu basal yang terjadi pada masa subur. Pada masa subur umumnya terjadi kenaikan suhu 0,3 – 0,5 oC yang disebabkan adanya kenaikan hormon progesteron. Suhu basal ialah suhu terendah yang dicapai tubuh ketika tubuh sedang beristirahat. Suhu basal diukur pada pagi hari sebelum makan, minum ataupun melakukan kegiatan lain dengan menggunakan termometer basal dan diukur pada tempat yang sama yaitu oral, vagina, ataupun rectal. Metode ini memiliki

angka kegagalan 0,3 – 6,6% apabila dilakukan dengan tepat dan telaten. Metode ini hanya dianjurkan pada wanita yang rutin mengukur suhu tubuh dan siklus tidur malam 5 – 6 jam. Metode ini tidak dianjurkan pada wanita perokok, bekerja pada malam hari, mengkonsumsi obat-obatan tertentu, serta mengalami demam dan faktor-faktor lain yang memengaruhi suhu tubuh (Matahari, Utami dan Sugiharti, 2018).

6. Metode Simptothermal

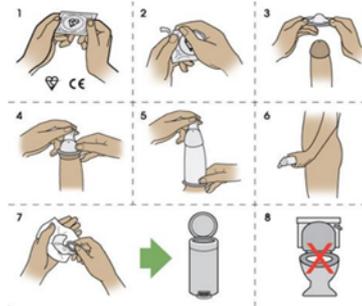
Metode simptothermal merupakan metode gabungan dari metode lendir serviks dan metode suhu basal. Metode ini lebih akurat dikarenakan mengamati tanda ovulasi dengan dua gejala sekaligus dibandingkan dengan hanya salah satu gejala. Namun metode ini haruslah dilakukan ketika telah memperoleh instruksi dan konseling terlebih dahulu sehingga pengamatan masa ovulasi lebih tepat, serta metode ini memerlukan kerjasama yang baik oleh pasangan (Matahari, Utami dan Sugiharti, 2018).

8.2.2 Metode Sederhana Dengan Alat

Metode sederhana dengan alat terdiri dari kondom, diafragma dan spermisida (Rahman et al., 2017).

1. Kondom

Kondom merupakan alat kontrasepsi laki-laki berbahan dasar lateks yang dipasangkan pada penis sebelum penetrasi. Prinsipnya untuk mencegah sperma tumpah dalam vagina saat ejakulasi sehingga tidak terjadi pertemuan sel sperma dengan sel telur. Efektivitas kondom mencapai 92% apabila digunakan dengan benar. Selain itu kondom juga dapat mencegah penularan penyakit menular seksual. Keuntungan lain dari kondom ialah harganya yang murah dan mudah diperoleh serta tidak memengaruhi ASI, sedangkan kerugian dari kondom yaitu perlu dipakai terus menerus saat melakukan coitus dan dianggap mengurangi kenikmatan dalam hubungan seksual. Kondom tidak dianjurkan pada lelaki dengan gangguan ereksi serta pasangan yang alergi terhadap bahan dasar lateks (Priyanti and Syalfina, 2017).



Gambar 8.1: Langkah – Langkah Pemasangan Kondom (Rahayu and Prijatni, 2016).

2. Diafragma

Diafragma merupakan alat kontrasepsi wanita berbahan lateks yang berbentuk kubah dan dimasukkan ke dalam vagina hingga menutupi serviks sehingga mencegah pertemuan sel telur dan sel sperma. diafragma lebih efektif bila dikombinasikan dengan spermisida di mana angka keberhasilan dapat mencapai 92-96%. Diafragma cocok digunakan oleh wanita yang tidak menginginkan kontrasepsi hormonal dan sedang menyusui, namun tidak dianjurkan pada wanita yang memiliki riwayat infeksi saluran kemih, perdarahan pada saluran genitalia yang tidak diketahui penyebabnya, serta alergi bahan lateks maupun spermisida (Matahari, Utami dan Sugiharti, 2018).

3. Spermisida

Spermisida merupakan alat kontrasepsi berbahan dasar kimia yang bertujuan untuk menghambat pergerakan sperma, menurunkan kemampuan sperma dalam membuahi ovum serta dapat membunuh sperma. Spermisida dapat berupa busa (aerosol), suppositoria, krim atau jelly yang dioleskan pada vagina. Keuntungan dari metode ini ialah dapat meningkatkan lubrikasi dalam melakukan senggama dan tidak memengaruhi produksi ASI, sedangkan kekurangan dari metode ini ialah pengguna perlu menunggu 10-15 menit sebelum spermisida efektif bekerja dan efektivitas yang hanya berlangsung 1-2 jam. Metode ini juga memiliki efek samping yang dapat muncul yaitu iritasi vagina, penis dan rasa panas pada vagina. Spermisida dianjurkan pada

wanita yang tidak dapat menggunakan kontrasepsi hormonal dan ibu yang sedang menyusui (Priyanti dan Syalfina, 2017).

8.2.3 Metode Kontrasepsi Modern

Metode kontrasepsi modern terdiri dari metode kontrasepsi hormonal, Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan metode kontrasepsi mantap (Rahman et al., 2017).

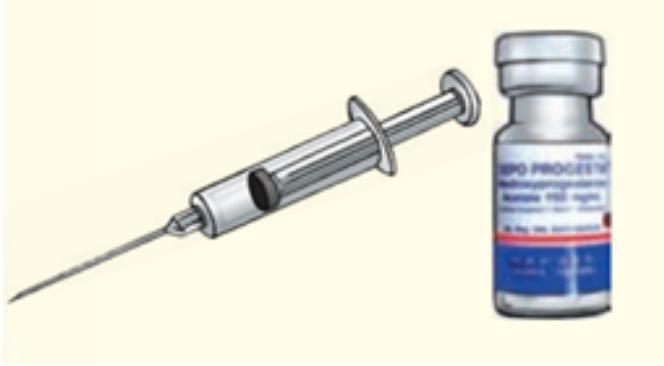
1. Metode Kontrasepsi Hormonal Progestin

Kontrasepsi progestin merupakan alat kontrasepsi yang hanya mengandung satu hormon yakni hormon progesteron. Kontrasepsi hormonal progestin terdiri atas 2 yaitu: suntik progestin dan pil progestin (Rahman et al., 2017).

a. Suntik Progestin

Kontrasepsi Suntik Progestin disebut juga suntik 3 bulan, sebab kontrasepsi ini diberikan setiap 3 bulan sekali. Kontrasepsi ini mengandung 150 mg hormon Depo Medroxy Progesteron Asetat (DMPA) atau juga disebut Depo Provera. Cara kerja dari kontrasepsi ini yaitu mencegah dan menghambat terjadinya ovulasi, mengentalkan lendir serviks sehingga sperma sulit menembus ovum, menghambat transportasi ovum dalam tuba falopii dan memengaruhi endometrium sehingga ovum yang telah dibuahi tidak dapat melakukan nidasi (Affandi et al., 2014).

Kontrasepsi suntik progeston dapat digunakan oleh wanita yang sedang menyusui karena tidak memengaruhi produksi ASI, namun kontrasepsi ini tidak dianjurkan pada wanita dengan hipertensi dan diabetes militus. Efek samping dari kontrasepsi ini adalah gangguan pola menstruasi dan perubahan berat badan, serta efek jangka panjang yang dapat terjadi yaitu penurunan kepadatan tulang, vagina menjadi lebih kering dan penurunan libido. Kontrasepsi ini memiliki efektivitas hingga 97-99,7% (Matahari, Utami and Sugiharti, 2018).



Gambar 8.2: Alat Kontrasepsi Suntik Progesterin (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

b. Pil Progesterin

Pil progesterin merupakan alat kontrasepsi oral berbentuk pil yang diminum setiap hari. Kontrasepsi ini lebih dikenal dengan sebutan mini pil. Pil progesterin mengandung hormon derivat progesterin. Cara kerja dari kontrasepsi ini adalah mengubah endometrium sehingga sulit terjadi proses implantasi, mengentalkan lendir serviks, dan transformasi motilitas tuba falopii sehingga menyulitkan sperma mencapai ovum. Kontrasepsi ini akan sangat efektif yakni hingga 98,5% bila diminum teratur setiap hari pada jam yang sama. Oleh karena kontrasepsi ini diminum setiap hari maka kontrasepsi ini tidak dianjurkan bagi wanita yang memiliki kebiasaan lupa serta memiliki riwayat hipertensi dan diabetes melitus. Keuntungan dari kontrasepsi ini adalah tidak memengaruhi ASI, kesuburan dapat segera kembali setelah menghentikan pil, serta dapat menjadi kontrasepsi darurat. Efek samping yang dapat muncul pasca penggunaan kontrasepsi ini yaitu mual, nyeri kepala hingga perubahan pola menstruasi (Priyanti dan Syalfina, 2017).

2. Metode Kontrasepsi Hormonal Kombinasi

Metode kontrasepsi hormon kombinasi adalah alat kontrasepsi yang mengandung dua jenis hormon yaitu hormon progesteron dan estrogen. Terdapat dua jenis kontrasepsi kombinasi yaitu suntik kombinasi dan pil kombinasi (Matahari, Utami and Sugiharti, 2018).

a. Suntik Kombinasi

Kontrasepsi suntik kombinasi mengandung 25 mg hormon Medroxy Progesteron Asetat dan 5 mg estradiol sipionat. Kontrasepsi ini diberikan setiap sebulan sekali sehingga disebut juga suntik 1 bulan. Kontrasepsi ini memiliki keuntungan yakni mencegah kehamilan ektopik, mencegah kanker ovarium dan endometrium, serta kanker payudara. Namun kontrasepsi tidak dianjurkan pada wanita menyusui karena dapat memengaruhi produksi ASI. Suntik kombinasi bekerja dengan cara mengentalkan lendir serviks, mengubah endometrium dan mengganggu motilitas tuba falopii. Metode ini memiliki angka keberhasilan atau efektivitas mencapai 99% (Priyanti dan Syalfina, 2017).

b. Pil Kombinasi

Pil kombinasi tersedia dalam 3 jenis yakni monofasik yang mengandung hormon estrogen dan progesteron dalam satu dosis berbeda, bifasik dengan dua dosis yang berbeda, dan trifasik dengan tiga dosis yang berbeda. Masing – masing dikemas dalam 21 tablet pil aktif dan 7 pil plasebo (tidak ada kandungan hormon apapun). Sama seperti suntik kombinasi, pil kombinasi juga tidak dianjurkan pada ibu menyusui. Selain itu efek samping dari penggunaan kontrasepsi ini yakni mual dan bercak saat menstruasi pasca tiga bulan pemakaian awal, serta terjadi penurunan libido. Kontrasepsi ini memiliki efektivitas yang sangat tinggi bahkan menyerupai tubektomi apabila dikonsumsi secara rutin pada jam yang sama setiap hari (Rahman et al., 2017).



Gambar 8.3: Pil Kombinasi (Rahayu dan Prijatni, 2016)

3. Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP)

a. Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) merupakan alat kontrasepsi yang dimasukkan ke dalam rahim dan bekerja dengan cara mencegah pertemuan sel telur dan sel sperma serta mencegah terjadinya implantasi sel telur yang telah dibuahi dalam endometrium. Kontrasepsi ini dapat digunakan hingga 12 tahun, oleh sebab itulah AKDR tergolong dalam MKJP. Alat kontrasepsi ini cocok digunakan bagi wanita yang menginginkan metode kontrasepsi dengan efektivitas tinggi dan berencana menunda kehamilan dalam jangka waktu lama. AKDR pada umumnya tidak mengandung hormon namun beberapa jenis AKDR lain mengandung hormon progesteron (Matahari, Utami dan Sugiharti, 2018).



Gambar 8.4: AKDR (Rahayu and Prijatni, 2016)

Keuntungan utama dari metode kontrasepsi ini adalah sifatnya yang jangka panjang sehingga tidak perlu rutin kembali ke fasilitas

kesehatan dan tidak memengaruhi ASI, hanya saja beberapa keluhan dari penggunaan AKDR yaitu ketidaknyamanan saat berhubungan seksual. Efek samping dari penggunaan AKDR yaitu berubahnya pola haid dalam 3-6 bulan setelah pemakaian. Metode ini tidak dianjurkan pada wanita yang memiliki riwayat infeksi menular seksual (Affandi et al., 2014).

b. Alat Kontrasepsi Bawah Kulit (AKBK)

AKBK dikenal juga dengan nama implan atau susuk dan merupakan alat kontrasepsi jangka panjang di mana penggunaannya dapat mencapai 5 tahun. Sesuai dengan namanya, alat kontrasepsi ini diletakan di bawah kulit pada bagian lengan sebelah atas. AKBK berbentuk tabung silinder seukuran batak korek api terbuat dari bahan karet silastik yang mengandung hormon progestin levonogestrel sintesis. Alat kontrasepsi ini bekerja dengan cara mengentalkan lendir serviks, mengubah keadaan endometrium sehingga tidak sesuai untuk implantasi zigot, dan memperlambat transportasi sperma. Keuntungan dari metode ini adalah dapat digunakan pada ibu menyusui (yang hanya mengandung hormon progesteron), tidak memengaruhi hubungan seksual, serta kesuburan cepat kembali setelah pelepasan implan. Efek samping pasca penggunaan metode ini yaitu perubahan pola menstruasi 3-6 bulan pasca pemasangan, nyeri kepala, nyeri payudara dan kegelisahan (Rahman et al., 2017).

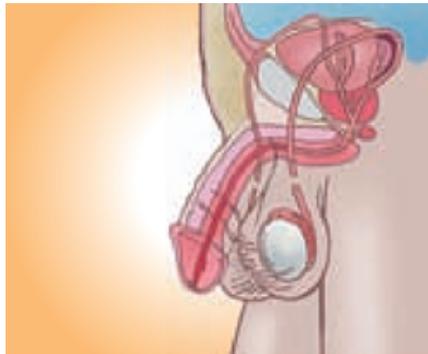


Gambar 8.5 Lokasi Pemasangan AKBK (Rahayu and Prijatni, 2016).

4. Metode Kontrasepsi Mantap

a. Vasektomi

Vasektomi merupakan salah metode kontrasepsi pria. Metode kontrasepsi ini dilakukan melalui pemotongan saluran vas deferens pada sistem reproduksi laki-laki sehingga tidak terjadi pengeluaran sperma saat ejakulasi. Metode ini disebut kontrasepsi mantap disebabkan metode ini menghentikan kesuburan pria secara permanen. Metode ini dilakukan melalui operasi bedah ringan yang hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan terlatih. Vasektomi hanya dianjurkan pada pasangan yang telah memiliki anak 2 atau lebih dan tidak berencana untuk memiliki anak lagi. Vasektomi tidak memengaruhi libido maupun fungsi seksual lainnya sehingga tidak berdampak saat melakukan hubungan sesual, hanya saja risiko yang mungkin terjadi pasca tindakan vasektomi yaitu nyeri testis, hematoma dan infeksi pada bagian bedah (Affandi et al., 2014).



Gambar 8.6: Vasektomi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

b. Tubektomi

Tubektomi merupakan metode kontrapsepsi mantap yang dilakukan oleh wanita. Metode ini dilakukan melalui bedah sederhana dengan cara pemotongan ataupun pengikatan saluran tuba fallopii sehingga sperma yang masuk tidak dapat bertemu dengan ovum. Metode ini juga memiliki keuntungan lain yaitu

mengurangi kemungkinan terjadinya radang panggul dan kanker endometrium. Metode ini cocok digunakan bagi wanita yang telah memiliki anak lebih dari 2 dan tidak berencana hamil lagi atas persetujuan pasangan.



Gambar 8.7: Tubektomi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020)

Bab 9

Konsep Konseling

9.1 Pendahuluan

Konseling adalah hubungan pribadi yang dilakukan secara tatap muka antara dua orang dalam mana konselor melalui hubungan itu dengan kemampuan-kemampuan khusus yang dimilikinya, menyediakan situasi belajar. Dalam hal ini konseli dibantu untuk memahami diri sendiri, keadaannya sekarang, dan kemungkinan keadaannya masa depan yang dapat diciptakan dengan menggunakan potensi yang dimilikinya, demi untuk kesejahteraan pribadi maupun masyarakat. Lebih lanjut konseli dapat belajar bagaimana memecahkan masalah-masalah dan menemukan kebutuhan-kebutuhan yang akan datang (Talbert et al., 1959).

Menurut Winkel (2005) Konseling merupakan serangkaian kegiatan paling pokok dari bimbingan dalam usaha membantu konseli / klien secara tatap muka langsung dengan tujuan agar klien dapat mengambil tanggung jawab sendiri terhadap berbagai persoalan atau masalah khusus maka masalah yang dihadapi oleh klien dapat teratasi semuanya.

9.2 Sejarah Konseling

Sejarah konseling muncul dari kepedulian terhadap pelayanan di bidang bimbingan kerja pengembangan karakter siswa serta penanganan kesehatan mental yang merupakan tonggak awal terjadinya kesepakatan terbentuknya *American Counseling Association (ACA)* untuk menindaklanjuti kegiatan konseling ini menjadi lebih formal dan penting (Suryani, 2016) selanjutnya hasil dari pembentukan organisasi aca tersebut adalah munculnya konsensus dari kegiatan konseling antara lain

1. Sertifikasi yang wajib dimiliki oleh konselor
2. Alat ukur dalam bimbingan karir dan pendidikan untuk membantu identifikasi masalah
3. Teori dan pendekatan konseling yang semakin beragam
4. Meluasnya Cakupan masalah yang menjadi perhatian konseling

9.3 Tujuan Konseling

1. Tujuan Klien

Tujuan-tujuan klien yang datang menemui konselor bersumber dari ekspektasi klien mengenai masalah mendesak yang sedang dirisaukan oleh klien tersebut. Dengan demikian, yang dirisaukan oleh klien pada saat itu adalah “Bagaimana mengatasi gangguan ini”, atau bahkan klien tidak mengerti perasaannya dan apa yang dikehendakinya sebelum menemui konselor. Dengan kata lain, klien sering kali tidak memiliki tujuan-tujuan masa datang yang dirumuskan secara jelas. Eisenberg dan Delaney (dalam (Andi Mappiare, 1992) mengatakan bahwa “People who seek a counselor’s help frequently do not come with future goals clearly defined; often they come with concerns or problems that are focused in the present”. Selanjutnya, kedua penulis tersebut menerangkan bahwa bagian esensial dari konseling adalah membantu para klien menegaskan dan menghususkan tujuan-tujuan yang hendak diperoleh para klien sebagai suatu hasil pertalian klien dengan konselor. Seorang klien menghadiri konseling dengan

ekspektasi-ekspektasi serta tujuan-tujuan khas dan beragam. Seperangkat ekspektasi dan tujuan tersebut memengaruhi arah dan hasil konseling, serta menentukan apakah konseling akan berlanjut atau konseling diakhiri setelah konseling sesi mula-pertama.

2. Tujuan Konselor

Tujuan-tujuan konselor dalam konteks konseling merupakan pantulan dari falsafah selaku dasar pijak tiap-tiap konselor. Sesuai dengan keragaman falsafah konselor, tujuan-tujuan pun sangat beragam. Persoalan bervariasinya tujuan konselor ini dapat dikurangi dengan mengembalikan tujuan-tujuan tersebut dalam kelompok-kelompok tujuan berdasarkan tingkat keumumannya.

9.4 Fungsi Konseling

Fungsi konseling pada dasarnya mencakup 4 fungsi, yaitu:

1. Fungsi pencegahan konseling dengan fungsi pencegahan merupakan upaya mencegah timbulnya masalah yang berkaitan dengan kebidanan dari tingkat pertama, kedua, dan tingkat ketiga.
2. Fungsi penyesuaian hal ini merupakan upaya untuk membantu klien mengalami perubahan biologis, psikologis, sosial, kultural, dan lingkungan yang berkaitan dengan kebidanan. Dalam hal ini klien perlu beradaptasi dengan keadaan tersebut.
3. Fungsi perbaikan dilaksanakan ketika terjadi penyimpangan perilaku klien atau pelayanan kesehatan dan lingkungan yang menyebabkan terjadinya masalah kesehatan sehingga diperlukan upaya perbaikan dengan pelayanan konseling.
4. Fungsi pengembangan ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan serta peningkatan derajat masyarakat dengan upaya peningkatan peran serta masyarakat.

9.5 Prinsip Dasar Konseling

Kemampuan menolong orang lain digambarkan dalam sejumlah keterampilan yang digunakan seseorang sesuai dengan profesinya yang meliputi (Hopson, 1986)

1. Pengajaran
2. Nasehat dan bimbingan
3. Pengambilan tindakan langsung
4. Pengelolaan
5. Konseling.

9.6 Hak-hak Konselor

Dalam proses konseling, seorang klien berhak memperoleh:

1. Harga diri Klien harus diperlakukan dengan sopan, penuh perhatian, dan rasa hormat.
2. Informasi Klien berhak mengetahui nama orang yang melayaninya, mempelajari tentang kesehatan reproduksi, dan menjawab pertanyaan klien dengan jujur dan akurat.
3. Akses Klien berhak mendapatkan pelayanan tanpa memandang jenis kelamin, keyakinan, status perkawinan, suku, usia.
4. Keamanan Dalam hal ini, keamanan klien harus diutamakan dalam membuat keputusan.
5. Kebebasan Dalam proses konseling, dilakukan di tempat di mana orang lain tidak mendengar atau menginterupsi.
6. Kerahasiaan Klien berhak memperoleh informasi pribadi yang tidak akan dibocorkan kepada orang lain.
7. Kenyamanan Klien berhak mendapatkan ketenteraman dalam konseling.
8. Kesenambungan Klien berhak mendapatkan pelayanan kapanpun selama dibutuhkan.

9. Pendapat Klien berhak untuk mengekspresikan pandangan dan perasaan mereka tentang pelayanan
10. Pilihan Klien berhak untuk mengambil keputusan tanpa perasaan tertekan, juga mengubah pemikiran mereka dan membuat pilihan baru jika perlu (De Keijzer, 1998)

9.7 Teknik Konseling

Teknik konseling ada 3 yaitu:

1. Pendekatan authoritarian atau directive, pusat dari keberhasilan konseling adalah dari konselor.
2. Pendekatan non-directive atau conseli centred, konseling diberikan kesempatan untuk memimpin proses konseling dan memecahkan masalah sendiri.
3. Pendekatan edetic, konselor menggunakan cara yang baik sesuai dengan masalah konseling.

9.8 Langkah-langkah Konseling

1. Langkah awal
Merupakan langkah penting dalam proses konseling dalam kebidanan, keberhasilan langkah awal akan mempermudah langkah berikutnya dalam proses konseling dalam kebidanan. Pada langkah awal tugas bidan sebagai seorang konselor adalah sebagai berikut:
 - a. Mengeksplorasi perasaan, fantasi, dan ketakutan sendiri
 - b. Menganalisis kekuatan dan kelemahan diri
 - c. Menentukan alasan klien meminta pertolongan
 - d. Membuat kontrak bersama
 - e. Mengeksplorasi pikiran, perasaan, dan perbuatan klien
 - f. Mengidentifikasi masalah
 - g. Merumuskan tujuan bersama klien

2. Langkah inti

Langkah kedua dari proses konseling kebidanan adalah langkah inti yang langkah pokok. Langkah ini menentukan apakah bantuan yang diberikan benar-benar sesuai dengan kebutuhan klien dan apakah konseling berhasil dan baik. Tugas bidan pada langkah ini inti adalah sebagai berikut:

- a. Mengeksplorasi stressor yang tepat
- b. Mendukung perkembangan kesadaran diri klien dan pemakaian koping mekanisme yang konstruktif
- c. Mengatasi penolakan perilaku maladaptif
- d. Memberikan beberapa berupa alternatif pilihan pemecahan masalah
- e. Melaksanakan alternative yang dipilih klien
- f. Merencanakan tindak lanjut dari alternatif pilihan

3. Langkah akhir

Setelah melakukan kegiatan pokok dalam proses konseling, meskipun bidan bukan orang yang paling berhak untuk mengakhiri proses konseling, akan tetapi bidan harus dapat melakukan terminasi atau pengakhiran. Tugas bidan pada langkah akhir adalah:

- a. Menciptakan realitas perpisahan
- b. Membicarakan proses terapi dan pencapaian tujuan
- c. Saling mengeksplorasi perasaan, kehilangan, sedih, marah, dan perilaku lain
- d. Mengevaluasi kegiatan dan tujuan konseling

Apabila masih diperlukan, melakukan rencana tindak lanjut dengan membuat kontrak untuk pertemuan berikutnya.

9.9 Proses Konseling

Proses konseling terdiri dari 4 unsur kegiatan yaitu:

1. Pembinaan hubungan baik (rapport): Pembinaan hubungan baik dimulai sejak awal pertemuan dengan klien dan perlu dijaga seterusnya dengan:
 - a. Memberi salam pada awal setiap pertemuan.
 - b. Memperkenalkan diri
 - c. Menciptakan suasana nyaman dan aman.
 - d. Memberikan perhatian penuh pada klien (SOLER).
 - S : Face your clients squarely (menghadap klien) & smile/nod at clients (senyum/ menganggukkan kepala).
 - : Open and Non Judgemental Facial Expression (ekspresi muka menunjukkan sikap terbuka dan tidak menilai).
 - L : Lean Towards Client (tubuh condong kearah klien).
 - E : Eye Contact in a culturally- Acceptable Manner (kontak mata/ tatap mata sesuai dengan cara yang diterima budaya setempat).
 - R : Relaxed and Friendly Manner (santai dan sikap bersahabat).
 - e. Bersabar.
 - f. Tidak memotong pembicaraan klien.
2. Pengambilan keputusan, pemecahan masalah dan perencanaan Setelah mendapatkan dan memberikan cukup informasi sesuai dengan masalah dan kondisi klien, konselor membantu klien memecahkan masalah yang dihadapi atau membuat perencanaan untuk mengatasi masalah. Faktor-faktor yang memengaruhi pengambilan keputusan adalah
 - a. fisik
 - b. emosional
 - c. Rasional
 - d. Praktikal
 - e. Interpesonal
 - f. struktural.

3. Menindaklanjuti pertemuan: Menindaklanjuti pertemuan konseling dengan membuat rangkuman, merencanakan pertemuan selanjutnya/ merujuk klien.

9.10 Faktor Pendukung dan Penghambat Konseling

Faktor Pendukung, Beberapa faktor yang dapat mendukung terjadinya proses konseling secara baik, antara lain:

1. Kondisi Ruang Konseling, Letak lokasi ruang Konseling mudah diakses (strategis) tetapi tidak terlalu terbuka sehingga prinsip-prinsip konfidensial tetap terjaga. Jumlah ruang bimbingan dan konseling disesuaikan dengan kebutuhan jenis layanan dan jumlah ruangan, antar ruangan sebaiknya tidak tembus pandang, terdapat ruang yang diperlukan meliputi:
 - a. Ruang kerja;
 - b. Ruang administrasi/data;
 - c. Ruang konseling individual;
 - d. Ruang bimbingan dan konseling kelompok;
 - e. Ruang biblio terapi
 - f. Ruang relaksasi/desensitisasi
 - g. Ruang tamu.
2. Alat Komunikasi Konseling / KIE, Beberapa para ahli mendefinisikan jenis-jenis media menjadi beberapa unsur, seperti (Bretz & Schmidbauer, 1983) , mengidentifikasi media menjadi tiga unsur: suara, visual dan gerak. Visual dibedakan menjadi tiga, yaitu: gambar, garis (line graphic), dan simbol yang merupakan suatu kontinum dari bentuk dapat ditangkap dengan indera penglihatan. Bretz juga membedakan antara media siar (telecommunication) dan media rekaman (recording), sehingga ada 8 klasifikasi media yaitu:
 - a. Media audio visual gerak
 - b. Media audio visual diam
 - c. Media audio gerak

- d. Media visual gerak
 - e. Media visual diam
 - f. Media semi gerak.
 - g. Media audio
 - h. Media cetak
3. Suasana Konseling Dalam proses wawancara konseling, tenaga kesehatan atau bidan harus mampu menggali perasaan dan pikiran konseli. Proses penggalian ini membutuhkan sebuah teknik khusus agar pertanyaan maupun pernyataan yang dilontarkan tenaga kesehatan atau bidan kepada konseli dapat menghipnotis konseli untuk semakin terbuka. Ada seperangkat teknik yang dapat digunakan sebagai pendukung dalam memberikan wawancara konseling. Dalam proses wawancara konseling, penguasaan terhadap teknik konseling merupakan kunci keberhasilan untuk mencapai tujuan konseling. Seorang tenaga kesehatan atau bidan harus mampu merespon konseli secara baik dan benar sesuai dengan keadaan konseli saat itu. Respon yang baik berupa pertanyaan maupun pernyataan verbal dan nonverbal yang dapat menyentuh, merangsang, dan mendorong konseli sehingga mau terbuka untuk menyatakan secara bebas perasaan, pikiran, dan pengalamannya . (Wartini, 2005)
 4. Hubungan atau Raport Teknik raport, yaitu suatu kondisi saling memahami dan mengenal tujuan bersama. Tujuan utama adalah untuk menjembatani hubungan antara tenaga kesehatan atau bidan dan konseli, sikap penerimaan dan minat yang mendalam terhadap konseli dan masalahnya. Implementasi teknik ini di dalam wawancara konseling, yaitu pemberian salam yang menyenangkan, menetapkan topik pembicaraan yang sesuai, suasana ruang konseling yang nyaman, sikap yang hangat emosi, yang terkendali, realisasi tujuan bersama, menjamin kerahasiaan konseling, saling percaya, dan saling menghargai.
 5. Sikap Tenaga Kesehatan atau Bidan, Menurut Jones ada 7 sifat yang harus dimiliki oleh seorang tenaga kesehatan atau bidan, adalah sebagai berikut:

- a. Tingkah laku yang etis. Sikap dasar seorang tenaga kesehatan atau bidan harus mengandung ciri etis, karena tenaga kesehatan atau bidan harus membantu manusia sebagai pribadi dan memberikan informasi pribadi yang bersifat sangat rahasia. Tenaga kesehatan atau bidan harus dapat merahasiakan kehidupan pribadi konseli dan memiliki tanggung jawab moral untuk membantu memecahkan kesukaran konseli.
- b. Kemampuan intelektual. Tenaga kesehatan atau bidan yang baik harus memiliki kemampuan intelektual untuk memahami seluruh tingkah laku manusia dan masalahnya serta dapat memadukan kejadian-kejadian sekarang dengan pengalaman-pengalamannya dan latihan-latihannya sebagai tenaga kesehatan atau bidan pada masa lampau. Bidan harus dapat berpikir secara logis, kritis, dan mengarah ke tujuan sehingga ia dapat membantu konseli melihat tujuan, kejadian-kejadian sekarang dalam proporsi yang sebenarnya, memberikan alternatif-alternatif yang harus dipertimbangkan oleh konseli dan memberikan saran-saran jalan keluar yang bijaksana. Semua kecakapan yang harus dimiliki seorang tenaga kesehatan atau bidan di atas membutuhkan tingkat perkembangan intelektual yang cukup baik.
- c. Keluwesan (fleksibilitas). Hubungan dalam konseling yang bersifat pribadi mempunyai ciri yang supel dan terbuka. Tenaga kesehatan atau bidan diharapkan tidak bersifat kaku dengan langkah-langkah tertentu dan sistem tertentu. Tenaga kesehatan atau bidan yang baik dapat dengan mudah menyesuaikan diri terhadap perubahan situasi konseling dan perubahan tingkah laku konseli. Tenaga kesehatan atau bidan pada saat-saat tertentu dapat berubah sebagai teman dan pada saat lain dapat berubah menjadi pemimpin. Tenaga kesehatan atau bidan bersama konseli dapat dengan bebas membicarakan masalah masa lampau, masa kini, dan masa mendatang yang berhubungan dengan masalah pribadi konseli. Tenaga kesehatan atau bidan dapat dengan luwes bergerak dari satu persoalan ke persoalan lainnya dan dapat menyesuaikan

diri dengan perubahan-perubahan yang mungkin terjadi dalam proses konseling.

- d. Sikap penerimaan (acceptance) Seorang konseli diterima oleh tenaga kesehatan atau bidan sebagai pribadi dengan segala harapan, ketakutan, keputus-asaan, dan kebimbangannya. Konseli datang pada tenaga kesehatan atau bidan untuk meminta pertolongan dan minta agar masalah serta kesukaran pribadinya dimengerti. Tenaga kesehatan atau bidan harus dapat menerima dan melihat kepribadian konseli secara keseluruhan dan dapat menerimanya menurut apa adanya. Tenaga kesehatan atau bidan harus dapat mengakui kepribadian konseli dan menerima konselor sebagai pribadi yang mempunyai hak untuk mengambil keputusan sendiri. Tenaga kesehatan atau bidan harus percaya bahwa konseli mempunyai kemampuan untuk membuat keputusan yang bijaksana dan bertanggung jawab. Sikap penerimaan merupakan prinsip dasar yang harus dilakukan pada setiap konseling.
- e. Pemahaman (understanding) Seorang tenaga kesehatan atau bidan harus dapat menangkap arti dari ekspresi konseli. Pemahaman adalah menangkap dengan jelas dan lengkap maksud yang sebenarnya yang dinyatakan oleh konseli dan di pihak lain konseli dapat merasakan bahwa ia dimengerti oleh tenaga kesehatan atau bidan. Konseli dapat menangkap bahwa tenaga kesehatan atau bidan mengerti dan memahami dirinya, jika tenaga kesehatan atau bidan dapat mengungkapkan kembali apa yang diungkapkan konseli dengan bahasa verbal maupun nonverbal dan disertai dengan perasaannya sendiri. Ungkapan tenaga kesehatan atau bidan ini harus dapat ditangkap oleh konseli. Kemampuan tenaga kesehatan atau bidan dalam memahami konseli pada setiap konseling dapat terjadi dengan menempatkan dirinya pada kaca mata konseli. Memahami orang lain tidak cukup hanya mengerti data-data yang terkumpul, tetapi yang lebih penting tenaga kesehatan atau bidan dapat mengerti bagaimana konseli memberikan arti terhadap data-data tadi. Memahami dalam proses

konseling jangan disamakan dengan memahami suatu ilmu pengetahuan. Dalam ilmu pengetahuan orang ingin menangkap arti yang objektif, sedangkan dalam konseling justru karena ingin menangkap arti yang subjektif, yaitu arti yang diberikan oleh konseli. Dalam konseling yang diperlukan bukan kebenaran yang objektif, melainkan bagaimana konseling melihat kebenaran itu. Seorang tenaga kesehatan atau bidan tidak perlu meneliti kebenaran kata-kata konseli, tetapi yang penting bagi tenaga kesehatan atau bidan adalah menangkap cara konseli menyatakan kebenaran tersebut dan akhirnya tenaga kesehatan atau bidan dapat menangkap arti keseluruhan pernyataan kepribadian konseli. Seorang tenaga kesehatan atau bidan harus mengikuti perubahan kepribadian konseli dengan baik. Tenaga kesehatan atau bidan harus dapat menyatukan dirinya dengan dunia konseli dan dapat menyatukan kembali dengan cara yang wajar dan dengan penuh perasaan agar konseli mudah menangkap dan mengertinya. Akhirnya, konseli dapat melihat alternatif-alternatif yang realistik dengan diri sendiri dan berani merumuskan suatu keputusan yang bijaksana. Tenaga kesehatan atau bidan sangat berperan dalam situasi puncak proses konseling ini.

- f. Peka terhadap rahasia pribadi. Dalam segala hal tenaga kesehatan atau bidan harus dapat menunjukkan sikap jujur dan wajar sehingga ia dapat dipercaya oleh konseli dan konseli berani membuka diri terhadap tenaga kesehatan atau bidan. Jika pada suatu saat seorang konseli mengetahui bahwa tenaga kesehatan atau bidan melakukan penipuan dengan cara yang halus, konseli dapat langsung menunjukkan sikap kurang mempercayai dan menutup diri yang menghilangkan sikap baik antara dirinya dan tenaga kesehatan atau bidannya. Konseli sangat peka terhadap kejujuran tenaga kesehatan atau bidan, sebab konseli telah berani mengambil risiko dengan membuka diri dan khususnya rahasia hidup pribadinya.

- g. **Komunikasi.** Komunikasi merupakan kecakapan dasar yang harus dimiliki oleh setiap tenaga kesehatan atau bidan. Dalam komunikasi tenaga kesehatan atau bidan dapat mengekspresikan kembali pernyataan-pernyataan konseli secara tepat. Menjawab atau memantulkan kembali pernyataan konseli dalam bentuk perasaan dan kata-kata serta tingkah laku tenaga kesehatan atau bidan. Tenaga kesehatan atau bidan harus dapat memantulkan perasaan konseli dan pemantulan ini dapat ditangkap serta dimengerti oleh konseli sebagai pernyataan yang penuh penerimaan dan pengertian. Dalam konseling tidak terdapat resep tertentu mengenai komunikasi yang dapat dipakai oleh setiap tenaga kesehatan atau bidan pada setiap konseling.

9.11 Hal yang Harus Diperhatikan dalam Konseling

Hal yang harus diperhatikan dalam konseling adalah:

1. **Iklim psikologis, suasana percakapan:** Iklim psikologis, tindakan, perilaku, sikap dari orang lain yang mempunyai dampak terhadap diri kita. Contoh: bidan otoriter kepada klien -> feed back negatif.
2. **Sikap Konselor (Bidan) menurut “Rogers”, yaitu:**
 - a. **Acceptance (Menerima)** Konselor menunjukkan sikap menerima, sehingga konseli merasa tidak ditolak, diacuhkan, didikte, tapi melainkan konseli merasa bahwa ia diterima sebagai dirinya sendiri. Terima klien dengan sikap terbuka dan apa adanya. Konselor memperhatikan tanpa pamrih, tanpa menguasai klien. Tulus dan ikhlas. Konselor harus menghargai konseli, apapun yang dikatakan konseli. Beri kesempatan pada klien untuk mengemukakan keluhan-keluhannya.
 - b. **Sikap tidak menilai.**
 - c. **Sikap percaya terhadap konselor.**

9.12 Keterampilan yang Harus Dimiliki Konselor

1. Keterampilan Observasi

Tingkah laku non verbal klien Cara menatap, bahasa tubuh, kualitas suara, merupakan indicator penting yang mengungkapkan apa yang sedang terjadi pada klien. Tingkah laku verbal klien Kapan klien beralih topic, apa saja kata-kata kunci, penjelasan-penjelasan yang disampaikan dan pertanyaan-pertanyaan yang diajukan. Kesenjangan tingkah laku verbal dan non verbal Seorang bidan yang tajam pengamatannya akan memperhatikan bahwa ada beberapa konflik/ketidaksesuaian antara tingkah laku verbal dan non verbal, antara dua buah pernyataan, antara apa yang diucapkan dan apa yang dikerjakan.

Keterampilan Mendengar Aktif Terdapat empat bentuk mendengarkan yang bisa digunakan sesuai dengan situasi yang dihadapi, yaitu:

- a. Mendengar Pasif (Diam) Dilakukan antara lain bila klien sedang menceritakan masalahnya: berbicara tanpa henti, menggebu-gebu dengan ekspresi perasaan kesal atau sedih. Selain itu bila berhenti sejenak, konselor dapat mendengar pasif untuk memberi kesempatan menenangkan diri.
- b. Memberi tanda perhatian verbal dan non verbal seperti: Hmm, yaa, lalu, oh begitu, terus...atau sesekali mengganggu. Dilakukan antara lain sewaktu klien berbicara panjang tentang peristiwa yang terjadi pada dirinya.
- c. Mengajukan pertanyaan untuk mendalami dan klarifikasi Dilakukan bila konselor ingin mendalami apa yang diucapkan/diceritakan klien. Misalnya: "Bagaimana hubungan ibu dengan saudara-saudara suami?".
- d. Mendengar Aktif "Apakah maksud ibu dengan perbuatan tidak layak itu?" Yaitu dengan memberikan umpan balik/merefleksikan isi ucapan dan perasaan klien. - Refleksi Isi atau Parahasing Adalah menyatakan kembali ucapan klien dengan menggunakan

kata-kata lain, memberi masukan kepada klien tentang inti ucapan yang baru dikatakan klien dengan cara meringkas dan memperjelas ucapan klien. Refleksi Perasaan Adalah mengungkapkan perasaan klien yang teramati oleh konselor dari intonasi suara, raut wajah dan bahasa tubuh klien maupun dari hal-hal yang tersirat dari kata-kata verbal klien.

2. Keterampilan Bertanya

Semua jenis pertanyaan dapat dikelompokkan menjadi pertanyaan tertutup dan terbuka:

a. Pertanyaan Tertutup

Menghasilkan jawaban “ya” atau “tidak” yang berguna untuk mengumpulkan informasi yang factual. Tidak menciptakan suasana yang nyaman dalam berkomunikasi dan proses pengambilan keputusan. Bidan mengontrol jalannya percakapan, klien hanya memberikan informasi yang bersangkutan dengan pertanyaan saja.

b. Pertanyaan Terbuka

Jenis pertanyaan biasanya memakai kata tanya “bagaimana” atau “apa”. Memberi kebebasan atau kesempatan kepada klien dalam menjawab yang memungkinkan partisipasi aktif dalam percakapan. Merupakan cara yang efektif untuk menggali informasi menggunakan intonasi suara yang menunjukkan minat dan perhatian.

9.13 Perbedaan Konseling dan Nasehat

Konseling Secara etimologis, kata konseling berasal dari kata “counsel” yang diambil dari bahasa Latin yaitu “counsilium”, artinya “bersama” atau “bicara bersama”. Pengertian “berbicara bersama-sama” dalam hal ini adalah pembicaraan tenaga kesehatan atau bidan dengan seorang atau beberapa klien (counselee). Dalam Kamus Bahasa Inggris, Konseling dikaitkan dengan kata “counsel” yang diartikan sebagai nasihat (to obtain counsel); anjuran (to give counsel); pembicaraan (to take counsel). Dengan demikian, konseling diartikan

sebagai pemberian nasihat, pemberian anjuran, dan pembicaraan dengan bertukar pikiran. Pengertian konseling juga dikemukakan oleh para ahli dengan berbagai rumusan batasan konseling yang berbeda-beda, tetapi inti dan tujuannya sama.

Sebagaimana (Burks & Steffle, 1979) yang dikutip oleh Abu Bakar Baraja dalam bukunya "Psikologi Konseling", mengemukakan batasan konseling sebagai berikut: "Konseling merupakan suatu hubungan profesional antara seorang tenaga kesehatan atau bidan terlatih dan seorang klien. Hubungan ini biasanya orang-perorang, meskipun seringkali para klien memahami yang ditentukan sendiri melalui pilihan-pilihan yang bermakna dan penyelesaian masalah-masalah emosional atau antarpribadi".

Menurut James F, Adams, yang dikutip oleh I. Djumhur dan Moh. Surya bahwa: "Konseling adalah suatu pertalian timbal balik antara dua orang individu di mana yang seorang (tenaga kesehatan atau bidan) membantu yang lain (konseli) supaya ia dapat memahami dirinya dalam hubungan dengan masalah-masalah hidup yang dihadapinya waktu itu dan pada waktu yang akan datang" Dewa Ketut Sukardi juga memberikan batasan pengertian konseling sebagai berikut: "Konseling adalah bantuan yang diberikan kepada klien (counselee) dalam memecahkan masalah-masalah secara face to face, dengan cara yang sesuai dengan keadaan klien (counselee) yang dihadapi untuk mencapai kesejahteraan hidup". Konseling melibatkan dua orang yang saling berinteraksi dengan jalan mengadakan komunikasi langsung, mengemukakan dan memperhatikan dengan seksama isi pembicaraan, gerakan-gerakan isyarat, pandangan mata, dan gerakan-gerakan lain dengan maksud untuk meningkatkan kedua belah pihak yang terlibat di dalam interaksi itu. Dengan demikian pengertian konseling secara luas adalah proses pemberian bantuan yang dilakukan melalui wawancara secara face to face oleh seorang ahli (tenaga kesehatan atau bidan) kepada individu (klien) yang sedang mengalami sesuatu masalah atau hambatan dalam perkembangannya dengan tujuan agar individu tersebut dapat mencapai perkembangannya secara optimal. Memberikan fakta-fakta sehingga klien dapat membuat keputusan, membuat klien bertanya dan mendiskusikan masalah pribadinya.

Pemberian Nasihat, Pemberian nasihat adalah memberitahukan kepada klien apa yang sebaiknya klien lakukan, menghakimi perilakunya di masa lalu dan sekarang. Dalam Kamus Besar bahasa Indonesia Nasihat berarti ajaran atau pelajaran baik; anjuran (petunjuk, peringatan, teguran) yang baik. Menasehati merupakan memberi nasihat yang menasehati (kepada). Menasihatkan berarti

memberikan nasihat kepada. Penasihat berarti orang yang memberi nasihat dan saran; orang. Jadi kalau diambil kesimpulan dari beberapa pengertian di atas, maka dapat diambil 3 (tiga) kesimpulan sebagai berikut: konseling tidak sama dengan pemberian nasihat konseling sama dengan mendengar nasihat atau sama dengan mendengar orang lain bicara dengan baik

Daftar Pustaka

- Affandi, B. et al. (2014) Buku panduan praktis Pelayanan kontrasepsi. Edisi ke 3. Jakarta: PT Bina Pusaka Sarwono Prawirohardjo.
- Andi Mappiare, A. T. (1992). Pengantar konseling dan psikoterapi. Rajawali Pers.
- Andrews, G. (2009). Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Edisi 2. Jakarta : EGC
- Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana (2015) Keluarga Berencana dan Kontrasepsi. Cetakan Ke-5. Jakarta: Pustaka Sinar Harapan.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (2021) Indikator SGDs. Available at: <https://sdgs.bappenas.go.id/dashboard/>.
- Bajari, A., et.al. (2019). Komunikasi Kesehatan di Indonesia. Yogyakarta: Buku Litera Yogyakarta.
- BKKBN, (2020). bn466-2020. [Online] Available at: www.peraturan.go.id [Diakses 12 Maret 2022].
- Bretz, R., & Schmidbauer, M. (1983). Media for interactive communication. Sage Publications.
- Burks, H. M., & Stefflre, B. (1979). Theories of counseling. McGraw-Hill Companies.
- De Keijzer, B. (1998). Paternidad y transición de género. Population Council.
- Departemenperkesling.fk@ugm.ac.id contoh PROMKES secara blended learning - Penelusuran Google.

- Effendy, O.U. (2011). Ilmu Komunikasi Teori dan Praktik. Bandung: Remaja Rosda Karya.
- Everett S (2012) ‘Kontrasepsi dan Kesehatan Seksual Reproduksi’, (EGC, Jakarta).
- Goodkind, D., Lollock, L., Choi, Y., McDevitt, T., & West, L. (2018). The demographic impact and development benefits of meeting demand for family planning with modern contraceptive methods. *Global Health Action*, 11(1). <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1423861>
- Gragnotati, M. (2016). Family planning, demographic change and poverty: A call for action. Retrieved 17 February 2022, from <https://blogs.worldbank.org/health/family-planning-demographic-change-and-poverty-call-action>
- Guttmacher. (2008). World Population Day—Six Reasons to Support Family Planning | Guttmacher Institute. Retrieved 17 February 2022, from <https://www.guttmacher.org/article/2008/07/world-population-day-six-reasons-support-family-planning>
- Handani, S.R. (2016). Komunikasi Dalam Praktek Kebidanan. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.
- Handayani, Sri. (2010). Buku Ajara Pelayanan Keluarga Berencana . Yogyakarta, pustaka rihama
- Harahap, R.A. & Putra, F.E. (2019). Buku Ajar Komunikasi Kebidanan. Jakarta: Prenadamedia Group.
- Hopson, B. (1986). Transition: understanding and managing personal change. In *Psychology for social workers* (pp. 133–157). Springer.
- Kemenkes, R., (2014). Situasi dan Analisis Keluarga Berencana. Jakarta: InfodatinKemenkes.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020) Buku Kesehatan Ibu dan Anak. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kementerian Kesehatan RI (2018) Pedoman Pelaksanaan Paket Pelayanan Awal Minimum (PPAM) Kesehatan Reproduksi Remaja Pada Krisis Kesehatan.

- Kementerian Kesehatan RI. (2015). Pedoman Pelayanan Kesehatan Reproduksi Terpadu di Tingkat Pelayanan Kesehatan Dasar. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak & Rutgers Indonesia. (2018). Modul Kesehatan Reproduksi : Perlindungan Anak Terpadu Berbasis Masyarakat (PATBM). Jakarta : Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak.
- KFF. (2021). The U.S. Government and International Family Planning & Reproductive Health Efforts | KFF. Retrieved 17 February 2022, from <https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-u-s-government-and-international-family-planning-reproductive-health-efforts/>
- Liu, D. H., & Raftery, A. E. (2020). How Do Education and Family Planning Accelerate Fertility Decline? *Population and Development Review*, 46(3), 409–441. <https://doi.org/10.1111/PADR.12347>
- Mansyur, A. R. (2020). Dampak COVID-19 Terhadap Dinamika Pembelajaran Di Indonesia. *Education and Learning Journal*, 1(2), pp.113. <https://doi.org/10.33096/eljour.v1i2.55>
- Mardiya, (2020). Memahami Arah Program Bangga Kencana 2020-2024, Jakarta: BKKBN.
- Matahari, R., Utami, F. P. and Sugiharti, S. (2018) Buku Ajar Keluarga Berencana Dan Kontrasepsi, Pustaka Ilmu. Yogyakarta: Pustaka Ilmu.
- Maulana, Y., (2021). Perubahan Topik Media Tentang Program Keluarga Berencana Pascarebreeding BKKBN : Pendekatan Pemodelan Topik Digita. *Jurnal Keluarga. Berencana*, 6(2), pp. 10-20.
- Momoh, O. (2021). Population Definition. Retrieved 17 February 2022, from <https://www.investopedia.com/terms/p/population.asp>
- Mubarak, W.I., & Chayatin, N. (2009). Ilmu Kesehatan Masyarakat : Teori dan Aplikasi. Jakarta: Salemba Medika.
- Mulyana, D. (2010). Pengantar Ilmu Komunikasi. Bandung: Remaja Rosda Karya.
- Ningsih, Rini Andriani. (2015). Hubungan Komunkasi, Informasi Dan Edukasi (KIE) PUSKESMAS Dengan Perilaku Pasangan Usia Subur (PUS)

Dalam Keluarga Berencana Di Wilayah Kerja Puskesmas Kota Medan. 127032097.pdf (usu.ac.id)

Nofrijal, (2021). Sejarah KB Indonesia yang menjadi champions, Jakarta: BKKBN.

Notoatmodjo, S. (2010). Ilmu Perilaku Kesehatan. Jakarta : Rineka Cipta

Nurullah, F., (2021). Perkembangan Metode Kontrasepsi di Indonesia. CDK-239, 48(3), pp. 166-172.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan, dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontraspsi, dan Pelayanan Kesehatan Seksual. 27 Juli 2021. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 853. Jakarta.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi. 12 Juli 2014. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 169. Jakarta.

Pinem (2009) 'Kesehatan Reproduksi dan Kontrasepsi', (Trans Info Media, Jakarta).

Pratiwi, N. d. B. H., (2014). Health Seeking Behavior dan Aksesibilitas Pelayanan Keluarga Berencana di Indonesia. Buletin Penelitian kesehatan Indonesia , 17(1), pp. 45-53.

Prijatni, I. & Rahayu, S. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan : Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. Jakarta : BPPSDMK.

Prijatni, I. d. R. S., (2016). Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana. 1 penyunt. Jakarta: Kemenkes RI.

Priyanti, S. and Syalfina, A. D. (2017) Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana. Surakarta: CV Kekata Group.

Purwieningru, E. (2008) 'Gender dalam Kesehatan Reproduksi', (www.bkkbn.go.id. Jakarta).

Putri D.K, H. V. S. S. G. B., (2019). Kelembagaan Dan Capaian Program Keluarga Berencana (KB): Dari Era Sentralisasi Ke Desentralisasi. Jurnal Kependudukan Indonesia , 14(1), pp. 1-12.

- Rahayu, S. and Prijatni, I. (2016) *Praktikum Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Jakarta: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Rahmadiana, Metta. (2012). *Komunikasi Kesehatan : Sebuah Tinjauan*. Jurnal Psikogenesis. 229000618.pdf (core.ac.uk)
- Rahman, F. et al. (2017) *Program Keluarga Berencana dan Kontrasepsi*. Banjarbaru: ZukzeExpress.
- Sari, Y. I. I. d. V. T., (2016). *Ideologi Dalam Keluarga Berencana Periode 20014-2014*. Jurnal SCRIPTURA, 6(1), pp. 21-32.
- Sebagiang, dkk (2010) 'Kesehatan Reproduksi Wanita', (Trans Info Media, Jakarta).
- Sidabutar, E. (2020) 'Peran Bidan dalam Pelayanan Kesehatan Reproduksi Pada Situasi Bencana', Humanitarian Programme Analyst UNFPA.
- Surya, A. (2011) 'Kesehatan Reproduksi Dalam Perspektif Gender', (www.google.com).
- Suryani, F. B. (2016). *MICROTEACHING LESSON STUDY: THE EFL STUDENT TEACHERS' PERCEPTION*. Proceedings of ISELT FBS Universitas Negeri Padang, 4(1), 311–319.
- Talbert, J. L., Joyce, E. E., & Sabiston, D. C. (1959). The effect of intra-arterial injection of radiopaque contrast media on coronary blood flow. *Surgery*, 46(2), 400–406.
- Teitelbaum, M. S. (2021). *population | Definition, Trends, & Facts | Britannica*. Retrieved 17 February 2022, from <https://www.britannica.com/science/population-biology-and-anthropology>
- The Open University. (2022). *Family Planning Module: 1. An Overview of Population and Family Planning: View as single page*. Retrieved 17 February 2022, from <https://www.open.edu/openlearncreate/mod/oucontent/view.php?id=136&printable=1>
- Tindaon, Rotua Lenawati. (2016). *Pengaruh Komunikasi, Informasi, Dan Edukasi (KIE) Melalui Media Leaflet dan Video Terhadap Pengetahuan Dan Sikap Remaja Tentang Paparan Pornografi Di SMP Negeri*

- 1Sidamanik Kec. Sidamanik Kab. Simalungun. 147032096.pdf (usu.ac.id)
- Tranziani, S., (2018). Pelaksanaan Program KB oleh Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) di Desa Karangjaladri Kecamatan Parigi Kabupaten Pangandaran. *Jurnal Moderat*, Volume 4, Nomor, pp. 131-149.
- Udasmoro, W., (2004). Konsep Nasionalisme dan Hak Reproduksi Perempuan : Analisis Gender Terhadap Program Keluarga Berencana di Indonesia. *Humaniora*, 16(2), pp. 147-154.
- Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 Tentang Penanggulangan Bencana, diakses melalui <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/39901/uu-no-24-tahun-2007>
- Uripni, C.L., Sujianto, U., & Indrawati, T. (2003). *Komunikasi Kebidanan*. Jakarta: EGC.
- Wartini, R. (2005). Studi korelasi antara bimbingan mental organisasi keluarga pengamen Surakarta dan tingkat pendidikan pengamen dengan perilaku menyimpang pengamen.
- winkel, ws. (2005). *Bimbingan dan konseling di institusi pendidikan /*.
- Yani Fitriyani, I. F. d. M. Z. S., (2020.) *Pembelajaran daring*. *Ekonomi*, 2(1), pp. 12-17.
- Yulizawati, I. D. S. L. d. I. A., (2019). *Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana*. 1 penyunt. Sidoarjo: Indomedika Pustaka.

Biodata Penulis



Dian Permatasari lahir di Sumenep tanggal 21 Maret 1984, Tahun 2006 lulus Diploma III di Stikes Mojopahit Mojokerto, tahun 2009 lulus Diploma IV di Universitas Kadiri, Tahun 2014 Lulus sebagai Magister Kesehatan di Universitas Diponegoro. Wanita yang kerap disapa Dian ini adalah anak dari pasangan Zainal Arifin (ayah) dan Sunaryati (ibu). Dian Permatasari ini dari tahun 2017 sampai sekarang masih aktif sebagai Dosen Tetap di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Wiraraja.



Cahyaning Setyo Hutomo, lahir di Bojonegoro, Jawa Timur, pada tahun 1987, adalah alumni Diploma Empat Kebidanan Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2009. Penulis melanjutkan studi pada Program Studi Kedokteran Keluarga dengan peminatan Pendidikan Profesi Kesehatan di Universitas yang sama pada tahun 2010 dan lulus pada tahun 2012. Saat ini penulis berdomisili di Surakarta. Penulis pernah bekerja sebagai Tenaga Pendidik di Stikes AkbidYo pada tahun 2012-2015, selain itu penulis juga pernah bekerja sebagai Kepala

Ruang Bersalin di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret pada tahun 2016-2019 dan pada tahun 2018 sampai sekarang penulis menjadi bagian dari Tenaga Pendidik di Program Studi Kebidanan Diploma Tiga Universitas Sebelas Maret Surakarta. Penulis merupakan bagian dari tim vaksinator dari kegiatan Serbuan Vaksinasi TNI-POLRI di Surakarta pada tahun 2021. Sebagai seorang tenaga pendidik, menulis buku merupakan salah satu bentuk aktualisasi diri dari penulis. Kritik dan saran mengenai buku yang telah ditulis dapat dikirimkan ke alamat email cahyaninghutomo@gmail.com.



Sri Banun Titi Istiqomah lahir di Cilacap, pada 30 September 1987. Ia tercatat sebagai lulusan Magister Kesehatan Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2014. Wanita yang kerap disapa Sri Banun ini adalah anak dari pasangan H. Shoim Latief Afandi (ayah) dan Ida Sulistiyawati (ibu). Sehari harinya Sri Banun adalah seorang bidan yang aktif sebagai dosen di Prodi D III Kebidanan FIK Unipdu Jombang dan menekuni bidang komplementer kebidanan sebagai owner dari Bundaqu Holistic Care & SPA Jombang juga aktif sebagai Event Organizer Pelatihan untuk

tenaga kesehatan indonesia.



Juliani Purba lahir di Simpang Sigodang, pada 8 Juli 1959. Ia tercatat sebagai lulusan D.IV Program Ahli Perawat Pendidik di USU pada tahun 1999. Ia juga lulusan Magister Managemen peminatan Administrasi Manajemen di UMSU di tahun 2004. Pada tahun 2015, Ia menyelesaikan pendidikan kembali yaitu Magister Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi dari FKM Medistra di Deli Tua Husada. Ia menjadi Tenaga Pendidikan SPK Depkes P.Siantar (tahun 1983), Guru Muda di SPK Depkes P.Siantar

(tahun 1986), dan menjadi Guru Madya SPK Depkes P,Siantar (tahun 1994). Sejak tahun 2001 hingga saat ini, Ia menjadi Dosen Fungsional di D3 Prodi Kebidanan Pematangsiantar Poltekkes Kemenkes Medan. Wanita yang kerap disapa dengan Ibu Juli ini adalah anak dari pasangan R.K.Purba (ayah) dan K.Saragih (ibu) dan istri dari J.Garingging serta ibu dari 5 putri.



Miftah Nurlaily El Akhlaq menyelesaikan pendidikan D3 di Poltekkes Kemenkes Surabaya tahun 2015. Keputusannya melanjutkan studi di Universitas Kadiri konsentrasi ilmu Bidan Pendidik tahun 2016 belum membuatnya puas terhadap perkembangan ilmu kebidanan, hingga memutuskan untuk kembali menempuh jenjang magister di Poltekkes Kemenkes Semarang dan lulus pada tahun 2020. Sekarang berkesibukan sebagai DLB di salah satu STIKes swasta Mojokerto.



Sri Hernawati Sirait lahir di Sei Rampah, pada tanggal 01 Januari 1977. Menamatkan pendidikan dari AKPER Depkes RI Medan (1999), S1 Keperawatan UGM (2008), Magister Kesehatan Masyarakat peminatan Kesehatan Reproduksi dari FKM USU (2012) dan menjadi staf Pengajar di Prodi Kebidanan Pematangsiantar Poltekkes Kemenkes Medan dari tahun 2001 sampai sekarang.



Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb., dosen di Universitas Sebelas Maret Surakarta. Founder dari Perempuan Berdaya. Penerima Hibah Penelitian dan Pengabdian Riset Group “Pengaruh Mat Pilates Exercise Terhadap Skala Nyeri, Kecemasan, Frekuensi Nadi Pada Remaja Putri Dengan Dismenorea Primer di Surakarta (2020)”, “Pembelajaran Daring Research Group Ibu Hamil Guna Pencegahan Covid-19 (2020)”, Bimbingan Konseling Spiritual Bagi Pengasuh Dan Anak Asuh Panti Asuhan Anak Penderita HIV/AIDS Di Yayasan

Lentera Surakarta (2021)”. Dapat dihubungi di kontak: +6285740888008, email: kinantiniken@gmail.com



Zubaeda lahir di Ambon, pada 19 Desember 1995. Tercatat sebagai lulusan Magister Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang dan saat ini bekerja sebagai dosen pada Prodi D-III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes Maluku Husada).



Lusiana Gultom lahir di Limapuluh pada 14 April 1974. penulis pernah bertugas sebagai bidan desa pada tahun 1994-1999 di kabupaten Asahan. Pada tahun 2004-sekarang, penulis berprofesi sebagai dosen di jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Medan.

Daftar Tabel

Tabel 1.1 Kesehatan Produksi	4
Tabel 5.1: Gambaran perbedaan PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja dan PPAM Kesehatan Reproduksi.....	43
Tabel 5.2: Tugas Koordinator PPAM Kesehatan Reproduksi Remaja	45

KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA

Buku ini dibuat sebagai pedoman dalam melakukan kegiatan pengajaran mata kuliah Kesehatan Reproduksi dan Keluarga berencana bagi mahasiswa/i Program Studi Kebidanan.

Buku ini membahas:

Bab 1 Konsep Kesehatan Reproduksi

Bab 2 Kesehatan Reproduksi Terpadu

Bab 3 Konsep Dasar Komunikasi, Informasi, Edukasi (KIE)

Bab 4 Standar Komunikasi Edukasi Dalam Kesehatan Reproduksi

Bab 5 Pelayanan Kesehatan Reproduksi Dalam Keadaan Bencana

Bab 6 Perkembangan Keluarga Berencana Di Indonesia

Bab 7 Konsep Kependudukan Keluarga Berencana

Bab 8 Layanan Kesehatan Reproduksi Dan KB

Bab 9 Konsep Konseling



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-456-1

