

Buku ini telah dilengkapi dengan materi perkuliahan dan latihan soal!

Buku Asuhan Kebidanan Pada Kelompok Rentan ini memberikan sebuah wawasan baru bagi pembaca khususnya di bidang kebidanan baik sebagai mahasiswi diploma, profesi, praktisi dan semua perempuan bik yang memiliki masalah/tidak di kelompok rentan. Buku ini dikemas dengan memenuhi standar nasional, bermanfaat bagi perempuan, praktisi bidan yang ingin mengupgrade ilmu mengikuti standar nasional.

Buku ini berisi topik kelompok rentan, permasalahan fisik, disabilitas, kelainan genetic, permasalahan psikologis seperti kelainan mental, kehilangan dan kesedihan, kegagalan KB, asuhan kebidanan pada perempuan dengan permasalahan ekonomi, permasalahan geografi, permasalahan social, permasalahan budaya seperti pemilihan jenis kelamin, Vaginal birth after caesarean (VBAT) dan asuhan berkelanjutan pada ibu berkubutuhan khusus lainnya. serta soal kasus yang dilengkapi kunci jawaban.

Penulis merupakan akademisi dan praktisi dari berbagai daerah di Indonesia yang sudah punya pengalaman, kompeten dan pakar di bidang kebidanan.

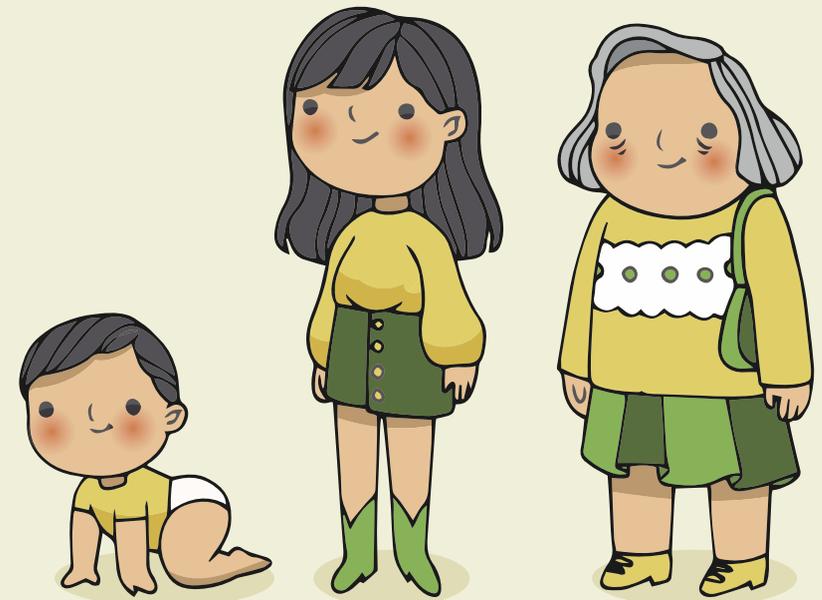
Melalui buku ini kami berharap dapat mengantarkan pembaca ke gerbang profesi bidan yang profesional.

Salam Cumlaude ♥



Anggota IKAPI No. 606/DKI/2021

BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN PADA KELOMPOK RENTAN



BUKU AJAR ASUHAN KEBIDANAN KELOMPOK RENTAN

Penulis:

Bd. Vitrilina Hutabarat, S.S.T., M.Keb., Suci Rahmani Nurita, SST., M.Keb.,
Siti Mutoharoh, S.ST., MPH., Evi Yanti, S.K.M., M.Kes., Dewi Puspitaningrum, S.SiT., M.Kes.,
Rizka Ayu Setyani, SST., MPH., Dwi Rahmawati, SST., M.Keb.,
Sandy Nurlaela Rachman, S.S.T., M.Kes.



Buku Ajar **Asuhan Kebidanan Kelompok Rentan**

Dilengkapi Dengan Rencana Pembelajaran Semester (RPS) Terbaru

TAHUN 2024

Sanksi Pelanggaran Pasal 113 Undang-undang Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta

- (1) Setiap orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf i untuk penggunaan secara komersil dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 100.000.000,00 (seratus 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 c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h, untuk penggunaan secara komersil dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (3) Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang hak 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 komersil dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (4) Setiap orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 4.000.000.000,00 (empat milira rupiah).

Buku Ajar

Asuhan Kebidanan Kelompok Rentan

Dilengkapi Dengan Rencana Pembelajaran Semester (RPS) Terbaru

TAHUN 2024

Penulis:

- Bd. Vitrilina Hutabarat, S.S.T., M.Keb.
- Suci Rahmani Nurita, SST., M.Keb.
- Siti Mutoharoh, S.ST., MPH.
- Evi Yanti, S.K.M., M.Kes.
- Dewi Puspitaningrum, S.SiT., M.Kes.
- Rizka Ayu Setyani, SST., MPH.
- Dwi Rahmawati, SST., M.Keb.
- Sandy Nurlaela Rachman, S.S.T., M.Kes.

Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kelompok Rentan

Dilengkapi Dengan Rencana Pembelajaran Semester (RPS) Terbaru

Penerbit

Mahakarya Citra Utama

Anggota IKAPI : No. 606/DKI/2021

Infiniti Office, Bellezza BSA 1st Floor Unit 106,
Jl. Letjen Soepeno, Kebayoran Lama Jakarta Selatan 12210.

E-Mail : admin@mahakarya.academy

Website : www.mahakarya.academy

Katalog Dalam Terbitan (KDT)

HUTABARAT, Vitrilina., dkk.

Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kelompok Rentan / oleh HUTABARAT,
Vitrilina., dkk., --Jakarta: Mahakarya Citra Utama, November 2023.

x, 283 hlm.; Uk: 14x21 cm

ISBN : 978-623-8118-47-2

1. Ilmu Kebidanan

1. Judul

618.2

Desain Cover : Dimasqi Sulthan Sabiq Jidan

Penata Letak : Qoriatul Adawiyah

Cetakan ke-1 : Februari 2024

© Hak cipta dilindungi oleh undang-undang

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PRAKATA

Buku Asuhan Kebidanan Pada Kelompok Rentan ini merupakan asuhan yang berpusat kepada masalah perempuan dan anak yang memerlukan kebutuhan khusus, seperti kelompok rentan dengan permasalahan fisik, psikologis, ekonomi, geografi, sosial dan budaya serta continuity of care (berkelanjutan).

Buku ini dilengkapi dengan berbagai masalah seperti kelompok rentan, permasalahan fisik, disabilitas, kelainan genetic, permasalahan psikologis seperti kelainan mental, kehilangan dan kesedihan, kegagalan KB, asuhan kebidanan pada perempuan dengan permasalahan ekonomi, permasalahan geografi, permasalahan social, permasalahan budaya seperti pemilihan jenis kelamin, Vaginal birth after caesarean (VBAT) dan asuhan berkelanjutan pada ibu berkubutuhan khusus lainnya.

Buku ini juga berisi defenisi, penyebab, faktor resiko, tanda gejala, pencegahan, komplikasi dan penatalaksanaan sesuai ranah kebidanan. Selain berbasis jurnal international, Buku ini juga dilengkapi dengan soal kasus dan sudah dilengkapi jawaban.

Semoga buku askeb kasus rentan ini bermanfaat untuk semua orang.

Hormat kami,

Penulis

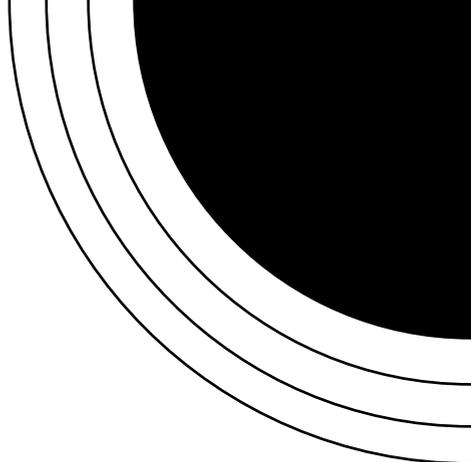
DAFTAR ISI

Prakata	i
Daftar Isi	vi
BAB I ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK KELOMPOK RENTAN	1
Pengertian Kelompok Rentan	2
Batasan Kelompok dengan Kebutuhan Khusus	8
Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil dan Menyusui	10
Asuhan Kebidanan pada Lansia	12
BAB II ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS PADA KONDISI FISIK	17
Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Fisik/ Dissabilitas	18
Kelainan Genetik	41
Perbedaan Ras	72
BAB III ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN PSIKOLOGIS	77
Jenis-jenis Kelainan Mental/Jiwa pada Perempuan	78
Skrinning Gangguan Psikologis	80
Kehamilan yang Tidak diinginkan (<i>Unwated Pregnancy</i>)	85

Tatalaksana Psikologis Akibat Pemerkosaan dan Riwayat Kehilangan Kesedihan	92
Faktor Resiko Trauma Persalinan Sebelumnya	93
Kegagalan Kontrasepsi/KB	95
Tatalaksana dengan Korban Kekerasan Fisik dan Seksual Bayi, Balita, Pra Sekolah dan Remaja	97
Tatalaksana Bayi Baru Lahir dengan Trauma	102
Tatalaksana Awal pada Bayi Baru Lahir Bermasalah Asfiksia	104
Asuhan Bayi Berkebutuhan Khusus pada Bayi Prematur	105
Identifikasi Autis	106
Konseling Ibu Nifas dengan Masalah Gangguan Psikologis	111
Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT)	112
BAB IV ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN GEOGRAFI	121
Lingkungan Berpolusi	127
Lingkungan Daratan Tinggi	130
Lingkungan Radiasi	134
BAB V ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN EKONOMI	142
Pengertian Asuhan Kebidanan pada Perempuan dan Anak dengan Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Ekonomi	143

Jenis-jenis Permasalahan pada Perempuan dan Anak dengan Kebutuhan Khusus	
Adanya Permasalahan Ekonomi	144
Permasalahan Kemiskinan	145
Permasalahan Banyak Anak	154
Peran Pemerintah dalam Mengatasi Permasalahan Ekonomi	161
BAB VI ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN SOSIAL	167
Asuhan Kebidanan pada kehamilan dalam Penjara	168
Asuhan Kebidanan pada Single Parent	172
Asuhan Kebidanan pada Lesbian, Gay, Biseksual dan Transgender (LGBT)	173
Asuhan Kebidanan pada Ibu Pengganti (<i>Surrogate Mother</i>)	176
Asuhan Kebidanan pada Pekerja Seks Komersial	179
Asuhan Bayi Baru Lahir dengan Ibu Kecanduan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA)	185
BAB VII ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN BUDAYA	191
Pemilihan Jenis Kelamin Anak	192
<i>Vaginal Birth After Caesarean</i> (VBAT)	193
Persiapan Persalinan dan Kelahiran pada Kebutuhan Khusus	204

Perawatan Anak Berkebutuhan Khusus	220
BAB VIII ASUHAN BERKELANJUTAN PADA IBU BERKEBUTUHAN KHUSUS (<i>CONTINUITY OF CARE</i>)	225
Definisi Kebutuhan Khusus	226
Klasifikasi Kebutuhan Khusus	227
Mempromosikan Normalitas Bagi Ibu Berkebutuhan Khusus	228
Asuhan Kebidanan Terhadap Perempuan Berkebutuhan Khusus	237
Asuhan Berkelanjutan Bagi Ibu Berkebutuhan Khusus (<i>Continuity of Care</i>)	246
Daftar Pustaka	255
Biografi	273



BIODATA PEMILIK

Nama: _____

Tempat, Tanggal Lahir: _____

Kampus: _____

Tuliskan doa dan harapanmu:

Doa dan harapan Tim MCU:

Dengan adanya buku ini semoga bisa menjadi Tenaga Kesehatan yang profesional dan sukses di masa depan, sehingga bisa bermanfaat untuk orang banyak.

Team MCU,

()

BAB I

ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK KELOMPOK RENTAN

Deskripsi

Asuhan kebidanan pada perempuan dan anak kelompok rentan merupakan mata kuliah yang memberikan kemampuan kepada mahasiswa untuk menerapkan asuhan kebidanan pada perempuan dan anak dalam kondisi rentan serta berkebutuhan khusus. Bab ini membahas mengenai konsep dasar asuhan kebidanan pada perempuan dan anak kelompok rentan.

Tujuan

1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Setelah mempelajari bab ini, Mahasiswa diharapkan mampu menjelaskan konsep dasar asuhan kebidanan pada perempuan dan anak kelompok rentan.

2. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mahasiswa mampu menjelaskan mengenai pengertian kelompok rentan, batasan kelompok dengan kebutuhan khusus, asuhan kebidanan pada ibu hamil dan menyusui dan asuhan kebidanan pada lansia.

Uraian Materi

A. Pengertian Kelompok Rentan

Menurut studi yang dikembangkan oleh Brian S Turner yang berjudul "*Vulnerability and Human Rights*" menjelaskan bahwa berbagai macam masalah dan situasi dapat menjadikan seseorang atau sekelompok orang menjadi "rentan". Kerentanan pada diri seseorang dapat timbul mulai dari saat lahir hingga meninggal dunia yang menyebabkan rasa tergantung pada orang lain dan berakibat pada timbulnya kerawanan sosial.

Seorang manusia pada dasarnya terlahir dalam kondisi rentan karena itu memerlukan bantuan dan dukungan orang lain yang menimbulkan ketergantungan antara satu dengan yang lainnya. Dukungan tersebut memerlukan rasa saling percaya sehingga lahirlah sebuah kelompok sosial atau yang dikenal dengan masyarakat. Kelompok masyarakat yang terbangun merupakan bentuk perlindungan terhadap sebuah kerentanan, akan tetapi dalam sebuah tatanan masyarakat, ada sekelompok orang yang berbeda dan dianggap tidak memenuhi kriteria sosial masyarakat dan disebut dengan kelompok berisiko atau kelompok rentan.

Kelompok pada masyarakat yang mudah terkena risiko pada kondisi kesehatan yang rendah diantaranya kelompok minoritas, masyarakat miskin, anak-anak, lansia, pengidap HIV/AIDS dan lain-lain dikenal dengan istilah kelompok rentan. Kelompok-kelompok rentan ini menjadi perhatian utama tenaga kesehatan saat ini dalam mempromosikan perilaku sehat dan intervensi kesehatan lainnya.

Kategori kelompok rentan pada asuhan kebidanan meliputi sebagai berikut:

1. Perempuan

Berbagai sumber media banyak yang mengemukakan bahwa perempuan hingga saat ini masih sering mengalami ketidakadilan dan diskriminasi dalam berbagai bidang. Dari segi kesehatan reproduksi misalnya, perempuan hanya dipandang sebagai “pabrik” yang melahirkan keturunan tanpa memandang hak perempuan sendiri atas dirinya, hak untuk bebas menentukan kapan dan berapa jumlah anak yang ingin dipunyai.

Terkait pengambilan keputusan terhadap akses pelayanan kesehatan, perempuan masih mengalami diskriminasi karena status sosial ekonomi, persetujuan pasangan untuk mencari perawatan.

Selain persoalan kesehatan reproduksi, masalah kesehatan pada perempuan sering disetarakan dengan masalah kesehatan umumnya. Pendataan dan jaminan kesehatan yang telah tersedia tidak menjamin kompleksitas penyakit-penyakit khas domain perempuan seperti kanker serviks dan kanker payudara.

2. Anak

Menurut amanat UUD 1945 menyatakan bahwa anak berhak atas keberlangsungan hidup, tumbuh dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. Anak-anak dengan rentang usia hingga 18 tahun

memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.

Selama kurun waktu tersebut, anak mengalami tantangan dalam setiap pertumbuhan dan perkembangannya secara multidimensional. Keadan tersebut membuat anak rentan terhadap permasalahan gizi, penyakit menular, kekerasan seksual, kesehatan reproduksi dan kesehatan mental. Oleh sebab itu, upaya pemeliharaan dan peningkatan kesejahteraan kesehatan pada anak dan remaja perlu dilakukan sejak awal secara optimal. Peningkatan kesehatan selama masa dalam kandungan, masa bayi, masa balita, usia pra sekolah dan usia sekolah menjadi arah upaya peningkatan kesehatan bagi anak dan remaja.

Pelayanan kesehatan pada kelompok anak rentan meliputi pelayanan kesehatan bagi anak penyandang disabilitas, anak korban kekerasan (seksual dan perdagangan anak), anak terlantar, anak jalanan atau pekerja anak, anak bermasalah hukum di lapas dan anak di daerah terisolasi/ tertinggal/terpencil. Anak yang mengalami keterbatasan secara fisik, intelektual, sosial, mental dan emosional yang berpengaruh secara signifikan dalam proses pertumbuhan dan perkembangannya dibandingkan dengan anak-anak seusianya disebut anak berkebutuhan khusus.

Pelayanan kesehatan pada kelompok anak rentan meliputi pencegahan penyakit (preventif), peningkatan kesehatan (promotif), pemulihan kesehatan (rehabilitatif) dan penyembuhan penyakit (kuratif) secara komprehensif dan tanpa pembedaan.

Upaya pencegahan dan promosi yang bisa dilaksanakan yakni diantaranya pemberian KIE terkait asupan gizi seimbang, PHBS, penyalahgunaan narkotika dan obat terlarang, kespro dan seksual remaja, kesehatan remaja, penyakit menular, kesehatan jiwa, pencegahan kekurangan gizi, malaria serta penyakit akibat nyamuk lainnya sesuai dengan tumbuh kembang setiap anak.

Upaya pengobatan dan rehabilitasi wajib dijamin ketersediaannya oleh pemerintah melalui sanitasi, penyediaan air bersih, pemberian imunisasi dan vitamin, pengobatan penyakit, konseling, rujukan klinik medis serta upaya rehabilitatif lainnya.

3. Penyandang Disabilitas

Disabilitas merupakan penyandang yang membutuhkan bantuan untuk mengurangi keterbatasan atau hambatan yang dimiliki. Seorang disabilitas memerlukan bantuan untuk dapat hidup dan ikut serta dalam aktivitas masyarakat.

Penyandang disabilitas masih mengalami diskriminasi dalam isu kesehatan disebabkan karena disabilitas dianggap sebuah penyakit sehingga kesulitan didalam memperoleh pendidikan, pekerjaan dan perlakuan diskriminasi dalam bidang hukum.

Layanan kesehata bagi disabilitas seyogyanya dipandang dari 2 hal yakni layanan kesehatan bagi disabilitas secara umum dan layanan kesehatan bagi disabilitas dengan ragam disabilitas tertentu. UU penyandang disabilitas telah jelas mengatur mengenai hak kesehatan penyandang disabilitas.

Dalam Pasal 12 UU Penyandang Disabilitas disebutkan hak kesehatan untuk penyandang disabilitas meliputi hak:

- a. Memperoleh kesamaan dan kesempatan akses atas sumber daya di bidang kesehatan.
- b. Memperoleh kesamaan dan kesempatan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau.
- c. Memperoleh informasi dan komunikasi yang mudah diakses dalam pelayanan kesehatan.
- d. Memperoleh kesamaan dan kesempatan secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya.
- e. Memperoleh obat yang bermutu dengan efek samping yang rendah.
- f. Memperoleh Alat Bantu Kesehatan berdasarkan kebutuhannya.

- g. Memperoleh perlindungan dalam penelitian dan pengembangan kesehatan yang mengikutsertakan manusia sebagai subjek.
- h. Memperoleh perlindungan dari upaya percobaan medis; dan

4. Lansia

Orang lanjut usia adalah orang yang mencapai usia 60 tahun keatas dimana secara fisik tidak dapat melakukan pekerjaan ataupun kegiatan sebagaimana biasanya sehingga bergantung pada orang disekitarnya. Pelanggaran hak terhadap lansia dapat dikategorikan sebagai tindak kekerasan tunggal atau berulang. Contoh pelanggaran hak yang dialami: kekerasan fisik, penelantaran saat mereka menderita sakit, serangan secara verbal yang melukai psikis atau kejiwaan mereka, penelantaran, penguasaan atau perampasan harta benda, eksploitasi sampai dengan pengusiran.

Perempuan lansia digolongkan pada kelompok rentan sering diartikan sebagai individu yang selalu tergantung pada orang disekitarnya. Perempuan lansia sering dicap menjadi beban keluarga, masyarakat dan negara. Menurunnya fungsi-fungsi tubuh dan derajat kesehatan pada lansia dikhawatirkan dapat berpengaruh pada tingkat ekonomi lansia tersebut. Telah menjadi mandat dari Presiden RI untuk memberikan perlindungan pada lansia perempuan.

Lansia perempuan sering dicap sebagai beban keluarga dan negara, namun kenyataannya masih banyak perempuan lansia yang tetap sehat, produktif dan mandiri di usia tuanya. Lansia perempuan rentan mengalami kekerasan dan kemiskinan akibat kondisi tubuhnya yang menurun.

Kebutuhan khusus pada asuhan kebidanan pada perempuan dan anak dengan kondisi rentan tersebut berhubungan dengan pemberian asuhan kebidanan pada permasalahan-permasalahan yang meliputi:

- a. Kebutuhan khusus permasalahan fisik
- b. Kebutuhan khusus permasalahan psikologis
- c. Kebutuhan khusus permasalahan geografi
- d. Kebutuhan khusus permasalahan ekonomi
- e. Kebutuhan khusus permasalahan sosial
- f. Kebutuhan khusus permasalahan budaya
- g. Asuhan berkelanjutan pada ibu dan anak berkebutuhan khusus

B. Batasan Kelompok dengan Kebutuhan Khusus

1. Kebutuhan Khusus Permasalahan Fisik
Kelompok kebutuhan khusus permasalahan fisik diantaranya:
 - a. Masalah disabilitas
 - b. Kelainan genetik
 - c. Perbedaan ras
 - d. Usia anak kurang 21 tahun

2. Kebutuhan Khusus Permasalahan Psikologis
Kelompok kebutuhan khusus permasalahan Psikologis diantaranya:
 - a. Kehamilan akibat pemerkosaan
 - b. KDRT
 - c. Faktor resiko trauma persalinan sebelumnya
 - d. Kelainan mental/gangguan jiwa
 - e. Riwayat kehilangan dan kematian (*Grief and bereavement*)
 - f. Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) atau *unwanted pregnancy*

3. Kebutuhan Khusus Permasalahan Ekonomi
Kelompok kebutuhan khusus permasalahan ekonomi diantaranya:
 - a. Kemiskinan
 - b. Anak banyak

4. Kebutuhan Khusus Permasalahan Lingkungan
Kelompok kebutuhan khusus permasalahan lingkungan diantaranya:
 - a. Lingkungan berpolusi
 - b. Lingkungan dataran tinggi dan dataran rendah
 - c. Lingkungan radiasi
 - d. Tenaga kesehatan yang bekerja di fasilitas kesehatan (rontgen, laboratorium klinis, dll)
 - e. Ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas/menyusui di lingkungan Covid-19
 - f. Bayi dan balita di lingkungan Covid-19

5. Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Sosial
Kelompok kebutuhan khusus permasalahan sosial diantaranya:
 - a. Kehamilan dalam penjara
 - b. *Single parent/mother*
 - c. LGBT
 - d. Ibu Pengganti (*Surrogate Mother*)
 - e. Pekerja Seks Komersial (PSK)

6. Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Budaya
Kelompok kebutuhan khusus permasalahan budaya diantaranya:
 - a. Pemilihan jenis kelamin anak
 - b. *Vaginal Birth After Caesarean* (VBAC)
 - c. Perawatan kehamilan pada kelompok budaya tertentu
 - d. Persiapan persalinan dan kelahiran pada kelompok budaya tertentu
 - e. Perawatan nifas pada kelompok budaya tertentu
 - f. Perawatan bayi, balita dan anak pada kelompok budaya tertentu

7. Asuhan Berkelanjutan pada Ibu dan Anak Berkebutuhan Khusus

C. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil dan Menyusui

Pelayanan kehamilan pada ibu hamil dan menyusui pada penyandang disabilitas tidak berbeda dengan ibu hamil/menyusui normal lainnya. Pemeriksaan antenatal yang diberikan oleh bidan selayaknya adalah asuhan kebidanan yang berkualitas yang terdiri dari:

1. Promosi
 - a. Peningkatan pengetahuan bagi penyandang disabilitas maupun keluarga tentang tanda-tanda bahaya kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, nifas, KB pasca salin dan manajemen laktasi.
 - b. Menekankan pentingnya pendampingan dan support oleh keluarga pada ibu hamil penyandang disabilitas sehingga kehamilannya sehat dan selamat hingga melahirkan.
 - c. Pengenalan dan pemanfaatan buku KIA.
 - d. Penyelenggaraan kelas ibu hamil.
 - e. Stimulasi janin dalam kandungan.
 - f. Skrining kelainan kongenital janin.

2. Preventif
 - a. Pemberian makanan tambahan untuk bumil dengan Kurang Energi Kronis (KEK).
 - b. Konseling KIA.

3. Tatalaksana
 - a. Setiap bumil mendapatkan pelayanan ANC sesuai standar minimal 4 kali selama kehamilan yakni 1 kali pada trimester pertama, 1 kali pada trimester kedua dan 2 kali pada trimester ketiga.
 - b. Pemeriksaan ANC terdiri atas jenis pemeriksaan termasuk menilai keadaan umum, keadaan fisik dan keadaan psikis penyandang disabilitas.
 - c. Standar pelayanan ANC adalah memenuhi kriteria 10 T. Pelaksanaan pelayanan ANC memiliki hambatan tersendiri seperti

pemeriksaan antropometri dan tekanan darah pada disabilitas fisik yang tidak memiliki ekstremitas, konseling pada disabilitas intelektual atau disabilitas rungu-wicara yang membutuhkan pendampingan saat konseling.

- d. Pelayanan pencegahan dan penanganan keguguran dimana ibu hamil dengan penyandang disabilitas rentan mengalami keguguran dan kelahiran prematur. Oleh sebab itu diperlukan pencegahan dan penanganan yang tepat apabila terjadi keguguran pada penyandang disabilitas yang sedang hamil.

D. Asuhan Kebidanan pada Lansia

Pelayanan kesehatan yang dapat diberikan kepada penyandang disabilitas lansia meliputi:

1. Upaya Promosi
 - a. Peningkatan pengetahuan lansia tentang kesehatan reproduksi melalui KIE ataupun penyuluhan.
 - b. Pelaksanaan kegiatan ibadah bersama, penyaluran hobi dan aktifitas fisik sebagai bentuk peningkatan kesehatan lansia secara fisik, psikis dan spiritual.
 - c. Peningkatan penggunaan buku kesehatan lansia untuk penyandang disabilitas yang diperoleh dari puskesmas.

2. Pencegahan
 - a. Konseling bagi penyandang disabilitas lansia untuk pencegahan infeksi saluran reproduksi terutama pada perempuan.
 - b. Konseling bagi penyandang disabilitas lansia yang mengalami keluhan menopause dan andropause.
 - c. Deteksi faktor-faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) dan pengelolaannya.
 - d. Pemeriksaan tingkat kemandirian lansia.
 - e. Pemeriksaan status mental, faktor personal dan psikologis lansia.

3. Kuratif atau Rehabilitatif

Tata laksana penyakit pada penyandang disabilitas lansia perlu ditangani secara terpadu dan komprehensif meliputi:

 - a. Kuratif sesuai indikasi
 - b. Konseling sesuai indikasi
 - c. Konseling gizi lansia
 - d. Rujukan ke rumah sakit apabila ada penyandang disabilitas lansia yang sakit dan tidak bisa ditangani oleh petugas kesehatan faskes primer.

Tugas

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

1. Apa yang dimaksud dengan kelompok rentan?
2. Siapa saja yang termasuk kedalam kategori kelompok rentan?
3. Sebutkan permasalahan-permasalahan yang termasuk kedalam batasan kelompok rentan?

Petunjuk untuk menjawab tugas

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan tugas tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

1. Pengertian kelompok rentan
2. Batasan kelompok dengan kebutuhan khusus
3. Asuhan kebidanan pada ibu hamil dan menyusui
4. Asuhan kebidanan pada lansia

Latihan Soal

1. Suatu Kelompok yang identik dengan kondisi yang lemah, mudah terkena penyakit dan tidak sanggup menolong diri sendiri, sehingga memerlukan bantuan orang lain adalah definisi dari?
 - A. Kelompok rentan
 - B. Kelompok disabilitas
 - C. Kelompok tunaLaras
 - D. Kelompok tunagrahita
 - E. Kelompok resiko tinggi

2. Kelompok rentan adalah kelompok yang mudah terkena penyakit dan peka. Kelompok yang tidak sanggup menolong dirinya sendiri sehingga memerlukan bantuan orang lain.
Berdasarkan pernyataan diatas berikut ini yang bukan termasuk kelompok rentan
- A. Anak-anak
 - B. Dewasa
 - C. Fakir miskin
 - D. Orang lanjut usia
 - E. Wanita hamil
3. Ny.A usia 25 tahun hamil 7 bulan anak kedua, diketahui Ny.A adalah penyandang Disabilitas (tunanetra) dan tidak pernah melakukan pemeriksaan kehamilan ke pusat layanan kesehatan. Berikut ini adalah yang dapat bidan lakukan agar ibu dengan disabilitas mau melakukan pemeriksaan kesehatan, kecuali?
- A. Meningkatkan kemampuan komunikasi dengan penyandang disabilitas
 - B. Memberikan waktu pemeriksaan yang lebih, khusus bagi penyandang disabilitas
 - C. Menyediakan sarana prasarana yang dapat membantu penyandang disabilitas
 - D. Melakukan pendampingan khusus pada penyandang disabilitas
 - E. Memaksa ibu penyandang disabilitas untuk mau melakukan pemeriksaan kesehatan

4. Seorang remaja putri berusia 17 tahun dipaksa ayahnya untuk menikah karena budaya didaerahnya yang terbiasa menikahkan anak perempuannya diusia sangat muda.

Apakah kerugian yang akan dialami remaja tersebut?

- A. Remaja jadi putus sekolah
 - B. Kehilangan kesempatan untuk membangun karir
 - C. Kesulitan beradaptasi menjadi orangtua (tidak bisa mengurus kehamilannya & bayinya)
 - D. Meningkatkan kejadian stress dan konflik
 - E. Benar semua
5. Upaya tata laksana gangguan kesehatan pada penyandang disabilitas kelompok lansia perlu ditangani secara terpadu.

Upaya yang tidak termasuk kedalam upaya kuratif dan rehabilitatif adalah:

- A. Pengobatan sesuai indikasi
- B. Konseling sesuai indikasi
- C. Pemeriksaan status mental
- D. Konseling gizi lansia
- E. Rujukan ke rumah sakit

BAB II

ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS PADA KONDISI FISIK

Deskripsi

Mata kuliah ini memberikan kemampuan kepada peserta didik untuk menciptakan asuhan kebidanan pada anak dan perempuan kelompok rentan, kebutuhan khusus oleh kelompok rentan dengan permasalahan fisik, psikologis, ekonomi, geografi, sosial dan budaya serta *contiunity of care* pada ibu berkebutuhan khusus.

Tujuan

1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Menjelaskan Asuhan kebidanan pada perempuan dan anak dengan kebutuhan khusus pada kondisi fisik.

2. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan kebutuhan khusus pada permasalahan fisik/dissabilitas.
- b. Mahasiswa mampu menjelaskan kelainan genetik.
- c. Mahasiswa mampu menjelaskan perbedaan ras.

Uraian Materi

A. Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Fisik/Dissabilitas

Diperkirakan 1,3 miliar orang di seluruh dunia mengalami disabilitas yang signifikan. Angka ini telah meningkat selama dekade terakhir dan akan terus meningkat karena perubahan demografi dan epidemiologi, sehingga menunjukkan pentingnya tindakan. Lebih dari satu dekade yang lalu, WHO dan Bank Dunia menerbitkan Laporan Dunia tentang Disabilitas yang pertama. Kemajuan substansial telah dicapai di banyak negara, namun masih banyak penyandang disabilitas yang tertinggal. Karena kesenjangan kesehatan yang berkepanjangan, mereka meninggal lebih awal, kesehatan dan fungsi mereka lebih buruk, dan mereka lebih terkena dampak darurat kesehatan dibandingkan masyarakat umum.

Hampir 80% dari 1,3 miliar penyandang disabilitas tinggal di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah, dan 20% di negara-negara berpendapatan tinggi.

Terdapat hampir 240 juta anak yang hidup dengan disabilitas di seluruh dunia, yaitu 1 dari 10 anak. Kesulitan psikososial mempengaruhi sebagian besar anak-anak dengan disabilitas pada semua umur.

1. Definisi Disabilitas

Istilah “Penyandang Disabilitas” dalam Undang-Undang Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas (UU 8/2016) dimaknai sebagai, “setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau

sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak.

“Penyandang Disabilitas” bukan satu-satunya yang digunakan di Indonesia. Ada istilah lain seperti “Difabel”, “Berkebutuhan Khusus”, atau “Orang dengan Disabilitas”. Istilah lain yang juga kerap digunakan adalah penyebutan berdasarkan ragam disabilitas seperti menggunakan kata “tuna”, atau lebih spesifik dengan istilah “tuli”, “buta”, “orang dengan gangguan jiwa”, dan istilah lainnya yang berasal dari bahasa daerah di Indonesia.

Convention on the Right of Person with Disabilities (CRPD) di New York, Amerika Serikat pada tahun 2007 telah menyepakati bahwasannya penyandang disabilitas merupakan seseorang yang memiliki keterbatasan fisik, mental, atau intelektual dalam jangka waktu yang relatif lama dan memiliki kesulitan dalam berinteraksi dengan masyarakat. Namun istilah cacat digantikan oleh disabilitas oleh akademisi dan masyarakat untuk tidak menyinggung penyandang, karena hal ini harus diperhatikan saat berhadapan dengan penyandang agar tidak merasa sakit hati atas perkataan.

Menurut model medis, disabilitas dianggap muncul ketika penyakit dan atau gangguan fisik atau psikologis yang membatasi kemampuan atau naktivitas seseorang dan dapat menurunkan kualitas fisik atau opsikologis yang membatasi kemampuan atau aktivitas seseorang dan dapat menurunkan kualitas hidup mereka. Definisi undang-undang diskriminasi disabilitas mengasumsikan dimensi medis yang mendefinisikan penyandang disabilitas sebagai seseorang yang memiliki gangguan fisik atau mental yang memiliki dampak merugikan yang besar dan jangka panjang terhadap kemampuannya untuk menjalankan aktivitas normal sehari-hari. Sebaliknya, menurut model sosial megenai disabilitas menyoroti hambatan sosial yang mungkin dihadapi oleh penyandang disabilitas atau penyakit, misalnya tidak adanya akses untuk kursi roda atau penyesuaian teks bagi penyandang disabilitas penglihatan sebagai penyebab utama disabilitas.

2. Prevalensi Disabilitas

Angka kejadian disabilitas di dunia mencapai lebih dari 1 miliar orang atau 15% dari populasi dunia. Terdapat 1 dari 7 orang yang mengalami kecacatan. Sekitar 110 juta (2,2%) dan 190 juta (3,8%) orang berusia 15 tahun atau lebih, mengalami masalah pada fungsi tubuhnya. Sekitar 93 juta anak-anak, atau 1 dari 20 anak usia kurang dari 15 tahun hidup dengan disabilitas sedang sampai berat. Disabilitas akan semakin meningkat seiring dengan

bertambahnya usia dan kondisi kesehatan yang kronis.

Jumlah penyandang disabilitas di Indonesia adalah 6 juta orang, yang terdiri dari disabilitas netra (30%), disabilitas rungu wicara (8%), disabilitas grahita/intelektual (7%), disabilitas tubuh (10%), dan disabilitas ganda sebanyak 40%.

3. Jenis-jenis Penyandang Disabilitas

Jenis-jenis penyandang disabilitas menurut Kementerian Kesehatan RI (2017) [32]:

a. Disabilitas sensorik

Disabilitas sensorik adalah terganggunya salah satu fungsi dari panca indera, antara lain disabilitas netra, rungu, dan/atau wicara. Penyandang disabilitas ganda atau multi adalah penyandang disabilitas yang mempunyai dua atau lebih ragam disabilitas, antara lain disabilitas rungu-wicara dan disabilitas netra-rungu.

1) Disabilitas netra

Penyandang disabilitas netra adalah orang yang memiliki akurasi penglihatan kurang dari 6/60 setelah 18 dikoreksi atau sama sekali tidak memiliki daya penglihatan.

Secara fisik terlihat adanya kelainan pada mata yang dapat dibedakan dengan kondisi mata normal. Penyandang disabilitas netra kurang mampu melakukan orientasi lingkungan.

Mereka harus belajar untuk berjalan dengan aman dan efisien dalam suatu lingkungan dengan keterampilan orientasi dan mobilitasnya. Penyandang disabilitas netra sering menunjukkan perilaku stereotipi yang tidak semestinya seperti membuat suara dengan jarinya, menggoyang-goyangkan kepala, atau badan karena tidak adanya rangsangan sensoris, terbatasnya aktifitas, dan gerak di dalam lingkungan, serta keterbatasan sosial.

Kemampuan intelegensia penyandang disabilitas netra tidak dipengaruhi oleh kondisi disabilitas netranya. Mereka membutuhkan media atau alat bantu untuk membaca dan menulis seperti huruf braille atau huruf cetak dengan berbagai alternatif ukuran. Penyandang disabilitas netra bisa mengikuti proses pendidikan melalui asesmen dan pembelajaran yang sesuai.

2) Disabilitas rungu-wicara

Disabilitas rungu-wicara adalah kondisi hilangnya fungsi pendengaran dan atau fungsi bicara baik disebabkan oleh kelahiran, kecelakaan, maupun penyakit.

Penyandang disabilitas rungu-wicara biasanya memiliki pernapasan yang pendek dan tidak teratur. Penyandang disabilitas rungu-wicara tidak pernah mendengarkan suara dalam kehidupan sehari-hari, sehingga tidak tahu bagaimana cara bersuara atau mengucapkan kata-kata dengan intonasi yang baik. Penglihatan merupakan salah satu indera yang paling dominan bagi penyandang disabilitas rungu-wicara, dimana sebagian besar pengalamannya diperoleh melalui penglihatan. Penyandang disabilitas rungu-wicara tidak mengalami permasalahan intelegensia. Akan tetapi, keterbatasan berkomunikasi dan berbahasa dapat mempengaruhi perkembangan intelektual dan akademik.

b. Disabilitas fisik

Disabilitas fisik adalah terganggunya fungsi gerak, seperti lumpuh layuh atau kaku, paraplegi, Cerebral Palsy (CP), akibat amputasi, stroke, kusta, dan lain-lain karena penyakit, kecelakaan atau kelainan bawaan. Pada penyandang disabilitas fisik terdapat kelainan bentuk tubuh, anggota gerak atau otot, berkurangnya fungsi tulang, otot sendi maupun syaraf-syarafnya.

c. Disabilitas intelektual

Disabilitas intelektual yaitu suatu disfungsi atau keterbatasan baik secara intelektual maupun perilaku adaptif yang dapat diukur atau dilihat yang menimbulkan berkurangnya kapasitas untuk beraksi dalam cara tertentu. Peyandang disabilitas intelektual yaitu penyandang gangguan perkembangan mental yang ditandai oleh deteriorasi fungsi konkrit pada setiap tahap perkembangan dan berkontribusi pada seluruh tingkat intelegensia (kecerdasan).

Penyandang disabilitas intelektual mempunyai keterbatasan dalam adaptasi yang menyebabkan keterbatasan kemampuan komunikasi, rawat diri, kehidupan di rumah, keterampilan sosial, kesehatan dan keamanan, keterampilan fungsional akademik, pemanfaatan waktu luang, dan kemampuan bekerja.

Klasifikasi penyandang disabilitas intelektual atau tunagrahita berdasarkan tingkat kecerdasan atau skor IQ, menurut *The American Psychological Association* (APA):

1) Ringan (Debil)

Penyandang disabilitas intelektual ringan mempunyai kondisi fisik yang tidak berbeda dengan orang normal lainnya. Skor IQ antara kisaran 55-70. Mereka bisa dididik (diajarkan) membaca, menulis, berhitung dan

mempunyai keterampilan sosial dan kerja. dapat membatasi kemampuan berkomunikasi.

2) Sedang (Imbesil)

Penyandang disabilitas intelektual sedang termasuk kelompok latih. Kondisi fisik sebagian terlihat perbedaannya, namun sebagian lagi mempunyai fisik normal. IQ kelompok ini antara 40-55. Kelompok ini juga mempunyai keterbatasan mengingat, menggeneralisasi, bahasa, konseptual, perseptual, dan kreativitas sehingga perlu diberikan tugas yang sederhana, singkat, relevan dan berurutan.

3) Berat

Penyandang disabilitas intelektual berat adalah kelompok yang memiliki intelegensianya sangat rendah sehingga tidak mampu menerima pendidikan secara akademis. Penyandang disabilitas intelektual berat adalah kelompok mampu rawat, IQ antara 25-40. Bantuan orang lain dibutuhkan dalam kegiatan sehari-hari.

4) Sangat berat

Penyandang disabilitas intelektual sangat berat tergantung pada pertolongan dan bantuan orang lain sepanjang hidupnya. Mereka tidak mampu merawat diri sendiri, tidak dapat membedakan bahaya, selalu mengeluarkan air liur, dan tampak bengong, terlambat dalam

perkembangan bicara atau bahasa, dan kecerdasan IQ kurang dari 25.

d. Disabilitas mental

Disabilitas mental adalah terganggunya fungsi pikir, emosi, dan perilaku, seperti psikososial (skizofrenia, bipolar, depresi, anxietas, dan gangguan kepribadian) dan disabilitas perkembangan yang berpengaruh pada kemampuan interaksi sosial, seperti autisme dan hiperaktif.

Penyandang disabilitas mental biasanya menarik diri dari interaksi sosial, mengalami kesulitan mengorientasikan waktu, orang dan tempat, mengalami penurunan daya ingat dan daya kognitif parah, mengabaikan penampilan dan kebersihan diri, memiliki labilitas emosional, sehingga bisa mengalami perubahan mood yang sangat cepat, memiliki perilaku yang aneh, dan enggan melakukan segala hal, sehingga berusaha untuk tidak melakukan apa-apa, dan bahkan marah jika diminta untuk melakukan sesuatu.

e. Disabilitas ganda atau multi

Disabilitas dapat dialami secara tunggal, ganda, atau multi dalam waktu lama (paling singkat enam bulan dan/atau bersifat permanen) dan ditetapkan oleh tenaga kesehatan. Penyandang disabilitas ganda atau multi adalah penyandang disabilitas dengan dua atau lebih ragam disabilitas,

antara lain disabilitas disabilitas netra-tuli dan rungu-wicara.

Dalam survei yang dilakukan oleh Badan Pusat Statistik, penyandang disabilitas dikelompokkan menjadi 8 jenis yakni:

- 1) Kesulitan atau masalah dalam melihat.
- 2) Kesulitan atau masalah dalam berjalan.
- 3) Kesulitan atau masalah dalam konsentrasi/ingatan.
- 4) Kesulitan atau masalah dalam mendengar.
- 5) Kesulitan atau masalah dalam berkomunikasi.
- 6) Kesulitan atau masalah dalam menggunakan tangan/jari.
- 7) Kesulitan atau masalah dalam mengurus diri sendiri.
- 8) Kesulitan atau masalah dalam gangguan perilaku/emosi.

Secara umum, jenis disabilitas yang paling banyak di Indonesia ialah orang-orang dengan gangguan melihat yakni sekitar 64% dari total jumlah penyandang disabilitas, disusul dengan orang-orang dengan gangguan berjalan dan konsentrasi/mengingat yang masing-masing berjumlah 38,3% dan 29,7%. Sedangkan jenis masalah/gangguan yang relatif paling sedikit di Indonesia yakni masalah emosi atau perilaku, mengurus diri sendiri, dan menggunakan tangan/jari.

4. Hak-hak Penyandang Disabilitas

Hak-hak penyandang disabilitas menurut undang-undang Republik Indonesia nomor 08 Tahun 2016 tentang penyandang disabilitas terkait, diantaranya:

- a. Hak hidup, meliputi hak atas penghormatan integritas, tidak dirampas nyawanya, mendapatkan perawatan dan pengasuhan yang menjamin kelangsungan hidupnya, bebas dari penelantaran, pemasangan, pengurangan, serta pengucilan, bebas dari ancaman dan berbagai bentuk eksploitasi dan bebas dari penyiksaan, perlakuan dan penghukuman lain yang kejam, tidak manusiawi, dan merendahkan martabat manusia. Hak bebas dari stigma untuk penyandang disabilitas meliputi hak dari pelecehan, penghinaan, dan pembelan negatif terkait kondisi disabilitasnya.
- b. Hak privasi, meliputi hak atas diakui sebagai manusia pribadi yang dapat menuntut dan memperoleh perlakuan serta perlindungan yang sama sesuai dengan martabat manusia di depan umum, membentuk sebuah keluarga dan melanjutkan keturunan melalui perkawinan yang sah, penghormatan rumah dan keluarga, mendapatkan perlindungan terhadap kehidupan pribadi dan keluarga dan dilindungi kerahasiaan atas data pribadi, surat menyurat, dan bentuk komunikasi pribadi lainnya termasuk data dan informasi kesehatan.

- c. Hak keadilan dan perlindungan hukum meliputi; hak atas perlakuan yang sama dihadapan hukum, diakui sebagai subjek hukum, memiliki dan mewarisi harta bergerak atau tidak bergerak, mengendalikan masalah keuangan atau menunjuk orang untuk mewakili kepentingannya dalam urusan keuangan, memperoleh akses terhadap pelayanan jasa perbankan dan nonperbankan, memperoleh penyediaan aksesibilitas dalam pelayanan peradilan, hak atas perlindungan dari segala tekanan, kekerasan, penganiayaan, diskriminasi dan atau perampasan atau pengambilan hak milik, memilih dan menunjuk orang untuk mewakili kepentingan dalam hal keperdataan di dalam dan diluar pengadilan dan dilindungi hak kekayaan intelektualnya.
- d. Hak pendidikan yaitu hak atas memperoleh pendidikan yang layak.
- e. Hak pekerjaan, kewirausahaan dan koperasi dimana penyandang disabilitas berhak untuk mendapatkan pekerjaan dan memperoleh upah terhadap pekerjaan.
- f. Hak atas kesehatan yaitu penyandang disabilitas berhak untuk mendapatkan informasi, memperoleh pelayanan kesehatan yang serupa dengan individu lainnya.
- g. Hak politik yaitu penyandang disabilitas memiliki hak dalam memilih atau dipilih dalam jabatan publik, membentuk atau menjadi anggota pengurus organisasi dalam masyarakat, berperan dalam sistem pemilihan umum.

- h. Hak keagamaan yaitu penyandang disabilitas berhak untuk memeluk agama atau kepercayaan, mendapatkan pelayanan saat beribadah dan berhak aktif dalam organisasi keagamaan.
- i. Hak keolahragaan yaitu dimana penyandang berhak untuk melakukan kegiatan keolahragaan, mendapatkan penghargaan dalam kegiatan keolahragaan, berprestasi dalam bidang olahraga dan menjadi pelaku olahraga.
- j. Hak kebudayaan dan pariwisata yaitu penyandang disabilitas berhak untuk memperoleh kesamaan dan kesempatan dalam berpartisipasi dalam kegiatan seni budaya, mendapatkan kesamaan dalam berpariwisata dan mendapatkan akses untuk mengakses perlakuan dan akomodasi.
- k. Hak kesejahteraan sosial yaitu penyandang disabilitas berhak dalam mendapatkan aksesibilitas untuk memanfaatkan fasilitas publik dan mendapatkan akomodasi yang layak sebagai bentuk aksesibilitas bagi individu.
- l. Hak pelayanan publik yaitu penyandang disabilitas memiliki hak dalam memperoleh akomodasi yang layak dalam pelayanan publik, pendampingan penerjemahan dan penyediaan fasilitas yang mudah diakses ditempat layanan publik tanpa tambahan biaya.
- m. Hak perlindungan dalam bencana bahwa penyandang disabilitas berhak untuk mendapatkan informasi yang mudah diakses

- akan adanya bencana, mendapatkan pengetahuan tentang pengurangan resiko bencana, mendapatkan fasilitas serupa dilokasi pengungsian.
- n. Hakabilitas dan rehabilitasi yaitu penyandang disabilitas berhak untuk mendapatkan habilitas dan rehabilitas sejak dini dengan secara inklusif sesuai dengan kebutuhan, bebas dalam memilih bentuk rehabilitasi yang diikuti dan mendapatkan habilitas dan rehabilitas yang tidak merendahkan martabat manusia.
 - o. Hak pendataan yaitu penyandang disabilitas didata sebagai penduduk dengan disabilitas dalam pencatatan sipil, mendapatkan dokumen kependudukan dan mendapatkan kartu penyandang disabilitas.
 - p. Hak hidup secara mandiri dan dilibatkan dalam masyarakat yaitu penyandang disabilitas berhak untuk mobilitas pribadi dengan penyediaan alat bantu dan kemudahan untuk mendapatkan akses, mendapatkan pelatihan dan pendampingan untuk hidup secara mandiri, mendapatkan akomodasi yang wajar untuk berperan serta dalam kehidupan bermasyarakat, menentukan sendiri atau memperoleh bantuan dari pemerintah dan pemerintah daerah untuk menetapkan tempat tinggal atau pengasuhan keluarga.
 - q. Hak berekspresi, berkomunikasi, dan memperoleh informasi yaitu penyandang disabilitas berhak untuk memiliki kebebasan berpendapat, mendapatkan

informasi dan komunikasi melalui media yang dapat diakses, dan menggunakan serta memperoleh fasilitas informasi dan komunikasi berupa bahasa isyarat, braille, dan komunikasi augmentatif dalam interaksi resmi.

- r. Hak kewarganegaraan yaitu penyandang disabilitas berhak untuk berpindah, mempertahankan, atau memperoleh kewarganegaraan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang - undangan, memperoleh, memiliki, dan menggunakan dokumen kewarganegaraan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan keluar atau masuk wilayah Indonesia sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- s. Hak bebas dari diskriminasi, penelantaran, penyiksaan, dan eksploitasi yaitu penyandang disabilitas berhak dalam bersosialisasi/ berinteraksi dalam kehidupan berkeluarga, bermasyarakat, dan bernegara tanpa rasa takut dan mendapatkan perlindungan dari segala bentuk kekerasan fisik, psikis, ekonomi, dan seksual.

5. Pengaruh disabilitas pada anak-anak

- a. Anak-anak penyandang disabilitas mempunyai kemungkinan 25% lebih kecil untuk mengikuti pendidikan usia dini, 49% lebih besar kemungkinannya untuk tidak bersekolah, 47% lebih besar kemungkinannya tidak bersekolah di sekolah dasar, 33% lebih besar kemungkinannya

untuk tidak melanjutkan sekolah menengah pertama, dan 27% lebih besar kemungkinannya untuk tidak melanjutkan sekolah menengah atas.

- b. Anak-anak penyandang disabilitas memiliki kondisi kesehatan yang lebih buruk, proses perkembangan yang tertunda, mempunyai resiko leboh tinggi untuk tertular penyakit menular, dan mempunyai peluang lebih rendah untuk mendapatkan manfaat dari tindakan penyelamatan jiwa.
- c. Anak-anak penyandang disabilitas mengalami tingkat kemiskinan multidimensi yang lebih tinggi dibandingkan anak-anak tanpa disabilitas. Pada anak usia 2-4 tahun, 38% dari mereka yang mengalami lebih dari satu kesulitan fungsional mengalami tiga hingga lima kali deprivasi dibandingkan dengan anak-anak yang tidak mengalami kesulitan fungsional.
- d. Anak-anak penyandang disabilitas berjumlah 42% lebih mungkin mengalami kekurangan berat badan dan 34% lebih besar kemungkinannya mengalami stunting, dibandingkan dengan anak-anak tanpa disabilitas.
- e. Anak-anak penyandang disabilitas mempunyai kemungkinan 12% lebih kecil untuk mendapatkan air minum yang layak dari sumber sanitasi di rumah tangga mereka dibandingkan dengan anak-anak tanpa disabilitas, dan 8% lebih kecil kemungkinannya untuk mendapatkan

fasilitas sanitasi yang lebih baik di rumah tangga mereka.

6. Masalah seksualitas dan kesehatan reproduksi bagi perempuan penyandang disabilitas

Perempuan difabel adalah kelompok penyandang disabilitas yang mempunyai hambatan berlapis-lapis dibanding dengan lelaki penyandang disabilitas. Ia tidak saja mengalami hambatan karena disabilitas yang disandangnya, tetapi sebagaimana juga kebanyakan perempuan lainnya, ia mengalami diskriminasi dan stereotipe perempuan pada umumnya. Misalnya dengan anggapan tidak berdaya, selalu tergantung pada orang lain, dan tidak bisa membuat keputusan.

Perempuan dengan disabilitas dipandang tidak mampu menjadi istri dan ibu bagi anaknya. Dalam UU No. 1 Tahun 1974 tentang Perkawinan menyatakan bahwa pengadilan dapat mengizinkan suami beristri lebih dari satu apabila istri mendapat cacat badan atau penyakit yang tidak dapat disembuhkan. Selain itu, Peraturan Pemerintah No. 9 Tahun 1975 tentang pelaksanaan Undang-Undang No.1 tahun 1974 tentang Perkawinan menyebutkan bahwa perceraian dapat terjadi karena alasan salah satu pihak mendapat cacat badan atau penyakit dengan akibat tidak dapat menjalankan kewajiban sebagai suami/istri.

Kesehatan reproduksi sering dilihat sebagai hal yang berkaitan dengan aktivitas seksual (*sexual intercourse*) dan proses persalinan. Aktivitas seksual ini diasosiasikan dengan kemolekan atau keindahan ragawi yang menimbulkan kegairahan atau ketertarikan lawan jenis. Perempuan dengan disabilitas sering dianggap tidak memiliki kedua hal itu, sehingga mereka dianggap tidak mampu melakukan aktivitas seksualnya. Kesehatan reproduksi mempunyai makna luas. Undang-Undang Kesehatan No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 72 ayat (1) menyatakan bahwa kesehatan reproduksi merupakan keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, dan tidak sematamata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan.

Perempuan penyandang disabilitas sangat rawan terhadap perlakuan kekerasan seksual dari orang lain. Pelecehan terhadap anak-anak disable sering terjadi. Kekerasan terhadap anak perempuan disable juga sangat beragam. Perempuan penyandang disabilitas banyak yang menjadi korban kekerasan seksual, baik pelecehan seksual, perkosaan, bahkan menjadi "*addicted*" dengan perilaku seksual yang dialaminya, oleh orang terdekatnya, baik masih keluarga maupun pekerja di rumah keluarga tersebut. Tanpa pemenuhan kebutuhan dasar yang memadai, difabel tidak memiliki posisi

tawar yang memadai untuk membantu mereka keluar dari kemiskinannya.

Penyandang disabilitas mempunyai risiko lebih tinggi terhadap masalah kesehatan reproduksi, seperti kekerasan seksual, kehamilan tidak diinginkan atau tidak direncanakan, dan kekerasan dalam rumah tangga. Mereka membutuhkan perhatian khusus karena sangat rentan terhadap berbagai bentuk kekerasan dan diskriminasi terutama yang berkaitan dengan kesehatan reproduksi. Hal ini disebabkan karena mereka sulit mengakses informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi di fasilitas pelayanan kesehatan akibat infrastruktur fasilitas pelayanan kesehatan yang belum ramah terhadap penyandang disabilitas atau tenaga kesehatan yang belum memahami kebutuhan dan tata cara pemberian informasi dan pelayanan kesehatan kepada penyandang disabilitas.

Penyandang disabilitas sensorik mengalami kesulitan untuk mengakses informasi dan edukasi kesehatan reproduksi karena:

- 1) Masih terbatasnya media KIE kesehatan reproduksi dalam bentuk audio visual, baik di fasilitas pelayanan kesehatan maupun fasilitas publik lainnya.
- 2) Media KIE yang tersedia umumnya berbentuk tulisan atau gambar dua dimensi (poster, leaflet, dll) sehingga pesannya tidak dapat ditangkap oleh penyandang disabilitas netra tanpa bantuan orang lain.

- 3) Media KIE dalam bentuk audio-visual (video, iklan layanan masyarakat, dll) masih sangat terbatas dan umumnya belum dilengkapi dengan teks narasi (caption) atau peraga bahasa isyarat sehingga menyulitkan bagi penyandang disabilitas rungu-wicara.

Penyandang disabilitas fisik rentan untuk tidak mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar, khususnya pengukuran, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang melibatkan anggota gerak (lengan dan tungkai). Kondisi infrastruktur (jalan, transportasi publik, tata ruang fasilitas pelayanan kesehatan) yang tidak sesuai standar dapat mempersulit penyandang disabilitas fisik yang bergantung pada alat bantu gerak seperti kursi roda, tongkat, atau prostesis.

Penyandang disabilitas intelektual dan/atau mental biasanya sangat bergantung kepada keluarga/pendamping, sehingga pemberi layanan harus memastikan bahwa keluarga/pendamping memahami tentang hak kesehatan reproduksi dan seksual bagi penyandang disabilitas intelektual dan/atau mental, termasuk upaya yang harus dilakukan untuk memberikan perlindungan kesehatan reproduksi bagi penyandang disabilitas intelektual dan/atau mental. Dalam hal penyandang disabilitas intelektual dan/atau mental, pendamping dari keluarga terdekat klien harus mampu mewakili dan memberikan

persetujuan tindakan (*informed consent*) atas nama klien.

7. Peran Bidan dalam asuhan pada perempuan dan anak dengan disabilitas
 - a. Perempuan yang mengalami kekerasan, biasanya tidak menyampaikan persoalannya secara terbuka pada orang lain, bahkan pada keluarga, apalagi pihak-pihak lain yang memang berperan untuk menangani kasus seperti ini (misalnya konselor, polisi, pengacara). Ada proses pembisuan kata-kata yang terjadi pada diri korban yang dibangun tidak hanya oleh pelaku kekerasan, tetapi juga oleh masyarakat maupun sistem sosial yang ada. Boleh dikatakan semua perempuan, termasuk korban perempuan difabel yang 'membisu' tersebut, pernah setidaknya sekali dalam masa hidupnya datang ke fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan untuk memeriksakan diri ataupun anggota keluarganya. Mereka yang mengalami kekerasan berkemungkinan datang ke fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan tersebut untuk meminta bantuan atas keluhan, ataupun luka-luka yang dialami.
 - b. Tenaga kesehatan ataupun bidan, sebagai profesi yang sangat dihargai, dipercaya dan digantungi harapan besar. Mereka kemungkinan adalah orang pertama, atau bahkan satu-satunya pihak yang berhadapan, berinteraksi dengan korban

karena fisik/psikis yang mereka alami. Tenaga kesehatan, bidan berada di lini terdepan untuk upaya pendeteksian dini dan melakukan tindakan yang memungkinkan korban mendapatkan layanan-layanan lain yang mendukung.

Hal-hal yang dapat dilakukan dalam memberikan layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas antara lain:

- 1) Media KIE dalam bentuk audio visual disertai dengan teks narasi (caption) dan/atau peraga bahasa isyarat.
- 2) Pemberian KIE bagi penyandang disabilitas netra menggunakan alat peraga sehingga dapat membantu memvisualisasi informasi yang diberikan.
- 3) Pemberian KIE bagi penyandang disabilitas rungu-wicara dilakukan dengan artikulasi/gerak bibir yang jelas, ritme bicara tidak terlalu cepat, dan tidak menggunakan masker/penutup mulut. KIE dapat dilakukan kepada keluarga/pendamping klien dan disampaikan kepada klien.
- 4) Pemberian KIE bagi penyandang disabilitas netra dilakukan setiap kali petugas kesehatan akan melakukan pemeriksaan/tindakan yang berkontak langsung dengan tubuh klien. Langkah-langkah, proses pemeriksaan, dan tindakan yang akan dilakukan perlu dijelaskan secara detail.

- 5) Kunjungan rumah petugas ke penyandang disabilitas (home visit) dalam rangka menyampaikan KIE kesehatan reproduksi kepada pasien dan keluarga/pendamping.
- 6) Penyediaan infrastruktur fasyankes yang mudah diakses oleh penyandang disabilitas.
- 7) Penyediaan berbagai alat kesehatan yang dapat digunakan oleh tenaga kesehatan untuk melakukan pengukuran/pemeriksaan kesehatan bagi penyandang disabilitas fisik.
- 8) Pada tingkat disabilitas yang tidak terlalu berat, edukasi perlu melibatkan kemampuan penyandang disabilitas dalam pengambilan keputusan.
- 9) Pada pemberian tindakan kedokteran yang memiliki risiko tinggi, tenaga kesehatan harus memastikan bahwa persetujuan tindakan (*Informed consent*) diberikan oleh pendamping dari keluarga terdekat klien.
- 10) Tenaga medis diharapkan dapat membantu penyandang disabilitas intelektual atau mental untuk memilih metode kontrasepsi yang diinginkan dan mendorong keterlibatan keluarga.
- 11) Tenaga kesehatan memberikan dukungan untuk memastikan penyandang disabilitas yang memiliki keinginan untuk menjadi orang tua agar berhasil dalam perawatan anak.

B. Kelainan Genetik

1. Definisi Kelainan Genetik

Penyakit genetik atau kelainan genetik adalah gangguan kesehatan yang disebabkan oleh genom yang menyebabkan sebuah kondisi fenotipe klinis. Kondisi ini dapat diakibatkan oleh mutasi pada satu gen (monogenik) atau beberapa gen (poligenik) atau kelainan kromosom.

Kelainan genetik atau kongenital merupakan kelainan bawaan sebagai kelainan struktural atau fungsional yang terjadi selama kehidupan intra uterin. Kelainan ini disebut juga dengan cacat lahir, anomali kongenital, atau malformasi kongenital. Kondisi ini berkembang sejak sebelum lahir dan dapat diidentifikasi sebelum atau saat lahir, atau dikemudian hari.

Kelainan genetik adalah kelainan yang terjadi ketika mutasi (perubahan berbahaya pada suatu gen yang dikenal sebagai varian patogen) mempengaruhi gen asli atau ketika memiliki jumlah materi genetik yang salah. Gen terbuat dari DNA (asam deoksiribonukleat) yang berisi instruksi untuk fungsi sel dan karakteristik yang menjadikan unik. Setiap orang mewarisi separuh dari setiap orang tua kandung dan kemungkinan mewarisi mutasi gen dari salah satu orang tua atau keduanya. Kadang-kadang, gen berubah karena masalah dalam DNA (mutasi). Hal ini dapat meningkatkan resiko terkena kelainan genetik. Beberapa menyebabkan gejala saat

lahir, dan sebagian lagi berkembang seiring waktu.

Penyakit genetik bisa terjadi karena adanya:

- a. Kelainan pada jumlah kromosom seperti sindrom Down memiliki jumlah kromosom 47 karena adanya kelebihan satu kromosom pada kromosom ke 21) atau sindrom Klinefelter, kelainan pada kelebihan kromosom X pada seorang pria terjadinya mutasi gen yang jumlahnya lebih dari satu pasang basa, sehingga terjadi kelainan pada asam amino yang menyebabkan kelainan pada ekspresi genetik.
- b. Kelainan materi gen. Hal dapat diturunkan diturunkan dari orang tua kepada anak-anaknya. Dalam kasus ini, penyakit genetik juga dikenal dengan istilah penyakit keturunan. Penyakit genetik ini dapat diturunkan dari orang tua yang mengalami kelainan gen dan terjadi ketika gen yang rusak tersebut merupakan gen yang dominan.

2. Deteksi Kelainan Genetik

Deteksi kelainan kromosom dilakukan metoda karyotype kromosom sehingga akan mudah terdeteksi adanya kelainan jumlah, struktur, dan morfologi kromosom. Karyotipe kromosom akan mudah dianalisis melalui sampel darah penderita. Prinsip analisis karyotype kromosom adalah melihat susunan kromosom dari inti sel darah putih yang sedang membelah, sehingga pada saat fase metaphase mitosis sel,

jumlah kromosom dapat dihitung dan diamati. Sedangkan untuk deteksi mutasi gen dapat diidentifikasi melalui teknik PCR dan elektroforesis. Sel yang akan diperiksa, dilakukan analisis isolasi DNA kemudian ditempel gen yang akan diperiksa melalui teknik Polymerase Chain Reaction atau perbanyakan rantai basa DNA, dan dianalisis melalui teknik elektroforesis untuk melihat ada tidaknya pita DNA. Jika gen mengalami mutasi, maka pita DNA tidak akan terbentuk, sedangkan jika tidak ada mutasi gen maka pita DNA terbentuk.

3. Kelainan Kromosom

a. Down syndrome

Sindrom down adalah suatu kondisi keterbelakangan perkembangan fisik dan mental anak yang diakibatkan adanya abnormalitas perkembangan kromosom. Kromosom ini terbentuk akibat kegagalan sepasang kromosom untuk saling memisahkan diri saat terjadi pembelahan, juga merupakan kelainan genetik yang terjadi pada kromosom 21 pada berkas q22 gen SLC5A3, yang dapat dikenal dengan melihat manifestasi klinis yang cukup khas.

Down syndrome adalah suatu kondisi genetik dimana seseorang dilahirkan dengan kelebihan kromosom. Kebanyakan orang memiliki 23 pasang kromosom dalam setiap sel tubuhnya, sehingga totalnya ada 46. Seseorang yang didiagnosis dengan syndrome down memiliki ekstra kromosom

21, yang berarti sel mereka mengandung total 47 kromosom. Hal ini mengubah cara hidup, otak, dan tubuh mereka.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa resiko melahirkan anak dengan doen syndrome meningkat seiring dengan bertambahnya usia orang tua yang melahirkan. Wanita yang berusia lebih dari 35 tahun lebih mungkin memiliki anak dengan down syndrome atau jenis kondisi genetik lainnya.

Down syndrome menyebabkan gejala fisik, kognitif, dan perilaku. Tidak semua penderita down syndrome mengalami semua gejala diatas. Gejala dan keparahannya bisa berbeda pada setiap orang.

Tanda-tanda fisik syndrome down biasanya muncul saat lahir dan menjadi jelas seiring pertumbuhan bayi. Ciri-ciri tersebut meliputi: jembatan hidung datar, mata sipit mengarah ke atas, leher pendek, telinga, tangan, dan kaki kecil, tonus otot lemah saat lahir, jari kelingking mengarah ke dalam menuju ibu jari, satu lipatan pada telapak tangan (palmar crease), tinggi badan lebih pendek dari pada rata-rata. Seiring dengan pertumbuhan, dapat muncul gejala tambahan seperti infeksi telinga atau gangguan pendengaran, masalah penglihatan atau penyakit mata, masalah

gigi, apnea obstruktif, dan penyakit jantung bawaan.

Anak dengan syndrome down memiliki tantangan perkembangan kognitif akibat kelebihan kromosom. Anak tersebut dapat mengalami cacat intelektual dan perkembangan. Mereka akan memerlukan waktu yang lebih lama dalam berjalan dan bergerak (motoric kasar dan halus), berbicara (keterampilan pengembangan Bahasa), belajar (kognitif), dan bermain (keterampilan sosial dan emosional).

Anak yang didiagnosis down syndrome akan menunjukkan gejala perilaku seperti keras kepala atau tantrum, kesulitan memperhatikan, dan perilaku obsesif atau kompulsif.

Skринing prenatal dapat dilakukan untuk menilai resiko down syndrome dengan melalui tes darah dan USG. Melalui USG, dapat dilihat tanda-tanda down syndrome seperti adanya cairan berlebih pada belakang leher bayi. Tes diagnostic selama kehamilan dapat digunakan untuk memastikan diagnosis down syndrome. Tes diagnostic yang dapat dilakukan meliputi amniosintesis, Chorionic Villus Sampling (CVS), dan Percutaneous Umbilical Vlood Sampling (PUBS). Tes diagnostic tersebut dapat mendeteksi perubahan kromosom yang mengarah pada down syndrome.

Tidak ada obat untuk penderita down syndrom. Namun, dapat dilakukan asuhan yang berfokus untuk mencapai potensi maksimalnya, agar mampu berkembang secara fisik dan mental. Asuhan atau perawatan tersebut meliputi: terapi fisik atau okupasi, terapi wicara, mengikuti kegiatan di sekolah yang khusus, mengobati konsisi medis yang mendasarinya, mengenakan kacamata untuk mengatasi gangguan penglihatan, dan menggunakan alat bantu dengar untuk gangguan pendengaran.

Anak-anak denga down syndrome dapat menjalani kehidupan yang sehat dan bahagia dengan perawatan yang suportif. Perawatan dan terapi dapat membantu mereka mencapai perkembangan, mendapatkan pendidikan bersama teman-temannya, membangun hubungan dan memiliki karier yang sukses.

b. Fragile X syndrom

Sindrom fragile X (FXS) juga dikenal dengan sindrom Martin Bell, yaitu suatu kondisi bawaan yang menyebabkan keterlambatan perkembangan, cacat intelektual, masalah pembelajaran dan perilaku, kelainan fisik, kecemasan, gangguan defisit perhatian/hiperaktif dan atau gangguan spektrum autisme. FXS dinamakan dengan syndrom X rapuh karena jika dilihat melalui mikroskop bagian kromosom X tampak rusak atau rapuh.

Peneliti memperkirakan terdapat sekitar 1 dari 8000 hingga 11000 perempuan dan 1 dari 4000 hingga 7000 laki-laki yang menderita FXS. FXS kadang menyebabkan autisme. Jika anak mengidap autisme, dia memiliki kemungkinan 2-6% untuk menderita FXS. FXS diturunkan dari orang tua ke anak.

Syndrom fragile X (FXS) mempengaruhi kecerdasan, kesehatan mental, ciri fisik, dan perilaku. Gejala yang umum pada FXS adalah:

- 1) Masalah intelegensia: IQ rendah, masalah perkembangan yang tertunda (sosial dan emosional, bahasa/komunikasi, kognitif, dan gerak), masalah perkembangan non verbal, dan masalah matematika.
- 2) Masalah kesehatan mental: kecemasan, depresi, dan perilaku obsesif kompulsif.
- 3) Ciri fisik: wajah panjang dan sempit, dahi besar, rahang besar, kulit lembut, telinga besar dan mata juling (malas), jari-jari sangat fleksibel atau bersendi ganda, kaki rata, testis membesar, langit-langit mulut melengkung tinggi, tonus otot rendah.
- 4) Ciri perilaku: gangguan pemusatan perhatian/hiperaktivitas (ADHD), kecemasan sosial atau masa lalu, mengepalkan atau menggigit tangan mereka, kontak mata yang buruk, gangguan sensorik (kepekaan terhadap

orang banyak, sentuhan, suara, makanan, dan tekstur).

Menurut sebuah survei, anak dengan FXS juga menderita kejang (epilepsi, masalah tidur, perilaku melukai diri sendiri, dan kegemukan).

Diagnosis sindrom fragile X memerlukan DNA dari darah, cairan ketuban, atau jaringan lain. Pemeriksaan yang dapat dilakukan melalui amniosintesis dan Chorionic villus sampling (CVS) melalui cairan ketuban dan plasenta. Anak laki-laki biasanya didiagnosis pada usia 35-37 bulan, sedangkan anak perempuan pada usia 42 bulan.

FXS tidak dapat disembuhkan, tetapi gejalanya bisa diobati. Disamping obat-obatan, terapi yang membantu mengatasi keterampilan dan perilaku harus disertakan. Obat yang diberikan berdasarkan gejala seperti obat untuk kejang, ADHD, dan masalah tidur.

c. Klinefelter syndrom

Syndrom klinefelter adalah suatu kondisi genetik umum dimana seorang laki-laki dilahirkan dengan kromosom X tambahan. Penderita sindrom klinefelter dapat mengalami pertumbuhan payudara, kanker payudara, osteoporosis, infertilitas, dan kesulitan belajar. Perawatan atau asuhan

pada sindrom klinefelter ini meliputi terapi fisik, emosional, serta penggantian hormon.

Sindrom Klinefelter adalah suatu kondisi bawaan, yang artinya sudah ada sejak lahir. Ada tes tertentu yang dapat dilakukan selama kehamilan yang dapat mendiagnosisnya sebelum kelahiran, namun lebih sering didiagnosis dikemudian hari. Jika tidak ditemukan sebelum lahir, terkadang hal ini dapat didiagnosis karena bayi memiliki penis yang lebih kecil dari yang diharapkan, atau di akhir masa remaja jika pubertas tidak dimulai atau berkembang seperti yang diharapkan. Banyak orang yang mengalami mungkin tidak terdiagnosis sama sekali, atau hanya ketika mengalami tantangan kesuburan di kemudian hari (jika mereka mengalami kesulitan untuk hamil bersama pasangannya. Dalam kebanyakan kasus, perbedaan masa pubertas dan/atau kesuburan mereka disebabkan karena testis mengalami “kegagalan” dini dan tidak dapat menghasilkan cukup testosteron dan/atau sperma. Hal ini menyebabkan orang-orang ini memerlukan penggantian testosteron dan tes kesuburan.

Orang dengan sindrom klinefelter juga lebih mungkin mengalami kondisi tertentu yang dikenal sebagai sindrom metabolik. Kondisi tersebut antara lain: Hipertensi, Diabetes tipe 2, Kolesterol dan lemak tinggi yang disebut trigliserida dalam darah. Selain

itu, orang dengan sindrom Klinefelter lebih mungkin banyak mengalami: Ginekomastia (pertumbuhan payudara pada pria), kanker payudara, tremor, osteoporosis, Penyakit autoimun (penyakit tiroid, lupus dan rheumatoid arthritis, kejang, dan kemampuan Bahasa. Kondisi ini dapat ditangani dengan mengobati gejalanya termasuk penggantian hormon, terapi fisik, dan terapi perilaku.

Sindrom Klinefelter cukup umum terjadi, terjadi pada sekitar 1 dari 600 orang, namun banyak orang (70 hingga 80%) mungkin tidak mengetahui bahwa mereka mengidap kondisi ini.

Sindrom Klinefelter biasanya didiagnosis dengan salah satu cara berikut:

- 1) Skrining pranatal.
- 2) Pengujian setelah penyedia layanan kesehatan melihat pertumbuhan abnormal selama masa kanak-kanak, pubertas, atau sepanjang masa remaja.
- 3) Menguji masalah kesuburan dan/atau testosteron rendah di masa dewasa.

Dokter akan melihat kromosom untuk memeriksa tambahan kromosom X. Pemeriksaan kromosom seseorang dilakukan dengan tes darah yang disebut kariotipe. Tes ini dapat memastikan diagnosis sindrom klinefelter karena terdapat 47 kromosom, termasuk dua kromosom X dan satu

kromosom Y. Hal ini dapat dilakukan pada anak-anak, dewasa, bahkan pada janin sebelum lahir. Menguji sindrom Klinefelter pada janin dapat dilakukan dengan jaringan atau cairan (pengambilan sampel vilus korionik atau amniosentesis). Pengambilan sampel vili korionik melibatkan pengambilan sampel dari plasenta (sumber makanan janin di dalam rahim). Amniosentesis melibatkan pengambilan sampel dari cairan ketuban tempat janin berada di dalam rahim. Ada juga jenis tes prenatal non invasif (NIPT) baru yang dirancang untuk mencari kromosom ekstra lainnya. Namun, tidak jelas seberapa akurat tes non-invasif ini dalam mendiagnosis sindrom Klinefelter.

Sindrom Klinefelter adalah suatu kondisi yang muncul sejak lahir. Karena merupakan bagian dari kode genetik seseorang, kondisi ini tidak dapat disembuhkan atau dihilangkan sepenuhnya. Namun, gejala sindrom Klinefelter dapat ditangani seiring berjalannya waktu untuk mengurangi dampaknya terhadap kehidupan seseorang. Beberapa pengobatan untuk gejala sindrom klinefelter meliputi penggantian hormon, terapi, operasi.

d. Triple-X syndrom

Sindrom Triple X adalah suatu kondisi genetik di mana seseorang dilahirkan dengan kromosom X tambahan. Kondisi ini juga disebut dengan sindrom trisomi X atau 47,

XXX. Kondisi ini hanya terjadi pada orang yang ditetapkan sebagai perempuan saat lahir. Banyak orang dengan sindrom triple X mungkin tidak memiliki gejala dan mungkin tidak tahu bahwa mereka mengidap kondisi tersebut, atau gejala yang mereka alami mungkin berupa tinggi badan yang luar biasa dan masalah kesuburan.

Sindrom ini terjadi pada sekitar 1 dari 900 hingga 1.000 kelahiran hidup. Kemungkinan besar kita juga tidak memiliki angka pasti untuk sindrom ini karena banyak orang yang mengidapnya tidak pernah menunjukkan gejala apa pun sehingga mereka tidak pernah dites.

Karakteristik fisik orang dengan triple X memiliki tinggi badan lebih tinggi dari rekan-rekan mereka. Seringkali mereka juga lebih tinggi dari perkiraan dokter anak berdasarkan tinggi badan orang tua mereka. Karakteristik fisik lainnya yang lebih halus meliputi: Jarak mata lebar (hipertelorisme), lipatan kulit vertikal yang menutupi sudut dalam mata (lipatan epicanthal), jari kelingking melengkung atau bengkok (klinodaktili), dan tonus otot buruk (hipotonia). Pada kondisi neurologis, beberapa orang dengan sindrom triple X mengalami keterlambatan perkembangan kesehatan mental, meliputi: Keterlambatan perkembangan, Gangguan defisit perhatian/hiperaktif, Gangguan mood seperti kecemasan dan depresi, Gangguan

kognitif ringan, dan kondisi medis lainnya yang jarang terjadi seperti autoimun, ISK, kelainan ginjal, penebaran dini atau kegagalan, ovarium, dan kejang.

Diagnostik sindrom triple X dapat ditegakkan melalui tes genetik yang disebut dengan kariotipe atau microarray kromosom. Diagnosis sindrom ini biasanya ditemukan sebagai bagian dari tes kesuburan. Pada ibu hamil yang beresiko memiliki anak dengan sindrom triple X dapat dilakukan tes prenatal noninvasif (NIPT), amniosentesis, atau pengambilan sampel vili korionik (CVS). Tidak ada obat untuk mungkin menghadapi keterlambatan perkembangan.

e. Turner syndrom

Sindrom Turner adalah kelainan genetik yang menyerang anak perempuan dan perempuan. Penyebab sindrom Turner adalah hilangnya sebagian atau seluruh kromosom X. Gejala sindrom Turner termasuk perawakan pendek dan kurangnya perkembangan payudara dan menstruasi. Perawatan untuk sindrom Turner mungkin termasuk terapi hormon.

Sindrom Turner (TS), terkadang disebut sebagai sindrom hipoplasia ovarium kongenital, adalah kelainan genetik. Ini adalah kelainan kromosom seks paling umum yang menyerang anak perempuan dan perempuan. Sindrom Turner terjadi

ketika salah satu kromosom X hilang, baik sebagian atau seluruhnya. Sindrom Turner sering kali menyebabkan perawakan pendek, biasanya terlihat pada usia 5 tahun. Biasanya tidak memengaruhi kecerdasan tetapi dapat menyebabkan keterlambatan perkembangan terutama dalam perhitungan dan memori. Masalah jantung juga umum terjadi. Meskipun TS dapat memperpendek harapan hidup, pemeriksaan dan pengobatan kondisi terkait yang diketahui dapat membantu memelihara kesehatan.

Sindrom Turner adalah kelainan genetik, namun biasanya tidak diturunkan, kecuali dalam kasus yang jarang terjadi. Kondisi genetik yang diwariskan berarti bahwa orang tua (atau kedua orang tua) mewariskan gen yang bermutasi atau berubah. Pada sindrom Turner, perubahan kromosom terjadi secara acak sebelum kelahiran. Di seluruh dunia, sekitar 1 dari setiap 2.500 bayi perempuan lahir dengan sindrom Turner.

Gejala utama sindrom Turner adalah perawakan pendek. Hampir semua wanita dengan syndrome turner tumbuh lebih lambat dibandingkan teman sebayanya selama masa kanak-kanak dan remaja, mengalami keterlambatan pubertas dan kurangnya percepatan pertumbuhan, sehingga rata-rata tinggi badan orang dewasa adalah 4 kaki, 8 inci. Gejala syndrom turner biasanya dapat dilihat melalui

pembengkakan di tangan atau kaki dan kulit di leher (mungkin muncul segera setelah lahir), perawakan pendek atau pertumbuhan terhenti, dan kurangnya perkembangan payudara dan periode menstruasi. Tes genetik yang disebut analisis kariotipe dapat memastikan diagnosis sindrom Turner. Tes ini dapat menentukan apakah salah satu kromosom X hilang seluruhnya atau sebagian. Evaluasi jantung lengkap juga merupakan bagian dari diagnosis itu karena banyak penderita memiliki masalah jantung.

Selain perawatan untuk masalah medis terkait, pengobatan Sindrom Turner (TS) sering kali berfokus pada hormon, seperti hormon pertumbuhan manusia, estrogen, dan progesterin siklik.

4. Gangguan Multifaktorial

a. Alzheimer disease

Penyakit Alzheimer menyebabkan penurunan daya ingat, berpikir, belajar dan keterampilan berorganisasi seiring berjalannya waktu. Ini adalah penyebab paling umum dari demensia dan biasanya menyerang orang yang berusia di atas 65 tahun. Tidak ada obat untuk Alzheimer, namun pengobatan dan terapi tertentu dapat membantu mengatasi gejalanya untuk sementara.

Penyakit Alzheimer sering terjadi. Penyakit ini mempengaruhi sekitar 24 juta orang di seluruh dunia. Satu dari 10 orang berusia di atas 65 tahun dan hampir sepertiga orang berusia di atas 85 tahun menderita penyakit ini. Para peneliti tidak mengetahui mengapa beberapa orang terkena penyakit Alzheimer dan yang lainnya tidak. Namun, mereka telah mengidentifikasi beberapa faktor yang meningkatkan risiko Alzheimer, termasuk faktor genetik (keturunan). Jika Anda memiliki kerabat tingkat pertama (orang tua kandung atau saudara kandung) yang mengidap penyakit Alzheimer, risiko Anda terkena penyakit ini meningkat sebesar 10% hingga 30%.

b. Arthritis

Arthritis adalah kelainan umum yang menyerang persendian. Hal ini dapat menyebabkan rasa sakit dan peradangan, sehingga sulit untuk bergerak atau tetap aktif. Ada banyak jenis radang sendi. Setiap bentuk menyebabkan gejala yang berbeda dan mungkin memerlukan perawatan berbeda. Meskipun arthritis biasanya menyerang orang lanjut usia, penyakit ini dapat menyerang pria, wanita, dan anak-anak di segala usia.

Arthritis adalah penyebab kecacatan yang paling umum di A.S. Sekitar 50 juta orang dewasa dan 300.000 anak-anak mengalami beberapa bentuk arthritis. Berbagai macam

arthritis memiliki penyebab yang berbeda, misalnya asam urat. Beberapa seseorang dapat mengalami arthritis jika: memiliki riwayat keluarga arthritis, memiliki pekerjaan atau melakukan olahraga yang memberikan tekanan berulang pada persendian, dan memiliki penyakit autoimun atau infeksi virus tertentu.

c. Autism spectrum disorder

Autism Spectrum Disorder (ASD) adalah penyakit perkembangan saraf yang biasanya didiagnosis pada masa kanak-kanak. Nama ASD sebelumnya adalah autisme, dan masih banyak orang yang menggunakan istilah tersebut. Namun ASD mencakup beberapa kondisi dalam spektrumnya. ASD mengubah cara anak berinteraksi dan berkomunikasi. Tidak ada obat untuk autisme, namun gejalanya mungkin berkurang seiring berjalannya waktu.

American Psychiatric Association mengubah istilah autisme menjadi ASD pada tahun 2013. ASD sekarang menjadi istilah umum yang mencakup berbagai tingkat autisme. Spektrum autisme mencakup kondisi yang biasanya dianggap terpisah oleh penyedia layanan, termasuk autism, Asperger syndrome, dan Pervasive developmental disorder-not otherwise specified (PDD-NOS). ASD mempengaruhi sekitar 1 dari setiap 44 anak berusia 8 tahun. Autisme pada anak laki-laki dan anak laki-laki

saat lahir jauh lebih mungkin terjadi dibandingkan autisme pada anak perempuan dan anak perempuan saat lahir.

Tidak ada penyebab pasti dari ASD. Penelitian memperkirakan faktor genetik dan lingkungan sebagai beberapa penyebab autisme. Genetika berperan dalam autisme. Penyebab genetik diperkirakan pada 10% hingga 20% kasus. Kasus-kasus ini termasuk sindrom genetik spesifik yang terkait dengan ASD, seperti sindrom X rapuh, dan perubahan kode genetik yang jarang terjadi. Autisme adalah penyakit keturunan. Ketika satu anak menerima diagnosis ASD, anak berikutnya memiliki risiko 20% lebih besar terkena autisme dibandingkan anak normal. Jika dua anak pertama dalam sebuah keluarga mengidap ASD, anak ketiga mempunyai risiko 32% lebih besar terkena ASD.

Menetapkan diagnosis autisme bisa jadi sulit. Tidak ada tes autisme, seperti tes laboratorium, untuk mendiagnosis kondisi tersebut. Namun, penyedia layanan kesehatan dapat melakukan pemeriksaan dan evaluasi khusus. Perawatan autisme mencakup intervensi atau terapi perilaku. Banyak penderita ASD memiliki kondisi medis tambahan. Ini termasuk masalah pencernaan dan makan, kejang dan gangguan tidur. Perawatan dapat

melibatkan terapi perilaku, pengobatan, atau keduanya.

d. Cancer

Kanker adalah sekelompok besar penyakit yang memiliki satu kesamaan: Semuanya terjadi ketika sel normal menjadi sel kanker yang berkembang biak dan menyebar. Kanker dimulai ketika satu atau beberapa gen bermutasi dan menciptakan sel kanker. Sel-sel ini menciptakan kelompok kanker, atau tumor. Sel-sel kanker dapat melepaskan diri dari tumor, menggunakan sistem limfatik atau aliran darah untuk menyebar ke area lain di tubuh (metastasis).

Menurut American Cancer Society, 1 dari 2 pria dan orang yang ditetapkan sebagai pria saat lahir dan 1 dari 3 wanita dan orang yang ditetapkan sebagai wanita saat lahir akan terkena kanker. Kanker adalah penyakit yang rumit. Anda bisa menderita kanker selama bertahun-tahun tanpa menunjukkan gejala apapun. Di lain waktu, kanker dapat menyebabkan gejala nyata yang memburuk dengan sangat cepat.

Kanker adalah kelainan genetik. Hal ini terjadi ketika gen yang mengatur aktivitas sel bermutasi dan menciptakan sel abnormal yang membelah dan berkembang biak, yang pada akhirnya mengganggu cara kerja tubuh. Peneliti memperkirakan 5% hingga 12% dari semua kanker disebabkan oleh

mutasi genetik bawaan yang tidak dapat kendalikan. Lebih seringnya, kanker terjadi sebagai mutasi genetik yang didapat.

e. Coronary artery disease

Coronary Artery Disease (CAD) adalah suatu kondisi yang mempengaruhi arteri koroner, yang memasok darah ke jantung. Adanya CAD, penumpukan plak mempersempit atau menyumbat satu atau lebih arteri koroner. CAD dapat menyebabkan serangan jantung atau komplikasi lain seperti aritmia atau gagal jantung.

Faktor resiko CAD antara lain usia dan riwayat keluarga. Seiring bertambahnya usia, risiko terkena CAD meningkat. Pria menghadapi risiko lebih tinggi setelah usia 45 tahun. Wanita menghadapi risiko lebih tinggi setelah usia 55 tahun. Risiko lebih tinggi jika anggota keluarga kandung menderita penyakit jantung.

f. Diabetes

Diabetes adalah kondisi umum yang menyerang orang-orang dari segala usia. Ada beberapa bentuk diabetes. Tipe 2 adalah yang paling umum. Kombinasi strategi pengobatan dapat membantu Anda mengelola kondisi untuk menjalani hidup sehat dan mencegah komplikasi.

Diabetes adalah suatu kondisi yang terjadi ketika gula darah (glukosa) terlalu tinggi. Penyakit ini berkembang ketika pankreas tidak menghasilkan cukup insulin atau sama sekali, atau ketika tubuh tidak merespons efek insulin dengan baik. Diabetes mempengaruhi orang-orang dari segala usia. Sebagian besar bentuk diabetes bersifat kronis (seumur hidup), dan semua bentuk dapat ditangani dengan obat-obatan dan/atau perubahan gaya hidup. Glukosa (gula) terutama berasal dari karbohidrat dalam makanan dan minuman. Ini adalah sumber energi utama tubuh. Darah membawa glukosa ke seluruh sel tubuh untuk digunakan sebagai energi.

Sekitar 37,3 juta orang di Amerika menderita diabetes, yaitu sekitar 11% dari populasi. Diabetes tipe 2 adalah bentuk paling umum, mewakili 90% hingga 95% dari seluruh kasus diabetes. Sekitar 537 juta orang dewasa di seluruh dunia menderita diabetes. Para ahli memperkirakan jumlah ini akan meningkat menjadi 643 juta pada tahun 2030 dan 783 juta pada tahun 2045. Penyebab diabetes antara lain resistensi insulin (diabetes type 2), penyakit autoimun (diabetes type 1), ketidakseimbangan hormon, kerusakan pankreas, dan mutasi genetik (diabetes neonatal).

g. Migraine headaches

Migrain adalah penyakit neurologis umum yang menyebabkan berbagai gejala, terutama sakit kepala yang berdenyut dan berdenyut di satu sisi kepala. Migrain kemungkinan besar akan bertambah parah akibat aktivitas fisik, cahaya, suara, atau bau. Ini mungkin berlangsung setidaknya empat jam atau bahkan berhari-hari. Sekitar 12% orang Amerika menderita kelainan genetik ini. Penelitian menunjukkan bahwa penyakit ini merupakan penyakit keenam yang paling melumpuhkan di dunia.

h. Spina bifida

Spina bifida adalah salah satu kelainan bawaan (cacat lahir) yang paling umum terjadi. Hal ini disebabkan oleh tidak sempurnanya perkembangan tulang belakang janin pada bulan pertama kehamilan. (Istilah spina bifida berarti "tulang belakang terbelah.") Spina bifida biasanya terlihat saat lahir. Spina bifida terjadi selama 28 hari pertama kehamilan, seringkali sebelum seorang wanita mengetahui bahwa dia hamil. Kondisi tersebut merupakan jenis cacat tabung saraf (NTD). Bayi yang lahir dengan jenis kelainan ini yang lebih serius memiliki lesi terbuka di tulang belakang mereka yang menyebabkan kerusakan signifikan pada saraf dan sumsum tulang belakang. Pembukaan tersebut dapat diperbaiki melalui pembedahan, namun kerusakan saraf tidak teratasi dan

menyebabkan cacat permanen. Spina bifida dapat terjadi di mana saja di sepanjang tulang punggung, namun paling sering ditemukan di bagian kecil punggung atau lebih jauh ke bawah.

Penyebab pasti terjadinya spina bifida belum jelas. Kombinasi faktor genetik dan lingkungan diduga menjadi penyebab utamanya.

5. Gangguan Monogenik

a. Cystic fibrosis

Cystic Fibrosis (CF) adalah penyakit genetik (diwariskan) yang menyebabkan lendir lengket dan kental menumpuk di organ, termasuk paru-paru dan pankreas. Jika tidak menderita CF, lendir yang melapisi organ dan rongga tubuh, seperti paru-paru dan hidung, menjadi licin dan encer. Jika menderita CF, lendir yang kental menyumbat saluran udara dan membuat sulit bernapas. Lendir juga menyumbat saluran di pankreas sehingga menyebabkan masalah dalam mencerna makanan. Bayi dan anak-anak yang menderita CF mungkin tidak dapat menyerap cukup nutrisi dari makanan. CF, yang bersifat kronis (berlangsung lama) dan progresif (semakin memburuk seiring berjalannya waktu), juga memengaruhi hati, sinus, usus, dan organ seks).

Angka kasus CF adalah 1 dari 2.500 hingga 3.500 bayi baru lahir CF mempengaruhi sekitar 1 dari 17.000 bayi baru lahir berkulit hitam dan 1 dari 31.000 bayi baru lahir keturunan Asia. Fibrosis kistik bersifat genetik. Orang yang mengidap CF mewarisi dua gen yang salah, satu dari setiap orang tua. CF dikatakan resesif karena memerlukan dua varian gen untuk mendapatkan kondisi tersebut. (Nama lama untuk varian gen adalah mutasi gen). Orang tua tidak harus menderita fibrosis kistik agar bisa menderita CF. Faktanya, banyak keluarga tidak memiliki riwayat keluarga CF. Jika keluarga tidak memiliki riwayat fibrosis kistik, orang dengan varian gen tersebut disebut pembawa. Sekitar 1 dari 31 orang di AS adalah pembawa penyakit yang bebas dari gejala CF.

b. Distrofi otot

Distrofi otot mengacu pada sekelompok lebih dari 30 kondisi genetik (yang diwariskan) yang memengaruhi fungsi otot. Secara umum, gejala distrofi otot semakin memburuk seiring berjalannya waktu. Kondisi ini merupakan salah satu jenis miopati, suatu kelainan pada otot rangka. Tergantung pada jenisnya, distrofi otot dapat memengaruhi kemampuan untuk bergerak, berjalan, dan melakukan aktivitas sehari-hari. Ini juga dapat mempengaruhi otot-otot yang membantu fungsi jantung dan paru-paru. Beberapa bentuk distrofi otot muncul saat

lahir atau berkembang selama masa kanak-kanak. Bentuk lain berkembang saat dewasa.

Distrofi otot relatif jarang terjadi. Gabungan semua jenis penyakit mempengaruhi sekitar 16 hingga 25 per 100.000 orang. Gejala distrofi otot sangat bervariasi tergantung jenisnya. Namun, gejala utamanya adalah kelemahan otot dan masalah terkait otot lainnya. Setiap jenis dapat memengaruhi otot dan bagian tubuh yang berbeda. Gejala distrofi otot umumnya memburuk seiring berjalannya waktu.

Mutasi (perubahan) pada gen yang bertanggung jawab atas kesehatan struktur dan fungsi otot menyebabkan distrofi otot. Mutasi berarti bahwa sel-sel yang biasanya menjaga otot tidak dapat lagi memenuhi peran ini, sehingga menyebabkan kelemahan otot yang progresif seiring berjalannya waktu. Ada beberapa gen dan kemungkinan mutasi genetik yang berperan dalam fungsi otot. Inilah sebabnya mengapa ada begitu banyak bentuk distrofi otot yang berbeda. Pada sebagian besar kasus distrofi otot, orang tersebut mewarisi mutasi genetik dari salah satu atau kedua orang tua kandungnya.

c. Hiperkolesterolemia

Hiperkolesterolemia terkait erat dengan banyak masalah medis lainnya. Artinya, hal ini dapat menyebabkan beberapa masalah

serius (seperti penyakit arteri koroner). Namun bisa juga terjadi akibat penyakit lain, terutama penyakit yang memicu peradangan di tubuh (seperti lupus). Orang dengan kolesterol tinggi sering kali juga mengalami tekanan darah tinggi.

Faktor gaya hidup dan genetik sama-sama berperan dalam menyebabkan kolesterol tinggi. Faktor gaya hidup meliputi:

- 1) Merokok dan penggunaan tembakau. Merokok menurunkan “kolesterol baik” (HDL) dan meningkatkan “kolesterol jahat” (LDL).
- 2) Berada dalam banyak stres. Stres memicu perubahan hormonal yang menyebabkan tubuh memproduksi kolesterol.
- 3) Minum alkohol terlalu banyak alkohol dalam tubuh Anda dapat meningkatkan kolesterol total.
- 4) Kurang bergerak. Aktivitas fisik seperti latihan aerobik meningkatkan jumlah kolesterol. Jika memiliki pekerjaan di meja kerja atau banyak duduk di waktu luang, tubuh tidak akan memproduksi cukup “kolesterol baik”.
- 5) Diet. Beberapa makanan dapat meningkatkan atau menurunkan kolesterol.

Terkadang penyedia layanan kesehatan akan merekomendasikan perubahan pola makan atau kunjungan ke ahli gizi untuk mendiskusikan pola makan.

d. Hemochromatosis

Hemochromatosis, atau kelebihan zat besi, adalah suatu kondisi di mana tubuh menyimpan terlalu banyak zat besi. Seringkali itu bersifat genetik. Hal ini dapat menyebabkan kerusakan serius pada tubuh, termasuk jantung, hati, dan pankreas. Tidak dapat mencegah penyakit ini, namun diagnosis dan pengobatan dini dapat menghindari, memperlambat atau membalikkan kerusakan organ.

Ada dua jenis hemokromatosis, masing-masing dengan penyebab berbeda. Perubahan genetik yang diturunkan adalah penyebab paling umum. Ini disebut hemokromatosis primer, hemokromatosis herediter, atau hemokromatosis klasik. Pada hemokromatosis primer, masalah DNA berasal dari kedua orang tuanya dan menyebabkan tubuh menyerap terlalu banyak zat besi. Pada hemochromatosis sekunder, perawatan medis atau kondisi medis lainnya menyebabkan kelebihan zat besi.

Jika memiliki riwayat keluarga dengan kelainan genetik, Tes laboratorium dapat menunjukkan apakah memiliki mutasi gen yang menyebabkan kondisi tersebut. Dalam banyak kasus, membawa mutasi tidak selalu berarti akan mengalaminya. Konselor genetik dapat menjelaskan risiko dan apakah ada langkah-langkah yang dapat diambil untuk menjaga kesehatan. Jika ada riwayat keluarga, tes DNA untuk mengetahui kelainan genetik dapat menjadi bagian yang penting.

e. Neurofibromatosis tipe 1

Neurofibromatosis Tipe 1 (NF1) menyumbang sekitar 90% kasus neurofibromatosis. Penyakit ini juga disebut penyakit Von Recklinghausen. Neurofibromatosis adalah bagian dari sekelompok kondisi yang dikenal sebagai kelainan neurokutan yang mempengaruhi kulit dan sistem saraf. "Neuro" mengacu pada saraf dan "kulit" mengacu pada kulit. Jenis kelainan ini disebabkan oleh peningkatan pertumbuhan sel yang tidak normal. Hal ini mengakibatkan terbentuknya tumor di seluruh tubuh. Secara khusus, tumor ini dapat tumbuh di saraf, menyebabkan masalah pada kulit, tulang, mata, dan tempat lain.

Neurofibromatosis umumnya merupakan kelainan bawaan dari jenis autosomal dominan. Artinya, hanya diperlukan satu salinan gen mutan untuk menghasilkan kondisi tersebut, dan pasien memiliki peluang 50:50 untuk anak-anak mereka terkena kelainan tersebut. Neurofibromatosis juga dapat disebabkan oleh mutasi (perubahan) spontan pada hingga 50% kasus. Begitu terjadi perubahan gen, hal itu dapat diwariskan ke generasi berikutnya.

Kebanyakan kelainan genetik tidak dapat disembuhkan. Beberapa di antaranya memiliki pengobatan yang dapat memperlambat perkembangan penyakit atau mengurangi dampaknya terhadap kehidupan. Jenis pengobatan yang tepat bergantung pada jenis dan tingkat keparahan penyakit. Pada kasus lain, kami mungkin tidak mendapatkan pengobatan, namun kami dapat melakukan pengawasan medis untuk mendeteksi komplikasi sejak dini.

f. Sickle cell disease

Sickle cell disease (penyakit sel sabit) mempengaruhi hemoglobin dalam sel darah merah. Mutasi genetik menyebabkan hemoglobin abnormal menggumpal, menyebabkan sel darah merah berubah bentuk sabit. Sel berbentuk sabit ini menyebabkan penyumbatan aliran darah,

yang dapat menyebabkan anemia, nyeri, infeksi, dan komplikasi parah.

Sickle cell disease (SCD) adalah kelainan darah bawaan paling umum yang memengaruhi sel darah merah. Pada SCD, protein yang disebut hemoglobin, yang terletak di dalam sel darah merah, tidak normal. Hemoglobin itu penting. Itu adalah molekul yang membawa oksigen ke dalam darah dan ke seluruh tubuh. Sel darah merah normal berbentuk bulat dan fleksibel. Hal ini memungkinkan mereka bergerak dengan mudah melalui pembuluh darah kecil (kapiler) di tubuh untuk mengantarkan oksigen ke organ dan jaringan. Pada SCD, terdapat bentuk hemoglobin abnormal yang disebut hemoglobin S. Hal ini mengubah bentuk sel darah merah menjadi bentuk bulan sabit dan menyebabkan sel darah merah menjadi kaku, kurang fleksibel, dan saling menempel. Hal ini dapat menghambat aliran darah, mencegah oksigen mencapai organ dan jaringan vital di seluruh tubuh. Hal ini dapat menyebabkan komplikasi serius termasuk nyeri, infeksi, serta kerusakan dan kegagalan organ. Selain itu, sel berbentuk sabit tidak bertahan lama dibandingkan sel darah merah berbentuk normal, sehingga menyebabkan kekurangan sel darah merah secara terus-menerus dan menyebabkan anemia. Penyakit sel sabit adalah kondisi seumur hidup. Namun ada pilihan

pengobatan yang dapat mengurangi gejala dan memperpanjang hidup.

g. Tay sachs disease

Penyakit Tay-Sachs adalah suatu kondisi genetik. Tay-Sachs disebabkan oleh bayi yang menerima dua gen HEXA yang cacat, satu dari masing-masing orangtua. Gejala penyakit Tay-Sachs termasuk kegagalan dalam memenuhi aktivitas motorik, seperti duduk dan berdiri. Bayi yang lahir dengan Tay-Sachs seringkali meninggal di usia muda. Tes genetik dapat membantu membuat keputusan keluarga berencana.

h. Penyakit Tay-Sachs mempengaruhi sel-sel saraf di otak dan sumsum tulang belakang. Bayi dengan Tay-Sachs kekurangan enzim tertentu, yaitu protein yang memicu reaksi kimia di dalam sel. Kurangnya enzim, hexosaminidase A, menyebabkan zat lemak terkumpul. Penumpukan zat ini, ganglioside GM2, menyebabkan gejala Tay-Sachs seperti kelemahan otot. Tay-Sachs adalah kondisi genetik. Hal ini disebabkan oleh perubahan pada sepasang gen yang diwarisi dari orang tua. Ini adalah penyakit progresif, artinya penyakit ini akan semakin memburuk seiring berjalannya waktu. Anak-anak yang lahir dengan Tay-Sachs sering kali meninggal pada usia 4 tahun, biasanya karena komplikasi pneumonia. Tidak ada obat yang bisa menyembuhkannya, pengobatan ditujukan untuk mendukung anak dan

membuat mereka tetap nyaman. Tes genetik tersedia untuk pasangan yang mungkin menghadapi risiko lebih tinggi untuk memiliki bayi dengan Tay-Sachs. Tes dan konseling genetik dapat membantu calon orang tua membuat keputusan yang tepat mengenai keluarga berencana.

C. Perbedaan Ras

Ras adalah realitas sosial yang kuat dan merupakan komponen identitas pribadi yang penting dan abadi. Dalam sensus dan sebagian besar survei, penetapan ras dipilih oleh masing-masing responden dari kategori yang ditentukan secara resmi. Identifikasi diri ini tidak berarti bahwa ras tidak mempunyai dasar obyektif, karena secara garis besar konsisten dengan asal usul leluhur. Namun karena rumitnya sejarah migrasi dan perkawinan campuran, serta keanehan dalam identifikasi diri dan kategorisasi sosial, klasifikasi ras berbeda dari klasifikasi ketat berdasarkan keturunan.

Ras adalah kategorisasi manusia berdasarkan kualitas fisik atau sosial yang dimiliki bersama ke dalam kelompok-kelompok yang umumnya dipandang berbeda dalam suatu masyarakat tertentu. Istilah ini mulai digunakan secara umum pada abad ke-16, ketika digunakan untuk merujuk pada berbagai jenis kelompok, termasuk kelompok yang bercirikan hubungan kekerabatan dekat. Pada abad ke-17, istilah ini mulai merujuk pada ciri-ciri fisik (fenotip), dan kemudian merujuk pada afiliasi nasional. Ilmu pengetahuan modern menganggap ras sebagai konstruksi sosial, sebuah identitas yang

ditetapkan berdasarkan aturan yang dibuat oleh masyarakat. Meskipun sebagian didasarkan pada kesamaan fisik dalam kelompok, ras tidak memiliki makna fisik atau biologis yang melekat. Konsep ras merupakan dasar dari rasisme, keyakinan bahwa manusia dapat dibagi berdasarkan keunggulan satu ras atas ras lainnya.

Meskipun kesamaan ciri-ciri fisik seperti fitur wajah, warna kulit, dan tekstur rambut merupakan bagian dari konsep ras, keterkaitan ini lebih merupakan perbedaan sosial dan bukan perbedaan biologis. Dimensi lain dari pengelompokan ras mencakup sejarah, tradisi, dan bahasa bersama. Misalnya, Bahasa Inggris Afrika-Amerika adalah bahasa yang digunakan oleh banyak orang Afrika-Amerika, terutama di wilayah Amerika Serikat yang terdapat segregasi rasial. Selain itu, orang sering kali mengidentifikasi diri sebagai anggota suatu ras karena alasan politik.

Tugas

1. Mahasiswa mampu menjelaskan kebutuhan khusus pada permasalahan fisik/dissabilitas
2. Mahasiswa mampu menjelaskan Kelainan Genetik
3. Mahasiswa mampu menjelaskan Perbedaan ras

Latihan soal

1. Anda adalah seorang bidan desa. Saat ini, sedang dilaksanakan kelas hamil di wilayah anda. Terdapat 10 ibu hamil yang hadir, salah satunya adalah penyandang disabilitas rungu-wicara.
Agar informasi yang disampaikan dapat diterima dengan baik, maka hal yang perlu dilakukan oleh bidan adalah...
 - A. Pemberian KIE menggunakan alat peraga
 - B. Melakukan KIE disertai teks narasi (caption)
 - C. Menyediakan media KIE dalam bentuk audio
 - D. Menyediakan media KIE dalam bentuk audio visual
 - E. Menyampaikan KIE dengan artikulasi/gerak bibir yang jelas
2. Anda adalah bidan yang bekerja di RS. Saat ini, terdapat seorang pasien penyandang disabilitas intelektual yang hendak mengalami abortus. Tindakan yang akan dilakukan berdasarkan advice dokter adalah kuretase. Usia kehamilannya saat ini adalah 12 minggu. Pasien didampingi oleh keluarga yaitu suaminya yang juga penyandang disabilitas dan ibu kandungnya.
Salah satu hal penting yang perlu dilakukan sebelum tindakan adalah melakukan *inform consent* kepada...
 - A. Pasien
 - B. Suami
 - C. Ibu pasien
 - D. Adik pasien
 - E. Teman pasien

3. Seorang ibu datang bersama anak perempuannya yang berusia 16 tahun. Ibu tersebut datang ingin berkonsultasi mengenai anaknya tersebut karena tinggi badan anaknya jauh di bawah rata-rata temannya. Ibu mengatakan, bahwa pertumbuhan payudara anaknya sangat lambat. Bahkan, sampai saat ini anaknya belum mengalami menstruasi. Kelainan genetik yang mungkin terjadi pada kasus di atas adalah...
- A. Sindrom down
 - B. Sindrom Turner
 - C. FragileX syndrom
 - D. Alzaimer disease
 - E. Syndrom Klinefelter
4. Seorang ibu datang ke poli kebidanan untuk berkonsultasi tentang anak laki-laknya yang berusia 10 tahun. Saat ini, ibu merasa khawatir karena payudara anak lelakinya tersebut terlihat tumbuh. Hasil pemeriksaan TD 140/90 mmHG dan testis berukuran kecil. Kelainan genetik yang mungkin terjadi sesuai kasus di atas adalah...
- A. Sindrom down
 - B. Sindrom Turner
 - C. FragileX syndrom
 - D. Syndrom Klinefelter
 - E. Alzaimer disease

5. Seorang ibu datang ke poli kebidanan untuk berkonsultasi tentang anak laki-laknya yang berusia 10 tahun. Saat ini, ibu merasa khawatir karena payudara anak lelakinya tersebut terlihat tumbuh. Hasil pemeriksaan TD 140/90 mmHG dan testis berukuran kecil.

Terapi yang mungkin diberikan sesuai kasus di atas adalah...

- A. Terapi okupasi
- B. Alzheimer disease
- C. Tindakan operatif
- D. Terapi sulih hormon
- E. Terapi komplementer

BAB III

ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN PSIKOLOGIS

Deskripsi

Mata kuliah ini memberi kesempatan kepada mahasiswa untuk memahami dan menerapkan asuhan yang diperoleh dari mata kuliah yang menjelaskan tentang kelompok rentan pada perempuan dan anak dengan kebutuhan khusus pada permasalahan psikologis seperti: jenis kelainan mental, skrining gangguan psikologis, kehamilan tidak diinginkan (*unwanted pregnancy*), tata laksana psikologis kehamilan akibat pemerkosaan, lost and grief, faktor resiko trauma persalinan sebelumnya, kegagalan kontrasepsi, korban kekerasan fisik, tata laksana pada bayi baru lahir bermasalah, mengenali autisme, mengalami trauma persalinan, konseling ibu nifas dengan gangguan psikologis dan kekerasan dalam rumah tangga (KDRT).

Tujuan

1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Menjelaskan asuhan kebidanan pada kelompok rentan khusus pada permasalahan psikologis.

2. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan jenis kelainan mental dan skrining gangguan psikologis.

- b. Mahasiswa mampu menjelaskan tata laksana psikologis perempuan akibat pemerkosaan, tata laksana awal bayi baru lahir bermasalah.
- c. Mahasiswa mampu menjelaskan kehamilan tidak diinginkan.
- d. Mahasiswa mampu menjelaskan dukungan psikososial pada ibu yang kehilangan bayi.
- e. Mahasiswa mampu menjelaskan konseling ibu nifas dengan gangguan psikologis dan kekerasan dalam rumah tangga (KDRT).

Uraian Materi

A. Jenis-jenis Kelainan Mental/Jiwa pada Perempuan

Menurut Townsend (2005), gangguan jiwa merupakan respon maladaptif terhadap stressor dari dalam atau luar lingkungan, yang berhubungan dengan perasaan dan perilaku yang tidak sejalan dengan budaya/kebiasaan/norma setempat dan mempengaruhi interaksi sosial individu. Psikosis pascapersalinan merupakan keadaan darurat psikiatris yang dapat mempengaruhi kesehatan dan kehidupan ibu, bayi, dan keluarga.

Depresi Postpartum adalah gangguan mood yang dapat mempengaruhi wanita setelah melahirkan. Ibu dengan depresi Postpartum mengalami perasaan kesedihan ekstrim, kecemasan, dan kelelahan yang mungkin membuat sulit bagi mereka untuk menyelesaikan kegiatan perawatan sehari-hari untuk diri mereka sendiri atau untuk orang lain (National Institute Of Mental Health, 2019). Menurut Walsh (2008) bahwa gangguan psikologis postpartum dibagi menjadi tiga kategori,

yaitu pascapartum blues atau kesedihan pascapartum, depresi pascapartum nonpsikosis dan psikosis postpartum. Depresi postpartum bisa menimbulkan serangkaian gejala. Mulai dari merasakan rasa sedih, bersalah, dan bentuk umum depresi lainnya dalam jangka waktu yang lama setelah melahirkan. Kelahiran bayi dapat memberikan dorongan perasaan dan emosi yang kuat, mulai dari kesenangan, kebahagiaan, hingga ketakutan. Lonjakan berbagai macam emosi ini yang berperan dalam terjadinya depresi postpartum. Sebagian besar ibu baru mengalami baby blues pasca persalinan setelah melahirkan. Kondisi tersebut biasanya meliputi perubahan suasana hati, tangisan, kecemasan, dan kesulitan tidur.

Hormon estrogen maupun progesteron mempunyai efek supresi aktifitas enzim monoamine oxidase yaitu suatu enzim yang bekerja menginaktivasi baik nor adrenalin maupun serotonin yang berperan dalam suasana hati dan kejadian depresi. Estradiol dan estriol merupakan bentuk aktif dari estrogen yang dibentuk oleh plasenta. Estradiol berfungsi menguatkan fungsi neurotransmitter melalui peningkatan sintesis dan mengurangi pemecahan serotonin sehingga secara teoritis penurunan kadar estradiol akibat persalinan berperan dalam menyebabkan depresi pasca persalinan. Faktor penyebab biologis sulit dan jarang diukur dalam kaitannya dengan maternal depressive symptoms (Thompson & Fox, 2020). Semakin besar penurunan kadar estrogen dan progesteron setelah persalinan makin besar kecenderungan seorang

wanita mengalami depresi dalam waktu 10 hari pertama setelah melahirkan.

Beberapa faktor yang dapat memengaruhi symptoms depressive pada ibu diantaranya interpersonal (pengalaman hidup yang buruk dan gangguan syaraf), sosial (status ekonomi, ketidakpuasan perkawinan, dan kurangnya dukungan sosial) dan masalah pada kehamilan sebelumnya (Bussel et al., 2009).

Depresi pascapersalinan (PPD) adalah episode depresi berat perinatal yang berdampak negatif terhadap orang tua perempuan baru dan keluarga mereka. Meskipun gejala PPD mempengaruhi sekitar 13,2% orang tua perempuan baru di seluruh US3 dan merupakan salah satu komplikasi medis yang paling umum selama dan setelahnya. kehamilan, kurang terdiagnosis dan kurang diobati dan dapat bertahan selama bertahun-tahun. Komplikasi PPD yang tidak diobati termasuk bunuh diri pada ibu, efek negatif yang bertahan lama pada bayi dan perkembangan anak, dan depresi pada pasangan.

B. Skrining Gangguan Psikologis

Skrining merupakan pemeriksaan yang dilakukan oleh sekelompok orang untuk memisahkan orang yang sehat dari orang yang mempunyai keadaan patologis yang tidak terdiagnosis atau mempunyai resiko tinggi. Skrining merupakan proses yang dimaksudkan untuk mengidentifikasi penyakit-penyakit yang tidak terdeteksi dengan menggunakan berbagai test/uji yang dapat diterapkan secara tepat dalam sebuah skala yang

besar. Skrining salah satu tindakan pencegahan ditujukan untuk meminimalisasi dampak lebih buruk dari sebuah kondisi gangguan mental. Beberapa orang yang mengalami stres, tekanan batin sangat disarankan melaksanakan lebih dini skrining.

Masa nifas atau post partum disebut juga puerperium yang berasal dari bahasa latin yaitu dari kata "Puer" yang artinya bayi dan "Parous" berarti melahirkan. Depresi Postpartum adalah gangguan psikologi masa nifas yang lebih berbahaya dibandingkan dengan baby blues. Depresi postpartum dapat menyebabkan dampak yang serius terhadap perkembangan bayi dan berdampak ke kehidupan sosial ibu. Maka sangat disarankan untuk deteksi sedini mungkin

Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) yaitu salah satu metode mendeteksi depresi pasca salin. EPDS mempunyai sepuluh (10) pertanyaan terkait bagaimana perasaan pasien dalam seminggu terakhir. Kuesioner EPDS dapat digunakan selama enam (6) minggu pasca persalinan. Kuesioner EPDS sangat sederhana dan dapat dengan mudah diterapkan oleh tenaga kesehatan, membutuhkan sekitar 10 menit untuk menjawab kuesioner dan dapat mendeteksi dini adanya depresi pasca salin dan tidak memerlukan biaya.

Skor >10 sepertinya menderita depresi dengan tingkat keparahan yang bervariasi. Khusus untuk nomor 10, jawaban benar ya, cukup sering merupakan suatu tanda dimana dibutuhkan keterlibatan segera dari psikiatri, dibuktikan dengan

penghindaran dari keluarga/teman, tidak mampu merawat bayi dan tidak mampu merawat diri.

Skor antara 5 dan 9 tanpa adanya pikiran bunuh diri sebaiknya dilakukan evaluasi ulang setelah 2 minggu untuk menentukan apakah mengalami kebaikan atau semakin buruk. Penatalaksanaan Depresi pasca persalinan harus mendapatkan terapi yang tepat dan tidak terlambat berupa psikoterapi/konseling dan farmakoterapi.

Berikut tabel EPDS dan cara pengisian dan penilaian

Cara penilaian EPDS

1. Pertanyaan 1, 2, dan 4

Mendapatkan nilai 0, 1, 2, atau 3 dengan kotak paling atas mendapatkan nilai 0 dan kotak paling bawah mendapatkan nilai 3

2. Pertanyaan 3,5 sampai dengan 10

Merupakan penilaian terbalik, dengan kotak paling atas mendapatkan nilai 3 dan kotak paling bawah mendapatkan nilai 0

3. Pertanyaan 10 merupakan pertanyaan yang menunjukkan keinginan bunuh diri.

4. Nilai maksimal : 30

5. Kemungkinan depresi: nilai 10 atau lebih

Cara pengisian EPDS

1. Para ibu diharap untuk memberikan jawaban tentang perasaan yang terdekat dengan pertanyaan yang tersedia dalam 7 hari terakhir.

2. Semua pertanyaan kuisioner harus dijawab

3. Jawaban kuisioner harus berasal dari ibu sendiri. Hindari kemungkinan ibu mendiskusikan pertanyaan dengan orang lain.

4. Ibu harus menyelesaikan kuisioner ini sendiri, kecuali ia mengalami kesulitan dalam memahami bahasa atau tidak bisa membaca.

The Edinburgh Postnatal Depression Scale

Today's Date: ___/___/_____

Weeks pregnant:

or week postnatal:

Surname:

Given Name:

Total Score:

INSTRUCTIONS:

- | | |
|---|---|
| <p>1. I have been able to laugh and see the funny side of things:</p> <p><input type="radio"/> As much as I always could</p> <p><input type="radio"/> Not quite as much now</p> <p><input type="radio"/> Definitely not so much now</p> <p><input type="radio"/> Not at all</p> | <p>6. Things have been getting on top of me:</p> <p><input type="radio"/> Yes, most of the time I haven't been able to cope at all</p> <p><input type="radio"/> Yes, sometimes I haven't been coping as well as usual</p> <p><input type="radio"/> No, most of the time I have coped quite well</p> <p><input type="radio"/> No, I have been coping as well as ever</p> |
| <p>2. I have looked forward with enjoyment to things:</p> <p><input type="radio"/> As much as I ever did</p> <p><input type="radio"/> Rather less than I used to</p> <p><input type="radio"/> Definitely less than I used to</p> <p><input type="radio"/> Hardly at all</p> | <p>7. I have been so unhappy that I have had difficulty sleeping:</p> <p><input type="radio"/> Yes, most of the time</p> <p><input type="radio"/> Yes, sometimes</p> <p><input type="radio"/> Not very often</p> <p><input type="radio"/> No, not at all</p> |
| <p>3. I have blamed myself unnecessarily when things went wrong:</p> <p><input type="radio"/> Yes, most of the time</p> <p><input type="radio"/> Yes, some of the time</p> <p><input type="radio"/> Not very often</p> <p><input type="radio"/> No, never</p> | <p>8. I have felt sad or miserable:</p> <p><input type="radio"/> Yes, most of the time</p> <p><input type="radio"/> Yes, quite often</p> <p><input type="radio"/> Not very often</p> <p><input type="radio"/> No, not at all</p> |
| <p>4. I have been anxious or worried for no good reason:</p> <p><input type="radio"/> No, not at all</p> <p><input type="radio"/> Hardly ever (Yes, sometimes)</p> <p><input type="radio"/> Yes, very often</p> | <p>9. I have been so unhappy that I have been crying:</p> <p><input type="radio"/> Yes, most of the time</p> <p><input type="radio"/> Yes, quite often</p> <p><input type="radio"/> Only occasionally</p> <p><input type="radio"/> No, never</p> |
| <p>5. I have felt scared or panicky for no very good reason:</p> <p><input type="radio"/> Yes, quite a lot</p> <p><input type="radio"/> Yes, sometimes</p> <p><input type="radio"/> No, not much</p> <p><input type="radio"/> No, not at all</p> | <p>10. The thought of harming myself has occurred to me:</p> <p><input type="radio"/> Yes, quite often</p> <p><input type="radio"/> Sometimes</p> <p><input type="radio"/> Hardly ever</p> <p><input type="radio"/> Never</p> |

Comments:

NB: If you have had **ANY** thoughts of harming yourself, please tell your GP or your midwife today.



***Murray and Cox 1980 Cox, Holden & Sagovsky 1987**

This document may be freely downloaded and distributed on condition no change is made to the content. The information in this document is not intended as substitute for professional medical advice, diagnosis or treatment. Not to be used for commercial purposes and not to be hosted electronically outside of the Black Dog Institute website. www.blackdoginstitute.org.au

Gambar 3.1 Screening Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

DALAM 7 HARI TERAKHIR:	
<p>1. Saya bisa tertawa dan merasakan hal-hal yang</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesering yang saya bisa - Kadang-kadang - Jarang - Tidak sama sekali 	<p>6. Saya merasa kehabisan dalam mengerjakan segala sesuatu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ya, hampir setiap saat saya tidak mampu mengerjakannya - Ya, kadang-kadang saya tidak mampu mengerjakan seperti biasanya - Tidak sebagian besar berhasil saya tangani - Tidak pernah saya mampu mengerjakan segala sesuatu dengan baik
<p>2. Saya mampu menikmati setiap hal yang telah saya lakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Selalu - Kadang-kadang - Jarang dibandingkan dengan sebelumnya - Tidak pernah sama sekali 	<p>7. Saya merasa sangat tidak bahagia sehingga mengalami kesulitan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Besar - Ya, setiap saat - Ya, kadang-kadang - Tidak selalu sering - Tidak pernah sama sekali
<p>3. Saya menyalakan diri saya sendiri saat sesuatu terjadi tidak sebagaimana mestinya</p> <p>Ya, setiap saat</p> <p>Ya, kadang-kadang</p> <p>Tidak terlalu sering</p> <p>Tidak pernah sama sekali</p>	<p>8. Saya merasa sedih dan merasa diri saya sengsara</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ya, setiap saat - Ya, cukup sering - Tidak terlalu sering - Tidak pernah sama sekali
<p>4. Saya merasa cemas atau merasa kuatir tanpa alasan yang jelas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak pernah sama sekali - Jarang - Ya, kadang-kadang - Ya, sering sekali 	<p>9. Saya merasa tidak bahagia sehingga menyebabkan saya</p> <p>meninggal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ya, setiap saat - Ya, cukup sering - Dasaat tertentu saja - Tidak pernah sama sekali
<p>5. Saya merasa takut atau panik tanpa alasan yang jelas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ya, cukup sering - Ya, kadang-kadang - Tidak - sering - Tidak pernah sama sekali 	<p>10. Muncul pikiran untuk menyakiti diri saya sendi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ya, cukup sering - Kadang-kadang - Jarang sekali - Tidak pernah sama sekali

Gambar 3.2 Terjemahan skринing EPDS

Range of EPDS Scores

Scores

0-9: Scores in this range may indicate the presence of some symptoms of distress that may be short-lived and are less likely to interfere with day to day ability to function at home or at work. However if these symptoms have persisted more than a week or two further enquiry is warranted.

10-12: Scores within this range indicate presence of symptoms of distress that may be discomforting. Repeat the EPDS in 2 weeks time and continue monitoring progress regularly. If the scores increase to above 12 assess further and consider referral as needed.

13+: Scores above 12 require further assessment and appropriate management as the likelihood of depression is high. Referral to a psychiatrist/psychologist may be necessary.

Item 10: Any woman who scores 1, 2 or 3 on Item 10 requires further evaluation before leaving the office to ensure her own safety and that of her baby.

C. Kehamilan yang Tidak Diinginkan (*Unwanted Pregnancy*)

Kehamilan yang tidak diinginkan/*Unwanted Pregnancy* merupakan terminologi umum yang merujuk pada kehamilan yang tidak diinginkan/tidak diharapkan oleh seorang wanita.

Kehamilan Remaja

Kehamilan remaja merupakan salah satu contoh kehamilan yang tidak diinginkan. Kehamilan remaja merupakan masalah sosial yang mempengaruhi banyak orang di seluruh dunia. Hal ini mempunyai dampak besar terhadap kesehatan ibu dan anak, terutama di negara-negara terbelakang dimana pelayanan kesehatan belum begitu maju.

1. Penyebab Kehamilan Remaja

Insiden kehamilan remaja terbukti sebagian besar disebabkan oleh:

- a. Kurangnya pendidikan
- b. Kurangnya akses informasi kontrasepsi dan kesehatan
- c. Otonomi dalam mengambil keputusan

Kehamilan remaja sangat dipengaruhi oleh pernikahan dini, pemerkosaan, atau pelecehan seksual terhadap perempuan yang sudah menikah atau belum menikah. Kelahiran yang tidak diinginkan dan penyebaran Infeksi Menular Seksual (IMS) keduanya disebabkan oleh penolakan atau penolakan pasangan untuk menggunakan kontrasepsi apapun.

2. Dampak Kehamilan Remaja

Bagi seorang ibu muda dan anaknya, kehidupan mungkin penuh tantangan. Ibu remaja lebih cenderung meninggalkan sekolah untuk mengasuh anak dibandingkan perempuan lainnya. Karena pendidikannya yang rendah, seorang ibu remaja mungkin kurang memiliki keterampilan yang diperlukan untuk bekerja, sehingga menyulitkannya untuk menemukan dan mempertahankan karier serta membangun sumber pendapatannya. Ibu muda yang memiliki anak mungkin menjadi bergantung secara finansial pada keluarga atau dukungan pemerintah. Faktor-faktor tersebut membuat ibu remaja cenderung menjadi miskin. Karena tekanan finansial, stigma sosial, atau kurangnya dukungan dari keluarga dan komunitas, mengalami masalah kesehatan mental, termasuk stres, kesedihan, dan pikiran untuk bunuh diri. Mereka menghadapi kesepian, rasa bersalah yang menyebabkan stres dan keputusasaan, rendahnya harga diri yang menyebabkan mereka kehilangan minat dalam studi, sedikitnya peluang karir, dan kurangnya sistem pendukung.

3. Konsekuensi Medis dari Kehamilan Remaja

Remaja yang hamil cenderung tidak mendapatkan perawatan pranatal karena mereka mungkin tidak menyadari kehamilannya atau mungkin tidak cukup mengetahui kehamilannya sehingga dapat mencarinya sebelum trimester ketiga. Ibu remaja mengalami lebih banyak kelahiran prematur dan BBLR

secara global sebagai akibat dari perawatan prenatal yang tidak memadai. Anak perempuan di bawah usia 14 tahun lebih berisiko mengalami masalah medis karena panggul yang belum berkembang dapat membuat proses melahirkan menjadi lebih sulit. Wanita muda yang berusia di bawah 20 tahun lebih mungkin mengalami persalinan terhambat, yang jika tidak dilakukan operasi caesar, dapat mengakibatkan fistula obstetri, yaitu pecahnya jalan lahir yang menyebabkan keluarnya urin atau kotoran. Di negara-negara terbelakang, penyebab utama kematian anak perempuan berusia antara 15 sampai 19 tahun adalah komplikasi terkait kehamilan dan persalinan.

Pola makan yang tidak memadai yang biasa terjadi pada masa remaja, seperti upaya menurunkan berat badan melalui pola makan dan melewatkan waktu makan, ngemil, serta asupan makanan cepat saji, membuat banyak remaja hamil rentan terhadap kekurangan gizi.

4. Komplikasi Akibat Kehamilan Tidak Diinginkan

a. Anemia

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), anemia adalah berkurangnya kapasitas pembawa oksigen hemoglobin atau sel darah merah. Kadar hemoglobin (HB) di bawah <7 g/dL dianggap anemia berat selama kehamilan, anemia sedang didefinisikan sebagai $7-9,99$ g/dL, dan anemia ringan didefinisikan sebagai kadar di bawah 11 g/dL. Karena kebutuhan zat besi

yang lebih tinggi selama tahap pertumbuhan cepat tertentu dimana terjadi perubahan biologis yang signifikan, remaja hamil lebih mungkin mengalami anemia. Hal ini dapat mengakibatkan kekurangan zat besi, yang dapat membahayakan janin dan remaja secara fisik dan kognitif.

b. Prematur

Kelahiran prematur pada bayi baru lahir juga memiliki morbiditas dan mortalitas yang mengancam jiwa, termasuk pembatasan pertumbuhan intrauterin (IUGR), enterokolitis nekrotikans, penyakit membran hialin, proteinosis alveolar pada bayi baru lahir, sindrom gangguan pernapasan, displasia bronkopulmoner, dan retinopati prematuritas. Asupan asam folat yang tidak tepat dapat menyebabkan bayi lahir dengan cacat tabung saraf atau sindrom komorbiditas dan cacat bawaan lainnya.

c. Preeklamsia

suatu kelainan kehamilan yang bisa diketahui dengan pemeriksaan tensi meter akan ditandai dengan meningkatnya tekanan darah tinggi yang dapat mempengaruhi beberapa organ dan berdampak buruk pada janin dan ibu, lebih banyak terjadi pada ibu muda, terutama pada primigravida. Karena rahim yang kurang berkembang dan siklus menstruasi yang tidak teratur dapat mempengaruhi desidualisasi, plasentasi dalam, dan remodeling arteri spiralis,

preeklamsia dapat dikaitkan dengan kondisi ini.

Satu-satunya terapi yang efektif untuk preeklamsia adalah dengan melahirkan janin. Prematuritas janin bisa menjadi masalah besar jika preeklamsia berkembang sebelum usia kehamilan 37 minggu. Untuk menghindari efek samping utama dari penyakit ini, wanita dengan preeklamsia harus menjalani pemeriksaan dan pemantauan tanda dan gejala dengan cermat.

d. Ketuban pecah dini

Menurut definisinya, ketuban pecah dini (KPD) adalah ketika selaput ketuban pecah sebelum usia kehamilan 37 minggu. Beberapa dari banyak elemen yang mungkin berkontribusi terhadap patofisiologi termasuk ras dan posisi sosial, merokok, perilaku seksual, malnutrisi, pendarahan vagina, dan infeksi saluran genital. Anak perempuan di masa remaja lebih rentan terhadap infeksi yang mengakibatkan pecahnya ketuban dengan meningkatkan penanda inflamasi seperti interleukin dan prostaglandin.

Berdasarkan temuan sebuah penelitian, remaja perempuan memiliki tingkat ketuban pecah dini yang jauh lebih tinggi. Selain itu, perlu ditekankan bahwa remaja perempuan memiliki tingkat ketuban pecah dini yang

lebih tinggi selama kelahiran cukup bulan. Diagnosis pecah ketuban dapat didiagnosis dengan pemeriksaan spekulum langsung, deteksi kebocoran cairan ketuban, tes nitrazin, kristalografi, & USG. Ketuban pecah dini dapat ditangani secara efektif dengan dukungan penggunaan antibiotik oleh ibu, dosis kortikosteroid yang sesuai dengan usia kehamilan, magnesium sulfat untuk perlindungan saraf janin, obat tokolitik, serta waktu dan cara persalinan terbaik.

e. Aktivitas seksual remaja dan penularan penyakit

Hepatitis B, trikomoniasis, sifilis, gonore, klamidia, HIV, virus herpes simpleks, dan infeksi human papillomavirus (HPV) merupakan IMS yang sering menular melalui kontak seksual remaja. Penularan IMS ini secara vertikal dapat menyebabkan cedera pada janin. Karena kurangnya pendidikan seks sejak dini, remaja menjadi lebih rentan terhadap IMS. Elemen tambahan yang berkontribusi terhadap penyebaran penyakit termasuk penggunaan narkoba, gender, kesenjangan sosial ekonomi, dan kepercayaan salah di kalangan remaja.

f. Komplikasi neonatal pada kehamilan remaja

Masalah kehamilan di usia muda yang sering terjadi adalah kelahiran prematur. Prematuritas merupakan faktor yang berkontribusi terhadap kelainan perkembangan fisik, mental, perilaku,

pendengaran, visual, dan sosial-emosional serta darurat pernapasan, penyakit imunologi, dan penyakit sistem saraf pusat pada anak-anak. Kelahiran prematur adalah kelahiran anak sebelum usia kehamilan 37 minggu, menurut WHO. Efek samping lain yang sering terjadi pada kehamilan remaja adalah berat badan ahir rendah (BBLR). BBLR didefinisikan sebagai berat lahir 2.500 g atau kurang pada saat melahirkan oleh WHO. Suplemen makanan yang tepat, serta pemeriksaan rutin dan tepat waktu, harus dipertimbangkan untuk mencegah BBLR. Selama kehamilan remaja, angka kematian neonatal lebih tinggi. Kematian bayi yang terjadi dalam 28 hari pertama kehidupannya disebut sebagai "kematian neonatal". Ibu dan bayi harus mendapatkan perawatan dan nutrisi ekstra guna menurunkan angka kematian neonatal.

g. Pencegahan dan perawatan kehamilan remaja

Kehamilan yang tidak diinginkan pada usia muda, khususnya, menyebabkan tekanan emosional dan mental yang besar pada wanita. Oleh karena itu, program yang efektif untuk menunda upaya aktivitas seksual adalah garis pertahanan pertama dan utama. Berbicara secara terbuka, jujur, dan informatif dengan praremaja dan remaja diperlukan antara orang tua, sekolah, pekerja sosial, dan ahli medis. Remaja mungkin juga menerima bimbingan dari mereka tentang

cara menghindari kehamilan yang tidak diinginkan. Meskipun beberapa terapi hanya berfokus pada pendidikan dan terapi lainnya bertujuan untuk mendorong remaja agar tidak melakukan aktivitas seksual, terapi lainnya menekankan pada pelatihan kemampuan sosial dan kognitif remaja yang dianggap dapat menurunkan risiko kehamilan dini. Pemerintah perlu mempertimbangkan untuk mewajibkan pendidikan seks dan hubungan di sekolah dasar dan menengah. Klinik yang memiliki hubungan dengan perguruan tinggi setempat dapat menurunkan angka kehamilan. Beberapa upaya preventif yang krusial antara lain mencegah pernikahan pra-dewasa, meningkatkan pemahaman dan bantuan untuk membatasi konsepsi sebelum usia 20 tahun, mendorong remaja untuk lebih sering menggunakan alat kontrasepsi, meminimalkan aktivitas seksual paksa pada remaja, dan mengurangi aborsi tidak aman yang berbahaya (Chakole S, 2022).

D. Tatalaksana Psikologis Akibat Pemerkosaan dan Riwayat Kehilangan Kesedihan

Perkosaan adalah suatu tindakan kekerasan yang merupakan suatu tindak kejahatan yang dinilai sangat merugikan dan mengganggu ketentraman dan ketertiban hidup, terutama bagi korbannya. Dampak dari perkosaan sangat banyak termasuk akan mengalami stress. Stres bisa terjadi secara langsung dan tidak langsung. Stres secara langsung yaitu kesakitan pada fisik, cemas, takut, minder, marah

dan sangat tidak berdaya. Sedangkan stres tidak langsung bisa mengalami gejala trauma, tidak percaya diri, menutup diri dari pergaulan, jantung berdebar berkeringat berlebihan.

Jika setelah peristiwa korban tidak ada dukungan langsung maka akan berdampak Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), yaitu dimana gangguan secara emosi yang berupa mimpi buruk, sulit tidur, kehilangan nafsu makan, depresi, ketakutan dan stress akibat peristiwa yang dialami korban dan telah terjadi selama lebih dari 30 hari.

Dukungan yang dapat diberikan oleh pihak terdekat adalah memercayai apa yang disampaikan korban, saling bersikap tenang serta meyakinkan si korban, menunjukkan sikap empati, memberikan dukungan dan melaporkan kepihak berwajib (Hayati, 2000).

E. Faktor Resiko Trauma Persalinan Sebelumnya

Trauma kelahiran adalah kelahiran pada bayi baru lahir yang terjadi karena trauma kelainan akibat tindakan, cara persalinan/gangguan yang diakibatkan oleh kelainan fisiologi persalinan. Trauma persalinan adalah kelainan bayi baru lahir yang terjadi karena trauma lahir akibat tindakan, cara persalinan atau gangguan persalinan yang diakibatkan kelainan fisiologis persalinan. Trauma lahir adalah trauma pada bayi yang diterima dalam atau karena proses kelahiran. Istilah trauma lahir digunakan untuk menunjukkan trauma mekanik dan anoksik, baik yang dapat dihindarkan maupun yang

tidak dapat dihindarkan, yang didapat bayi pada masa persalinan dan kelahiran.

Trauma dapat terjadi sebagai akibat ketrampilan atau perhatian medik yang tidak pantas atau yang tidak memadai sama sekali, atau dapat terjadi meskipun telah mendapat perawatan kebidanan yang terampil dan kompeten dan sama sekali tidak ada kaitannya dengan tindakan atau sikap orang tua yang acuh tak acuh. Pembatasan trauma lahir tidak meliputi trauma akibat amniosentesis, tranfusi intrauteri, pengambilan contoh darah vena kulit kepala atau resusitasi.

Menurut A.H.Markum dkk (1991 : 266) beberapa faktor penyebab terjadinya trauma persalinan yaitu sebagai berikut: makrosemia, malpresentasi, presentasi ganda, akibat persalinan yang lama, persalinan cepat (presipitatus), distosia dan bayi lahir kurang bulan.

Macam-macam trauma persalinan yaitu, kerusakan akibat susunan saraf seperti kerusakan medula spinalis, patah tulang/fraktur klavikula, femur maupun humerus, kerusakan jaringan lunak seperti kaput succedaneum maupun chefalohematoma.

Tata Laksana

1. Bayi yang mengalami caputsuccedaneum diberikan ASI langsung dari ibu tanpa makanan tambahan apapun, maka dari itu perlu diperhatikan penatalaksanaan pemberian ASI yang adekuat dan teratur.

2. Memperluas daerah edema kepala dimana bayi tidak boleh diangkat terlalu sering.
3. Mengatur posisi tidur bayi tanpa menggunakan bantal.
4. Mencegah terjadinya infeksi dengan:
 - a. Perawatan tali pusat
 - b. Personal hygiene baik
5. Berikan penyuluhan pada orang tua tentang Perawatan bayi sehari-hari, bayi dirawat seperti perawatan bayi normal hebat atau perdarahan yang banyak.

F. Kegagalan Kontrasepsi/KB

Kontrasepsi merupakan upaya untuk mencegah terjadinya kehamilan, bisa sementara maupun permanen. Permasalahan yang terjadi adalah belum sepenuhnya Pasangan Usia Subur (PUS) yang ikut serta dalam program Keluarga Berencana (KB). Salah satu indikator mengukur kualitas pemakaian alat KB yaitu berhenti pakai atau gagal ber KB. Terjadinya peningkatan jumlah penduduk merupakan dampak pada kesejahteraan, kualitas, pembangunan dan kesehatan masyarakat sehingga menurunkan kualitas penduduk pada negara.

Kehamilan yang tidak diinginkan merupakan masalah kesehatan masyarakat global. Pentingnya mengukur kualitas pemakaian KB. Meskipun pilihan kontrasepsi wanita beragam, pilihan kontrasepsi pria terbatas pada kondom dan vasektomi. Kondom memiliki tingkat kegagalan yang tinggi dan vasektomi bedah tidak dapat dibalikkan. Terdapat kebutuhan dan keinginan global terhadap metode kontrasepsi pria yang baru.

Berbagai penelitian telah mengkonfirmasi keinginan pria dan wanita terhadap alat kontrasepsi pria yang baru. Hambatan terhadap pengembangan ini mencakup tidak adanya investasi dari perusahaan farmasi, kekhawatiran mengenai efek samping dan peningkatan spermatogenik dengan metode hormonal, serta kurangnya kejelasan pembalikan dan efektivitas metode non-hormonal yang terbukti. Ketersediaan alat kontrasepsi pria dapat mempunyai dampak penting terhadap penurunan kontrasepsi global yang tidak diinginkan.

Pil Kontrasepsi Oral

Saat ini, ada tiga jenis pil kontrasepsi oral: pil kombinasi estrogen-progesteron, pil progesteron saja, dan pil penggunaan terus menerus atau jangka panjang. Pil KB adalah bentuk kontrasepsi yang paling sering diresepkan di AS. Sekitar 25% wanita berusia 15 hingga 44 tahun yang saat ini menggunakan kontrasepsi dilaporkan menggunakan pil sebagai metode pilihan mereka. Pil yang paling sering diresepkan adalah pil hormonal kombinasi dengan estrogen dan progesteron.

Progesteron adalah hormon yang mencegah kehamilan, dan komponen estrogen mengontrol perdarahan menstruasi. Pil KB terutama digunakan untuk mencegah kehamilan. Efektivitas bentuk pengendalian kelahiran ini disebut sebagai penggunaan yang khas dan sempurna. Kegiatan ini meninjau indikasi dan kontraindikasi, farmakologi, dan berbagai formulasi kontrasepsi oral dan menyoroti peran tim interprofesional dalam mendidik pasien tentang pengendalian kelahiran.

G. Tatalaksana dengan Korban Kekerasan Fisik dan Seksual Bayi, Balita, Pra Sekolah dan Remaja

Kekerasan terhadap anak adalah suatu tindakan penganiayaan atau perilaku salah pada anak dalam bentuk menyakiti secara fisik, emosional, atau seksual, melalaikan pengasuhan, dan eksploitasi untuk kepentingan komersial yang secara nyata ataupun tidak dapat membahayakan kesehatan, kelangsungan hidup, martabat atau perkembangannya. Tindakan kekerasan diperoleh dari orang yang bertanggung jawab, dipercaya atau berkuasa dalam perlindungan anak tersebut. Fakta yang diungkapkan oleh *World Health Organization* (WHO) menyebutkan bahwa pada 2016 satu per empat dari seluruh anak di dunia dilaporkan pernah mengalami kekerasan fisik. Kemudian, satu dari lima anak perempuan dan satu dari tiga anak laki-laki dilaporkan pernah mengalami kekerasan seksual. Di Indonesia, jumlah kekerasan terhadap anak tinggi, terutama karena adanya anggapan masyarakat bahwa kekerasan merupakan salah satu cara untuk mendidik anak, misalnya dengan “pukulan sayang” atau “hukuman yang masuk akal”, sehingga tindakan kekerasan seperti dibenarkan (Dhamayanti M, 2019).

Kekerasan Seksual adalah setiap perbuatan merendahkan, menghina, melecehkan, dan/atau menyerang tubuh, dan/atau fungsi reproduksi seseorang, karena ketimpangan relasi kuasa dan gender, yang berakibat atau dapat berakibat pendidikan psikis dan fisik termasuk yang mengganggu kesehatan reproduksi seseorang dan hilang kesempatan melaksanakan pendidikan dengan aman dan optimal.

Kekerasan fisik adalah berdasarkan rumusan pasal 6 ini, kekerasan fisik merupakan suatu perbuatan yang mengakibatkan rasa sakit, jatuh sakit, atau luka berat.

Mengenal Lingkungan Bermain Anak dan Teman-Temannya

Mengenal lingkungan bermain anak dan teman-teman anak—termasuk orang tua dari teman-teman anak—sangat penting untuk membentuk lingkungan bermain yang aman, positif, dan terhindar dari risiko pelecehan seksual.



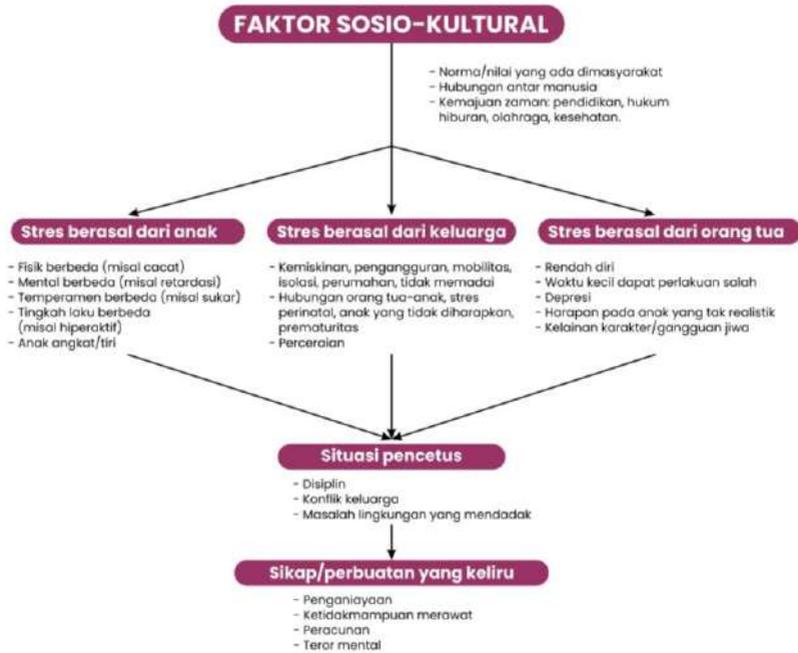
Menjaga keterbukaan dengan anak

Menjaga keterbukaan dengan anak juga sangat penting agar anak bercerita kepada Anda apa yang terjadi dalam kesehariannya, termasuk jika anak mengalami perlakuan-perlakuan yang tidak sesuai, seperti pelecehan seksual.

Jika sampai terjadi pelecehan seksual pada anak, maka Anda perlu segera bertindak untuk melaporkan ke pihak berwajib.



Gambar 3.3 Foto Tata Cara Tepat Lindungi Anak



Gambar 3.4 Faktor-faktor Risiko Penyebab Perlakuan Salah pada Anak

Tatalaksana Perlakuan Salah Fisik

1. Tata laksana medis, penanganan masalah medis korban diutamakan terhadap keadaan yang mengancam jiwa, apabila perlu dilakukan konsultasi pada ahli pencitraan anak, bedah tulang, dan bedah plastik.
2. Tata laksana psikososial, dilakukan penanganan menyeluruh terhadap korban dan keluarganya, serta pelakunya. Tergantung dari berat ringannya masalah anak yang mengalami perlakuan salah fisis oleh orang tuanya. Untuk sementara anak dapat diasuh oleh lembaga perlindungan anak dan orang tua

sebagai pelaku harus mendapat terapi psikologis. Masalah sosial dan masyarakat dapat dikurangi dengan bantuan lembaga terkait.

Kekerasan terhadap anak-anak dan remaja merupakan masalah kesehatan masyarakat global yang diakui sebagai masalah pelanggaran hak asasi manusia dan pembangunan (Chiang, Kress, & Sumner, 2016; Rumble, Ramly, Nuryana, & Dunne, 2017). Selain trauma langsung dan kerugian fisik yang dialami oleh anak-anak dan remaja, sejumlah penelitian telah menemukan hubungan antara tingkat, jenis, dan tingkat keparahan kekerasan dengan dampak negatif terhadap kesehatan dan kesejahteraan dalam jangka pendek dan jangka panjang (Norman et al., 2012; UNICEF, 2014). Bukti menunjukkan bahwa paparan terhadap kekerasan di masa kanak-kanak dan remaja dikaitkan dengan dampak negatif jangka panjang terhadap kesehatan fisik dan mental, seperti hasil pembelajaran yang buruk, perilaku mengambil risiko, peningkatan risiko hasil kesehatan reproduksi yang buruk, tingginya angka penyakit menular seksual (termasuk penyakit menular seksual).

Beberapa faktor risiko yang diketahui terkait dengan kekerasan adalah: usia dan jenis kelamin; status sosial ekonomi rumah tangga; kemiskinan dan pengangguran; lingkungan perkotaan atau pedesaan; tingkat pendidikan pengasuh; penyalahgunaan zat terhadap pengasuh; struktur dan disfungsi keluarga; norma-norma gender yang berbahaya dan ketidaksetaraan gender; dan norma-norma sosial yang membenarkan kekerasan

terhadap anak-anak dan kekerasan terhadap perempuan (Akmatov, 2011; Guedes dkk., 2016; UNICEF, 2014).

Masa remaja, yang didefinisikan sebagai usia antara 10 dan 19 tahun oleh Organisasi Kesehatan Dunia, adalah periode perkembangan sosial dan biologis yang intens di mana perilaku dan sikap kesehatan dibentuk (Dick & Ferguson, 2015; Lane, Brundage, & Kreinin, 2017). Selama periode ini, pola mortalitas dan morbiditas berdasarkan jenis kelamin mulai melebar, dan kerentanan terhadap kekerasan meningkat. Meskipun remaja laki-laki dan perempuan sama-sama berisiko mengalami kekerasan, gender mereka sering kali membuat mereka rentan terhadap bentuk-bentuk kekerasan tertentu karena norma-norma budaya dan gender yang berbahaya, ketidaksetaraan gender, sikap, dan dinamika kekuasaan yang tidak setara sering kali mendasari keterpaparan mereka terhadap kekerasan (Dick & Ferguson, 2015; Guedes dkk., 2016; Stark dkk., 2019; UNICEF, 2014, 2017).

Bentuk-bentuk kekerasan berbasis gender yang telah ditandai oleh para ahli untuk penelitian tambahan mencakup kekerasan seksual terhadap anak perempuan, pelecehan seksual terhadap anak perempuan di lingkungan pendidikan, pernikahan dini, dan kehamilan remaja (Diop Sall, 2015). Pengawasan ini terutama terlihat mengingat penelitian formatif yang menunjukkan bahwa peran gender spesifik jenis kelamin di Senegal kemungkinan besar akan terwujud dalam bentuk kekerasan yang bersifat gender (Diop Sall, 2015).

Bentuk-bentuk kekerasan berbasis gender yang telah ditandai oleh para ahli untuk penelitian tambahan mencakup kekerasan seksual terhadap anak perempuan, pelecehan seksual terhadap anak perempuan di lingkungan pendidikan, pernikahan dini, dan kehamilan remaja (Diop Sall, 2015). Pengawasan ini terutama terlihat mengingat penelitian formatif yang menunjukkan bahwa peran gender spesifik jenis kelamin di Senegal kemungkinan besar akan terwujud dalam bentuk kekerasan yang bersifat gender (Diop Sall, 2015). Bentuk-bentuk kekerasan berbasis gender yang telah ditandai oleh para ahli untuk penelitian tambahan mencakup kekerasan seksual terhadap anak perempuan, pelecehan seksual terhadap anak perempuan di lingkungan pendidikan, pernikahan dini, dan kehamilan remaja (Diop Sall, 2015) (Anwar Y, 2020).

H. Tatalaksana Bayi Baru Lahir dengan Trauma

Bayi baru lahir dengan trauma salah satunya adalah Ensefalopati neonatal (NE) adalah sindrom gangguan fungsi neurologis yang didefinisikan secara klinis pada hari-hari awal kehidupan pada bayi yang lahir pada atau lebih dari usia kehamilan 35 minggu yang dimanifestasikan oleh tingkat kesadaran atau kejang di bawah normal, dan sering disertai dengan kesulitan dalam memulai dan menjaga pernapasan serta depresi tonus dan refleks. *American College of Obstetrics and Gynecology* (ACOG) memberikan definisi berbagai istilah yang terkait dengan NE seperti:

1. Epidemiologi

NE terjadi pada 1–6 per 1000 kelahiran hidup dan mempunyai risiko kematian dan kecacatan yang tinggi di seluruh dunia.⁶ Perkiraan global untuk kematian akibat asfiksia perinatal bervariasi antara 0,7–1,2 juta bayi baru lahir dari 4 juta total kematian neonatal. Perkiraan global untuk diagnosis NE terkait dengan kejadian intrapartum adalah 1,15 juta bayi baru lahir (kisaran ketidakpastian 0,89 hingga 1,6 juta) dengan hampir semuanya, sekitar 96%, terjadi di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah.

2. Patofisiologi HIE

Cedera pada sel-sel otak setelah kejadian hipoksia-iskemik mencakup gangguan awal yang diikuti oleh rangkaian kejadian yang mengarah pada apoptosis neuron. Sebagian besar neuron mati dalam beberapa jam hingga beberapa hari setelah kejadian hipoksia-iskemik. Dibandingkan dengan 'selama' penghinaan awal, karena cedera yang terjadi setelah hipoksia-iskemia ini berkembang seiring berjalannya waktu. Aliran darah otak janin menjaga homeostatis seluler dengan menyediakan suplai oksigen dan glukosa yang konstan ke janin.

3. Pola cedera otak dan peran neuroimaging

Pola cedera otak perinatal telah dijelaskan dengan baik pada bayi baru lahir, dan telah memberikan wawasan bagi dokter dalam menentukan waktu, distribusi, dan tingkat keparahan cedera. Area cedera otak pada bayi

baru lahir berkorelasi dengan perkembangan mielinisasi dan aktivitas metabolik di dalam otak pada saat cedera, oleh karena itu white matter lebih rentan terhadap cedera otak hipoksia.³¹ Nekrosis saraf selektif adalah jenis cedera yang paling umum dan komplikasinya.

Penatalaksanaan neonatus dengan ensefalopati menunjukkan bahwa efek neuroprotektif dari terapi hipotermia pada usia 18-22 bulan bertahan hingga masa kanak-kanak, namun banyak anak yang bertahan hidup terus mengalami disabilitas perkembangan saraf.

I. Tatalaksana Awal pada Bayi Baru Lahir Bermasalah Asfiksia

Kegagalan bernafas secara spontan dan teratur pada bayi baru lahir atau beberapa hari setelah lahir yang disertai tanda seperti hipoksemia, asidosis dan hiperkarbia merupakan tanda dari asfiksia, asfiksia merupakan salah satu tanda gawat janin. Kejadian asfiksia sangat berhubungan erat dengan berat badan bayi baru lahir, usia kehamilan yang tidak cukup bulan atau Lebih, proses persalinan lama penyakit yang diderita ibu seperti eklamsia.

Penanganan asuhan dengan asfiksia ringan dengan melakukan penjagaan kehangatan bayi, mengatur ulang posisi kepala bayi dengan posisi ekstensi untuk pembukaan jalan pernafasan, pengisapan lendir dengan cara mempergunakan deelee 80 dari mulut lalu hidung dengan cara pengisapan di bagian mulut dan hidung 5 cm untuk

hidung melebihi cuping hidung. Melakukan pengeringan bagian tubuh yang lain dengan sedikit tekanan dan melakukan ransangan taktil seperti menyentil atau menepuk telapak kaki bayi serta mengosok punggung, dada dan perut bayi kemudian mengatur posisi bayi kembali dengan posisi agak ekstensi.

Penanganan terhadap bayi baru lahir yang mengalami asfiksia harus disesuaikan dengan asuhan evidence based yaitu dengan memberikan jalan nafas bayi, merangsang reflek pernapasannya, dan mempertahankan suhu tubuh bayi. Masalah yang sering terjadi pada bayi baru lahir dengan asfiksia adalah hipotermi, resiko infeksi dan nutrisi, maka penting dilakukan penatalaksanaan dengan pemberian lampu sorot atau infant warmer, pencegahan infeksi dan pemberian ASI.

Dukungan psikososial pada ibu yang kehilangan bayi. Berikut beberapa Fase berduka yaitu:

1. Menyangkal/menolak (*Denial*)
2. Marah (*Anger*)
3. Tawar menawar (*Bargaining*)
4. Depresi (*Depression*)
5. Menerima (*Acceptance*)

J. Asuhan Bayi Berkebutuhan Khusus pada Bayi Prematur

Prematuritas adalah neonatus dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dan mempunyai berat badan sesuai dengan berat badan untuk masa kehamilan. Faktor-faktor yang bisa jadi penyebab antara lain sebagai berikut:

1. Faktor ibu
Penyakit pada ibu: pre-eklampsi/eklampsi, HAP, diabetes, nefritis akut, usia ibu <16 tahun atau >35 tahun, perokok, peminum, incompetent serviks, dan sebagainya.
2. Faktor janin
Hidramion, ketuban pecah dini, gemelli, kelainan kromosom, dan sebagainya.
3. Faktor lain
Tingkat kehidupan sosial ekonomi yang rendah, gizi yang kurang, terkontaminasi dengan zat-zat beracun, pemeriksaan antenatal yang sangat minim, trauma antenatal, plasenta previa, dan sebagainya.

Perawatan pada Bayi Prematur

1. Mengatur suhu tubuh bayi yaitu bayi perlu dirawat dalam incubator (33°C-35°C) atau menggunakan metode “kangguru”.
2. Memperhatikan intake, karena lambung belum sempurna dan masih kecil sebaiknya diberikan ASI karena merupakan nutrisi yang paling sesuai.
3. Menghindari infeksi dan mengkaji vital sign dengan ketat.

K. Identifikasi Autis

Autisme atau gangguan spektrum autis adalah kelainan fungsi otak dan saraf yang cukup kompleks sehingga mempengaruhi perilaku serta proses berfikir. Autisme mencakup gangguan dalam segala aspek, mulai dari sosial, bahasa, serta komunikasi secara verbal maupun nonverbal. Autisme merupakan kondisi yang dapat terdeteksi semasa kanak-kanak yang berlangsung selama seumur

hidup. Meski begitu, autisme bukanlah suatu penyakit melainkan kondisi ketika otak bekerja dengan cara yang berbeda dari orang lain.

Anak autisme merupakan kondisi dimana seseorang sejak lahir ataupun saat masa balita, yang membuat dirinya tidak dapat membentuk hubungan sosial atau komunikasi yang normal. Hal ini mengakibatkan anak tersebut terisolasi dari manusia lain dan masuk dalam dunia repetitif, aktivitas dan minat yang obsesif, karakteristik anak dengan gangguan autisme meliputi bidang interaksi sosial, komunikasi (bahasa dan bicara), perilaku atau emosi, pola bermain, gangguan sensorik dan motorik, perkembangan terlambat atau tidak normal.

Pelaksanaan Asesmen

Berdasarkan hasil pengamatan kondisi anak autis dalam setting pendidikan inklusif mengalami berbagai permasalahan, antara lain:

1. Perilaku

Perilaku anak autis dalam setting pendidikan inklusif merupakan hal yang penting untuk di asesmen. Perilaku stereotip/khas pada anak autis sering kali membuat para guru dan anak lain di kelas bingung.

2. Pemahaman

Gangguan proses informasi dan koneksi, mau tidak mau seringkali menghambat anak autis mengikuti pelajaran di sekolah umum.

3. Komunikasi

salah satu kesulitan anak autis adalah dalam hal komunikasi, dimana mereka sulit berekspresi diri.

4. Interaksi

Anak autis juga bermasalah pada perkembangan keterampilan berkomunikasi secara verbal, bila anak bisa bicara, maka bicaranya tidak dipakai untuk berkomunikasi, sering menggunakan bahasa aneh yang diulang-ulang, cara bermain kurang variatif, kurang imajinatif dan kurang dapat meniru. adanya suatu pola yang dipertahankan dan diulang-ulang dalam perilaku, minat dan kegiatan. Minimal harus ada satu gejala-gejala berikut ini: mempertahankan satu minat atau lebih dengan cara yang khas dan berlebihan, terpaku pada suatu kegiatan dan yang rutinitas yang tidak ada gunanya, ada gerakan-gerakan aneh yang khas dan diulang-ulang, seringkali sangat terpukau pada bagian-bagian benda, sebelum umur tiga tahun tampak adanya keterlambatan atau gangguan dalam bidang interaksi sosial, bicara dan berbahasa, dan cara bermain yang monoton, kurang variasi.

Penyebab Autisme

Masih belum diketahui secara pasti apa penyebab autisme. Namun, suatu penelitian menunjukkan bahwa kondisi ini erat kaitannya dengan faktor genetik dan lingkungan.

Beberapa faktor yang dapat meningkatkan resiko seseorang mengalami autis adalah:

1. Mutasi gen, seperti syndrome Rett atau Fragile X syndrome.
2. Berjenis kelamin laki-laki.

3. Faktor lingkungan, seperti komplikasi semasa kehamilan, polusi udara atau penggunaan obat-obatan.
4. Faktor genetik seseorang yang memiliki anak dengan kondisi autisme berisiko lebih tinggi untuk mengandung kembali anak dengan autisme.

Gejala Autisme

Gejala autisme adalah sebagai berikut:

1. Kesulitan berinteraksi
2. Sulit memahami pikiran dan perasaan orang lain
3. Merasa kesal dan cemas ketika menghadapi situasi yang masih asing

Diagnosis gangguan spektrum autisme (ASD) pada Sindrom Down (DS) diremehkan karena perlu dipahami aspek fenotip perilaku mana yang terkait dengan DS dan mana yang terkait dengan ASD. Tujuan: Untuk melakukan tinjauan sistematis literatur tentang identifikasi dini dan diagnosis ASD pada pasien DS. Sumber data: Database VHL, MEDLINE, Cochrane, CINAHL, Scopus, *Web of Science* dan Embase dicari dan data dievaluasi menggunakan PRISMA. Sintesis data: Dari 1.729 artikel yang dievaluasi, 15 artikel terpilih. Meskipun telah dipelajari dengan baik, identifikasi ASD pada DS bisa jadi sulit karena kebutuhan untuk memahami aspek fenotip perilaku mana yang terkait dengan sindrom Down dan mana yang terkait dengan autisme. Dalam tinjauan ini, prevalensi ASD ditemukan berkisar antara 12% hingga 41%. Identifikasi dini risiko autisme pada individu dengan sindrom Down masih kurang diteliti, meskipun sudah

ada instrumen skrining untuk bayi. Beberapa instrumen untuk mendiagnosis autisme pada individu dengan sindrom Down telah ditemukan, namun pendekatan perkembangan sangat penting untuk membuat diagnosis yang jelas. Kesimpulan: Prosedur skrining penting untuk mendeteksi tanda-tanda awal risiko autisme pada tahun pertama kehidupan. Metode evaluasi yang cermat diperlukan untuk menegakkan diagnosis, yang antara lain mencakup pemilihan alat yang tepat untuk evaluasi perkembangan dan kognisi, dan analisis aspek kualitatif interaksi sosial. Literatur menyatakan bahwa deteksi dini dan diagnosis akurat yang tepat waktu, serta intervensi yang dilakukan, dapat memberikan manfaat bagi pembangunan, kualitas hidup, dan inklusi sosial (Diniz NLF, 2022).

Kesimpulan

Prosedur skrining penting untuk mendeteksi tanda-tanda awal risiko autisme pada tahun pertama kehidupan. Metode evaluasi yang cermat diperlukan untuk menegakkan diagnosis, yang antara lain mencakup pemilihan alat yang tepat untuk evaluasi perkembangan dan kognisi, dan analisis aspek kualitatif interaksi sosial. Literatur menyatakan bahwa deteksi dini dan diagnosis akurat yang tepat waktu, serta intervensi yang dilakukan, dapat memberikan manfaat bagi pembangunan, kualitas hidup, dan inklusi sosial. Prosedur skrining penting untuk mendeteksi tanda-tanda awal risiko autisme pada tahun pertama kehidupan. Metode evaluasi yang cermat diperlukan untuk menegakkan diagnosis, yang antara lain mencakup pemilihan alat yang tepat untuk evaluasi perkembangan dan

kognisi, dan analisis aspek kualitatif interaksi sosial. Literatur menyatakan bahwa deteksi dini dan diagnosis akurat yang tepat waktu, serta intervensi yang dilakukan, dapat memberikan manfaat bagi pembangunan, kualitas hidup, dan inklusi sosial.

Prosedur skrining penting untuk mendeteksi tanda-tanda awal risiko autisme pada tahun pertama kehidupan. Metode evaluasi yang cermat diperlukan untuk menegaskan diagnosis, yang antara lain mencakup pemilihan alat yang tepat untuk evaluasi perkembangan dan kognisi, dan analisis aspek kualitatif interaksi sosial. Literatur menyatakan bahwa deteksi dini dan diagnosis akurat yang tepat waktu, serta intervensi yang dilakukan, dapat memberikan manfaat bagi pembangunan, kualitas hidup, dan inklusi sosial.

L. Konseling Ibu Nifas dengan Masalah Gangguan Psikologis

Konseling adalah suatu pertemuan langsung dengan individu yang ditujukan untuk memberikan bantuan kepadanya, agar dapat menyesuaikan dirinya secara lebih efektif baik dengan dirinya sendiri maupun lingkungannya (McDaniel, 1956).

Konseling merupakan proses yang melibatkan hubungan antar pribadi antara satu orang terapis (konselor/penolong terlatih) dengan satu atau lebih konseli (penerima konseling/klien/individu yang mengalami masalah) dimana terapis menggunakan metode -metode psikologis atas dasar pengetahuan sistematis tentang kepribadian manusia untuk

meningkatkan kesehatan mental klien/konseling. Ciri-ciri konseling dari definisi tersebut adalah

1. Merupakan suatu proses
2. Dapat dilakukan dengan satu atau lebih konseli
3. Konselor adalah tenaga profesional
4. Hubungan antara pribadi yang diupayakan secara bersama (Patterson, 1959).

Definisi Gangguan Psikologi

Gejala depresi pasca persalinan meliputi: merasa tertekan atau sedih, kehilangan minat pada aktivitas biasa, perasaan bersalah, perasaan tidak berharga atau tidak kompeten, kelelahan gangguan tidur, perubahan nafsu makan, konsentrasi yang buruk, bahkan sampai muncul pikiran untuk bunuh diri.

M. Kekerasan dalam Rumah Tangga (KDRT)

Pasangan suami istri akan berharap punya kehidupan yang bahagia penuh kasih sayang. Namun untuk menjalankan rumah tangga dapat juga dihadapkan dengan beberapa konflik yang bisa sampai ke KDRT.

1. Definisi Kekerasan dalam Rumah Tangga

Kekerasan dalam Rumah Tangga merupakan setiap perbuatan terhadap seseorang terutama perempuan, yang berakibat timbulnya kesengsaraan atau penderitaan secara fisik, seksual, psikologis, dan/atau penelantaran rumah tangga termasuk ancaman untuk melakukan perbuatan, pemaksaan, dan perampasan kemerdekaan secara melawan hukum dalam lingkup rumah tangga (Pemerintah Indonesia 2004).

2. Bentuk-bentuk kekerasan dalam rumah tangga
Bentuknya seperti kekerasan fisik, psikologi, seksual, menelantarkan rumah tangga.
3. Dampak dari Kekerasan dalam Rumah Tangga
 - a. Dampaknya terhadap kesehatan fisik
Dampak yang bisa mengancam Kesehatan fisik yaitu bisa terjadi fraktur, paling umum terjadi pada wajah (48,3%), diikuti oleh jari tangan (9,9%), dan batang tubuh bagian atas (9,8%), dan tangan (6,4%). Penelitian berfokus pada peningkatan indeks dokter kecurigaan DV mengungkapkan pola cedera yang melibatkan cedera sentral di kepala, leher, dada/dada, perut, dan perineum.
 - b. Dampaknya terhadap kesehatan mental bisa mengalami kekerasan dalam rumah tangga
Pengukuran temuan risiko yang disebabkan oleh populasi bahwa sepertiga dari diagnosis psikiatrik disebabkan oleh DV. Meskipun mekanisme yang menyebabkan kekerasan pasangan menyebabkan berkurangnya fungsi masih belum berhasil telah ditetapkan secara pasti, bukti menunjukkan bahwa gejala kronis pasca trauma dan depresi dapat berkontribusi besar terhadap penurunan fungsi perempuan. 28,29 Studi mekanik dan kolega menyoroti pentingnya memeriksa berbagai dimensi pelecehan pasangan intim dan hasil kesehatan mental mengungkapkan PTSD dan depresi cenderung menjadi

komorbiditas yang tinggi, sehingga lebih jauh lagi meningkatkan kemungkinan hasil yang melemahkan. Pemulihan dari kesehatan mental ini gejala sisa dari DV, khususnya PTSD dan depresi, dapat dihambat lebih lanjut oleh faktor-faktor penentu sosial dalam kesehatan yang terkait dengan kemiskinan. Kurangnya sumber daya material dan sosial dapat memperburuk stres dalam mengasuh anak dan penyebab stres lainnya akibat pelecehan pasangan atau perpisahan dari hubungan yang penuh kekerasan.³¹⁻³³ Pelecehan yang berulang seiring berjalannya waktu juga lebih baik kemungkinan besar terjadi pada perempuan yang menjadi korban kekerasan dengan sumber daya yang paling sedikit, sedangkan dukungan sosial tampaknya merupakan faktor yang melindungi (Walker-Descartes, 2021).

c. Dampak kekerasan rumah tangga terhadap perkembangan anak

Dampak Kekerasan Dalam Rumah Tangga juga terkena dampak kekerasan terhadap anak. Paparan kekerasan pada anak terjadi dalam berbagai bentuk caranya:

- 1) Menyaksikan kekerasan,
- 2) Mendengar tetapi tidak mengamati kekerasan tersebut,
- 3) Mengamati akibatnya (melihat ibu lebam, perabotan pecah, dan lain sebagainya),

- 4) Menjadi sadar akan kekerasan tersebut (orang lain menceritakannya kepada mereka), dan
- 5) Hidup di dalamnya sebuah rumah tangga yang mengalami kekerasan namun tidak menyadarinya.

Apa pun paparannya, anak-anak dan remaja sangat terkena dampak dari pengalaman ini karena 30% hingga 60% pria yang menganiaya pasangan wanitanya juga melakukan pelecehan terhadap anak-anaknya. Kebanyakan anak-anak dari keluarga yang melakukan kekerasan menyaksikan ayah mereka atau figur otoritas laki-laki lainnya menyerang ibu mereka. Beberapa pelaku kekerasan mungkin mengatur agar anak tersebut hadir untuk menyaksikan kekerasan tersebut sebagai pernyataan nyata dari otoritas mereka. Pengungkapan ini dapat meninggalkan gejala sisa permanen yang dapat sangat mengganggu fisik dan emosional anak perkembangan. Sekitar setengah dari anak-anak yang terpapar DV memiliki masalah emosional dan masalah perilaku dalam rentang klinis dan membutuhkan layanan kesehatan perilaku dengan presentasi yang bervariasi pada rentang usia mereka.

4. Faktor penyebab terjadinya Kekerasan dalam Rumah Tangga

Faktor penyebab terjadinya KDRT faktor-faktor terjadinya kekerasan terhadap perempuan dalam rumah tangga khususnya yang dilakukan oleh suami terhadap istri yaitu:

- a. Adanya hubungan kekuasaan yang tidak seimbang antara suami dan istri. Budaya patriarki membuat laki-laki atau suami berada dalam tingkat kekuasaan yang lebih tinggi daripada perempuan atau istri, sehingga perempuan tidak jarang ketika sudah menikah dianggap sebagai milik suaminya. Hal tersebut menimbulkan ketimpangan dalam hubungan karena suami memiliki kuasa lebih terhadap istrinya dibandingkan istrinya sendiri.
- b. Ketergantungan ekonomi. Pendidikan dan Budaya patriarki yang sudah menjadi bagian dalam masyarakat memberikan pandangan bahwa seorang istri memang seharusnya bergantung pada suami
- c. Kekerasan sebagai alat untuk menyelesaikan konflik. Kekerasan terhadap istri terjadi biasanya dilatar belakangi oleh ketidak sesuaian harapan dengan kenyataan suami. Kekerasan dilakukan dengan tujuan agar istri dapat memenuhi harapannya tanpa melakukan perlawanan karena ketidak berdayaannya.
- d. Persaingan. Pada dasarnya manusia hidup memang penuh persaingan dan tidak pernah mau kalah, begitupun dengan sepasang suami dan istri. Persaingan antara suami dan

istri terjadi akibat ketidak setaraan antara keduanya untuk saling memenuhi keinginan masing-masing, baik dalam pendidikan, pergaulan, penguasaan ekonomi, keadaan lingkungan kerja dan masyarakat dapat menimbulkan persaingan yang dapat menimbulkan terjadinya KDRT

- e. Kesempatan yang kurang bagi perempuan dalam proses hukum. Dalam proses sidang pengadilan, sangat minim kesempatan istri untuk mengungkapkan kekerasan yang dialaminya.

5. Beberapa Upaya penanganan pada perempuan korban KDRT

Salah satu upaya adalah adanya pemenuhan hak terhadap perempuan korban KDRT. Undang-Undang Republik Indonesia no. 23 Tahun 2004 merupakan Undang-undang yang telah mengatur pemenuhan hak korban KDRT. Pada Bab IV pasal 10 tentang hak-hak korban terdapat lima hal yaitu: Perlindungan dari pihak keluarga, kepolisian, kejaksaan, advokat, lembaga sosial, atau pihaklain, Pelayanan kesehatansesuai dengan kebutuhan medis, Penanganan bantuan hukum, pelayanan bimbingan rohani.

Tugas

Mahasiswa melakukan observasi ke komunitas/ masyarakat serta melakukan pengkajian dan asuhan kebidanan pada permasalahan psikologis

Latihan Soal

1. Seorang perempuan berumur 27 tahun, P1A0, nifas hari ke-10, kontrol ke puskesmas ditemani suami. Hasil anamnesis: sulit tidur, nafsu makan menurun, merasa sedih, dan kadang murung. Hasil pemeriksaan: TD: 100/70 mmHg, N: 88 x/menit, P: 20 x/menit, S: 36.5°C. ASI (+), TFU tidak teraba, dan lokia alba.
Tindakan apa yang paling tepat pada kasus tersebut?
 - A. Libatkan keluarga untuk mendukung ibu
 - B. Kolaborasi untuk pemberian terapi
 - C. Konsultasi ke psikolog
 - D. Rujuk ke psikiater
 - E. Motivasi untuk menerima peran sebagai ibu

2. Seorang remaja usia 16 tahun, G1P0 usia kehamilan 14 minggu datang ke TPMB diantar ibunya dengan keluhan: mudah lelah dan kulit pucat. Hasil pemeriksaan TD: 100/80 mmHg, N: 80 x/menit, S: 36,7°C, P: 21 x/menit, Hb: 9 gr/dL.
Apakah diagnosis yang paling mungkin pada kasus tersebut
 - A. Preeklamsia
 - B. Eklamsia
 - C. Anemia
 - D. Hyperemesis
 - E. Hypermenorhoe

3. Seorang anak perempuan berusia 12 tahun dibawa oleh penyidik untuk dilakukan visum karena menurut pengaduan orang tuanya sang anak telah menjadi korban pelecehan seksual. Pada pemeriksaan dijumpai bahwa pada kulit disekitar bibir positif ditemukan spermatozoa, alat genitalia eksterna tidak mengalami kelainan, tergolong apakah kasus ini ditinjau dari aspek hukum?
- A. Pemerkosaan
 - B. Perbuatan Cabul
 - C. Tindakan Kekerasan
 - D. Penganiayaan Berat
 - E. Penganiayaan Ringan
4. Seorang perempuan umur 22 tahun P1A0 nifas hari ke 8 datang ke PMB untuk control. Hasil anamnesis: lelah, sering menangis tanpa sebab yang jelas, nafsu makan menurun, sering terbangun malam untuk menyusui. Hasil pemeriksaan: TD: 120/80 mmHg, S: 36,5°C, N: 80 x/menit, P: 20 x/menit, payudara panuh, putting susu menonjol, ASI (+), kontraksi uterus lemak TFU 2 jari di atas simfisis, kandung kemih tidak teraba, lokea serosa. Rencana apakah yang paling tepat pada kasus tersebut?
- A. Merujuk ke rumah sakit
 - B. Konsultasi psikolog
 - C. Edukasi adaptasi psikologis
 - D. Penjelasan peran menjadi orang tua.
 - E. Pemberian dukungan keluarga

5. Seorang perempuan berumur 23 tahun P1A0 pengguna KB MAL datang ke PMB untuk mengganti metode kontrasepsi. Hasil Anamnesis: rencana hamil 5 tahun, menstruasi hari kedua, umur anak 5 bulan dan rencana menyusui hingga 2 tahun, ingin metode yang tidak mengganggu siklus menstruasi. Hasil pemeriksaan: TD: 110/70 mmHg, N: 80 x/menit S: 36,6°C P: 20 x/menit, bidan melakukan konseling untuk menentukan kontrasepsi pengganti. Apa jenis kontrasepsi yang paling tepat pada kasus tersebut ?.
- A. AKDR
 - B. Kondom
 - C. Suntik kombinasi
 - D. Pil kombinasi
 - E. AKBK

BAB IV

ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN GEOGRAFI

Deskripsi

Mata kuliah ini memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk memahami dan mengaplikasikan teori dan konsep yang diperoleh dari mata kuliah yang menjelaskan tentang kelompok rentan pada perempuan dan anak dengan kelompok rentan serta kebutuhan khusus pada permasalahan lingkungan berpolusi, lingkungan daratan tinggi, lingkungan radiasi dan apa saja yang bisa dilakukan oleh tenaga kesehatan seperti tenaga kesehatan laboratorium, roger dan tenaga kesehatan lainnya yang berkaitan langsung dalam pemecahan masalah.

Tujuan

1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Menjelaskan asuhan kebidanan pada kelompok rentan khusus yaitu perempuan dan anak pada permasalahan geografis.

2. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan pada perempuan dengan kebutuhan khusus.
- b. Mahasiswa mampu menjelaskan kebutuhan khusus pada perempuan.
- c. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang faktor penyebab terjadinya polusi.

- d. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang kondisi lingkungan yang berada pada dataran tinggi.
- e. Mahasiswa mampu menjelaskan tentang peran tenaga kesehatan dalam mencari solusi dari permasalahan geografi.

Uraian Materi

Konsep pelayanan kebidanan komunitas diarahkan untuk mewujudkan keluarga yang sehat sejahtera sehingga tercipta derajat kesehatan yang optimal dan menurut *Inter-agency Network for Education in Emergencies*, kelompok rentan adalah mereka yang memiliki kerentanan dan mengalami keterbatasan fisik, mental, dan sosial sehingga tidak mampu mengakses layanan dasar dan membutuhkan bantuan khusus dari negara atau komunitas lainnya.

Menurut kamus besar bahasa Indonesia (KBBI) yang di katakan kondisi rentan menurut yaitu kondisi yang mudah terkena penyakit dan peka, mudah merasa. Kelompok yang lemah ini lazimnya tidak sanggup menolong diri sendiri, sehingga memerlukan bantuan orang lain. Kondisi rentan pada anak yaitu menjadi tanggung jawab orangtua. Pemenuhan kebutuhan anak oleh orang tua membuat anak tidak mandiri. Anak sebagai pencari nafkah, anak dipaksa bekerja dan tidak dapat sekolah, menjadi anak jalanan, terlantar dan tidak dapat tumbuh wajar. Kelompok Perempuan Rentan 6 Pasal 5 ayat (3) Undang-undang No.39 tahun 1999 disebutkan bahwa yang termasuk kelompok rentan adalah orang lansia, anak-anak, fakir miskin, wanita hamil, dan penyandang cacat.

Kondisi atau kekhususan yang di butuhkan oleh perempuan dan anak berupa dukungan keluarga terdekat dan dukungan pasangan dalam melalui semua permasalahan yang ada.

Menurut Badan perserikatan bangsa-bangsa untuk strategi international pengurangan dalam resiko bencana (UNDRR) faktor-faktor fisik, faktor sosial, faktor ekonomi dan faktor lingkungan yang menyebabkan seseorang atau suatu komunitas komunitas semakin rentan mengalami parahnya akibat bencana yang di timbulkan.

Namun NCCDH atau pusat kolaborasi untuk penentu kesehatan juga menjelaskan bahwa kelompok rentan yang di maksud adalah kelompok atau komunitas yang beresiko mengalami masalah kesehatan yang buruk yang disebabkan kondisi ekonomi yang buruk.

Di mana ada beberapa yang menjadi perhatian dan ruang lingkup pelayanan kebidanan di komunitas meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan (Preventif), deteksi dini komplikasi dan pertolongan kegawat darurat, meminimalkan kecacatan, memulihkan kesehatan (*Rehabilitasi*), serta kemitraan dengan LSM setempat organisasi masyarakat, organisasi sosial, kelompok masyarakat.

Pemetaan sosial sendiri merupakan suatu cara upaya mengidentifikasi dan memahami struktur sosial (sistem kelembagaan individu) tata hubungan antar lembaga atau individu di lingkungan sosial tertentu.

Menurut Dody Prayogo (2003) bahwa pemetaan sosial adalah sebagai social profiling suatu dilakukan secara akademik melalui suatu penelitian lapangan yaitu mengumpulkan data secara langsung, menginterpretasikannya dan menetapkan tata hubungan antara satu dengan yang lainnya dalam kawasan komunitas yang diteliti.

Surhato (2005:82), ada tiga alasan mengapa diperlukan pendekatan yang sistematis dalam melakukan pemetaan sosial di masyarakat, diantaranya sebagai berikut:

1. Pandangan mengenai manusia dalam lingkungannya (*the person in environment*). Masyarakat diartikan sebagai seseorang yang memiliki sosok tertentu yang mencakup beragam masalah yang dihadapi hingga menerapkan sumber-sumber apa saja yang tersedia untuk menangani masalah tersebut. Dalam hal ini, pengembangan masyarakat tidak akan berjalan dengan baik tanpa adanya pemahaman mengenai pengaruh-pengaruh masyarakat tersebut.
2. Pengembangan masyarakat memerlukan pemahaman mengenai sejarah dan perkembangan suatu masyarakat yang ada di daerah tertentu dengan permasalahan sosialnya dan analisis mengenai status masyarakat tersebut.
3. Masyarakat secara konstan dapat berubah. Individu maupun kelompok bergerak ke dalam perubahan kekuasaan, struktur ekonomi, sumber pendanaan dan peranan penduduk. Dalam hal ini, pemetaan sosial dapat membantu dalam memahami dan menginterpretasikan perubahan-perubahan yang terjadi tersebut.

Adapun masalah sosial adalah suatu kondisi yang tidak diinginkan terjadi oleh sebagian besar dari warga masyarakat yang mengandung empat komponen yang paling sering kita temukan di dalam masyarakat yaitu:

1. Kondisi tersebut merupakan masalah yang bertahan untuk suatu periode waktu tertentu.
2. Dirasakan dapat menyebabkan berbagai kerugian fisik dan nonfisik baik pada individu maupun masyarakat.
3. Merupakan pelanggaran terhadap nilai-nilai atau standar sosial dari salah satu atau beberapa sendi kehidupan masyarakat.
4. Menimbulkan kebutuhan pemecahan.

Untuk tahap Frasa atau disebut juga kelompok masyarakat rentan yang memiliki tentang Hak Asasi Manusia (HAM) yang sesuai dengan perundang-undangan no. 39 tahun 1999 No. 39). Di mana sudah mengatur bahwa yang termasuk kedalam peraturan tersebut yaitu kelompok rentan adalah orang lanjut usia, anak-anak, fakir miskin, wanita hamil, dan orang dengan disabilitas. UU No. 39 tidak memberidefinisi atau keterangan lebih lanjut tentang kelompok rentan.

Walau begitu, Rencana Aksi Nasional Hak Asasi Manusia 2015-2019 (RANHAM 2015-2019) menjelaskan ruang lingkup kelompok rentan meliputi penyandang disabilitas, kelompok lanjut usia, fakir miskin dan perempuan lanjut usia, anak, pengungsi, masyarakat adat, dan pekerja migran.

Ada juga faktor-faktor yang dapat menimbulkan masalah sosial yang paling mendasar dan bila tidak dapat diatasi akan menimbulkan dampak bagi masyarakat yang berdampak dari adanya masalah sosial di dalam masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Terjadi peningkatan tindakan kriminalitas
2. Terjadi kesenjangan sosial
3. Terjadi perpecahan kelompok
4. Terjadi penyimpangan perilaku
5. Terjadi peningkatan jumlah pengangguran

Situasi dan kondisi alam atau iklim berpengaruh pada berbagai hal yang terjadi di dataran tinggi dan dataran rendah. Kondisi alam dan iklim sangat memengaruhi kehidupan penduduk. Keadaan geografis tersebut di dataran rendah dan dataran tinggi cukup memengaruhi berbagai sisi seperti mata pencaharian, pola makan, sampai ke tata pakaian. Termasuk, jenis masalah lingkungan yang dihadapinya berlainan begitu juga dengan permasalahan kesehatan khususnya pada kondisi yang rentan.

Namun Olivier Serrat mengelompokkan ada tiga(3) kelompok kerentanan yaitu sebagai berikut:

1. Kelompok kejutan atau kaget dan guncangan akibat shock yang dapat meliputi konflik, penyakit, banjir, badai, kekeringan, hama pada tumbuhan.
2. Kelompok perubahan musiman (*Seasonalities*) meliputi penetapan harga dan kesempatan bekerja.
3. Kelompok yang kecenderungan (*Critical trends*) yaitu kependudukan, lingkungan, ekonomi, pemerintah, dan kecenderungan akibat kemajuan teknologi.

A. Lingkungan Berpolusi

Peningkatan aktifitas industri dan transportasi yang penyebab utama yang di timbulkan dan merupakan efek yang di sebabkan oleh perkembangan zaman sehingga memicu timbulnya pencemaran udara (polusi udara) yang berdampak pada kesehatan, terutama di wilayah industri dan kota-kota besar.

Pencemaran udara memiliki dampak terhadap kesehatan diantaranya adalah gangguan saluran pernafasan, penyakit jantung, kanker berbagai organ tubuh, gangguan reproduksi dan hipertensi (tekanan darah tinggi), dan ada pencemaran yang paling sering di temukan adalah yang Karbon Monoksida (CO), Nitrogen Oksida (NO₂), Sulfuroksida (SO_x), Photochemical Oksida dan Partikel.

Untuk pencemaran lingkungan adalah masuk atau dimasukkannya makhluk hidup, zat, energi atau komponen lain ke dalam lingkungan atau berubahnya tatanan lingkungan akibat kegiatan manusia atau proses alam.

Perempuan dan anak-anak merupakan dua kelompok manusia yang paling rentan pertama yang terkena penyakit akibat dari polusi udara, baik yang bersumber dari transportasi, emisi pabrik, maupun kebakaran hutan adalah anak-anak dan ibu hamil.

Selain anak-anak, ibu hamil menjadi kelompok paling rentan kedua terkena penyakit karena polusi udara. Selain polusi udara yang bersifat akut pada jangka pendek seperti ISPA, laringitis, faringitis dan

lainnya, polutan yang masuk ke tubuh ibu hamil juga bisa memengaruhi kesehatan janin.

Dampak akut ialah efek buruk terhadap kesehatan yang bisa dirasakan secara langsung oleh seseorang apabila terpajan udara dengan polutan tinggi. Komponen polusi udara baik berupa gas maupun partikel sebagian besar bersifat iritasi atau iritatif, yang bisa mengiritasi mukosa di daerah hidung mata. Oleh karena itu keluhan yang sering timbul seperti mata berair dan gatal, mata merah, hidung gatal dan berair, sakit tenggorokan, berdahak dan menjadi batuk.

Infeksi Saluran Pernapasan Akut atau ISPA merupakan kasus penyakit yang paling sering muncul apabila kadar polutan di udara sudah sangat buruk. Namun Agus menerangkan bagi orang yang sebelumnya sudah punya penyakit dasar seperti asma dan penyakit jantung bisa menimbulkan sesak napas.

Sementara efek kronik atau jangka panjang baru bisa dirasakan keluhan penyakitnya bila sudah terpajan selama bertahun-tahun. Efek kronik akibat polusi udara terlihat dalam rentang waktu 10 tahun hingga 15 tahun tergantung lamanya waktu dan jumlah polusi yang terpajan pada kelompok rentan tersebut.

Pencemaran lingkungan yang terjadi tanpa disadari akan menimbulkan ketidakseimbangan lingkungan atau ekosistem yang ada. Sebab pencemaran akan merusak keadaan yang mulanya

baik menjadi tidak baik. Ketika terjadi pencemaran akan banyak yang terganggu, bukan hanya manusia namun hewan dan juga tumbuhan.

Tanpa kita sadari siapapun bisa berkontribusi dalam mengatasi pencemaran udara dengan berbagai cara mudah, seperti:

1. Kurangi penggunaan bahan yang sulit terurai
2. Menggunakan kendaraan ramah lingkungan
3. Mengurangi pemakaian kendaraan bermotor
4. Kurangi merokok
5. Jangan membakar sampah
6. Menggunakan produk ramah lingkungan
7. Menanam pohon
8. Tidak membakar hutan

Menurut Hsiang (2018), manfaat dari upaya perbaikan kualitas udara perlu didistribusikan secara adil kepada seluruh masyarakat, terutama yang berada di wilayah rentan atau terpinggirkan.

Pada saat memperhitungkan atau merumuskan tingkat kesejahteraan dan kesehatan seluruh warga sehingga tidak ada masyarakat yang tidak masuk dalam hitungan desa tertinggal dalam sehingga upaya untuk perbaikan dan penglestarian lingkungan terrealisasi dengan tepat dan dapat membantu meningkatkan perekonomian masyarakat di sekitar lingkungan tersebut.

Potensi Penyakit akibat Polusi Udara

Efek akut atau jangka pendek

- Iritasi mukosa (iritasi mata merah hidung berair, bersin)
- Iritasi saluran napas atas, bawah (peradangan, sakit tenggorokan, batuk, dahak)
- Peningkatan infeksi saluran pernapasan akut
- Peningkatan serangan asma dan penyakit paru obstruktif kronis
- Peningkatan serangan jantung
- Peningkatan kunjungan keinstalasi gawat darurat di rumah sakit karena masalah aspirasi atau jantung
- Risiko keracunan gas toksik



Efek kronik atau jangka panjang

Penurunan fungsi paru/faal paru
Hipereaktivitas bronkus
Reaksi alergi

Risiko asma
Risiko penyakit paru obstruktif kronis

Risiko penyakit jantung dan pembuluh darah
Risiko kanker

Gambar 4.1 Potensi Penyakit Akibat Polusi Udara

B. Lingkungan Daratan Tinggi

Menurut Peraturan Pemerintah No.41 Tahun 1999, pencemaran udara adalah masuknya atau dimasukkannya zat, energi dan atau komponen lain ke dalam udara ambien oleh kegiatan manusia, sehingga 34 mutu udara ambien turun sampai ke tingkat tertentu yang menyebabkan udara ambien tidak memenuhi fungsinya (Government, 1999).

Dataran tinggi merupakan dataran yang berlokasi di daerah pegunungan dengan ketinggian 500 meter di atas permukaan laut. dataran tinggi juga disebut dengan plato dengan ketinggian mencapai 700 meter di atas permukaan laut. Dataran tinggi memiliki ciri bentuk permukaan alam yang bergelombang atau berbukit. Suhu lingkungan dataran tinggi merupakan suhu yang dingin, berbeda dengan pantai dan dataran rendah.

Penduduk di wilayah dataran tinggi umumnya bermata pencaharian sebagai petani, pedagang, peternak, dan pekerja perkebunan. Petani di dataran tinggi biasanya menanam wortel, kentang, kopi, teh, tembakau, dan cengkih. Berbeda dengan petani di dataran rendah yang umumnya menanam padi, tebu, dan palawija.

Adapun contoh perkebunan yang cocok tumbuh di dataran tinggi antara lain perkebunan teh, perkebunan kopi, perkebunan apel, perkebunan stroberi, dan perkebunan tembakau. dataran tinggi biasanya juga dimanfaatkan untuk usaha perkebunan, pertanian, dan wisata dengan kenampakan alam yang indah dan hijau, tidak heran wilayah ini dimanfaatkan sebagai tempat wisata.

Menurut Octorio, 2014, mengemukakan pendapatnya mengenai pola permukiman yang dapat dihitung. Analisis tersebut dinamakan dengan analisis tetangga terdekat. Hasil dari perhitungan tersebut, dapat membagi pola permukiman ke dalam tiga bagian, yaitu:

1. Pola Uniform (seragam), menjelaskan bahwa permukiman yang terbentuk pada suatu wilayah tersebar dengan sifat/jarak yang teratur.
2. Pola Random (acak), menandakan permukiman yang terbentuk memiliki penyebaran yang tidak teratur, jarak yang berbeda antara satu permukiman dengan permukiman lainnya.
3. Pola Clustered (mengelompok), menggambarkan pola permukiman jika jarak antar lokasi satu dengan lain berdekatan dan

cenderung mengelompok pada tempat-tempat tertentu.

Faktor-faktor yang menentukan masyarakat dalam pemilihan tempat tinggal diungkapkan oleh Drabkin (1980:68) dalam Paruntung (2004), yaitu sebagai berikut:

1. Aksesibilitas, berupa kemudahan transportasi dan jarak menuju pusat kota.
2. Lingkungan (environment) seperti lingkungan sosial dan fisik yang memberikan kenyamanan kepada penghuni, seperti dari lingkungan sosial memiliki komunitas yang menyenangkan untuk berinteraksi, sedangkan lingkungan fisik seperti kebisingan dan polusi dalam tingkat minimal.
3. Kemudahan untuk mengakses lapangan pekerjaan, dimana letak tempat tinggal berlokasi pada wilayah dengan tingkat peluang kerja yang tinggi.
4. Tingkat pelayanan, dalam hal ini kelengkapan fasilitas sosial dan fasilitas umum yang terdapat pada lokasi tempat tinggal.

Menurut Sadisun (2005) faktor-faktor penyebab tanah longsor adalah kondisi morfologi (sudut, lereng, relief), kondisi geologi (jenis batuan atau tanah, karakteristik batuan atau tanah), kondisi klimatologi (curah hujan, suhu udara, dan kecepatan angin), kondisi lingkungan atau tata guna lahan (hidrologi dan vegetasi) dan aktivitas manusia (penggemburan tanah untuk pertanian, perladangan dan irigasi).

Kemiringan Lereng merupakan aspek geomorfologi yang tidak dapat diabaikan begitu saja, kelerengan berperan aktif dalam mengontrol terjadinya gerakan tanah. Semakin besar kelerengan semakin besar gaya penggerak massa tanah atau batuan penyusun lereng, namun perlu diperhatikan tidak semua lahan yang miring selalu rentan untuk bergerak, hal ini sangat tergantung kondisi geologinya, seperti jenis struktur, dan komposisi tanah atau batuan penyusun lereng (BAPEKOINDA, 2002)

Peraturan Menteri Pekerjaan Umum Nomor: 22/PRT/M/2007 tentang Pedoman Penataan Ruang Kawasan Rawan Bencana Longsor mengklasifikasikan kemiringan lereng menjadi 5, yaitu:

- a. 0% - 8% kemiringan lereng datar
- b. 8% - 15% kemiringan lereng landai
- c. 15% - 25% kemiringan lereng agak curam
- d. 25% - 45% kemiringan lereng curam
- e. >45% kemiringan lereng sangat curam

Wilayah dengan kemiringan lereng antara 0% hingga 15% akan stabil terhadap kemungkinan longsor, sedangkan di atas 15% potensi untuk terjadi longsor pada kawasan rawan gempa bumi semakin besar dan proses terjadinya longsor apabila suatu wilayah dengan kelerengan yang curam atau kemiringan lereng >45%.

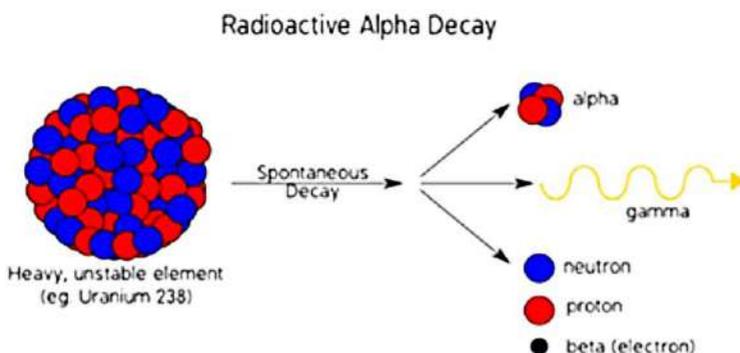
Orang-orang yang tinggal di lingkungan dataran tinggi sangat beresiko bagi kelompok rentan seperti ibu hamil, usia lanjut, anak-anak, lingkungan yang rawat terjadi bencana alam seperti longsor dan bencana lainnya.

Kemungkinan lain yang dirasakan oleh mereka yang tinggal di dataran tinggi bisa menyebabkan kekurangan oksigen. Kondisi ini menyebabkan jantung bekerja ekstra keras untuk mendistribusikan darah yang kaya oksigen ke seluruh tubuh. Kadar oksigen yang kurang di dalam tubuh dapat memperburuk kondisi penderita tekanan darah tinggi maupun gangguan jantung dan gagal ginjal kronis.

Masalah akses menuju tempat pelayanan kesehatan juga menjadi salah satu kendala lain yang harus dipertimbangkan untuk mencapai tujuan yang harus melewati jalan menanjak dan berkelok sehingga kelompok rentan bisa mencapai akses yang cepat dan pertolongan yang tepat.

C. Lingkungan Radiasi

Lingkungan radiasi yang dimaksud yaitu energi yang terpancar dari materi (atom) dalam bentuk partikel atau gelombang. Berdasarkan kemampuan dalam melakukan ionisasi, radiasi dapat dibedakan menjadi radiasi pengion dan radiasi non pengion. Sedangkan untuk radiasi Pengion yang dimaksud di sini adalah radiasi yang jika menumbuk atau menabrak sesuatu, akan muncul partikel bermuatan listrik yang disebut ion (ionisasi). Radiasi non-pengion adalah radiasi yang tidak dapat menimbulkan ionisasi.



Gambar 4.2 Radioactive Alpha Decay

Seperti yang di gambar dan dapat terlihat ada nya paparan akut dengan dosis tinggi, efek radiasi dapat menyebabkan kematian sel, gangguan fungsi jaringan dan organ tubuh, bahkan kematian, hal ini disebut dengan efek deterministik.

Sumber radiasi di lingkungan secara alami dapat berasal dari sinar kosmik (angkasa luar) dan peluruhan radioaktif di permukaan bumi. Atmosfer bumi dapat mengurangi radiasi kosmik yang diterima oleh manusia. Tingkat radiasi dari sumber kosmik ini bergantung kepada ketinggian, yaitu radiasi yang diterima akan semakin besar apabila posisinya semakin tinggi.

Akan tetapi paparan radiasi pada tubuh manusia dapat mengionisasi molekul atau sel dan efek pada tubuh manusia akibat terpapar radiasi bergantung pada dosis tertentu yang dapat di tolerin oleh lingkungan sekitarnya.

Menurut Badan peneliti radiasi PBB (UNSCEAR atau biasa di sebut komite Ilmiah Perserikatan Bangsa-Bangsa tentang Efek Radiasi Atom dibentuk berdasarkan resolusi Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa pada tahun 1955), jumlah rata-rata dosis efektif radiasi per tahun yang diterima manusia dari yang berasal dari alam adalah 2,4 mSv, terdiri dari radiasi kosmik (0,4 mSv), gamma (0,5 mSv), radon (1,2 mSv) dan radiasi internal (0,3 mSv). Pada paparan akut dengan dosis tinggi, efek radiasi dapat menyebabkan kematian sel, gangguan fungsi jaringan dan organ tubuh, bahkan kematian, hal ini disebut dengan efek deterministik.

Ada juga radiasi juga menyebabkan terbentuknya sel baru yang tidak normal dan berpotensi kanker pada individu yang terpapar atau penyakit yang diturunkan pada keturunannya.

Berikut merupakan perbedaan dari tiap sumber radiasi tersebut sesuai jenis radiasi, di antaranya:

1. Radiasi Kosmik

Yaitu jenis radiasi kosmik berasal dari partikel matahari dan bintang yang memasuki atmosfer bumi, ada beberapa partikel berhasil mencapai tanah, sedangkan yang lain berinteraksi dengan atmosfer dan berubah menjadi berbagai jenis radiasi tingkat radiasi meningkat saat Anda semakin dekat ke sumbernya. Oleh karena itu, jumlah radiasi kosmik umumnya meningkat sesuai dengan ketinggian lokasi.

2. Unsur Radioaktif dalam Tubuh Manusia

Radiasi yang Jejak bahan radioaktif juga dapat ditemukan di dalam tubuh, terutama kalium-40 yang terbentuk secara alami, kalium-40 ditemukan dalam makanan, tanah, dan air yang kita konsumsi, tetapi radiasi yang dihasilkannya tidak menimbulkan bahaya bagi manusia sehingga tubuh Anda mengandung sejumlah kecil radiasi karena sel-sel tubuh memetabolisme materi non-radioaktif dan radioaktif dari kalium serta elemen lainnya dengan cara yang sama.

3. Radiasi Buatan Manusia

Yaitu radiasi yang sebagian kecil dari radiasi berasal dari aktivitas manusia, sejumlah kecil unsur radioaktif tersebar di lingkungan uji coba senjata nuklir, pengobatan dengan radionuklir, hingga pembangkit listrik tenaga nuklir seperti yang terdapat di Chernobyl, Ukraina dimana reaktor nuklir memancarkan sejumlah kecil unsur radioaktif.

Sementara itu, menurut *Massachusetts Institute of Technology*, dosis radiasi maksimum yang masih aman untuk tubuh manusia dewasa adalah sekitar 5.000 mrem.

Bila terpapar radiasi pada dosis yang tinggi dalam satu waktu atau jangka pendek dapat menimbulkan beberapa gejala yang disebut sindrom radiasi akut. Gejalanya antara lain:

1. Gejala mual dan muntah
2. Diare dan demam

3. Lemas, pingsan dan kerontokan rambut
4. Juga menyebabkan kulit memerah, gatal, bengkak hingga terasa terbakar, serta kejang-kejang.

Dengan di temukan gejala yang di tunjukan berbeda, tergantung besarnya terpapar dalam jangka waktu lama. Terkadang, kepekaan tubuh seseorang juga memengaruhi dampak paparan radiasi pada tubuhnya.

Sebagai contoh, paparan radiasi gamma sebanyak 4000 mSv (400 rem) akan menyebabkan kematian kepada seseorang bila terjadi sebanyak dua kali dalam rentang waktu 30 hari.

Biomonitoring yang ada pada manusia memungkinkan peneliti mengukur paparan kita terhadap bahan kimia dengan mengukur metabolitnya, yang merupakan penanda dampak kesehatan selanjutnya pada cairan atau jaringan tubuh.

Informasi mengenai paparan pada manusia kemudian dapat dikaitkan dengan data kesehatan lainnya untuk lebih memahami hubungan antara bahan kimia dan kesehatan manusia terutama pada kelompok rentan.

Efek radiasi bisa menyebabkan kerusakan sel-sel tubuh, radiasi dapat meningkatkan risiko kanker. Ketika tubuh terpapar radiasi, energi dari partikel radiasi dapat merusak DNA sel-sel tubuh.

Manfaat dari radiasi itu sendiri juga beragam, contohnya adalah dalam bidang medis, radiasi digunakan untuk membuat citra atau gambar pada proses Rontgen. Dalam bidang industri seperti memberikan sinar ke makanan yang bertujuan untuk membunuh bakteri dan membuat makanan menjadi tahan lama.

Tugas

1. Mahasiswa harus bisa menjelaskan tentang kelompok rentan.
2. Mahasiswa harus bisa menjelaskan yang menjadi sasaran kelompok rentan.
3. Mahasiswa harus bisa menjelaskan tanda dan gejala kelompok rentan terinfeksi.
4. Mahasiswa harus bisa menjelaskan faktor penyebab terpapar penyakit tertentu pada kelompok rentan
5. Mahasiswa harus bisa menjelaskan peran bidan dalam membantu kelompok rentan menghadapi masalahnya.
6. Mahasiswa harus bisa menjelaskan self assessment yang akan dilakukan pada kelompok rentan.

Latihan Soal

1. Usia lanjut, anak-anak, ibu hamil, penyandang disabilitas dan LBGT, orang-orang dengan kebutuhan dan perhatian khusus termasuk dalam kategori kelompok apakah mereka,..... ?
 - A. Kelompok Minoritas
 - B. Kelompok dengan masalah khusus
 - C. Kelompok Rentan
 - D. Kelompok dengan penyakit
 - E. Kategori kelompok khusus

2. Radiasi yang tidak memiliki massa, gelombang radio, gelombang mikro, inframerah, gelombang tampak, sinar-X, sinar gamma dan sinar kosmik, berdasarkan pernyataan di atas termasuk jenis radiasi apakah....?
 - A. Radiasi kospolus
 - B. Radiasi elektromagnik
 - C. Radiasi parikel
 - D. Radiasi Hp
 - E. Radiasi gelombang magnik

3. Daerah datar yang memiliki ketinggian lebih dari 400 meter dpal, dan hanya mengandalkan perputaran perekonomian dari hasil bertani seperti menanam padi, menanam jenis sayuran tertentu sesuai dengan kondisi alam nya.
Termasuk kategori lingkungan apakah kondisi daerah tersebut..?
 - A. Daerah dengan kondisi alam pengunungan
 - B. Daerah dengan suhu udara dingin
 - C. Daerah dataran tinggi
 - D. Daerah lereng gunung
 - E. Daerah tertinggal

4. Seseorang ibu datang dengan keluhan kulitnya terasa panas dan terasa terbakar, timbul bintik-bintik hitam, sering pusing dan sakit kepala, lemas. Berdasar data yang di dapat, ibu tersebut tinggal di daerah industri kimia dan kemungkinan terpapar penyakit yang di akibatkan oleh radiasi apakah diagnosa yang tepat untuk kasus tersebut....?
 - A. Hypertensi
 - B. Gagal Ginjal
 - C. Kanker Kulit
 - D. Vertigo

E. Malnutrisi

5. Peka atau sensitif terhadap sesuatu, mudah terkena penyakit atau segala sesuatu yang mempunyai resiko tinggi, memiliki keterbatasan fisik, lemah secara mental, dan kondisi ketidak mampuan lainnya.

Berdasarkan pernyataan di atas merupakan definisi dari....?

- A. Usia lanjut
- B. Kelompok rentan
- C. Kelompok dengan masalah sosial
- D. Kaum Lemah
- E. Masyarakat perekonomian rendah

BAB V

ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN EKONOMI

Deskripsi

Pada pembahasan kali ini dapat memberikan kemampuan peserta didik untuk melakukan asuhan kebidanan pada perempuan dan anak dengan kebutuhan khusus dari segi permasalahan ekonomi.

Tujuan

Tujuan dari materi ini adalah agar mahasiswa kesehatan memahami tentang:

- a. Definisi asuhan kebidanan pada perempuan dan anak dengan kebutuhan khusus dari segi permasalahan ekonomi.
- b. Jenis-jenis permasalahan pada perempuan dan anak dengan kebutuhan khusus adanya permasalahan ekonomi.
- c. Peran pemerintah dalam mengatasi permasalahan ekonomi.
- d. Permasalahan kemiskinan.
- e. Permasalahan banyak anak.

1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Pada materi ini akan dibahas tentang definisi asuhan kebidanan pada perempuan dan anak dengan kebutuhan khusus dari segi permasalahan ekonomi, jenis-jenis permasalahan pada perempuan dan anak dengan kebutuhan khusus adanya

permasalahan ekonomi, peran pemerintah dalam mengatasi permasalahan ekonomi, permasalahan kemiskinan dan permasalahan banyak anak.

2. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- a. Mahasiswa mampu menguraikan definisi asuhan kebidanan pada perempuan dan anak dengan kebutuhan khusus pada permasalahan ekonomi.
- b. Mahasiswa mampu mengidentifikasi jenis-jenis permasalahan pada perempuan dan anak dengan kebutuhan khusus adanya permasalahan ekonomi.
- c. Mahasiswa mampu mengidentifikasi peran pemerintah dalam mengatasi permasalahan ekonomi.
- d. Mahasiswa mampu mengidentifikasi permasalahan kemiskinan.
- e. Mahasiswa mampu menguraikan permasalahan banyak anak.

Uraian Materi

A. Pengertian Asuhan Kebidanan pada Perempuan dan Anak dengan Kebutuhan Khusus pada Permasalahan Ekonomi

Berdasarkan definisi dari asuhan kebidanan pada perempuan dan anak dengan kebutuhan khusus karena permasalahan ekonomi, bahwa dalam pemberian pelayanan kebidanan yang akan diberikan pada perempuan dan anak, dimana membutuhkan perhatian khusus terutama pada kelompok tersebut dengan kondisi rentan, dengan dilihat adanya permasalahan ekonomi yang mempengaruhi kesehatannya.

Adanya permasalahan ekonomi akan timbul keinginan dan kebutuhan dimana sumber daya yang terbatas, sehingga akan berdampak pada kesehatan di kehidupan sehari-hari, terutama pada kelompok rentan yaitu perempuan dan anak. Seringkali kemiskinan dikatakan berwajah perempuan karena pada masyarakat miskin, perempuan menunjukkan indikator kesejahteraan yang lebih rendah. Dari berbagai analisis dan data pun, khususnya pada keluarga miskin, indikator kualitas sumber daya manusia pada perempuan memang lebih rendah dibandingkan laki-laki. Sehingga dapat dikatakan kelompok rentan tersebut selalu disandingkan dengan adanya kemiskinan. Anak juga merupakan kelompok rentan yang memerlukan pendampingan dan bantuan yang lengkap dalam mendapatkan prioritas kesehatan, dimana anak merupakan penerus generasi berikutnya yang membutuhkan perhatian khusus dalam bidang kesehatan.

Sehingga pada kelompok perempuan dan anak menjadi prioritas mendapatkan asuhan kebidanan yang komprehensif, yang bisa meningkatkan kesehatan dan perekonomian.

B. Jenis-jenis Permasalahan pada Perempuan dan Anak dengan Kebutuhan Khusus Adanya Permasalahan Ekonomi

Jenis-jenis pada permasalahan yang muncul dari segi ekonomi pada perempuan dan anak dengan kebutuhan khusus seperti :

1. Permasalahan kesehatan yang disebabkan karena kemiskinan.

2. Permasalahan kesehatan perempuan dengan adanya budaya seperti banyak anak banyak rejeki, budaya anak laki-laki sangat penting dibanding anak perempuan, pembagian nutrisi yang tidak seimbang antara anak laki-laki dan anak perempuan dan kebutuhan kesehatan yang berbeda antara perempuan dan laki-laki.
3. Permasalahan kesehatan perempuan berkaitan dengan adanya issue gender seperti kaitan kekerasan pada perempuan, pelecehan seksual pada perempuan, dan penyimpangan gender.
4. Permasalahan kesehatan perempuan dalam pengambilan keputusan yang tidak selalu memihak kesehatan reproduksi pada perempuan.

Sehingga dengan adanya permasalahan diatas sangat diperlukan adanya prioritas kesehatan pada perempuan dan anak yang merupakan kelompok rentan yang perlu diperhatikan. Dari berbagai dampak diatas yang paling mendasar sangat mempengaruhi adanya kemiskinan dan banyak anak, dimana perempuan dan anak mendapatkan dampak yang besar dalam kesehatannya.

C. Permasalahan Kemiskinan

Kemiskinan merupakan permasalahan sosial yang sering terjadi di berbagai wilayah di Indonesia. Hal ini merupakan tantangan berat bagi pemerintah yang harus mampu memberikan solusi terbaik dengan merancang program yang berkelanjutan. Menurut Badan Pusat Statistik (BPS) Indonesia, pada bulan September 2017, angka kemiskinan sebesar 10,12 dan jumlah absolutnya sebanyak 26,58 juta

orang, sedangkan pada bulan September 2018 sebanyak 25,67 juta orang (9,98%). Masyarakat yang kurang beruntung cenderung memiliki kewirausahaan yang lemah dan sumber daya keuangan yang terbatas.

Oleh karena itu, mereka yang sudah mempunyai potensi dan keuntungan finansial yang besar seringkali tertinggal. Kemiskinan disebabkan oleh sejumlah faktor seperti praktik budaya atau sosial, kurangnya kesempatan kerja, rendahnya tingkat pendidikan dan tingginya pertumbuhan penduduk yang berkontribusi terhadap kemiskinan. Kejahatan sedang meningkat akhir-akhir ini. Kerja sama masyarakat antara laki-laki dan perempuan diperlukan untuk meningkatkan kebahagiaan keluarga dan mencapai taraf hidup yang berkualitas, menurut Peraturan No. 25/2000 dengan jelas menyatakan bahwa "laki-laki dan perempuan mempunyai peran dan tanggung jawab yang setara dalam pengelolaan pembangunan". Ini adalah dokumen referensi yang membantu perempuan menciptakan kebahagiaan keluarga. Selain itu, kualitas hidup perempuan masih lebih rendah dibandingkan laki-laki dan belum bisa mengekspresikan potensi dan jati dirinya secara maksimal, karena masih dibatasi oleh batasan struktural, budaya, dan sosial sehingga sudah sewajarnya perempuanlah yang menjadi pemimpin. dalam pembentukan kebahagiaan keluarga.

Rendahnya kualitas hidup perempuan mempengaruhi indeks pembangunan manusia secara keseluruhan, terutama di bidang-bidang strategis seperti pendidikan, kesehatan, dan perekonomian, yang pada akhirnya berdampak negatif terhadap pembangunan negara seperti yang kita lakukan saat ini. Kualitas hidup masyarakat yang rendah dan perempuan yang mampu secara ekonomi menjadi beban pembangunan. Padahal, perempuan terampil dapat menjadi sumber daya pembangunan nasional dan memberikan kontribusi positif dan signifikan dalam proses pembangunan.

Hakikat Kemiskinan

Meskipun kemiskinan merupakan fenomena yang sudah ada sejak peradaban manusia, namun pemahaman kita terhadap kemiskinan dan upaya pemberantasannya belum membuahkan hasil yang menggembirakan.

Para pengamat ekonomi masa awal menganggap permasalahan kemiskinan adalah “sesuatu” yang selalu dikaitkan dengan faktor ekonomi saja. Hari Susanto (2006) berpendapat bahwa secara umum alat yang digunakan untuk menentukan miskin atau tidaknya seseorang atau sekelompok orang dalam masyarakat, dapat dipantau dengan mengukur peningkatan pendapatan atau tingkat konsumsi seseorang atau sekelompok orang. Namun, sifat kemiskinan dapat dilihat melalui banyak faktor yang berbeda. Baik sosial budaya, ekonomi, politik maupun hukum. Koerniatmanto Soetoprawiryo mengatakan, dalam bahasa Latin ada istilah *esse* [menjadi] atau

[martabat manusia] dan habere [memiliki] atau [harta atau harta benda].

Bagi kebanyakan orang, isu kemiskinan paling baik dipahami dalam konteks Habere. Orang miskin adalah orang yang tidak menguasai apa pun dan tidak memiliki apa pun. Masalah kemiskinan adalah murni masalah ekonomi.

1. Kemiskinan adalah ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti pangan, sandang, papan, pendidikan dan kesehatan. Pada kenyataannya, penyebab kemiskinan adalah kurangnya uang untuk memenuhi kebutuhan dasar atau kesulitan memperoleh pendidikan dan pekerjaan. Kemiskinan adalah masalah global. Ada yang memahami konsep secara subyektif dan komparatif, ada juga yang melihatnya dari sudut pandang etis dan evaluatif, ada juga yang memahaminya dari sudut pandang keilmuan yang mapan, dan sebagainya. Kemiskinan dipahami dengan berbagai cara. Informasi penting termasuk misalnya.
 - a. Menjelaskan kekurangan materi, yang seringkali mencakup kebutuhan sehari-hari akan makanan, pakaian, tempat tinggal dan layanan medis. Dalam pengertian ini, kemiskinan diartikan sebagai kurangnya barang dan jasa dasar.
 - b. Menjelaskan kebutuhan sosial, termasuk pengucilan sosial, ketergantungan dan ketidakmampuan berpartisipasi dalam kehidupan sosial. Ini termasuk pendidikan dan informasi. Pengucilan sosial sering kali

dibedakan dengan kemiskinan karena melibatkan persoalan politik dan moral serta tidak terbatas pada kehidupan ekonomi.

Perempuan dan Kemiskinan

Perempuan berasal dari kata empu yang berarti mandiri. Sedangkan menurut Imam Budi Santoso, kata perempuan berasal dari kata empu yang secara harafiah berarti seseorang yang ahli atau sukses dalam bidang tertentu, lebih mirip dengan sosok ibu.

Dapat disimpulkan bahwa kata perempuan mengandung makna rasa otonomi, dalam hal ini perempuan bukan lagi menjadi objek seksual (*second gender*) namun menyiratkan kemandirian dan kesuksesan.

Perempuan dan kemiskinan bukan lagi hal baru; Kemiskinan juga menjadi akar permasalahan di Indonesia, termasuk wilayah timur Indonesia. Perempuan merupakan kelompok rentan yang mudah menjadi korban kejahatan dan hal ini bermula dari kemiskinan.

Penting untuk memperhatikan diskriminasi yang dihadapi perempuan akibat kemiskinan. Penanggulangan kemiskinan, pembangunan perlindungan sosial, dan pembangunan sosial harus menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari kesatuan sistem pembangunan nasional, dilaksanakan searah, saling menunjang, melengkapi dan saling mendukung pembangunan sektor lain dalam upaya menuju pertumbuhan yang semakin tinggi. Tingkat kesejahteraan sosial untuk mengatasi kemiskinan

secara keseluruhan dengan cara yang lebih adil, merata dan lebih baik.

Catatan mengenai dampak kemiskinan terhadap perempuan, dimana perempuan sebagai anggota masyarakat miskin juga merupakan pelaku dan korban ketidakadilan dalam konsep pembangunan, sekaligus berperan dalam menjaga keharmonisan dan kelangsungan hidup untuk kita. Generasi penerus bangsa. Jadi, jika kita menganggap masyarakat sebagai sekelompok masyarakat miskin yang tinggal di lingkungan miskin dan “dimiskinkan” oleh sistem struktural yang ada, maka kita tidak bisa memisahkan perempuan menjadi kelompok yang berhak dan perlu dididik dan diberdayakan. Ketika perempuan mampu memberdayakan dirinya dan komunitasnya, maka masyarakat akan terbantu untuk mengentaskan kemiskinan.

Istilah kemiskinan muncul ketika seseorang atau sekelompok orang tidak mampu mencapai tingkat kesejahteraan ekonomi yang dianggap sebagai kebutuhan minimum untuk standar hidup tertentu. Berbicara mengenai kemiskinan dan marginalisasi perempuan mengingatkan kita bahwa dalam sejarah tertentu, perempuan merupakan kelompok yang produktif dengan menghasilkan surplus ekonomi bagi masyarakatnya, khususnya mereka yang mendapatkan manfaat dari perlakuan yang setara dengan laki-laki.

Tidak salah jika dikatakan bahwa realitas kemiskinan tidak lepas dari keberadaan makhluk sosial bernama perempuan. Kedekatan hubungan keduanya dapat diibaratkan seperti dua sisi mata uang yang sulit dipisahkan. Beberapa analisis sosial menyimpulkan bahwa wajah kemiskinan adalah wajah perempuan. Munculnya negara (kelas masyarakat), keluarga dan kepemilikan pribadi menandai awal munculnya penindasan terhadap perempuan dalam masyarakat. Sejak saat itu, eksploitasi ekonomi patriarki menjadi landasan keberadaan dan berkembangnya ideologi dan budaya yang meminggirkan perempuan sepanjang sejarah sosial.

Jika ditilik lebih dalam, kemiskinanlah yang menjadi penyebab meningkatnya kasus penindasan dan kekerasan terhadap perempuan. Kemiskinan merupakan salah satu bentuk kekerasan struktural negara terhadap masyarakat. Mata rantai terakhir dalam rantai penindasan ekonomi adalah perempuan. Tekanan ekonomi dalam keluarga membuat suami tertekan, biasanya istrilah yang menjadi sasaran tekanan tersebut.

2. Dampak kemiskinan bagi kaum perempuan

Kemiskinan mempunyai dampak negatif terhadap perempuan. Permasalahan kriminalitas yang menjadikan perempuan menjadi korban kekerasan berakar pada kemiskinan yang dialami perempuan. Kekerasan terhadap perempuan merupakan permasalahan yang penting dan sangat mendesak saat ini, selain mengandung aspek sosiologis juga mengandung aspek ideologis yang

utuh. Fenomena kekerasan dalam kehidupan sehari-hari sering terjadi dalam keluarga maupun dalam pekerjaan rumah tangga.

Pasal 1 Deklarasi Penghapusan Kekerasan terhadap Perempuan menyatakan: "Kekerasan terhadap perempuan adalah setiap tindakan yang berdasarkan jenis kelamin (Gender-Based Violence) yang menimbulkan kerugian atau penderitaan terhadap perempuan secara fisik, seksual atau psikologis, termasuk ancaman tindakan tertentu, pemaksaan atau perampasan kemerdekaan secara sewenang-wenang, baik dalam kehidupan bermasyarakat maupun dalam kehidupan pribadi".

Faktor kemiskinan membuat mereka rentan menjadi korban kekerasan.

Banyak orang yang mengatakan bahwa hal ini terjadi karena perempuan terpinggirkan secara psikologis dan sosial, sehingga mereka rentan terhadap kekerasan dari pihak yang mempunyai kekuasaan dan kendali lebih besar.

Akibat utama kemiskinan yang diderita perempuan saat ini adalah:

- a. Menjadi korban kekerasan yang dilakukan suami terhadap istrinya (kekerasan dalam rumah tangga).

Perempuan masih harus mengalami hubungan yang penuh kekerasan, terutama di dalam keluarga, sebagian karena ketergantungan mereka pada pendapatan. Belum lagi sisi lemah dari kepribadian wanita yang dianggap sebagai faktor risiko. Faktor-

faktor yang menentukan penyebab kekerasan terhadap perempuan sangatlah kompleks.

Hal ini disebabkan oleh kombinasi dan interaksi berbagai faktor, termasuk faktor biologis, psikologis, sosial, ekonomi dan politik, seperti riwayat kekerasan dan kemiskinan. Perempuan (istri) yang tidak memiliki penghasilan sendiri harus bergantung pada suami untuk mencari nafkah, hal ini seringkali menyebabkan mereka dikucilkan oleh suami dan memicu kekerasan. Sebaliknya jika istri menganut budaya konsumtif maka akan terpengaruh hedonisme tanpa memikirkan masalah materi/ekonomi.

b. Korban kejahatan perdagangan manusia

Permasalahan perdagangan perempuan selalu menjadi permasalahan nasional di Indonesia. Kasus perdagangan manusia ini harus dilawan dan diselesaikan secara tuntas oleh pemerintah Indonesia, mengingat laporan investigasi internasional masih mengklasifikasikan Indonesia sebagai negara yang tergolong memiliki tingkat perdagangan manusia yang cukup tinggi dan kesadaran masyarakat juga tinggi, sehingga keterlibatan pemerintah dalam penanganan kasus-kasus tersebut harus dilakukan, ditingkatkan serta meningkatkan.

Fenomena perdagangan manusia dikaitkan dengan adanya perempuan yang diperdagangkan ke dalam prostitusi, pekerjaan rumah tangga, pengemis, perdagangan narkoba dan bentuk-bentuk eksploitasi tenaga kerja lainnya. Faktor utama yang melatarbelakangi terjadinya kejahatan perdagangan manusia adalah permasalahan ekonomi dan kemiskinan. Karena kebutuhan sehari-hari semakin mahal, banyak perempuan yang menjadi korban perdagangan manusia. Selain itu, ada beberapa faktor yang mendorong perempuan menjadi korban:

- 1) Keinginan untuk menghasilkan uang dengan cepat atau melakukan pekerjaan yang mudah dan tidak terlalu berat.
- 2) Keinginan untuk mengikuti perkembangan modern dan gaya hidup konsumen.

D. Permasalahan Banyak Anak

Pemerintah Indonesia telah membuat komitmen penting secara nasional dan global untuk meningkatkan kesejahteraan anak, termasuk komitmen untuk melaksanakan Agenda Pembangunan Berkelanjutan 2030. Agenda 2030 menawarkan peluang berharga bagi negara-negara untuk memajukan prinsip perlindungan anak, bahkan tidak meninggalkan siapa pun. Kondisi perlindungan anak saat ini merupakan indikator penting kemajuan Indonesia dalam mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) pada tahun 2030. Rencana pembangunan nasional Indonesia telah mempertimbangkan tujuan pembangunan

berkelanjutan dan kerangka hak-hak anak internasional lainnya.

Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 memprioritaskan investasi pada pembangunan manusia, antara lain penyediaan layanan kesehatan, pencatatan kelahiran, jaminan sosial, pendidikan (termasuk pengembangan pendidikan anak usia dini di tingkat desa) dan anak. perlindungan Presiden RI juga memprioritaskan penghapusan jongkok dan perlindungan perempuan, anak, dan kelompok rentan lainnya dari kekerasan. Indonesia menanggapi kebutuhan anak-anak melalui kerangka tanggung jawab dan sistem perencanaan yang dirancang untuk melindungi kepentingan dan hak anak.

Beberapa di antaranya adalah kerangka internasional seperti Konvensi Hak Anak (CRC). Di tingkat nasional, hak-hak anak dimasukkan dalam Undang-Undang Hak Asasi Manusia dan Perlindungan Anak dan kerja Komisi Perlindungan Anak. Janji dan komitmen untuk menghormati hak anak juga tertuang dalam RPJMN dan amanat kementerian/lembaga seperti Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Menteri PPPA). Kemiskinan anak, salah satunya adalah permasalahan ekonomi, mempunyai bentuk yang berbeda-beda tergantung pada seberapa banyak anak yang berjuang di setiap bidang perlindungan anak.

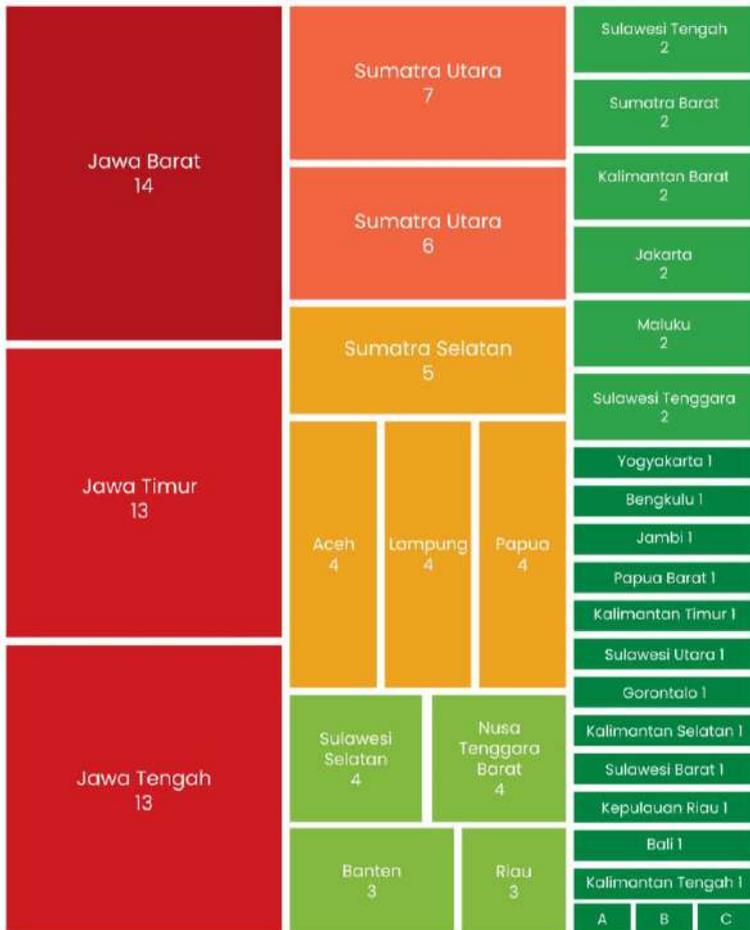


Gambar 5.1 Kemiskinan Anak Beragam Bentuk

Walaupun tingkat kemiskinan di Indonesia secara umum telah menurun selama satu dekade terakhir, ketimpangan justru meningkat. Seperti di banyak negara lain, struktur ekonominya memihak pada kelompok kaya dan mengabaikan kelompok miskin. Pada tahun 2014, konsumsi 10% rumah tangga terkaya sama dengan total konsumsi 54% rumah tangga termiskin. Dibandingkan dengan kelompok masyarakat lainnya, anak-anak adalah kelompok yang paling terkena dampak kemiskinan, karena 40 persen dari populasi rumah tangga miskin adalah anak-anak. Jika definisi kemiskinan anak diperluas tidak hanya mencakup pendapatan rumah tangga (income kemiskinan) tetapi juga seluruh kondisi yang berkaitan dengan kehidupan seorang anak, maka jumlah anak miskin di Indonesia akan semakin meningkat. Misalnya, jika definisi kemiskinan mencakup faktor-faktor seperti akses terhadap pangan dan gizi, layanan kesehatan, layanan pendidikan, perumahan, air dan sanitasi, serta

perlindungan anak, kami menemukan bahwa sembilan dari sepuluh anak Indonesia menderita melalui kemiskinan. kemiskinan pada satu atau lebih tingkat. Lebih dari separuh anak-anak Indonesia mengalami setidaknya dua bentuk deprivasi non-finansial, termasuk anak-anak yang bukan berasal dari rumah tangga dengan pendapatan di bawah garis kemiskinan nasional.

Oleh karena itu, meskipun kemiskinan pendapatan telah berhasil diturunkan, namun tetap diperlukan kajian komprehensif terhadap seluruh aspek kehidupan anak. Kebijakan dan pendekatan kebijakan juga harus mempertimbangkan kekurangan yang dialami anak-anak dan keluarga secara lebih luas (misalnya akses terhadap pangan, pendidikan, kesehatan dan kebutuhan dasar). Permasalahan populasi anak di Indonesia menyebabkan ketimpangan akses terhadap layanan kesehatan sehingga berujung pada kemiskinan dan ketimpangan antara perkotaan dan perdesaan yang masih menjadi permasalahan utama di perkotaan. Sekitar 22% penduduk kota ini tinggal di daerah kumuh. dan wilayah perkotaan. dampak kemiskinan terhadap kesehatan anak.



Gambar 5.3 Sebaran Anak yang Hidup di Bawah Garis Kemiskinan Menurut Provinsi dalam Persen

Gender merupakan faktor penting lainnya yang berkaitan erat dengan ketimpangan di Indonesia. Meskipun angka kemiskinan antara anak laki-laki dan anak perempuan tidak berbeda secara signifikan, angka kemiskinan anak-anak dari rumah tangga yang dikepalai oleh perempuan adalah 34% lebih tinggi dibandingkan anak-anak dari rumah tangga yang dikepalai oleh perempuan. Hal yang sama juga terjadi: anak-anak dari rumah tangga dengan banyak anggota atau kepala rumah tangga dengan pendidikan formal terbatas juga sangat rentan terhadap kemiskinan, baik dari segi pendapatan maupun kemiskinan multidimensi. Anak-anak yang pendapatannya berasal dari pertanian umumnya lebih rentan dibandingkan anak-anak lainnya, sedangkan anak-anak penyandang disabilitas merupakan kelompok yang paling terkena dampak kemiskinan dan kekurangan.

Penting untuk memahami faktor-faktor yang mempengaruhi kemiskinan anak sehingga kita dapat menciptakan intervensi yang efektif untuk memerangi kemiskinan dan kesenjangan. Sangat penting untuk fokus pada kemiskinan di kalangan anak-anak dan remaja. Kemiskinan pada usia dini merupakan landasan bagi anak-anak untuk jatuh ke dalam kemiskinan, dan kemiskinan pada masa remaja melanggengkan jebakan ini, sehingga menjadi dasar untuk mewariskan kemiskinan kepada generasi berikutnya. Mengatasi kemiskinan anak memerlukan investasi pada layanan kesehatan dan pendidikan dasar bagi keluarga yang tidak mampu menghidupi anak-anak mereka hingga masa remaja. Untuk mengatasi kemiskinan kaum muda, diperlukan

investasi untuk memfasilitasi mobilitas ekonomi dan sosial; Remaja membutuhkan dukungan agar berhasil melakukan transisi menuju kedewasaan.

Anak-anak penyandang disabilitas merupakan kelompok yang paling terkena dampak kemiskinan dibandingkan kelompok penduduk lainnya. Di Indonesia, angka kemiskinan rumah tangga penyandang disabilitas 2,4% lebih tinggi dibandingkan rumah tangga tanpa penyandang disabilitas. Biaya yang terkait dengan disabilitas meningkatkan risiko sebuah keluarga untuk jatuh ke dalam kemiskinan sekaligus menurunkan peluang mereka untuk keluar dari kemiskinan. Anak-anak penyandang disabilitas juga menghadapi stigma yang mengarah pada perlakuan diskriminatif dan ketidaksetaraan dalam layanan publik (misalnya akses terhadap layanan pendidikan dan kesehatan).

E. Peran Pemerintah dalam Mengatasi Permasalahan Ekonomi

1. Terdapat permasalahan perekonomian yang mempengaruhi perkembangan pelayanan kesehatan, pemerintah berusaha memberikan solusi terhadap permasalahan tersebut berupa:
2. Berkomitmen untuk mengurangi kesenjangan dengan fokus pada pengentasan kemiskinan, perlindungan sosial yang adil dan merata, kelestarian lingkungan dan perbaikan tata kelola.
3. Memprioritaskan perjuangan melawan kemiskinan dan kesenjangan, khususnya dengan:
 - a. Mengembangkan atau mereformasi sistem jaminan sosial, membentuk dana desa untuk

- mengentaskan kemiskinan di pedesaan, meningkatkan pendapatan keluarga dan mendorong program pemberdayaan ekonomi bagi perempuan. Untuk mencapai hasil nyata bagi anak-anak Indonesia, visi, perencanaan dan komitmen harus diwujudkan dalam program yang konkrit.
- b. Pemerintah Indonesia juga mempunyai serangkaian program bantuan sosial untuk mendukung anak-anak dan keluarga mereka, yang dirancang dengan menggunakan berbagai pendekatan:
- 1) Program Keluarga Harapan (PKH) memberikan bantuan tunai kepada rumah tangga termiskin, asalkan mereka mempunyai akses terhadap layanan kesehatan dan pendidikan tertentu.
 - 2) Beras Sejahtera (Rastra) memberikan subsidi beras bulanan kepada rumah tangga yang memenuhi syarat. 3) Bantuan Pangan Non Tunai (BPNT) memberikan kartu tabungan kepada rumah tangga penerima untuk membeli kebutuhan pokok (beras, gula, telur) di tempat penyaluran bantuan.
 - 3) Program Indonesia Pintar (PIP) memberikan bantuan keuangan tunai kepada anak usia sekolah dari keluarga miskin dan rentan.
 - 4) Skema Kesejahteraan Anak (PKSA) memberikan bantuan tunai bersyarat (untuk memenuhi kebutuhan dasar) dan memberikan intervensi sosial (untuk memperkuat kapasitas dan ketahanan

keluarga, pemulihan anak) bagi anak yang membutuhkan perlindungan khusus (anak jalanan, anak cacat, anak dalam konflik, dengan hukum dan anak terlantar).

- 5) Program dukungan lainnya menyoasar kelompok sasaran tertentu seperti etnis minoritas atau penyandang disabilitas berat.

Tugas

Buatlah bagan tentang permasalahan kesehatan karena adanya faktor permasalahan kemiskinan bagi kesehatan perempuan sebagai kelompok rentan?

Latihan Soal

1. Kasus: Seorang perempuan umur 28 tahun datang di Rumah Sakit dengan keluhan pada perut nyeri dan mengalami kram. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, TD : 110/80 mmHg, N: 80 x/menit, R: 24 x/menit dan S: 37,5°C. Perempuan tersebut ditolak oleh Rumah Sakit karena tidak mampu membayar administrasi dan obat-obatan karena tidak mempunyai biaya dan tidak mempunyai asuransi kesehatan, sehingga perempuan tersebut tidak diberikan penatalaksanaan pengobatan dan berhenti.

Apakah penyebab pelaksanaan kesehatan tersebut menjadi terhalang ?

- A. Ketidaktahuan
- B. Kemiskinan
- C. Kekhawatiran
- D. Kegagalan
- E. Kebingungan

2. Kasus: Seorang perempuan umur 19 tahun datang di Rumah Sakit dengan keluhan mual muntah dan kondisi tertekan. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, TD : 110/80 mmHg, N: 80 x/menit, R: 24 x/menit dan S: 37,5°C. Perempuan tersebut tidak menyampaikan sebenarnya kalau hamil di luar nikah, namun pihak Bidan di Rumah Sakit berusaha memberikan edukasi kaitan ini, namun perempuan tersebut tidak mengerti informasi yang diberikan dan merasa tidak paham, disisi lain perempuan tersebut juga tidak punya biaya untuk memeriksakan kehamilannya.

Apakah faktor yang menyebabkan perempuan itu belum memahami informasi yang diberikan Bidan ?

- A. Ekonomi
 - B. Pendidikan
 - C. Keluarga
 - D. Kemiskinan
 - E. Gender
3. Kasus: Seorang perempuan umur 25 tahun G3P2A0 datang di Rumah Sakit dengan keluhan pada perut nyeri dan mengalami keram. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, TD: 120/80 mmHg, N: 80 x/menit, R: 24 x/menit dan S: 37°C. Perempuan tersebut setelah diperiksa mengalami malnutrisi, setelah bidan mencoba melakukan wawancara perempuan tersebut mengatakan jarang makan-makanan yang bergizi karena anak-anaknya lebih membutuhkan.
- Apakah penyebab faktor kasus tersebut?
- A. Ekonomi
 - B. Pendidikan
 - C. Keluarga

- D. Kemiskinan
- E. Gender

4. Kasus: Seorang perempuan umur 24 tahun datang di Rumah Sakit dengan anaknya perempuan yang berusia 12 tahun keluhan anaknya perut terasa nyeri, mual dan pusing. Hasil wawancara bahwa ibu mengatakan bahwa anaknya jarang makan yang bergizi, karena harus harus berbagi dengan saudaranya yang banyak, hasil pemeriksaan bahwa keadaan umum baik, dengan TD: 90/80 mmHg, N: 70 x/menit, R: 18 x/menit dan S: 36,5°C, pemeriksaan mata bagian konjungtiva warna merah pucat, anak terlihat lemas, Hb: 9 gr%.

Apakah faktor yang menyebabkan kasus diatas dimana anak mengalami anemia?

- A. Ekonomi
- B. Pendidikan
- C. Keluarga
- D. Kemiskinan
- E. Gender

5. Kasus: Seorang perempuan umur 25 tahun G3P2A0 datang di Rumah Sakit dengan keluhan pada perut nyeri dan mengalami kram. Hasil pemeriksaan keadaan umum baik, TD: 120/80 mmHg, N: 80 x/menit, R: 24 x/menit dan S: 37°C. Perempuan tersebut setelah diperiksa mengalami malnutrisi, setelah bidan mencoba melakukan wawancara perempuan tersebut mengatakan jarang makan-makanan yang bergizi karena anaknya mayoritas laki-laki dan membutuhkan makan lebih banyak. Apakah penyebab faktor kasus tersebut?
- A. Ekonomi
 - B. Pendidikan
 - C. Keluarga
 - D. Kemiskinan
 - E. Gender

BAB VI

ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN SOSIAL

Deskripsi

Mata kuliah ini memberikan kemampuan kepada peserta didik untuk menciptakan asuhan kebidanan pada anak dan perempuan kelompok rentan, kebutuhan khusus oleh kelompok rentan dengan permasalahan fisik, psikologis, ekonomi, geografi, sosial dan budaya serta *continuity of care* pada ibu berkebutuhan khusus. Pokok bahasan dalam mata kuliah ini adalah asuhan kebidanan pada perempuan dan anak dengan kebutuhan khusus pada permasalahan sosial.

Tujuan

1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Menjelaskan asuhan kebidanan pada perempuan dan anak dengan kebutuhan khusus pada permasalahan sosial.

2. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan kebidanan pada kehamilan dalam penjara.
- b. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan kebidanan pada single parent.
- c. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan kebidanan pada Lesbian, Gay, Biseksual dan Transgender (LGBT).
- d. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan kebidanan pada ibu pengganti (*surrogate mother*).

- e. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan kebidanan pada pekerja seks komersial.
- f. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan bayi baru lahir dengan ibu kecanduan narkotika, psikotropika dan zat adiktif (NAPZA).

Uraian Materi

A. Asuhan Kebidanan pada Kehamilan dalam Penjara

Pelayanan kesehatan bagi ibu hamil di penjara masih menghadapi berbagai tantangan dan keterbatasan. Berikut adalah beberapa aspek yang perlu diperhatikan dalam pelayanan kesehatan bagi ibu hamil di penjara:

1. Keterbatasan data: Data terkait pelayanan kesehatan bagi perempuan yang hamil di institusi penahanan masih terbatas, yang berpotensi menyebabkan pelanggaran hak janin dalam kandungan (Febe, 2019). Diperlukan upaya untuk mengumpulkan data yang lebih lengkap dan akurat guna meningkatkan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil di penjara.
2. Pemenuhan hak-hak dasar: Pemenuhan hak-hak dasar ibu hamil, termasuk pelayanan kesehatan, merupakan tanggung jawab lembaga masyarakatan (Kresnadari et al., 2018). Lembaga masyarakatan perlu memastikan akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas dan teratur.
3. Pemenuhan gizi: Pemenuhan gizi yang baik dan seimbang sangat penting untuk ibu hamil di penjara. Jika gizi tidak tercukupi, maka akan berisiko pada janin dan proses kehamilan (Ticoalu, 2013). Lembaga masyarakatan perlu

memastikan ibu hamil mendapatkan makanan yang bergizi dan sesuai dengan kebutuhan mereka.

4. Pendampingan keagamaan: Pendampingan keagamaan dapat memberikan dukungan dan ketenangan bagi ibu hamil di penjara (Andansari, 2014). Lembaga pemasyarakatan perlu memastikan akses ibu hamil terhadap pendampingan keagamaan yang sesuai dengan keyakinan dan kebutuhan mereka.
5. Prinsip dasar pemasyarakatan dalam pembinaan: Prinsip dasar pemasyarakatan yang melibatkan pendidikan, pelatihan, dan rehabilitasi dapat diterapkan dalam pembinaan ibu hamil di penjara (Kurniawan, 2021). Lembaga pemasyarakatan perlu memastikan ibu hamil mendapatkan pendidikan dan pelatihan yang sesuai dengan kebutuhan mereka sebagai calon ibu.
6. Kerjasama dengan pihak eksternal: Kerjasama antara lembaga pemasyarakatan dengan pihak eksternal, seperti rumah sakit dan lembaga kesehatan lainnya, dapat meningkatkan pelayanan kesehatan bagi ibu hamil di penjara. Lembaga pemasyarakatan perlu menjalin kerjasama yang baik dengan pihak-pihak terkait guna memastikan akses ibu hamil terhadap pelayanan kesehatan yang optimal.

Ibu hamil yang berada di penjara seharusnya memperoleh hak-hak kesehatan yang meliputi:

1. Akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas: Ibu hamil di penjara memiliki hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang

berkualitas, termasuk pemeriksaan kehamilan, pemantauan pertumbuhan janin, persalinan yang aman, dan perawatan pasca persalinan (Kurniawan, 2021; Prihananti, 2022).

2. Akses terhadap gizi yang cukup: Ibu hamil di penjara memiliki hak untuk memperoleh asupan gizi yang cukup dan seimbang guna menjaga kesehatan ibu dan janin (Kurniawan, 2021).
3. Akses terhadap informasi kesehatan: Ibu hamil di penjara memiliki hak untuk memperoleh informasi yang cukup tentang kesehatan ibu dan anak, termasuk tentang perawatan kehamilan, persalinan, dan perawatan pasca persalinan (Prihananti, 2022).
4. Perlakuan yang manusiawi dan tidak diskriminatif: Ibu hamil di penjara memiliki hak untuk diperlakukan secara manusiawi dan tidak diskriminatif, termasuk dalam hal pelayanan kesehatan (Ticoalu, 2013).
5. Akses terhadap perawatan kehamilan yang komprehensif: Ibu hamil di penjara memiliki hak untuk memperoleh perawatan kehamilan yang komprehensif, termasuk pemeriksaan kehamilan, pemantauan pertumbuhan janin, persiapan persalinan, dan perawatan pasca persalinan (Kresnadari et al., 2018).
6. Akses terhadap perawatan kesehatan mental: Ibu hamil di penjara juga memiliki hak untuk memperoleh perawatan kesehatan mental yang memadai, mengingat kondisi penahanan yang dapat memengaruhi kesejahteraan emosional dan psikologis (Andansari, 2014).

Jenis layanan kesehatan yang disediakan untuk ibu hamil di penjara dapat mencakup (Humas Rutan Ponorogo, 2023; Kresnadari et al., 2018).

1. Pemeriksaan kehamilan: Ibu hamil di penjara akan menjalani pemeriksaan rutin untuk memantau perkembangan kehamilan dan kesehatan ibu dan janin.
2. Pemberian vitamin dan suplemen: Ibu hamil di penjara akan diberikan asupan vitamin dan suplemen yang diperlukan untuk menjaga kesehatan ibu dan janin.
3. Pemeriksaan laboratorium: Ibu hamil di penjara mungkin perlu menjalani pemeriksaan laboratorium seperti tes darah, urin, atau tes lainnya yang diperlukan untuk memantau kesehatan ibu dan janin.
4. Konseling kesehatan reproduksi dan seksual: Ibu hamil di penjara dapat mendapatkan konseling tentang kesehatan reproduksi dan seksual, termasuk informasi tentang kehamilan, persalinan, dan perawatan pasca persalinan.
5. Pelayanan persalinan: Jika ibu hamil di penjara akan melahirkan, dia harus mendapatkan pelayanan persalinan yang aman dan memadai, baik di fasilitas kesehatan penjara maupun di rumah sakit terdekat.
6. Perawatan pasca persalinan: Setelah melahirkan, ibu hamil di penjara harus mendapatkan perawatan pasca persalinan yang mencakup pemulihan fisik, dukungan emosional, dan perawatan bayi yang diperlukan.
7. Pelayanan kesehatan mental: Ibu hamil di penjara juga harus mendapatkan pelayanan

kesehatan mental yang memadai, termasuk konseling dan dukungan psikologis.

B. Asuhan Kebidanan pada Single Parent

Asuhan kebidanan pada single parent, atau orang tua tunggal, dapat melibatkan beberapa aspek yang perlu diperhatikan untuk mendukung kesehatan ibu dan anak (Elizon, 2019; Santy, 2011):

1. Pendidikan dan dukungan: Memberikan informasi dan pendidikan kepada ibu tentang perawatan diri, kehamilan, persalinan, dan perawatan bayi. Dukungan emosional dan sosial juga penting untuk membantu ibu menghadapi tantangan sebagai orang tua tunggal.
2. Pemenuhan kebutuhan dasar: Memastikan ibu dan anak memperoleh makanan yang sehat, istirahat yang cukup, dan kebersihan yang baik. Bantuan dalam mengatur jadwal harian dan tugas rumah tangga juga dapat membantu ibu dalam memenuhi kebutuhan dasar keluarga.
3. Pengaturan keuangan: Membantu ibu dalam mengatur keuangan keluarga, termasuk mengelola pengeluaran, mencari sumber pendapatan tambahan, dan memanfaatkan bantuan sosial yang tersedia.
4. Pengaturan waktu: Membantu ibu dalam mengatur waktu antara pekerjaan, pendidikan, dan perawatan anak. Menyediakan layanan penitipan anak yang terjangkau dan berkualitas juga dapat membantu ibu dalam mengatur waktu dengan lebih efektif.
5. Pengembangan keterampilan: Membantu ibu dalam mengembangkan keterampilan parenting yang baik, termasuk keterampilan komunikasi,

disiplin positif, dan pemecahan masalah. Mendukung ibu dalam mengikuti program pendidikan atau pelatihan juga dapat membantu dalam pengembangan keterampilan.

6. Kesehatan mental dan emosional: Memberikan dukungan dan sumber daya untuk menjaga kesehatan mental dan emosional ibu. Bantuan dalam mengatasi stres, depresi, atau kecemasan juga penting untuk menjaga kesejahteraan ibu dan anak.
7. Pemberdayaan: Mendorong ibu untuk mengambil peran aktif dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kesehatan dan kesejahteraan keluarga. Membantu ibu dalam mengembangkan jaringan sosial dan mendapatkan akses ke sumber daya komunitas juga penting dalam pemberdayaan ibu sebagai orang tua tunggal.

C. Asuhan Kebidanan pada Lesbian, Gay, Biseksual dan Transgender (LGBT)

Beberapa tantangan yang dihadapi individu dengan LGBT dalam mengakses layanan kesehatan/kebidanan meliputi (Medina-Martínez et al., 2021):

1. Diskriminasi dan stigma: Individu LGBT mungkin mengalami diskriminasi dan stigma dari penyedia layanan kesehatan, yang dapat menyebabkan kurangnya kepercayaan dan keengganan untuk mencari layanan kesehatan.
2. Kurangnya kompetensi budaya: Penyedia layanan kesehatan mungkin kurang memiliki pengetahuan dan pemahaman tentang kebutuhan kesehatan spesifik dan pengalaman

individu LGBT, sehingga menyebabkan pelayanan yang tidak optimal.

3. Kesenjangan kesehatan: Individu LGBT lebih mungkin mengalami kesenjangan kesehatan tertentu, seperti tingginya angka masalah kesehatan mental dan penyalahgunaan zat, yang mungkin memerlukan perawatan khusus.
4. Hambatan hukum dan kebijakan: Dalam beberapa kasus, hambatan hukum dan kebijakan dapat membatasi akses terhadap layanan kesehatan bagi individu LGBT, seperti pembatasan layanan kesehatan transgender atau tunjangan pasangan sesama jenis.

Asuhan kebidanan pada Lesbian, Gay, Biseksual, dan Transgender (LGBT) dapat melibatkan beberapa aspek yang perlu diperhatikan untuk mendukung kesehatan dan kesejahteraan individu dalam komunitas LGBT (Geehan, 2023):

1. Pendidikan dan dukungan: Memberikan informasi yang akurat dan tidak diskriminatif tentang kesehatan seksual dan reproduksi kepada individu LGBT. Dukungan emosional dan sosial juga penting untuk membantu individu menghadapi tantangan yang mungkin timbul akibat stigmatisasi dan diskriminasi.
2. Pemenuhan kebutuhan dasar: Memastikan individu LGBT memperoleh makanan yang sehat, istirahat yang cukup, dan kebersihan yang baik. Bantuan dalam mengatur jadwal harian dan tugas rumah tangga juga dapat membantu individu dalam memenuhi kebutuhan dasar mereka.

3. Pengaturan keuangan: Membantu individu dalam mengelola keuangan mereka, termasuk akses ke layanan kesehatan yang terjangkau dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
4. Pelayanan kesehatan yang sensitif terhadap LGBT: Menyediakan pelayanan kesehatan yang ramah dan tidak diskriminatif, termasuk pemahaman tentang isu-isu kesehatan yang unik bagi individu LGBT, seperti pencegahan HIV dan pengobatan terkait identitas gender.
5. Dukungan komunitas: Mendorong partisipasi individu dalam komunitas LGBT, seperti kelompok dukungan dan organisasi advokasi, untuk memperoleh dukungan sosial dan informasi yang relevan.

Peran bidan dalam asuhan kebidanan pada Lesbian, Gay, Biseksual, dan Transgender (LGBT), antara lain:

1. Memberikan layanan yang inklusif dan tidak menghakimi: Mempertahankan sikap tidak menghakimi, menggunakan bahasa yang inklusif, dan menghormati identitas dan pengalaman pasien dapat membantu menciptakan lingkungan layanan kesehatan yang aman dan ramah (Geehan, 2023).
2. Meningkatkan kompetensi budaya: Bidan dapat Mengedukasi diri sendiri tentang kebutuhan dan pengalaman kesehatan spesifik individu LGBT, serta isu-isu hukum dan kebijakan yang mungkin mempengaruhi akses mereka terhadap layanan (Eliason, 2012)
3. Melakukan advokasi terhadap perubahan kebijakan: Bidan dapat mengadvokasi perubahan kebijakan yang mendorong

kesetaraan akses terhadap layanan kesehatan bagi individu LGBT, seperti mendukung kebijakan layanan kesehatan yang inklusif transgender atau mengadvokasi pendidikan seks komprehensif yang mencakup informasi tentang keragaman seksual dan gender (Medina-Martínez et al., 2021).

4. Berkolaborasi dengan organisasi komunitas: Bidan dapat bekerja dengan organisasi komunitas LGBT setempat untuk lebih memahami kebutuhan komunitas dan untuk menyediakan sumber daya dan dukungan bagi individu LGBT (Medina-Martínez et al., 2021).

D. Asuhan Kebidanan pada Ibu Pengganti (*Surrogate Mother*)

Ibu pengganti (*surrogate mother*) termasuk kelompok rentan, karena memiliki kemungkinan jenis komplikasi (Halimah, 2018). Komplikasi pada ibu pengganti, meliputi: Kekurangan energi kronis (KEK), anemia, perdarahan, berat badan ibu yang tidak bertambah secara normal, diabetes, hipertensi, keguguran. Sedangkan komplikasi pada bayi yang dikandung, meliputi: Hipoglikemia neonatal (kadar gula darah bayi yang baru lahir di bawah normal), makrosomia (bayi dengan berat lahir yang lebih besar dari normal), distosia bahu (bahu janin tersangkut di jalan lahir), cedera pada jalan lahir, gangguan pernapasan akibat oksigen yang tidak cukup, obesitas di masa kanak-kanak. Selain itu, ada juga risiko umum yang terkait dengan kehamilan, seperti keguguran, infeksi, atau masalah plasenta. Jika terjadi komplikasi, bidan harus segera

mengambil tindakan yang sesuai, termasuk merujuk ke tenaga medis yang lebih spesialis jika diperlukan.

Asuhan kebidanan pada ibu pengganti (*surrogate mother*) melibatkan perawatan dan dukungan yang diberikan kepada wanita yang meminjamkan rahimnya untuk membantu pasangan lain mendapatkan keturunan. Berikut adalah beberapa aspek yang perlu diperhatikan dalam asuhan kebidanan pada ibu pengganti (Malindi, 2020):

1. Pemeriksaan kesehatan: Ibu pengganti perlu menjalani pemeriksaan kesehatan yang komprehensif sebelum memulai proses kehamilan. Pemeriksaan ini meliputi tes darah, tes urin, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan genetik untuk memastikan bahwa ibu pengganti dalam kondisi yang baik untuk mengandung dan melahirkan.
2. Pemantauan kehamilan: Selama kehamilan, ibu pengganti perlu mendapatkan pemantauan yang intensif untuk memastikan kesehatan ibu dan janin. Pemantauan ini meliputi pemeriksaan rutin, tes laboratorium, dan pemeriksaan ultrasonografi.
3. Pemberian nutrisi yang adekuat: Ibu pengganti perlu mendapatkan asupan nutrisi yang seimbang dan cukup selama kehamilan. Nutrisi yang baik akan membantu menjaga kesehatan ibu dan janin.
4. Pemberian dukungan emosional: Proses kehamilan sebagai ibu pengganti dapat menjadi pengalaman yang kompleks secara emosional. Oleh karena itu, penting untuk memberikan

dukungan emosional kepada ibu pengganti selama kehamilan dan setelah melahirkan.

5. Persiapan persalinan dan melahirkan: Ibu pengganti perlu mempersiapkan diri untuk persalinan dan melahirkan. Hal ini meliputi mengikuti kelas persiapan persalinan, menentukan rencana persalinan, dan mempersiapkan perlengkapan yang diperlukan untuk persalinan.
6. Pemulihan pasca persalinan: Setelah melahirkan, ibu pengganti perlu mendapatkan perawatan dan pemulihan yang adekuat. Ini meliputi pemantauan kesehatan, pemberian nutrisi yang baik, dan dukungan emosional.

Peran bidan pada asuhan pada ibu pengganti (*surrogate mother*) meliputi (Viqria, 2022):

1. Pendampingan dan konseling: Bidan dapat memberikan pendampingan dan konseling kepada ibu pengganti selama proses surrogasi, membantu mereka memahami peran dan tanggung jawab mereka sebagai ibu pengganti. Pendampingan ini juga dapat meliputi dukungan emosional dan informasi tentang perubahan fisik dan emosional yang mungkin dialami selama kehamilan.
2. Pemantauan kesehatan: Bidan bertanggung jawab untuk memantau kesehatan ibu pengganti selama kehamilan, termasuk pemeriksaan rutin, tes laboratorium, dan pemantauan pertumbuhan janin. Mereka juga dapat memberikan saran tentang nutrisi yang sehat dan gaya hidup yang baik selama kehamilan.

3. Pendidikan dan persiapan persalinan: Bidan dapat memberikan pendidikan tentang persalinan dan persiapan persalinan kepada ibu pengganti, termasuk teknik pernapasan, posisi yang nyaman, dan manajemen nyeri. Mereka juga dapat membantu ibu pengganti dalam menyusun rencana persalinan yang sesuai dengan keinginan dan kebutuhan mereka.
4. Pemantauan dan perawatan pasca persalinan: Setelah persalinan, bidan dapat membantu ibu pengganti dalam pemulihan pasca persalinan, termasuk pemantauan kesehatan, perawatan luka, dan dukungan dalam menyusui atau memberikan makan bayi.
5. Pendampingan dalam proses pemisahan: Setelah kelahiran, bidan dapat memberikan dukungan emosional dan pendampingan kepada ibu pengganti dalam proses pemisahan dengan bayi yang dilahirkan. Mereka juga dapat membantu ibu pengganti dalam mempersiapkan diri secara emosional untuk memberikan bayi kepada orang tua yang diinginkan.

E. Asuhan Kebidanan pada Pekerja Seks Komersial

Pekerja seks komersial (PSK) menjadi kelompok rentan yang mengalami stigma dan diskriminasi dalam pelayanan kebidanan (Mahmudah, 2018). Bentuk-bentuk stigma dan diskriminasi yang sering dialami oleh PSK meliputi (Palulungan et al., 2020):

1. Stigma sosial: PSK sering dianggap sebagai "sampah masyarakat" atau "penyebarkan penyakit kelamin". Mereka juga sering dianggap bertentangan dengan norma dan agama, yang

dapat menyebabkan perasaan rendah diri dan isolasi sosial.

2. Kekerasan fisik: PSK rentan mengalami kekerasan fisik dari orang-orang terdekat, termasuk keluarga dan pelanggan. Mereka dapat ditendang, dijambak, didorong, ditonjok, disulut rokok, dan menerima perlakuan kasar lainnya yang menyebabkan rasa sakit.
3. Kekerasan psikis: PSK sering mengalami kekerasan psikis, di mana atribut dan stigma negatif yang melekat pada mereka dianggap berlawanan dengan norma dan agama. Mereka dianggap sebagai penyebar penyakit kelamin dan penularan HIV/AIDS, meskipun anggapan ini tidak tepat.
4. Penolakan keluarga: PSK sering menghadapi penolakan dari keluarga mereka, yang dapat menyebabkan perasaan kesepian dan terbatasnya jaringan sosial.
5. Keterbatasan akses ke layanan kesehatan: PSK sering mengalami kesulitan dalam mengakses layanan kesehatan yang aman dan nyaman. Mereka mungkin menghadapi diskriminasi dari tenaga kesehatan atau merasa tidak nyaman dalam mencari perawatan karena stigma yang melekat pada pekerjaan mereka.
6. Diskriminasi dalam pelayanan kesehatan: PSK sering mengalami diskriminasi dalam pelayanan kesehatan, termasuk asuhan kebidanan. Mereka mungkin diperlakukan dengan tidak hormat, diabaikan, atau tidak mendapatkan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan mereka.

Stigma dan diskriminasi terhadap pekerja seks komersial (PSK) dalam pelayanan kebidanan memiliki dampak yang signifikan, antara lain (Palulungan et al., 2020; Rusyidi et al., 2018):

1. Dampak kesehatan fisik: PSK yang mengalami stigma dan diskriminasi mungkin menghadapi hambatan dalam mengakses layanan kesehatan yang aman dan berkualitas. Hal ini dapat berdampak negatif pada kesehatan fisik mereka, termasuk peningkatan risiko infeksi menular seksual dan penyakit menular lainnya.
2. Dampak kesehatan jiwa: Stigma dan diskriminasi dapat menyebabkan tekanan psikologis dan stres yang berlebihan bagi PSK. Mereka mungkin mengalami perasaan rendah diri, depresi, dan kecemasan yang dapat mempengaruhi kesejahteraan jiwa mereka.
3. Dampak sosial dan ekonomi: Stigma dan diskriminasi dapat membatasi akses PSK ke pekerjaan, pendidikan, dan layanan sosial. Hal ini dapat berdampak negatif pada kesejahteraan sosial dan ekonomi mereka, meningkatkan risiko kemiskinan dan ketidakstabilan kehidupan.
4. Dampak terhadap hubungan interpersonal: Stigma dan diskriminasi dapat menyebabkan isolasi sosial bagi PSK, dengan mengurangi dukungan dan hubungan yang sehat dengan orang-orang di sekitar mereka. Hal ini dapat mempengaruhi kualitas hubungan interpersonal mereka dan meningkatkan risiko kesepian dan depresi.
5. Dampak terhadap kualitas pelayanan kesehatan: Stigma dan diskriminasi dapat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh

PSK. Mereka mungkin mengalami perlakuan yang tidak hormat, diabaikan, atau tidak mendapatkan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan mereka. Hal ini dapat berdampak negatif pada kesehatan dan kesejahteraan mereka secara keseluruhan.

Strategi yang dapat dilakukan oleh bidan dalam memberikan asuhan kebidanan yang aman dan nyaman bagi pekerja seks komersial (PSK), antara lain (Palulungan et al., 2020):

1. Menggunakan pendekatan yang bersifat preventif: Bidan dapat memberikan edukasi tentang kesehatan reproduksi, pencegahan Penyakit Menular Seksual (PMS) dengan alat kontrasepsi dan pemberian vaksin, serta pentingnya pemeriksaan rutin. Hal ini dapat membantu PSK dalam menjaga kesehatan mereka dan mengurangi risiko terkena PMS atau kehamilan yang tidak diinginkan.
2. Menggunakan pendekatan yang bersifat represif dan kuratif: Selain upaya preventif, bidan juga perlu siap untuk memberikan tindakan yang bersifat represif dan kuratif jika diperlukan. Hal ini dapat meliputi pemeriksaan kesehatan rutin, pemberian alat kontrasepsi, dan pengobatan penyakit menular seksual.
3. Menggunakan pendekatan rehabilitasi: Meskipun belum sepenuhnya sejalan dengan prinsip-prinsip penanganan prostitusi, bidan dapat memberikan dukungan rehabilitasi kepada PSK, termasuk bantuan hukum, konseling, dan layanan rehabilitasi. Hal ini dapat membantu PSK

dalam meningkatkan kesejahteraan sosial dan ekonomi mereka.

4. Menggunakan metode penyuluhan agama: Penelitian menunjukkan bahwa metode penyuluhan agama dapat efektif dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada PSK. Bidan dapat bekerja sama dengan lembaga agama untuk memberikan penyuluhan agama yang relevan dengan kesehatan reproduksi dan pencegahan PMS.
5. Menggunakan metode partisipatif: Penelitian menunjukkan bahwa partisipasi PSK dalam program kesehatan mereka dapat meningkatkan efektivitas intervensi. Bidan dapat melibatkan PSK dalam perencanaan dan pelaksanaan program asuhan kebidanan, sehingga PSK merasa lebih terlibat dan memiliki tanggung jawab terhadap kesehatan mereka sendiri.
6. Menggunakan pendekatan holistik: Bidan perlu melihat PSK sebagai individu yang kompleks, dengan kebutuhan fisik, emosional, dan sosial yang berbeda-beda. Dengan memahami kebutuhan ini, bidan dapat memberikan asuhan kebidanan yang holistik, yang mencakup tidak hanya kesehatan fisik, tetapi juga kesehatan mental dan sosial PSK.

Sikap bidan membangun hubungan yang baik dengan Pekerja Seks Komersial (PSK) dalam memberikan asuhan kebidanan yaitu (Palulungan et al., 2020):

1. Menggunakan pendekatan yang empatik dan tidak menghakimi: Bidan perlu memahami bahwa PSK adalah individu yang memiliki

kebutuhan kesehatan yang unik dan kompleks. Dalam berinteraksi dengan PSK, bidan harus menghormati dan menghargai mereka tanpa menghakimi atau menyalahkan.

2. Mendengarkan dengan aktif: Bidan perlu memberikan waktu dan perhatian penuh saat berkomunikasi dengan PSK. Mendengarkan dengan aktif dapat membantu bidan memahami kebutuhan dan kekhawatiran PSK, sehingga dapat memberikan asuhan yang sesuai.
3. Menjaga kerahasiaan: Kerahasiaan adalah hal yang penting bagi PSK dalam mencari pelayanan kesehatan. Bidan perlu menjamin kerahasiaan informasi pribadi PSK dan tidak mengungkapkannya kepada pihak lain tanpa persetujuan.
4. Menggunakan bahasa yang mudah dipahami: Bidan perlu menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami oleh PSK. Hal ini akan membantu PSK dalam memahami informasi yang diberikan dan mengambil keputusan yang tepat terkait dengan kesehatan mereka.
5. Kolaborasi dengan lembaga agama: Bidan dapat bekerja sama dengan lembaga agama untuk memberikan penyuluhan agama yang relevan dengan kesehatan reproduksi dan pencegahan penyakit menular seksual. Metode penyuluhan agama telah terbukti efektif dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada PSK.
6. Memberikan dukungan emosional: PSK seringkali menghadapi tekanan dan stres yang tinggi dalam pekerjaan mereka. Bidan dapat memberikan dukungan emosional kepada PSK,

seperti mendengarkan keluhan mereka atau memberikan motivasi dan dorongan.

7. Menghormati keputusan dan pilihan PSK: Bidan perlu menghormati keputusan dan pilihan yang diambil oleh PSK terkait dengan kesehatan mereka. Meskipun bidan dapat memberikan saran dan informasi, keputusan akhir tetap ada pada PSK.

F. Asuhan Bayi Baru Lahir dengan Ibu Kecanduan Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif (NAPZA)

Efek jangka panjang dari paparan NAPZA selama anak di dalam kandungan dapat signifikan dan bervariasi (Behnke et al., 2013). Beberapa konsekuensi potensial meliputi:

1. Gangguan pertumbuhan: Bayi yang terpapar obat-obatan di dalam rahim mungkin mengalami gangguan pertumbuhan, yang dapat menyebabkan masalah fisik dan perkembangan jangka panjang. Penurunan pertumbuhan janin telah dikaitkan dengan penggunaan nikotin, kokain, atau metamfetamin.
2. Cacat lahir: Paparan obat sebelum melahirkan dapat meningkatkan risiko cacat lahir yang melibatkan otak, jantung, ginjal, atau usus. Misalnya, paparan amfetamin dapat menyebabkan bibir sumbing, cacat jantung, dan penurunan pertumbuhan janin.
3. Perubahan perkembangan otak: Paparan obat selama kehamilan dapat mempengaruhi perkembangan otak bayi, menyebabkan masalah kognitif dan perilaku jangka panjang. Hal ini dapat mencakup defisit bahasa, cacat perilaku, dan masalah fungsi eksekutif.

4. Masalah bahasa dan kognitif: Paparan alkohol dan obat-obatan pada masa prenatal telah terbukti mengganggu perkembangan dan penggunaan bahasa, yang mungkin menyebabkan masalah jangka panjang dalam fungsi sosial dan akademik.
5. Masalah perhatian dan perilaku: Hiperaktif dan rentang perhatian yang pendek telah ditemukan pada balita yang terpapar opiat sebelum lahir, dan anak-anak yang lebih tua mungkin mengalami masalah perhatian dan perilaku.
6. Prestasi akademis yang rendah: Paparan obat-obatan sebelum melahirkan, termasuk alkohol, telah dikaitkan dengan kecerdasan yang lebih rendah, masalah perhatian, dan prestasi akademis yang rendah.
7. Fungsi emosional dan regulasi perilaku: Efek jangka panjang dari paparan obat-obatan terlarang di dalam rahim juga dapat berdampak pada fungsi emosional dan regulasi perilaku anak. Hal ini dapat bermanifestasi sebagai kesulitan dalam mengelola emosi dan mengendalikan perilaku.
8. Penggunaan narkoba di masa depan: Ada beberapa bukti yang menunjukkan bahwa anak-anak yang terpapar narkoba di dalam rahim mungkin mempunyai risiko lebih besar untuk mengalami masalah penyalahgunaan narkoba di kemudian hari. Namun, hubungan antara paparan narkoba pada masa prenatal dan penggunaan narkoba di masa depan sangatlah kompleks dan dipengaruhi oleh berbagai faktor.

Bidan perlu melakukan kolaborasi dan rujukan pada dokter. Asuhan bayi baru lahir dengan ibu kecanduan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif (NAPZA), yaitu:

1. Pengaruh kehamilan: Penggunaan narkotika oleh ibu hamil dapat menyebabkan berbagai dampak buruk bagi janin, mulai dari berat badan bayi rendah, gangguan perkembangan bayi, hingga kematian pada ibu dan janin (Ross et al., 2015).
2. Sindrom putus obat: Bayi yang lahir dari ibu kecanduan NAPZA dapat mengalami sindrom putus obat, yang terbagi menjadi dua tipe, yaitu sindrom yang terjadi akibat penggunaan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif. Gejala sindrom putus obat pada bayi antara lain tak ada nafsu makan, napas cepat, tangisan yang berlebihan, tubuh yang gemeteran, dan gangguan belajar saat tumbuh dewasa (Mulyani et al., 2009).
3. Perawatan bayi: Bayi dengan sindrom putus obat memerlukan perawatan khusus. Beberapa langkah yang dapat dilakukan antara lain:
 - a. Memberikan dukungan nutrisi yang cukup, baik melalui pemberian ASI maupun formula susu yang sesuai dengan usia dan kondisi bayi.
 - b. Menjaga suhu tubuh bayi agar tetap stabil dengan menggunakan inkubator atau pakaian yang sesuai.
 - c. Memberikan perawatan kulit yang baik, seperti membersihkan kulit bayi dengan lembut dan menggunakan pelembap.

- d. Memberikan stimulasi yang tepat, seperti sentuhan lembut dan suara yang menenangkan.

Tugas

Mahasiswa melakukan observasi ke komunitas serta melakukan pengkajian dan asuhan sesuai dengan topik berikut ini:

1. Asuhan kebidanan pada kehamilan dalam penjara
2. Asuhan kebidanan pada single parent
3. Asuhan kebidanan pada Lesbian, Gay, Biseksual dan Transgender (LGBT)
4. Asuhan kebidanan pada ibu pengganti (surrogate mother)
5. Asuhan kebidanan pada pekerja seks komersial
6. Asuhan bayi baru lahir dengan ibu kecanduan narkotika, psikotropika dan zat adiktif (NAPZA)

Latihan Soal

1. Seorang bidan Klinik Lapas sedang melakukan kunjungan pada ibu hamil narapidana. Sebagian besar baru pertama kali hamil dan saat ini memasuki trimester 3. Ibu merasa cemas tidak mendapatkan pertolongan persalinan yang memadai karena melahirkan di Lapas.
Apakah asuhan yang paling tepat pada kasus tersebut?
 - A. Merujuk ke RS
 - B. Memberikan gizi seimbang
 - C. Memberikan dukungan psikologis
 - D. Membantu hak keringanan melahirkan narapidana
 - E. Melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya

2. Seorang bidan melakukan kunjungan rumah pada ibu nifas. Ibu tampak kebingungan karena sudah mulai bekerja satu minggu lagi sehingga tidak ada yang merawat bayinya. Ibu tinggal jauh dari keluarga dan merupakan single parent semenjak suaminya meninggal karena Covid-19. Bidan merencanakan layanan kebidanan sesuai kebutuhan tersebut. Apakah inovasi yang paling tepat ditambahkan pada kasus tersebut?
- A. Hipnosis
 - B. Pijat dan SPA bayi
 - C. Antar jemput anak
 - D. Salon ibu dan anak
 - E. Perawatan bayi (daycare)
3. Seorang perempuan, umur 20 tahun, datang ke Puskesmas dengan keluhan keputihan dari jalan lahir berbau sudah 1 minggu. Hasil anamnesis: belum menikah, riwayat biseksual, pekerjaan pemandu karaoke. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD: 110/70 mmHg, N: 80 x/menit, P: 20 x/menit, S: 37,8 °C, pengeluaran keputihan dari jalan lahir berwarna kuning kehijauan. Apakah rencana asuhan yang tepat dilakukan bidan pada kasus tersebut?
- A. Berikan antibiotik
 - B. Rujuk ke Rumah Sakit
 - C. Kolaborasi dengan dokter
 - D. Lakukan pemeriksaan ELISA
 - E. Konsultasi analis untuk pemeriksaan penunjang

4. Seorang pasangan suami istri umur 35 tahun dan 33 tahun datang ke RS untuk melakukan perencanaan kehamilan. Hasil anamnesis: riwayat pernikahan 10 tahun, belum pernah hamil, pernah melakukan program bayi tabung tetapi gagal. Hasil pemeriksaan: ada kanker ovarium pada istri, analisis sperma suami baik. Pasangan suami istri telah menyiapkan surrogate mother pada program kehamilan ini. Manakah pernyataan yang paling tepat sesuai kasus tersebut?
- A. Program surrogate mother minim komplikasi
 - B. Suami wajib memberikan dukungan emosional pada surrogate mother
 - C. Proses pemisahan ibu pengganti dan anak dilakukan tanpa pendampingan
 - D. Pemeriksaan kesehatan tidak dilakukan jika ibu pengganti adalah keluarga dekat
 - E. Ibu pengganti mendapatkan hak layanan kehamilan, persalinan, dan nifas yang sama
5. Seorang perempuan, umur 25 tahun, G1P0A0 hamil 8 minggu datang ke TPMB untuk memeriksakan kehamilannya. Hasil anamnesis: Riwayat pecandu narkoba, saat ini melakukan masa rehabilitasi, masih sering berhalusinasi. Hasil pemeriksaan: KU baik, TD: 110/70 mmHg, N: 90 x/menit, P: 18 x/menit, S: 37°C. Apakah komplikasi jangka pendek pada janin jika kondisi tidak diatasi?
- A. IUGR
 - B. Depresi
 - C. Cacat lahir
 - D. Perubahan perilaku
 - E. Gangguan bahasa dan kognitif

BAB VII

ASUHAN KEBIDANAN PADA PEREMPUAN DAN ANAK DENGAN KEBUTUHAN KHUSUS PADA PERMASALAHAN BUDAYA

Deskripsi

Mata kuliah ini memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk memahami dan mengaplikasikan teori dan konsep yang diperoleh dari kuliah pada tatanan klinik dengan melakukan Asuhan Kebidanan Pada Perempuan dan Anak Dengan Kebutuhan Khusus Pada Permasalahan Budaya. Asuhan kebidanan diberikan oleh seorang pemberi pelayanan kebidanan sangat memengaruhi kualitas asuhan yang diberikan dalam tindakan kebidanan seperti Pemilihan Jenis Kelamin anak, *Vaginal Birth After Caesarean* (VBAT), Persiapan persalinan dan kelahiran pada kebutuhan, Perawatan anak pada ibu berkebutuhan khusus.

Tujuan

1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Menjelaskan asuhan kebidanan pada perempuan dan anak dengan kebutuhan khusus pada permasalahan budaya.

2. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- a. Pemilihan jenis kelamin anak
- b. *Vaginal Birth After Caesarean* (VBAT)
- c. Persiapan persalinan dan kelahiran pada kebutuhan
- d. Perawatan anak pada ibu berkebutuhan khusus.

Uraian Materi

A. Pemilihan Jenis Kelamin Anak

Pemilihan jenis kelamin sebelum konsepsi untuk alasan nonmedis menimbulkan masalah moral, hukum, dan sosial. Kekhawatiran utama didasarkan pada asumsi bahwa layanan pemilihan jenis kelamin yang tersedia secara luas akan menyebabkan ketidakseimbangan jenis kelamin yang mengganggu secara sosial. (Dahl et al., 2006)

Hasil penelitian di Hongaria Mengenai jenis kelamin anak menunjukkan kecenderungan preferensi terhadap anak sulung berjenis kelamin laki-laki, meskipun pasangan yang menginginkan lebih dari satu anak lebih memilih jumlah anak laki-laki dan perempuan yang sama. Oleh karena itu, pemanfaatan seleksi gender prakonsepsi tampaknya tidak terlalu mempengaruhi rasio alami laki-laki/perempuan. Indikasi genetik mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap keputusan mengenai prosedur pemilihan jenis kelamin. (Ryan et al., 2018)

Dari hasil penelitian di Amerika Serikat penggunaan teknologi untuk pemilihan jenis kelamin prakonsepsi melalui pemisahan sperma sepertinya tidak akan digunakan oleh sebagian besar penduduk Amerika Serikat dan kemungkinan besar tidak akan berdampak signifikan terhadap rasio jenis kelamin alami, dengan penjabaran delapan persen responden akan menggunakan teknologi pemilihan jenis kelamin prakonsepsi, 74% menentang, dan 18% ragu-ragu. Untuk proses pemilihan jenis kelamin dengan meminum pil, 18% akan bersedia

menggunakan obat tersebut, 59% menentang, dan 22% ragu-ragu. Dalam hal pilihan gender, 39% responden menginginkan anak pertama mereka berjenis kelamin laki-laki, 19% menginginkan anak pertama mereka berjenis kelamin perempuan, dan 42% tidak memiliki preferensi. Secara keseluruhan, 50% ingin mempunyai keluarga dengan jumlah anak laki-laki dan perempuan yang sama, 7% dengan lebih banyak anak laki-laki dibandingkan anak perempuan, 6% dengan lebih banyak anak perempuan dibandingkan anak laki-laki, 5% hanya dengan anak laki-laki, 4% dengan hanya anak perempuan, dan 27% memiliki tidak ada preferensi. (Dahl et al., 2006)

B. *Vaginal Birth After Caesarean (VBAT)*

Persalinan pervaginam setelah operasi caesar (VBAC) masih menjadi topik kontroversial, dan topik ini kurang memiliki data yang kuat untuk memandu dokter dan ibu yang melahirkan mengenai pilihan terbaik untuk cara melahirkan pada kehamilan berikutnya. Di banyak negara maju, tren yang diamati dalam beberapa tahun terakhir adalah penurunan angka VBAC secara progresif, sehingga meningkatkan penggunaan operasi caesar berulang elektif (ERCS). Faktor ini berkontribusi lebih besar dibandingkan faktor lainnya terhadap tingginya angka operasi caesar (CS) di banyak negara. Dengan tingkat CS saat ini yang bervariasi antara 30 dan 50% di negara maju, riwayat CS sebelumnya merupakan indikasi utama yang disebutkan pada sekitar 30%. (Ryan et al., 2018)

Cara persalinan yang optimal bagi wanita yang pernah menjalani operasi caesar sebelumnya masih menjadi topik kontroversial dalam praktik obstetri, dan praktik klinisnya bervariasi di seluruh dunia. Tingkat kelahiran pervaginam setelah operasi caesar (VBAC) bervariasi secara signifikan dari satu negara ke negara lain, berkisar antara 9,6% -52,2%. Di era ketika angka operasi caesar umum (CS) dianggap sangat tinggi yaitu 25-50% di banyak negara dan semakin meningkat, harus diingat bahwa salah satu kontribusi terbesar terhadap angka tersebut dalam suatu populasi berasal dari kelompok wanita yang pernah menjalani satu kali operasi caesar. (Ryan et al., 2018)

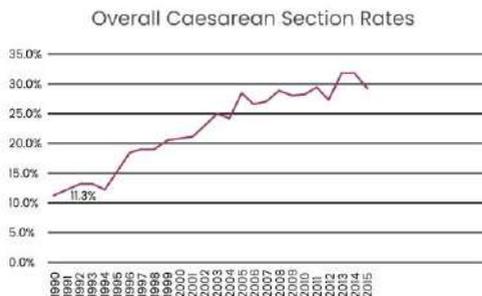
Bagi ibu bersalin yang pernah menjalani satu kali operasi caesar pada dasarnya ada dua pilihan, VBAC atau operasi caesar berulang elektif (ERCS). Dengan cara yang berbeda, kedua hal ini menambah tingkat morbiditas ibu dan perinatal, dan jarang menyebabkan kematian. Risiko VBAC pada ibu yang menjalani operasi caesar darurat (VBAC gagal), dapat berdampak pada peningkatan risiko perdarahan, transfusi, ruptur uteri, dan endometritis, dan pada bayi peningkatan risiko asfiksia atau kematian perinatal. Operasi caesar berulang elektif ERCS juga memiliki beberapa resiko seperti plasenta previa, plasenta akreta, dan peningkatan risiko histerektomi. Selain itu morbiditas pernapasan pada neonatal bayi, dan risiko masa kanak-kanak jangka panjang yang diduga terkait dengan persalinan tersebut. (Ryan et al., 2018)

Salah satu temuan yang lebih konsisten sehubungan dengan VBAC dalam beberapa dekade terakhir adalah penurunan angka ERCS di banyak negara, bersamaan juga peningkatan angka ERCS juga terjadi, sehingga tidak adanya data yang dapat diandalkan, namun peningkatan angka operasi caesar telah menimbulkan banyak kekhawatiran. Alasan pasti dari tren VBAC terkini ini masih belum jelas, namun banyak faktor yang perlu berkontribusi seperti pandangan dokter, preferensi pasien, protokol institusional, pedoman nasional, dan penelitian berbasis bukti berkualitas untuk memberikan konseling yang andal kepada pasien. (Ryan et al., 2018).

1. Tingkat upaya VBAC

Hasil Statistik (Tabel 1) menggambarkan proporsi (%) perempuan yang memilih untuk mencoba VBAC, dari penyebut seluruh perempuan yang memasuki sistem antenatal dan pernah menjalani satu kali operasi caesar. Tingkat upaya VBAC juga dapat digambarkan sebagai tingkat serapan VBAC atau tingkat percobaan persalinan setelah operasi caesar (TOLAC).

Figure | Overall Caesarean Section Rates in Galway University Hospital 1990-2015



Gambar 7.1 Overall Caesarean Section Rates in Galway University Hospital 1990-2015

2. Tingkat keberhasilan VBAC

Upaya VBAC dapat menghasilkan VBAC yang “berhasil” atau percobaan persalinan yang “gagal” yang mengakibatkan kelahiran caesar berulang.

3. Tingkat upaya VBAC

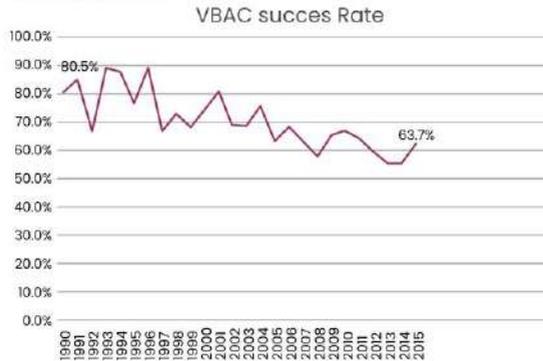
Tingkat upaya VBAC di Galway University Hospital selama periode 25 tahun dari tahun 1990 hingga 2015 ditunjukkan secara grafis pada Gambar 2. Terjadi penurunan tingkat upaya VBAC dari 69% pada tahun 1990 menjadi 51,8% pada tahun 2015. Penurunan serupa juga terjadi di banyak unit kebidanan di negara maju pada waktu itu. Angka di Amerika menunjukkan penurunan serupa, meskipun pada tingkat yang lebih rendah, pada tingkat upaya VBAC, yang mencapai puncaknya pada tahun 1995 sebesar 51,8%, dan menurun hingga sebesar 15,9% pada tahun 2006.

4. Tingkat keberhasilan VBAC

Tingkat keberhasilan VBAC untuk Galway University Hospital dari tahun 1990 hingga 2015 juga ditunjukkan pada Gambar. Tingkat keberhasilan tersebut bervariasi dari 80,5% pada tahun 1995 hingga 63,7% pada tahun 2015. Tingkat keberhasilan VBAC bervariasi dalam literatur tetapi umumnya berkisar antara 54 dan 75%, dengan tingkat keberhasilan tertinggi pada mereka yang memiliki riwayat persalinan pervaginam sebelumnya. Di AS, tingkat keberhasilan VBAC mencapai puncaknya pada 69,8% pada tahun 2000 namun menurun hingga

38,5% pada tahun 2008. Angka tingkat keberhasilan VBAC di Inggris bervariasi.

Figure III Vaginal Birth After Caesarean Section (VBAC) Success Rates Galway University Hospital 1990-2015



Gambar 7.2 Vaginal Birth After Caesarean Section (VBAC) Success Rates Galway University Hospital 1990- 2015.

5. Memprediksi hasil persalinan untuk upaya VBAC
VBAC yang berhasil dikaitkan dengan tingkat komplikasi yang paling rendah, dan VBAC yang tidak berhasil, yang mengakibatkan CS darurat, memiliki risiko hasil persalinan buruk. Oleh karena itu, pertimbangan yang cermat harus diberikan terhadap peluang keberhasilan atau kegagalan setiap wanita.
6. Model untuk memprediksi VBAC yang sukses
Model untuk memprediksi keberhasilan VBAC telah dikembangkan untuk menentukan pasien mana yang lebih disukai untuk mencoba VBAC. Grobman dkk. mengembangkan model prediksi yang mencakup karakteristik ibu yang diperoleh pada kunjungan antenatal pertama: usia, indeks massa tubuh sebelum hamil (kg/m^2), etnis,

riwayat persalinan pervaginam sebelumnya, VBAC sebelumnya, dan indikasi untuk persalinan sesar sebelumnya. Model penilaian peluang untuk keberhasilan VBAC yang lebih akurat dapat dengan menggunakan USG untuk mengukur.

7. Pertimbangan risiko umum

Baik VBAC maupun ERCS berhubungan dengan risiko morbiditas ibu dan janin, dan terkadang kematian. Sehubungan dengan hal tersebut belum tersediannya hasil penelitian yang membandingkan dari kelompok-kelompok ini. Faktor risiko ibu yang dapat terjadi berupa ruptur uterus, histerektomi, transfusi, tromboemboli, persalinan operatif, korioamnionitis/endometritis, distosia bahu, dan kematian.

8. Faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan

Ada banyak faktor yang mempengaruhi penggunaan upaya VBAC, yang pada akhirnya mempengaruhi tingkat VBAC secara keseluruhan.

9. Bukti VBAC v ERCS

Tingkat operasi caesar meningkat secara global (Vogel et al., 2015) yang berarti semakin banyak perempuan menghadapi keputusan sulit mengenai cara melahirkan untuk bayi berikutnya. Di Australia, sekitar sepertiga dari seluruh kelahiran dilakukan melalui operasi caesar dan operasi caesar berulang merupakan kontributor penting (Australian Institute of

Health and Welfare, 2018). Pada tahun 2015 di Australia, 81% wanita pernah menjalani satu kali operasi caesar dan 98% persen pernah menjalani dua atau lebih operasi caesar sebelumnya (Australian Institute of Health and Welfare 2017).

Pada suatu waktu, perempuan tidak mempunyai banyak pilihan untuk memilih cara melahirkan setelah operasi caesar karena pepatah “sekali operasi caesar selalu operasi caesar” (Cragin, 1916). Sejak saat itu, bukti telah muncul bahwa kelahiran normal dapat dilakukan dengan aman setelah operasi caesar (Guise et al., 2010) meskipun masih terdapat kekurangan bukti tingkat tinggi (Yue-Zhou dkk. 2017) yang dapat dijadikan masukan dalam praktik dan kontroversi masih terus berlanjut. Sebuah hasil penelitian baru-baru ini di Skotlandia mengidentifikasi peningkatan risiko yang terkait dengan VBAC meskipun menyoroiti bahwa risiko absolut untuk kedua pendekatan tersebut rendah (Fitzpatrick dkk., 2019)

Pengambilan keputusan oleh perempuan menjadi rumit karena kurangnya konsensus dan panduan yang jelas mengenai cara melahirkan optimal setelah operasi caesar (Gardner, dkk., 2015). Praktisi memilih metode melahirkan pervaginam setelah operasi caesar (VBAC) dibandingkan dengan operasi caesar berulang secara elektif. Perdebatan bagian (ERCS) menyoroiti tingkat keparahan, atau jarangnyanya hasil yang merugikan pada kehamilan atau persalianan buruk yang terkait dengan ERCS

terutama dengan ERCS multipel. Hal ini seringkali membuat perempuan berada pada posisi sulit ketika mengambil keputusan mengenai kelahiran berikutnya (David, et al., 2010).

Studi kualitatif telah menyoroti pentingnya informed consent dan kontrol dalam kaitannya dengan pengambilan keputusan bagi perempuan (Emmett, et al., 2006; Keedle, et al., 2019; McGrath, et al., 2010; Meddings, et al., 2007) dengan para peneliti menyarankan bahwa proses pilihan berdasarkan informasi harus disesuaikan dengan kebutuhan individu (Moffat et al., 2007; Nilsson, et al., 2017). Meskipun perempuan memprioritaskan kesehatan dan kesejahteraan diri mereka sendiri dan bayinya, hasil klinis bukanlah satu-satunya faktor yang mempengaruhi keputusan mereka (Chen, dkk, 2018; Fenwick, dkk, 2007; Hughes, 2016; Shorten, dkk, 2014). Wanita juga dipengaruhi oleh pengalaman melahirkan mereka sebelumnya dengan sebuah penelitian terhadap wanita yang memilih operasi caesar berulang, menemukan bahwa sebagian besar perempuan termotivasi oleh rasa takut akan rasa sakit saat melahirkan dan/atau risiko yang dirasakan terhadap bayinya serta keinginan untuk mengontrol proses persalinan (McGrath & Ray-Barruel, 2009). Dalam prakteknya, beberapa wanita mengambil keputusan pada awal kehamilan, atau bahkan sebelum kehamilan, sehingga hanya menyisakan sedikit ruang untuk mempertimbangkan alternatif lain. Bagi orang lain seperti mereka

yang berpartisipasi dalam penelitian Moffat dkk. (2007), preferensi terhadap cara melahirkan tidak begitu kuat dan keputusan tersebut berkembang seiring dengan berjalannya kehamilan. Beberapa wanita merasa tidak nyaman dengan tanggung jawab pengambilan keputusan dan lebih memilih menyerahkan rekomendasi kepada dokter mereka. Keputusan perempuan yang berpartisipasi dalam penelitian Fenwick et al. (2007) dibentuk oleh keyakinan yang kuat tentang persalinan alami, dengan kemampuan melahirkan secara alami menjadi bagian penting dari subjektivitas mereka sebagai perempuan dan ibu. Para wanita ini juga termotivasi oleh cara melahirkan yang dapat berdampak pada ikatan ibu dan bayi serta transisi mereka menjadi orang tua.

Hughes (2016) melaporkan bahwa kewajiban orang tua terhadap anak-anak lain juga berpengaruh dalam pengambilan keputusan bagi perempuan yang khawatir mengenai bagaimana pemulihan dari operasi caesar dapat berdampak pada kemampuan mereka untuk menjadi orang tua bagi anak-anak lain. Persingkat dkk. (2014) dalam sebuah penelitian yang memanfaatkan tanggapan tertulis perempuan terhadap pertanyaan terbuka dalam sebuah survei, menemukan bahwa mereka yang memilih untuk melahirkan terinspirasi oleh pemulihan yang lebih cepat dari persalinan pervaginam dan perasaan bahwa persalinan pervaginam adalah hal yang normal. Para wanita ini juga termotivasi oleh cara melahirkan yang

dapat berdampak pada ikatan ibu dan bayi serta transisi mereka menjadi orang tua.

Faktor ekstrinsik yang mempengaruhi pengambilan keputusan meliputi profesional kesehatan, rekan sejawat, dan mitra. Persingkat dkk. (2014) menemukan bahwa perempuan yang memilih operasi caesar berulang untuk kelahiran berikutnya, lebih dipengaruhi oleh nasihat medis dibandingkan perempuan yang memilih VBAC. Hal ini juga diamini oleh Hughes (2016) yang mengamati bahwa lebih banyak wanita yang memilih operasi caesar berulang dan menyebutkan dampak dari tenaga kesehatan dalam pengambilan keputusan dibandingkan dengan mereka yang memilih melahirkan secara normal. Chen dkk. (2018), yang mencatat bahwa perempuan sangat terpengaruh oleh rekomendasi dokter kandungan mengenai cara melahirkan dan sebagian besar merekomendasikan operasi caesar berulang. Sebaliknya, perempuan di Britania Raya (UK) yang berpartisipasi dalam penelitian Emmett dkk. (2006), melaporkan bahwa dokter kandungan lebih “lepas tangan” dalam mengarahkan pengambilan keputusan mereka; memberikan informasi sehingga perempuan dapat membuat keputusan yang tepat. Namun banyak perempuan yang ingin diberikan informasi yang lebih komprehensif dan spesifik. Profesional kesehatan yang suportif diidentifikasi oleh Nilsson dkk. (2017) untuk mengarahkan pengambilan keputusan perempuan terhadap kelahiran normal.

Analisis naratif mengenai pengalaman sebelas perempuan Australia dalam merencanakan VBAC oleh Keedle dkk. (2019) menemukan bahwa perempuan tidak hanya menginginkan penyedia layanan yang suportif tetapi juga terampil dan percaya diri. Beberapa penelitian melaporkan pengaruh pasangan (Hughes, 2016; Robson et al., 2015) dengan Robson et al. (2015) menemukan bahwa persepsi pasangan terhadap risiko berpengaruh terhadap apakah seorang wanita ingin melakukan persalinan pervaginam atau tidak. Bagi sebagian wanita, akses dan dukungan terhadap persalinan pervaginam setelah operasi caesar yang dianggap aman merupakan hal yang penting untuk mengatasi tingginya angka operasi caesar di Australia dan negara-negara serupa lainnya. Banyak literatur mengenai topik ini yang mengeksplorasi pengambilan keputusan perempuan baik dalam VBAC maupun ERCS, dengan mengidentifikasi berbagai faktor yang mempengaruhi baik intrinsik maupun ekstrinsik. Hanya sedikit penelitian yang berfokus pada faktor-faktor yang memotivasi perempuan untuk memilih VBAC dibandingkan ERCS.

Hasil penelitian Davis et al., 2020 menjelaskan Sebagian besar wanita dalam penelitian ini lebih memilih persalinan pervaginam (alami) untuk kelahiran berikutnya setelah operasi caesar dan hal ini ditentukan sebelum atau di awal kehamilan mereka. Faktor-faktor yang lebih memotivasi mereka dalam mengambil keputusan untuk melahirkan secara

normal adalah pengalaman pemulihan setelah operasi caesar sebelumnya. Negara australia dan banyak negara berpendapatan tinggi lainnya mempunyai angka operasi caesar yang tinggi dan operasi caesar berulang merupakan kontributor yang signifikan. Ada ruang untuk meningkatkan tingkat VBAC yang aman di situasi ini dan memahami faktor-faktor yang memotivasi perempuan untuk mencoba VBAC adalah hal yang penting. Studi ini menemukan bahwa beberapa wanita sangat berkomitmen untuk melahirkan secara alami dengan keputusan untuk melakukan VBAC sejak dini (atau sebelum kehamilan berikutnya). Perempuan menyoroti kesulitan yang terkait dengan pemulihan (Davis et al., 2020).

C. Persiapan Persalinan dan Kelahiran pada Kebutuhan Khusus

Prevalensi disabilitas secara global, yang didefinisikan sebagai orang yang mengalami kesulitan fungsi tubuh secara signifikan dalam kehidupan sehari-hari saat dewasa, diperkirakan mencapai 15,6%. Di negara-negara berpenghasilan tinggi, tingkat prevalensi disabilitas pada kelompok usia 18 – 49 tahun adalah 6,4%. Dari wanita usia subur (15 – 44 tahun) di Austria, sekitar 8,1% hidup dengan gangguan permanen. Dalam kehidupan sehari-hari, perempuan penyandang disabilitas menghadapi berbagai tantangan dan aspek diskriminasi, seperti kurangnya fasilitas bebas hambatan atau pengucilan sosial dari masyarakat umum, termasuk pilihan pekerjaan. Persoalan kehamilan dan peran sebagai ibu bagi perempuan

penyandang disabilitas masih dianggap tabu atau dipandang kritis, dan kemampuan mereka dalam mengasuh anak seringkali dipertanyakan. (Schildberger et al., 2017)

Di seluruh dunia, prevalensi disabilitas di kalangan perempuan usia subur sangat bervariasi, bergantung pada negara dan definisi disabilitas. Di Austria, angka kelahiran perempuan penyandang disabilitas tidak tercatat dalam statistik kelahiran nasional. Di Inggris, penelitian berbasis populasi berskala besar terhadap wanita yang baru saja melahirkan menemukan prevalensi kondisi atau kecacatan kronis sebesar 9,4%. Perempuan penyandang disabilitas lebih mungkin untuk memanfaatkan program layanan kesehatan sosial dan melakukan kunjungan ke ruang gawat darurat, dirawat di rumah sakit selama kehamilan, persalinan sesar, kelahiran prematur dan bayi dengan berat badan lahir rendah, dan mereka mempunyai kemungkinan yang sama atau lebih kecil untuk menerima layanan pranatal yang memadai dibandingkan dengan perempuan tanpa disabilitas. (Schildberger et al., 2017)

Lawler dkk. menyimpulkan bahwa akses terhadap penyediaan layanan perawatan prenatal bagi perempuan penyandang disabilitas harus ditingkatkan. Pada dasarnya, bangunan harus disesuaikan untuk menyediakan aksesibilitas yang memadai, kelas prenatal dengan kepekaan bagi perempuan hamil penyandang disabilitas harus disediakan, pengembangan profesional bagi para ahli medis harus ditingkatkan, dan kepekaan

terhadap disabilitas dan kehamilan harus dibangkitkan. Beberapa studi yang dilakukan dalam dua dekade terakhir menunjukkan bahwa perempuan penyandang disabilitas menghadapi buruknya akses terhadap layanan kehamilan, serta hambatan struktural dan kurangnya infrastruktur yang memadai. Selain itu, perempuan penyandang disabilitas melaporkan terbatasnya pilihan kontrasepsi dan tidak memadainya layanan dan dukungan kesehatan seksual atau reproduksi. Mereka mengalami ketidakpekaan dan kurangnya pengetahuan tentang disabilitas di pihak penyedia layanan kesehatan dan informasi yang terbatas atau tidak memadai serta dukungan yang tidak memadai atau tidak tepat dari para profesional kesehatan (dokter, bidan dan perawat) dan dihadapkan pada praktik diskriminatif. Para profesional layanan kesehatan mengakui 'kurangnya kompetensi, pengetahuan dan keterampilan' mereka mengenai disabilitas dan mengindikasikan kurangnya komunikasi yang efektif dan kurangnya sumber daya dalam studi baru-baru ini. (Schildberger et al., 2017)

Pasal 23 Konvensi PBB tentang Hak-Hak Penyandang Disabilitas menyatakan bahwa para pihak dalam konvensi tersebut harus berkomitmen untuk 'mengambil langkah-langkah yang efektif dan tepat untuk menghapuskan diskriminasi terhadap penyandang disabilitas dalam segala hal yang berkaitan dengan pernikahan, keluarga, peran sebagai orang tua dan hubungan, pada dasar kesetaraan dengan orang lain. Pada bulan Juli 2015, 156 negara, termasuk seluruh negara anggota Uni Eropa, telah meratifikasi konvensi ini dan berjanji

untuk memberikan kualitas layanan maternitas yang setara bagi perempuan penyandang disabilitas. Namun, dilaporkan bahwa banyak bangsal obstetri di Austria tidak memiliki struktur yang menjamin aksesibilitas terhadap perawatan, keperawatan, konseling dan dukungan bagi perempuan penyandang disabilitas. Struktur Perawatan Ibu-Anak yang ditanggung asuransi kesehatan terdiri dari lima pemeriksaan kesehatan selama kehamilan oleh dokter kandungan berlisensi, satu pemeriksaan internal, pemeriksaan laboratorium dan tiga pemeriksaan USG opsional, sejak tahun 2014, konseling opsional oleh bidan selama 1 jam antara minggu ke-18 dan ke-22 kehamilan juga telah ditanggung. Persalinan dapat dilakukan di klinik atau di rumah. Perawatan pasca melahirkan biasanya mencakup perawatan di rumah sakit atau perawatan oleh bidan di rumah hingga hari kelima setelah kelahiran. Pilihan tambahan, seperti kelas prenatal, akupuntur, kelompok menyusui, pijat bayi, kursus menggendong bayi dan yoga, ditawarkan oleh profesional layanan kesehatan atau bidan namun harus dibayar oleh ibu itu sendiri. Aksesibilitas terhadap pilihan-pilihan tersebut seringkali terbatas.

Hasil penelitian (Schildberger et al., 2017) Sepuluh perempuan berpartisipasi dalam penelitian ini, empat perempuan penyandang disabilitas fisik dan enam perempuan penyandang disabilitas sensorik (empat perempuan buta dan dua perempuan tuli). Enam perempuan merupakan ibu dari satu anak, sedangkan empat perempuan memiliki dua atau tiga anak. Pada saat wawancara dilakukan, empat orang adalah orang tua tunggal,

empat orang sudah menikah dan dua orang tinggal bersama. Dari sepuluh perempuan penyandang disabilitas yang diwawancarai, sembilan tinggal di perkotaan dan satu di pedesaan. Menjelaskan dari aspek Jejaring sosial, semua perempuan yang diwawancarai terus diintegrasikan ke dalam keluarga, tetangga, atau jaringan sosial yang berfungsi dengan baik, yang biasanya memberikan dukungan yang cukup dalam berbagai situasi. Namun demikian, para perempuan tersebut melaporkan bahwa penerimaan sosial secara keseluruhan terhadap keputusan hidup mereka dan perlakuan setara terkait kehamilan, persalinan, dan peran sebagai ibu masih belum ada. Pernyataan beragam mengenai jaringan sosial dibagi ke dalam tiga subkategori:

1. Motivasi, kepercayaan, dan penerimaan
2. Dukungan profesional, dan
3. Keterampilan mengasuh anak dan mengasuh anak.

Dari aspek Motivasi, kepercayaan dan penerimaan, semua perempuan mengutarakan keinginannya untuk menjadi normal dan diterima sebagai perempuan dan ibu oleh masyarakat pada umumnya dan oleh lingkungan sosialnya. Penerimaan sosial terutama hilang tidak hanya pada masa kehamilan dan pemberitahuannya, namun juga pada masa menjadi ibu. Dalam jejaring sosial mereka, perempuan dihadapkan pada prasangka bahwa mereka telah menjalani kehamilan dan menjadi ibu secara tidak hati-hati dan ceroboh. Namun, berbeda dengan prasangka tersebut, sebagian besar perempuan yang diwawancarai

menyatakan bahwa keputusan akhir untuk hamil biasanya didahului dengan perencanaan rinci mengenai perubahan yang diharapkan dalam kehidupan sehari-hari mereka. Menyadari tantangan yang ada, perjalanan dari keinginan untuk hamil hingga kehamilan sebenarnya merupakan sebuah proses dan memerlukan pengaturan yang dilatarbelakangi oleh berbagai parameter seperti kemitraan, situasi pekerjaan atau usia. Semua wanita melaporkan kegembiraan dan rasa percaya diri yang besar sehubungan dengan kehamilan, persalinan dan masa nifas, tetapi juga ketakutan dan keraguan, yang juga diperkuat oleh keluarga dan lingkungan sosial mereka sendiri.

Para perempuan menganggap bahwa hal yang paling penting adalah keinginan mereka untuk memiliki anak serta menjadi ibu diakui dan dihormati sebagai sesuatu yang normal oleh lingkungan sosial mereka. Namun, keinginan untuk hidup normal ditentang oleh fakta bahwa disabilitas didefinisikan sebagai penyimpangan yang dapat diamati dari keadaan normal yang secara langsung disebabkan oleh penyakit, trauma, atau kondisi kesehatan lainnya. Dalam suatu masyarakat, kenormalan atau kehidupan normal seringkali diartikan sebagai sesuatu yang dianggap sebagai hal yang biasa oleh mayoritas anggotanya. "Kehidupan normal" ini mencakup kealamian seksualitas dan reproduksi. Menurut model disabilitas bio-psiko-sosial WHO saat ini, istilah "disabilitas" didefinisikan bukan sebagai penyimpangan dari normalitas dan atribut individu, melainkan sebagai serangkaian kesulitan yang mungkin dialami individu dalam interaksi dengan

lingkungan dan sosialnya. Dalam beberapa tahun terakhir, kemandirian seksual para penyandang disabilitas telah diakui secara umum. Meskipun demikian, terlepas dari rekomendasi PBB bahwa kesehatan reproduksi “berarti bahwa setiap orang dapat mempunyai kehidupan seks yang memuaskan dan aman dan bahwa mereka mempunyai kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk memutuskan apakah, kapan dan seberapa sering melakukan hal tersebut”, kehidupan reproduksi penyandang disabilitas masih dianggap tabu.

Sikap diskriminatif di masyarakat dan kurangnya dukungan dari keluarga dan teman, membuat kehamilan dan melahirkan anak menjadi lebih sulit. Namun, dukungan keluarga dan sosial akan meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan ibu serta memperkuat sumber daya penanggulangannya. Oleh karena itu, dukungan yang memadai bagi ibu penyandang disabilitas merupakan prasyarat yang tidak dapat disangkal untuk pembentukan kondisi dasar yang penting bagi perkembangan positif anak, seperti ikatan, pemberian ASI, penyiapan makanan, dan perawatan fisik anak.

Meskipun dukungan profesional yang memadai tampaknya sangat penting dalam hal ini, sebagian besar perempuan mengeluhkan kurangnya dukungan dalam bidang ini. Karena beragamnya faktor perlindungan pribadi, keluarga dan sosial mendorong perkembangan kesehatan anak-anak dan remaja, langkah-langkah penguatan sumber

daya yang mendorong faktor-faktor perlindungan ini harus diintegrasikan ke dalam setiap program promosi dan pencegahan kesehatan. Penting bagi perempuan penyandang disabilitas untuk mendapatkan dukungan dan bantuan dari para profesional layanan kesehatan dan dari jaringan sosial mereka; namun, bantuan dan dukungan tidak boleh dipaksakan atau berlebihan. Jika dukungan berubah menjadi gangguan atau dianggap demikian, perasaan berada di bawah pengawasan terus-menerus dan kendali masyarakat mungkin akan berkembang. Sebagai konsekuensinya, perempuan tersebut mungkin menarik diri dan menolak bantuan dan dukungan untuk menghindari gangguan berlebihan dari lingkungan medis dan sosialnya.

Dari aspek dukungan profesional, yang dibagi menjadi dua kategori utama. Kategori pertama adalah layanan yang dilembagakan, seperti Perawatan Ibu-Anak yang ditanggung asuransi kesehatan dan penawaran tambahan lainnya. Kategori kedua adalah interaksi pribadi langsung antara profesional kesehatan dan perempuan penyandang disabilitas. Perempuan berulang kali mengeluhkan kurangnya atau kurangnya dukungan dan bantuan yang mereka terima. Berkenaan dengan dukungan profesional selama persalinan, kritik utama adalah kurangnya staf sehingga kurangnya waktu yang dihabiskan bersama para profesional kesehatan. Mengenai layanan yang dilembagakan, perempuan mendapatkan pekeyanan pada pemeriksaan Perawatan Ibu-Anak yang terjadwal yang ditanggung oleh asuransi kesehatan.

Pelayanan tambahan sebagian tidak diketahui atau tidak dapat dimanfaatkan karena terbatasnya aksesibilitas. Para perempuan melaporkan bahwa pertukaran pengalaman dengan ibu-ibu penyandang disabilitas lainnya merupakan sumber informasi yang berharga, termasuk solusi untuk permasalahan sehari-hari, seperti akses bagi ibu penyandang disabilitas terhadap fasilitas anak. Biasanya, hal ini memerlukan inisiatif sendiri dari perempuan untuk meminta dukungan profesional, sumber daya, dan informasi untuk mengatasi keterbatasan disabilitas. Perempuan menganggap struktur dukungan profesional yang ditawarkan sangat terbatas, namun mereka menahan diri untuk meminta bantuan atau layanan khusus agar tidak menimbulkan ketidaknyamanan.

Dari aspek Keterampilan melahirkan dan mengasuh anak, perempuan sering menyebutkan kurangnya kepercayaan masyarakat terhadap kemampuan mengasuh anak dari ibu penyandang disabilitas. Bagi sebagian perempuan, kurangnya rasa percaya diri dari masyarakat sangat nyata dan terlihat dalam kontrol masyarakat yang ketat. Wanita menekankan bahwa mereka merasa terus-menerus diperhatikan oleh orang lain. Perempuan penyandang disabilitas mengalami situasi yang sulit dan penuh tekanan emosional ketika kemampuan mereka dalam mengasuh anak dipertanyakan atau dikritik. Meskipun mereka merasa kurang percaya diri terhadap keterampilan mengasuh anak mereka, perempuan melaporkan bahwa mereka mampu mengembangkan hubungan yang baik dengan anak-anak mereka, meskipun mereka harus

bergantung pada bantuan profesional dalam pengasuhan anak. Misalnya, seorang perempuan penyandang disabilitas yang menerima bantuan pribadi menceritakan bahwa ketika anaknya sedang bersenang-senang dengan asistennya di taman bermain, anak tersebut tetap mendesak ibunya untuk bergabung dengan mereka.

Dari aspek efikasi diri dan kesadaran diri untuk menyelesaikan tugas tertentu dan mencapai tujuan yang diharapkan. Keyakinan terhadap kemampuan diri pada akhirnya mempengaruhi tindakan dan perilaku manusia dan merupakan sumber daya pribadi yang sama pentingnya dalam menangani tugas sehari-hari bagi perempuan penyandang disabilitas dan juga bagi orang lain. Berbeda dengan anggapan orang lain yang kurang percaya diri terhadap kemampuan mereka, perempuan pada awalnya sangat yakin akan kemampuan mereka dalam menangani kehamilan, persalinan, dan menjadi ibu, terutama jika kehamilan tersebut direncanakan.

Bagi sebagian wanita, kepekaan tubuh yang menyertai kehamilan mempertajam persepsi mereka tentang fisik mereka sendiri dan merupakan sumber penting untuk menjalin ikatan dini dengan bayi yang belum lahir. Keraguan dan ketakutan terhadap keterampilan dan kompetensi yang bersumber dari lingkungan sosial sangat mempengaruhi efikasi diri perempuan penyandang disabilitas tersebut. Evaluasi yang dirasakan terhadap keterampilan dan sumber daya yang mereka miliki berpotensi

menurunkan kepercayaan diri mereka dalam kaitannya dengan peran sebagai ibu.

Selain itu, ketidakamanan dan kurangnya pengalaman tenaga kesehatan yang menangani perempuan penyandang disabilitas juga memperburuk kurangnya rasa percaya diri perempuan hamil. Kadang-kadang, perempuan penyandang disabilitas fisik bereaksi dengan ketidakpastian terhadap perubahan fisik yang terjadi selama kehamilan, persalinan, dan nifas, terutama jika mereka tidak dapat mengevaluasi dan memahami dengan jelas gejala-gejala yang terjadi. Para profesional perawatan kesehatan terkadang menangani topik yang berkaitan dengan pengobatan prenatal dengan tidak sensitif. Misalnya saja, seorang wanita dengan Cerebral Palsy Spastik melaporkan bahwa, pada saat pemeriksaan rutin “Perawatan Ibu-Anak”, dia disarankan untuk menjalani pemeriksaan pranatal sehingga aborsi dapat dimulai jika pemeriksaan tersebut menghasilkan bukti adanya kemungkinan kecacatan pada bayinya.

Perempuan penyandang disabilitas menyatakan bahwa, selama kehamilan, mereka merasa sangat yakin akan kemampuan mereka dalam menangani persalinan dan menjadi ibu. Menurut konsep “self-efisiensi”, kepercayaan terhadap kemampuan diri berpengaruh positif terhadap penilaian, motivasi dan hasil keputusan dan aktivitas. Prasyarat untuk efikasi diri yang efektif adalah pengembangan sensasi tubuh yang kongruen dan persepsi tubuh yang memadai. Sensasi tubuh yang sensitif, pada

gilirannya, adalah dasar dari kepercayaan diri dan tanggung jawab diri.

Pada masa kehamilan, persepsi yang baik terhadap tubuh juga dapat menjadi sumber rasa aman, asalkan rasa percaya diri terhadap kemampuan tubuh sendiri cukup tinggi. Meskipun perempuan penyandang disabilitas melaporkan bahwa persepsi mengenai fisik mereka meningkat selama kehamilan, perempuan dengan disabilitas fisik, khususnya, terkadang merasa tidak aman ketika terjadi perubahan fisik dan menginginkan intervensi diagnostik yang lebih banyak. Ketidakamanan ini dapat mengakibatkan berkurangnya kepercayaan diri terhadap fungsi fisik mereka, yang menyebabkan risiko komplikasi obstetrik psikogenik yang lebih tinggi. Perkembangan persepsi tubuh yang positif juga dapat terhambat jika lingkungan sosial dan/atau pengasuh menentanginya.

Oleh karena itu, kurangnya rasa percaya diri terhadap kemampuan fisik mereka, ditambah dengan kurangnya pengetahuan dan pengalaman dalam pelayanan obstetri bagi perempuan penyandang disabilitas pada akhirnya dapat menimbulkan rasa tidak aman dan ketakutan di kalangan perempuan penyandang disabilitas. Oleh karena itu, dalam situasi seperti ini. Jika diberikan dukungan yang memadai, perempuan penyandang disabilitas mungkin mengalami kehamilan dengan sedikit kecemasan terkait tanda dan gejala fisik. Dalam hal ini, konsep-konsep yang diterapkan dalam perawatan medis selama kehamilan, kelahiran dan

masa nifas harus dievaluasi dan disesuaikan kapanpun dan dimanapun diperlukan.

Kekhawatiran individu terhadap kesejahteraan anak harus ditangani dengan kepekaan khusus dalam perawatan medis pralahir bagi perempuan penyandang disabilitas, karena pemeriksaan pranatal mungkin dianggap meremehkan dan dengan demikian dapat mengganggu kesadaran diri para penyandang disabilitas. Pada prinsipnya, perempuan penyandang disabilitas menerima konseling yang sama seperti semua perempuan hamil lainnya mengenai skrining prenatal dan kemungkinan adanya anomali berat. Namun, para profesional medis harus menggunakan kepekaan dan kehati-hatian khusus ketika membahas permasalahan tersebut dengan perempuan yang memiliki disabilitas bawaan, terutama karena diagnosis prenatal dapat dianggap sebagai bentuk diskriminasi terhadap penyandang disabilitas. Efikasi diri, sebagai keyakinan untuk mampu memberikan dampak terhadap lingkungan dan menentukan kehidupan diri sendiri, dianggap sebagai salah satu faktor protektif terkuat. Memberikan dampak terhadap lingkungan sosial memerlukan kemampuan berkomunikasi dengan orang lain.

Dari aspek komunikasi, transparansi dan informasi antara perempuan penyandang disabilitas dan profesional layanan kesehatan (terutama dokter, bidan dan staf perawat), jejak ketakutan, ketidakpastian dan kecanggungan menjadi jelas. Ketidakpastian dan ketakutan ini seringkali disebabkan oleh kurangnya informasi dan rumitnya

komunikasi dan interaksi dalam perawatan dan dukungan terhadap perempuan penyandang disabilitas. Persepsi yang memperburuk interaksi dan komunikasi antara perempuan penyandang disabilitas dan profesional layanan kesehatan sering kali mengakibatkan perempuan merasa ditinggalkan dan ditinggalkan. Mendengarkan dengan penuh perhatian dan menerima pertanyaan dari para profesional kesehatan tampaknya tidak membebani dan mendukung para perempuan tersebut dan dianggap sangat membantu. Sebaliknya, ketidaktahuan dan pengabaian terhadap kekhawatiran dan kebutuhan perempuan penyandang disabilitas mobilitas atau sensorik dapat menyebabkan berkurangnya dukungan.

Hal ini sering kali diperburuk oleh kenyataan bahwa kurangnya waktu mengganggu dukungan yang memadai. Selain keterbatasan waktu, komunikasi juga diperumit oleh tantangan lebih lanjut terkait gangguan sensorik, seperti kurangnya penerjemah bahasa isyarat, seperti yang dilaporkan oleh seorang perempuan tunarungu. Secara khusus, perempuan dengan gangguan sensorik menyatakan kebutuhannya akan informasi yang lebih rinci mengenai situasi aktual dan intervensi yang diperlukan. Kurangnya komunikasi, transparansi dan informasi mengakibatkan perempuan dihadapkan pada situasi yang memalukan atau menyusahkan. Dalam konteks ini, seorang perempuan penyandang disabilitas penglihatan mengenang kembali perasaan tidak nyaman karena kaki terbuka lebar saat melahirkan.

Jika kemampuan komunikatif dan interaktif terbatas, misalnya karena gangguan sensorik, bentuk komunikasi alternatif atau perluasan harus tersedia untuk menyampaikan pesan, keinginan, harapan, dan perasaan. Hal ini, pada gilirannya, memerlukan keterampilan khusus dan pelatihan lebih lanjut bagi para profesional perawatan kesehatan. Baik perempuan tunarungu maupun perempuan tunanetra dalam penelitian ini mengeluhkan kurangnya kesempatan untuk mengekspresikan kebutuhan mereka secara memadai. Selain itu, penjelasan dan informasi tentang tindakan dan intervensi yang diambil selama perawatan peripartum sering kali dianggap tidak memadai.

Berkenaan dengan isu komunikasi antara perempuan penyandang disabilitas dan tenaga kesehatan (terutama dokter, bidan dan perawat), aspek kecemasan, ketidakpastian dan kecanggungan terlihat jelas. Sebagai akibat dari rasa tidak aman dan kurangnya pengetahuan, para profesional kesehatan mungkin mengembangkan mekanisme perlindungan yang secara tidak langsung dapat menyebabkan kurangnya perhatian dan asuhan keperawatan yang tepat. Hal ini menggarisbawahi ketentuan bahwa dukungan yang berhasil perlu didasarkan pada sikap penuh perhatian, hormat dan bermartabat, yang dibentuk dan dipengaruhi oleh pola pikir dan nilai-nilai pribadi.

Sebagai bagian dari interaksi manusia dalam layanan kesehatan, kecemasan jelas dapat berperan baik pada profesional layanan kesehatan maupun pasien. Para perempuan secara konsisten melaporkan rasa tidak aman dan ketakutan mereka, yang sebagian disebabkan oleh kurangnya komunikasi dan informasi atau akibat rasa tidak aman yang mereka rasakan dari petugas kesehatan. Mengatasi nyeri dan kecemasan selama kehamilan, persalinan dan masa nifas harus dilihat dalam konteks multifaktorial.

Diketahui bahwa terdapat kesenjangan antara kebutuhan perempuan mengenai manajemen kecemasan dan standar praktik klinis. Namun, dukungan yang terus menerus dan aman digambarkan sebagai elemen kunci yang dapat meningkatkan penerimaan nyeri. Grantly Dick-Read menggambarkan unsur ketakutan, ketegangan, dan rasa sakit sebagai lingkaran setan yang setiap unsurnya bisa menjadi titik awalnya. Kurangnya komunikasi verbal dan non-verbal memperparah lingkaran setan ini, dan kesepian serta ketidaktahuan dalam perawatan maternitas dianggap sebagai salah satu penyebab utama meningkatnya rasa sakit, ketegangan dan ketakutan. Memberikan perawatan suportif tampaknya mengganggu siklus ini dan mengurangi stres. Kurangnya informasi dan komunikasi secara konsisten mengakibatkan perempuan penyandang disabilitas merasa ditinggal sendirian.

Sudut pandang konstruktivis mengemukakan bahwa komunikasi adalah suatu proses sosial di mana orang-orang yang terlibat saling menginspirasi untuk mengkonstruksi realitas. Saling stimulus dan partisipasi dalam realitas dan aktualitas dunia masing-masing harus dianggap sangat bermanfaat dalam kaitannya dengan kepedulian terhadap perempuan penyandang disabilitas. Sikap ini menyiratkan mengajukan pertanyaan seperti Apa yang Anda butuhkan? Apa yang baik untukmu? dan Bagaimana saya bisa memperkuat dan mendukung Anda dengan cara terbaik? Kehamilan, persalinan dan masa nifas pada dasarnya merupakan pengalaman intim dan harus dianggap sebagai masa "privasi". Orang-orang yang mendukung dan mendampingi harus selalu disadarkan bahwa mereka hadir dalam wilayah intim kehidupan perempuan pada periode-periode tertentu. Melanggar privasi pribadi dan kurangnya perhatian terhadap keintiman pasien dapat meningkatkan perasaan malu. Dari hasil penelitian terlihat jelas bahwa kesadaran akan aspek-aspek tersebut masih kurang dalam lingkungan pendukung perempuan penyandang disabilitas. (Schildberger et al., 2017)

D. Perawatan Anak Berkebutuhan Khusus

Konteks latar belakang budaya dan bahasa yang berbeda dapat mempengaruhi sikap ibu yang membesarkan anak penyandang disabilitas. Dukungan, hubungan orang tua yang profesional, dan norma budaya berfungsi sebagai faktor motivasi yang mendorong para ibu untuk mengambil inisiatif secara proaktif dengan mencari cara untuk memenuhi kebutuhan anak-anak mereka. Keyakinan

budaya tentang disabilitas dan sistem pendidikan khusus terkait mempengaruhi pengalaman anak-anak penyandang disabilitas dan orang tua mereka. (Kayama, 2010)

Pengalaman orang tua juga mempengaruhi perkembangan anak seperti melalui pengasuhan dan dukungan terhadap layanan yang tepat. Penelitian yang ada menunjukkan bahwa orang tua di AS dan Jepang melaporkan kesulitan serupa, termasuk kesulitan menjalin hubungan dengan profesional yang memberikan layanan bagi anak-anak mereka. Orang tua di Jepang lebih cenderung menekankan pentingnya hubungan emosional, seperti empati, dengan para profesional dan untuk mengungkapkan perasaan stigma, sedangkan orang tua di AS lebih cenderung menegaskan bahwa anak-anak mereka berhak menerima sumber daya pendidikan yang sesuai. Pengalaman ini mencerminkan perbedaan struktural dalam layanan pendidikan khusus di Amerika dan Jepang. Persepsi orang tua juga berpotensi menciptakan kembali keyakinan budaya dan pada akhirnya mengubah sistem pemberian layanan agar mencerminkan keyakinan tersebut. Pengalaman ini mencerminkan perbedaan struktural dalam layanan pendidikan khusus di Amerika dan Jepang. Persepsi orang tua juga berpotensi menciptakan kembali keyakinan budaya dan pada akhirnya mengubah sistem pemberian layanan agar mencerminkan keyakinan tersebut. Diskusi mengenai konsep disabilitas di AS dan Jepang menunjukkan cara-cara untuk memperkuat layanan di kedua negara. Kasus di Jepang menunjukkan cara untuk memperkuat empati dan kepercayaan,

sedangkan kasus di AS memberikan model inklusi yang positif (Kayama, 2010).

Tugas

1. Mahasiswa harus bisa menjelaskan pemilihan jenis kelamin anak
2. Mahasiswa harus bisa menjelaskan Vaginal Birth After Caesarean (VBAT)
3. Mahasiswa harus bisa menjelaskan terkait persiapan persalinan dan kelahiran pada kebutuhan khusus
4. Mahasiswa harus bisa menjelaskan perawatan anak berkebutuhan khusus

Latihan Soal

1. Pasangan suami istri datang ke Rumah Sakit untuk melakukan program hamil dengan anak pertama dengan jenis kelamin laki-laki. Hasil pemeriksaan BB: 55 kg, TB: 160 cm, TD: 110/70 mmHg. Pemilihan jenis kelamin ibu tersebut dengan alasan nonmedis dapat mengakibatkan?
 - A. Menimbulkan masalah moral, hukum, dan sosial.
 - B. Menimbulkan masalah kesehatan ibu
 - C. Menimbulkan kesenjangan dimasyarakat
 - D. Menimbulkan masalah kesehatan anak
 - E. Menimbulkan kegagalan program kehamilan

2. Seorang wanita hamil trimester III anak ke dua. Ibu mengaku riwayat persalinan yang pertama secara cesar, dan menginginkan persalinan normal untuk anak kedua ini. Hasil pemeriksaan TD: 110/70 mmHg, Presentasi kepala, TBJ: 2900 gr.
Karakteristik penilaian apa saja yang dinilai untuk peluang keberhasilan VBAC pada kasus tersebut?
- A. Usia, posisi dan presentasi janin
 - B. Etnis, hasil pemeriksaan
 - C. Usia, etnis, riwayat persalinan pervaginam sebelumnya, VBAC sebelumnya dan indikasi untuk persalinan sesar sebelumnya
 - D. Pembukaan, penurunan kepala
 - E. Usia gestasi, usia pasien
3. Perempuan Penyandang Disabilitas mempunyai hak untuk kebebasan memutuskan apakah, kapan dan seberapa sering hamil dan bersalin.
Penjelasan diatas bersumber dari?
- A. PBB
 - B. IBI
 - C. PPNI
 - D. IDI
 - E. AIPKIND

4. Seorang perempuan penyandang disabilitas datang ke PMB dengan mengaku sedang hamil. Hasil Pemeriksaan Test peck (+), TD:120/60 mmHg. Ibu berharap lingkungan sosialnya dapat menerima kehamilannya.
Sikap anda yang paling tepat pada kasus diatas adalah?
- A. Menghargai keinginan mereka untuk memiliki anak dan diakui menjadi ibu serta dihormati sebagai sesuatu yang normal
 - B. Menjelaskan kehamilannya dalam keadaan normal.
 - C. Menghargai keputusannya untuk hamil dan mensupport atas kehamilannya
 - D. Mendengarkan keluhan kesah pasien dan meyakinkan lingkungan dapat menerima atas kehamilannya.
 - E. Menghormati Privasi pasien
5. Seorang ibu mempunyai anak menyandang disabilitas datang ke BPB, mengaku ingin konsul terkait masalah yang dihadapi, dimana kesulitan dalam pengasuhan anaknya.
Konseling yang paling tepat sesuai dengan kebutuhan anak disabilitas tersebut adalah
- A. Memberikan motivasi pada ibu
 - B. Memperkuat hubungan emosional, seperti empati pada anak
 - C. Memberikan dukungan pada ibu
 - D. Memberikan pengasuhan sesuai kebutuhan
 - E. Memberikan perhatian penuh

BAB VIII

ASUHAN BERKELANJUTAN PADA IBU BERKEBUTUHAN KHUSUS (*CONTINUITY OF CARE*)

Deskripsi

Mata kuliah ini memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk memahami dan mengaplikasikan teori dan konsep yang diperoleh dari kuliah pada tatanan klinik dengan melakukan asuhan kebidanan berkelanjutan pada ibu berkebutuhan khusus (*Continuity of Care*) yang didasari oleh pengetahuan, sikap dan keterampilan. Asuhan kebidanan berkebutuhan khusus diberikan oleh seorang pemberi pelayanan kebidanan mengenai promosi kenormalan pada ibu berkebutuhan khusus, asuhan pada perempuan berkebutuhan khusus, dan asuhan berkelanjutan pada ibu berkebutuhan khusus (*continuity of care*)

Tujuan

1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Menjelaskan asuhan kebidanan mengenai:

- a. Promosi kenormalan pada ibu berkebutuhan khusus.
- b. Asuhan pada perempuan berkebutuhan khusus, dan
- c. Asuhan berkelanjutan pada ibu berkebutuhan khusus (*Continuity of Care*).

2. Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Mahasiswa mampu menjelaskan definisi kebutuhan khusus

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan klasifikasi kebutuhan khusus.
- b. Mahasiswa mampu menjelaskan asuhan pada perempuan berkebutuhan khusus.
- c. Mahasiswa mampu menjelaskan promosi kenormalan pada ibu berkebutuhan khusus.
- d. Mahasiswa mampu menjelaskan Asuhan berkelanjutan pada ibu berkebutuhan khusus (*continuity of care*).

Uraian Materi

A. Definisi Kebutuhan Khusus

Di dalam masyarakat pada umumnya istilah kebutuhan khusus lebih dikenal dengan nama disabilitas. Istilah mengenai individu berkebutuhan khusus merupakan kata dari terjemahan *Individual with special needs*. Menurut Hallahan dalam PSIBK (2018) bahwa individu dengan disabilitas merupakan inabilitas atau ketidakmampuan dalam melakukan sesuatu hal, namun tidak semua inabilitas tersebut masuk kedalam disabilitas.

Terdapat istilah lain yang digunakan dalam mendefinisikan kebutuhan khusus, yaitu disability, impairment, dan handicap.

Disability adalah keterbatasan atau ketidakmampuan individu dalam melakukan sesuatu kegiatan. Impairment adalah kehilangan atau ketidaknormalan pada psikologis atau pada fisik seperti struktur dan fungsi organ tubuh, dan

handcap adalah ketidakberuntungan karena disabilitas atau impairment yang menyebabkan terbatasnya dan menghambat kegiatan seseorang secara normal. (Desiningrum, 2016)

Menurut UU tahun 2016 penyandang disabilitas adalah setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan dapat mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif dengan warga negara lainnya berdasarkan kesamaan hak.

B. Klasifikasi Kebutuhan Khusus

Klasifikasi kebutuhan khusus ini dapat dilihat berdasarkan penyimpangan dalam melakukan suatu kegiatan. Penyimpangan tersebut berkaitan bersama aspek dan penyebab dari penyimpangan itu sendiri, selain itu bidang penyimpangan dapat terlihat melalui arah penyimpangan yang mengacu berdasarkan dari awal kondisi normal.

1. Kelompok dengan penyimpangan atau kelainan mengenai bidang intelektual mengenai tingkat kecerdasan yang rendah atau nama lain tunagrahita.
2. Kelompok dengan penyimpangan mengenai keluarbiasaan akibat terjadinya hambatan sensoris atau pancaindra dengan nama lain tunanetra atau indra.
3. Kelompok dengan kesulitan dalam belajar dan gangguan dalam berkomunikasi.

4. Kelompok dengan penyimpangan perilaku dengan nama lain tunalaras serta penyimpangan gangguan emosi yang termasuk autisme.
5. Kelompok dengan penyimpangan ganda atau berat yang sering disebut dengan istilah tunaganda.
6. Kelompok berdasarkan arah penyimpangan, yaitu
 - a. Kelompok kebutuhan khusus yang memiliki keterkaitan dengan keadaan diatas normal yang merupakan kondisi individu melebihi batas normal terhadap kemampuan atau bakat.
 - b. Kelompok kebutuhan khusus yang memiliki keterkaitan dengan kondisi dibawah normal. keadaan ini memiliki beragam jenis seperti tunanetra, gangguan komunikasi, tunarungu, tunadaksa, tunagrahita, tunalaras, tunaganda dan kesulitan belajar.

C. Mempromosikan Normalitas Bagi Ibu Berkebutuhan Khusus

Pemerintah terlibat dalam promosi layanan kesehatan di bawah administrasi sistem kesehatan nasional.

Bidan mempunyai peran dalam meningkatkan partisipasi masyarakat baik secara individu, kelompok maupun komunitas dalam bidang kesehatan.

1. Definisi Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah kegiatan yang dilakukan sebagai upaya perubahan dalam meningkatkan kesehatannya. Promosi kesehatan tidak hanya sekedar memberikan dan

meningkatkan kesadaran atau informasi kesehatan secara umum, namun juga melibatkan upaya untuk memfasilitasi perubahan perilaku.

2. Tujuan Promosi Kesehatan

Tujuan promosi kesehatan adalah mengubah perilaku masyarakat ke arah gaya hidup yang lebih sehat, mengubah masyarakat agar beradaptasi terhadap lingkungan, dan secara bertahap menjadikan lingkungan sebagai tempat tinggal yang lebih sehat dengan memberikan informasi kepada masyarakat tentang kemungkinan-kemungkinan yang dapat mempengaruhi perilaku dan gaya hidup mereka, memastikan informasi dapat dimengerti, membantu agar dapat mengeksplorasi nilai-nilai, sikap, dan membantu mereka mengubah perilaku.

3. Sasaran Promosi Kesehatan

- a. Tujuan utama: Masyarakat pada umumnya merupakan sasaran langsung dari segala upaya promosi kesehatan. Berdasarkan permasalahan kesehatan, sasaran tersebut dapat dikelompokkan menjadi anggota keluarga untuk permasalahan kesehatan umum, ibu hamil dan menyusui untuk permasalahan KIA (kesehatan ibu dan anak), anak sekolah untuk kesehatan remaja, dan lain-lain. Kegiatan promosi untuk mencapai tujuan utama tersebut sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat.

- b. Tujuan sekunder: Tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat dll. Hal ini disebut tujuan sekunder karena dengan memberikan promosi kesehatan kepada kelompok tersebut diharapkan kelompok tersebut dapat meningkatkan kesehatan masyarakat sekitar. Selain itu, ketika tokoh masyarakat menerapkan perilaku sehat sebagai hasil dari promosi kesehatannya, maka tokoh masyarakat tersebut memberikan teladan atau isyarat perilaku sehat kepada masyarakat sekitar. Promosi kesehatan yang ditujukan untuk tujuan lain sejalan dengan strategi dukungan sosial.
 - c. Pengambil keputusan atau pengambil keputusan di bidang sasaran promosi kesehatan baik sekunder maupun tersier. Kebijakan atau keputusan kelompok ini mempengaruhi perilaku tokoh masyarakat (tujuan sekunder) maupun masyarakat umum (tujuan primer).
4. Metode untuk Meningkatkan Pelayanan Kebidanan

Promosi kesehatan merupakan kegiatan atau upaya mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan kepada suatu masyarakat, kelompok atau individu. Dengan pesan tersebut diharapkan masyarakat, kelompok atau individu mendapat informasi yang lebih baik tentang kesehatan. Informasi ini diharapkan nantinya dapat mempengaruhi perubahan perilaku sasaran.

- a. Metode promosi kesehatan perorangan (individu). Dalam promosi kesehatan, metode promosi kesehatan individual ini digunakan untuk mempromosikan perilaku baru atau untuk mengembangkan seseorang yang tertarik pada perubahan atau inovasi perilaku. Misalnya, seorang ibu baru atau calon ibu yang tertarik dengan vaksinasi TT berkembang karena baru saja menerima/mendengar promosi kesehatan.
- b. Metode promosi kesehatan kelompok. Ketika memilih metode promosi kesehatan kelompok, ukuran kelompok sasaran dan tingkat pendidikan formal kelompok sasaran harus diingat. Untuk kelompok besar, caranya berbeda dengan kelompok kecil. Efektivitas metode ini juga tergantung pada besar kecilnya tujuan promosi kesehatan.
- c. Metode untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Metode promosi kesehatan massal cocok untuk mengkomunikasikan pesan kesehatan kepada masyarakat. Karena tujuan promosi kesehatan bersifat universal yaitu tidak membedakan antara kelompok umur, jenis kelamin, profesi, status sosial ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya, pesan kesehatan yang disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga menjangkau seluruh kelompok. Pendekatan ini biasanya digunakan untuk meningkatkan kesadaran atau *awareness* masyarakat terhadap suatu inovasi dan menyebabkan perubahan perilaku.

5. Prinsip Promosi Kesehatan

Komunikasi antara tenaga kesehatan dengan klien merupakan hubungan khusus yang ditandai dengan berbagi pengalaman, dukungan dan negosiasi dalam pemberian pelayanan kesehatan. Pembelajaran yang efektif terjadi ketika klien dan tenaga kesehatan berpartisipasi dalam proses belajar mengajar. Agar hubungan pembelajaran mempunyai kualitas yang positif baik secara individu, kelompok maupun masyarakat, hal-hal berikut harus diperhatikan:

- a. Fokus pada klien-klien memiliki nilai-nilai unik, keyakinan, kemampuan kognitif dan gaya belajar yang dapat mempengaruhi pembelajaran. Klien didorong untuk mengungkapkan perasaan dan pengalamannya kepada tenaga kesehatan, sehingga tenaga kesehatan dapat lebih memahami karakteristik spesifik klien dan mampu memberikan pelayanan sesuai kebutuhan individu klien.
- b. Bersifat komprehensif dan menyeluruh (dalam kaitannya dengan promosi kesehatan) klien harus diperhatikan secara keseluruhan dan tidak hanya terfokus pada muatan tertentu saja. Tenaga kesehatan dan pasien bersama-sama menentukan apa yang diketahui dan apa yang penting untuk diketahui. Jika ditentukan, buatlah rencana yang dikembangkan berdasarkan masukan ini. Tidak mengambil keputusan secara sepihak.

- c. Kegiatan interaktif dalam promosi kesehatan merupakan suatu proses yang dinamis dan interaktif yang melibatkan tenaga kesehatan dan klien. Keduanya belajar satu sama lain. Oleh karena itu, prinsip-prinsip Proses Belajar Mengajar (PBM) harus dibenahi dan digali, antara lain: Fasilitator (misal: motivasi, kesiapan, partisipasi aktif), umpan balik, dari yang sederhana hingga yang kompleks, hambatan belajar (misal: emosi, fisik) dan peristiwa/keadaan psikologis yang tidak teratur atau kultural) materi yang berulang (*repetition*), waktu (*timing*) dan lingkungan (*environment*) Tahapan PBM (persiapan, pembukaan, pelaksanaan dan penutupan topik) dan ciri-ciri perilaku belajar.
6. Pendekatan untuk Mempromosikan Asuhan Kebidanan Bagi Ibu Berkebutuhan Khusus
- a. Lakukan kunjungan rumah

Kunjungan rumah merupakan hubungan langsung antara konselor dengan kelompok sasaran dan keluarganya di rumah atau di tempat pertemuan biasa. Untuk itu harus memperhatikan hal-hal berikut ini:

 - 1) Tepat waktu dan jangan buang waktu.
 - 2) Rencanakan beberapa kunjungan berturut-turut untuk menghemat waktu.
 - 3) Kunjungi juga tempat tujuan. Cara ini digunakan untuk mengkonfirmasi cara lain atau bila cara lain tidak memungkinkan. Saat berkunjung, harus mengingat mis. diskusikan pertanyaan-pertanyaan yang menarik, biarkan

keluarga sasaran berbicara sebanyak-banyaknya dan jangan menyela. ngobrol, berbicara bila keluarga sasaran ingin mendengarkan, berbicara dengan sasaran dengan gaya yang menarik, menggunakan bahasa yang lugas dan sederhana, berbicara pelan-pelan dan dalam suasana yang menyenangkan, harus serius dalam menyatakan, jangan menggunakan bahasa sendiri, biarkan sasaran; keluarga merasa sebagai pencetus ide yang baik, harus jujur dalam belajar mengajar, tinggalkan keluarga sasaran untuk berteman kemudian tulis tanggal kunjungan, tujuan, hasil dan janji ulang kunjungan, dan memberikan leaflet, brosur, dan lain-lain.

b. Pertemuan secara umum

Pertemuan dengan peserta campuran dimana informasi tertentu mengenai kesehatan disampaikan kepada masyarakat sasaran. Caranya dengan perencanaan dan persiapan yang baik, misalnya:

- 1) Bernegosiasi terlebih dahulu dengan para pemangku kepentingan.
- 2) Bicaralah dengan masyarakat setempat dan buatlah program acara sementara.
- 3) Jaminan kedatangan sumber daya lainnya (jika diperlukan).
- 4) Pastikan semua kelompok berpartisipasi di lokasi ini.

- 5) Rapat dilaksanakan di tempat-tempat strategis yang terang dan berhawa segar.
- 6) Waktu yang dipilih adalah waktu senggang masyarakat.
- 7) Pada siang hari, ketika orang-orang tinggal berjauhan.
- 8) Memulai dan mengakhiri rapat dengan tepat.
- 9) Menarik perhatian pada tujuan pertemuan dengan memberikan kesempatan berdiskusi.
- 10) Hindari argumen opini.
- 11) Anjuran penggunaan alat bantu visual - Upaya menarik perhatian, membangkitkan dan mendorong tindakan.
- 12) Hadiah untuk semua peserta.
- 13) Libatkan tokoh masyarakat setempat - atur kegiatan tindak lanjut (jika ada).
- 14) Menyediakan buku pedoman yang sesuai dengan materi yang dikuasai banyak orang.
- 15) Ini menjadi tahap persiapan untuk metode lainnya.
- 16) Pengenalan pribadi dapat ditingkatkan
- 17) Anda dapat mengirimkan semua jenis topik/judul .

c. Pertemuan diskusi

Kelas diskusi dirancang untuk kelompok yang lebih kecil atau peserta yang lebih sedikit, mis. sekitar 12-15 orang. Kehadiran harus baik. Biasanya digunakan untuk

menjelaskan informasi lebih detail dan bertukar pendapat mengenai perubahan perilaku kesehatan. Keberhasilan pertemuan sangat bergantung pada penyuluh:

- 1) Ajukan pertanyaan yang dapat menarik perhatian peserta.
- 2) Mempertahankan perhatian peserta secara terus menerus.
- 3) Memberikan kesempatan kepada setiap orang untuk mengutarakan pendapatnya dan menghindari didominasi oleh segelintir orang saja.
- 4) Menarik kesimpulan dari diskusi dan merumuskan usulan.
- 5) Memberikan informasi yang cukup kepada peserta untuk mencapai kesimpulan yang benar.

7. Media Promosi Kesehatan

Media atau alat peraga promosi kesehatan dapat diartikan sebagai alat promosi kesehatan yang dapat dilihat, didengar, diraba, dicicipi atau dicium untuk memudahkan komunikasi dan penyebaran informasi. Dilihat dari jenisnya, media dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu:

- a. Media audio adalah media yang hanya dapat didengar atau hanya mengandung unsur suara saja, seperti radio dan rekaman audio.
- b. Media visual adalah media yang hanya tampak saja, tidak mengandung unsur suara. Slide, foto, transparansi, lukisan, gambar dan berbagai bahan cetakan seperti media grafis dan lain-lain. Digolongkan ke dalam media visual.

- c. Media audiovisual adalah salah satu jenis media yang selain mengandung unsur suara, juga mengandung unsur gambar tampak, seperti rekaman video, film dengan berbagai ukuran, slide suara, dan lain-lain. Sifat-sifat media ini dinilai lebih baik dan menarik karena mengandung unsur media jenis pertama dan kedua.
- d. Media audiovisual dibedakan menjadi dua bagian, yaitu: Gambar audiovisual, yaitu media yang menampilkan suara dan gambar diam, seperti film bingkai suara, film urutan suara, cetakan suara. Media audio visual bergerak, yaitu media yang mampu menampilkan unsur suara dan gambar bergerak, seperti film audio dan video. Pembagian lain dari media ini adalah: Audiovisual murni, yaitu: unsur audio dan visualnya berasal dari suatu sumber seperti film, video. Audio visual tidak murni yaitu: unsur suara dan unsur gambar berasal dari sumber yang berbeda, misalnya: film bingkai suara dengan unsur gambar dari slide.

D. Asuhan Kebidanan Terhadap Perempuan Berkebutuhan Khusus

- 1. Penatalaksanaan Gangguan Psikis
 - a. Pengobatan gangguan psikologis pada Infertilitas

Infertilitas dapat disebabkan oleh adanya gangguan psikis yang mengganggu proses reproduksi itu sendiri, dan akibat dari infertilitas ini juga menimbulkan gangguan psikologis. Pengobatan dapat dilakukan

melalui konseling pasangan, mengingat penyakit ini menyerang kedua belah pihak, yakni seorang pria dan seorang wanita.

Seseorang bisa mengalami banyak masalah psikologis, salah satunya adalah stres jangka panjang. Selain itu, hal ini dapat menimbulkan perasaan bersalah, hampa, cemas, dan depresi. Perlunya konseling bagi pasangan yang mengalami infertilitas dan mendapat pengobatan karena harus menunggu lama. Meskipun laki-laki dan perempuan dapat berkontribusi terhadap infertilitas, perempuanlah yang bertanggung jawab, sehingga menyebabkan lebih banyak tekanan dalam pengobatan. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa dukungan psikologis dari dokter spesialis kejiwaan dapat meningkatkan hasil bayi tabung (*in vitro fertilization*) dan ART (*assisted recognition technology*). Dampak infertilitas terhadap kualitas hidup dan bagaimana hal ini dapat dicegah atau dikurangi melalui psikoterapi. (Sharma, 2022)

- b. Pengobatan gangguan psikologis pada kehamilan palsu (*pseudoethesia*)

Peristiwa pseudo-case berkaitan dengan peristiwa pseudologi, yaitu fantasi palsu yang selalu dihadirkan untuk mengingkari atau menghindari kenyataan yang tidak menyenangkan. Wanita pseudokies ingin menonjolkan egonya untuk menyembunyikan kelemahannya, sehingga

perlunya konseling psikoanalitik yang menekankan pentingnya kisah hidup klien, dampak pengalaman sendiri terhadap kepribadian individu, serta irasionalitas dan sumber bawah sadar. tentang perilaku manusia. Peran konselor dalam hal ini adalah menciptakan suasana nyaman mungkin, sehingga klien merasa leluasa mengutarakan pikiran-pikiran sulitnya. Hal ini dapat dilakukan dengan meminta klien berbaring di sofa dan konselor di belakang (agar tidak terlihat). Konselor berupaya memberikan wawasan kepada klien dengan menggali dan kemudian menyelesaikan pengalaman masa lalu yang belum terselesaikan. Dengan cara ini klien diharapkan memiliki kesadaran diri, kejujuran dan hubungan pribadi yang lebih efektif, kemampuan menghadapi kecemasan secara realistis dan mengendalikan perilaku irasional.

Menurut penelitian pengobatan tergantung pada seberapa besar keyakinan pasien terhadap ilusinya, seberapa besar dukungan yang dibutuhkan pasangan dan keluarga untuk mengatasinya. Jika seorang wanita benar-benar yakin bahwa dirinya hamil, terutama jika pasien sudah mengalami gejala selama beberapa bulan, akan sangat mengecewakan jika mengetahui bahwa dia tidak benar-benar hamil. Dalam kasus yang parah di mana pasien benar-benar yakin dirinya hamil dan kondisi ini menyebabkan depresi, konseling psikologis atau psikiatri

mungkin diperlukan. Tenaga kesehatan harus menyampaikan hal ini dengan baik agar tidak menimbulkan efek psikologis yang lebih buruk. Semua pihak harus memberikan dukungan psikologis, termasuk terapi, untuk membantu wanita tersebut pulih dari kekecewaannya. Seseorang yang pernah mengalami kehamilan palsu tidak dianjurkan untuk pergi ke dukun, karena kondisinya memerlukan pemeriksaan lebih dalam. (Yanti, 2018)

c. Penatalaksanaan gangguan psikologis pada kehamilan di luar nikah

Konseling humanistik dapat dilakukan untuk mengatasi permasalahan tersebut, dimana masyarakat sebagai individu berhak mengambil keputusan sendiri dan selalu berpendapat bahwa pada dasarnya manusia adalah baik. Sebagai seorang konselor yang ingin memberikan konseling, dengan tiga sifat berikut.

- 1) Empati adalah kemampuan untuk merasakan keterhubungan dengan klien, berusaha berpikir bersama dan untuk mereka (klien).
- 2) Sikap positif (penerimaan), yaitu menghargai pelanggan dengan kondisi dan keberadaannya yang berbeda.
- 3) Kompatibilitas (keaslian) merupakan kondisi hubungan terapeutik yang transparan.

Menurut penelitian, strategi untuk mengatasi dampak psikologis pernikahan dini antara lain diam (*silent treatment*), berbicara langsung, mengungkapkan perasaan secara langsung, dan tidur. Strategi coping terbagi menjadi dua, yaitu *problem-focused coping (PFC)* dan *Emotion-focused coping (EFC)*. PFC merupakan gaya *coping* dimana permasalahan ditangani secara langsung melalui aktivitas yang dirancang untuk menghilangkan atau mengubah penyebab stres melalui perencanaan yang logis dan positif. Namun, EFC merupakan strategi untuk meredakan emosi individu yang disebabkan oleh pemicu stres tanpa secara langsung mengubah situasi stres tersebut. Meski EFC memungkinkan melihat sisi positif dari suatu masalah, mengharapkan simpati dan empati dari orang-orang terkasih, atau mencoba melupakan segala hal yang membuat stres, sayangnya hal tersebut hanya bersifat sementara. (Pratiwi, 2022)

d. Pengobatan gangguan psikologis pada kehamilan yang tidak diinginkan

Penanganan masalah ini tidak jauh berbeda dengan penanganan kehamilan pranikah. Perbedaannya hanya pada teknik konselingnya - karena kehamilan terjadi pada wanita yang sudah menikah - yaitu konseling pasangan.

Menurut penelitian, dampak stres pada ibu hamil dapat menimbulkan dampak yang tidak diinginkan pada janin. Pemberian hipnoterapi dapat membantu mengurangi risiko terjadinya masalah psikologis yaitu kontraksi rahim dan jantung ibu dan janin yang lebih stabil. Tekanan darah sistolik ibu jelas menurun selama fase hipnosis. Selain itu, tren penurunan skor kecemasan yang signifikan secara statistik diamati selama fase hipnosis. Koefisien variasi detak jantung ibu ditemukan jauh lebih rendah selama fase hipnosis. (Yulianti, 2022),

- e. Pengobatan gangguan psikologis yang berhubungan dengan kehamilan dan aborsi. Sindrom pasca-aborsi ditangani dengan konseling psikiatris dan psikologis. Pada hakikatnya terapi konseling pada wanita pasca aborsi tidak jauh berbeda dengan konseling kehilangan, dimana konseling ini memerlukan perhatian pada setiap langkah pelaksanaannya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa cara mengurangi stigma perempuan setelah melakukan aborsi dapat mengurangi penderitaan psikologis mereka secara signifikan. Keadaan masa lalu yang bermasalah pada masa kanak-kanak dan pasangan, termasuk pemerkosaan, dikaitkan dengan gejala kesehatan mental yang negatif, seperti halnya stigma terhadap aborsi (Steinberg, 2016).

- f. Pengobatan gangguan psikis pada kehamilan dengan janin mati. Bantuan dan konseling bagi ibu dengan janin lahir mati sebaiknya disesuaikan dengan stadiumnya. Oleh karena itu, kami berharap bantuan yang diberikan adalah bantuan yang tepat, dan bukan bantuan yang justru membuat keadaan semakin kacau.

Berdasarkan hasil penelitian, perubahan psikologis pada kehamilan dapat berkembang menjadi keadaan cemas. Kecemasan yang berlebihan dapat memicu depresi selama kehamilan. Faktor risiko depresi antenatal dapat dicegah dengan memberikan dukungan baik dari keluarga maupun tenaga kesehatan. Konsekuensi dari depresi antenatal sangat serius sehingga bidan harus melakukan pemeriksaan depresi antenatal secara rutin. (Islam, 2022)

- g. Pengobatan gangguan psikologis selama kehamilan dengan penyalahgunaan zat:
 - 1) Kecanduan narkoba merupakan suatu keadaan akibat pengaruh lingkungan dan faktor kebiasaan.
 - 2) Dalam menghadapi masalah ini perlu dilakukan penerapan bimbingan perilaku, dimana konselor membantu klien belajar bertindak dengan cara yang baru dan tepat atau membantu mengubah atau menghilangkan perilaku yang berlebihan atau maladaptif.

- 3) Tujuan konseling adalah mengubah perilaku maladaptif dan mempelajari perilaku yang lebih efektif. Fokus pada faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku dan mencari cara untuk mengatasi perilaku tersebut bermasalah. Dalam hal ini bidan harus mampu membantu klien mengubah perilaku maladaptifnya yang tentunya merupakan proses bertahap dan berkesinambungan.
- 4) Untuk mendeteksi penyalahgunaan narkoba, sangat penting untuk mengumpulkan riwayat lengkap pasien dan pertanyaan spesifik untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kecanduan narkoba pada wanita tersebut. Bidan harus menyadari bahwa perempuan seringkali menggunakan lebih dari satu zat, misalnya perempuan yang menggunakan obat penenang juga dapat menggunakan stimulan.
- 5) Bidan harus mampu memberikan kepastian dan terus mendukung perempuan pada semua tahap perubahan perilaku pemulihannya, serta menanamkan pemahaman akan nilai-nilai yang dimiliki anaknya yang dapat memotivasi perempuan dalam proses pemulihan. Bidan harus memberikan dukungan berkelanjutan kepada perempuan selama pemulihan dan gejala.

- 6) Jadilah pendengar yang baik terhadap pecandu narkoba, karena penerimaan yang baik sering kali memberikan wanita rasa percaya diri dan rasa damai.
- h. **Konseling dan komunikasi terapeutik selama kehamilan**

Tingginya angka kematian ibu menjadi permasalahan karena kematian seorang ibu berdampak pada seluruh keluarga. Mengingat kematian yang masih tinggi maka diperlukan kerjasama yang baik antara bidan dan ibu. Salah satu upaya bidan adalah konseling. Konseling bagi ibu hamil dan keluarganya meliputi proses kehamilan, gejala kehamilan, tanda-tanda kehamilan, perkiraan usia kehamilan, perkiraan persalinan, status kesehatan ibu dan janin, keluhan umum, tanda-tanda komplikasi kehamilan. Konseling pada bidan trimester pertama dan kedua bertujuan untuk memberikan informasi mengenai perubahan perkembangan janin berdasarkan usia kehamilan, perubahan ibu dan metode kontrasepsi.
2. **Cara Menghadapi Perubahan Psikologis pada Masa Kehamilan**
 - a. Memperoleh informasi dari berbagai sumber mengenai perubahan kondisi fisik dan psikis selama kehamilan, khususnya bagi wanita yang sedang mengandung anak pertama.
 - b. Bicarakan dengan suami mengenai segala hal yang dialami ibu hamil agar keluarga

- memahami dan mendukung perubahan yang akan datang.
- c. Pantau kehamilan/kehamilan dengan rajin untuk menjaga kesehatan janin dan perkembangan normalnya.
 - d. Makanlah makanan yang sehat dan bergizi untuk menunjang tumbuh kembang bayi.
 - e. Jaga penampilan Kurangi aktivitas yang dapat membahayakan tumbuh kembang janin.
 - f. Dengarkan musik untuk bersantai sebelum setiap perubahan terjadi.
 - g. Senam kehamilan dapat membantu ibu hamil menormalkan perubahan psikologis.
 - h. Latihan pernapasan teratur untuk mempersiapkan fisik menghadapi persalinan.

E. Asuhan Berkelanjutan Bagi Ibu Berkebutuhan Khusus (*Continuity of Care*)

Dalam *Continuity of Care*, seorang bidan memberikan pelayanan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir hingga pengambilan keputusan kontrasepsi, yang bertujuan untuk mendukung ibu dan anak dalam memantau dan mendeteksi komplikasi selama kehamilan, mulai dari lahir hingga penggunaan alat kontrasepsi

1. Pengertian

Pelayanan kebidanan yang berkesinambungan (*Continuity of Care*) adalah pemberian asuhan kebidanan mulai dari kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir sampai dengan pengambilan keputusan KB, dengan tujuan membantu mengendalikan dan

mendeteksi kemungkinan komplikasi pada ibu dan anak sejak kehamilan sampai dengan persalinan, dan asuhan kebidanan keluarga berencana. Menurut WHO, dimensi pertama dari kontinum tenaga kesehatan dimulai pada masa kehamilan, sebelum kehamilan, selama kehamilan, saat kelahiran, dan pada hari-hari serta tahun-tahun pertama kehidupan. Dimensi lain dari kontinum layanan adalah lokasi layanan, yang menghubungkan berbagai tingkat layanan di rumah, komunitas, dan fasilitas kesehatan. Hal ini memungkinkan bidan untuk memberikan pelayanan yang berkesinambungan. (Astuti, 2017)

2. Tujuan Umum
 - a. Memantau perkembangan kehamilan untuk menjamin kesehatan ibu serta tumbuh kembang bayi.
 - b. Meningkatkan dan memelihara kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.
 - c. Identifikasi sejak dini segala kelainan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan, termasuk penyakit umum, persalinan dan pembedahan.
 - d. Mempersiapkan persalinan cukup bulan, melahirkan ibu dan bayi dengan selamat dengan trauma minimal.
 - e. Persiapan ibu menghadapi masa nifas normal dan pemberian ASI eksklusif.
 - f. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran anak agar dapat tumbuh dan berkembang secara maksimal.

g. Penurunan angka kesakitan dan kematian ibu dan perinatal.

3. Manfaat

Kesinambungan pelayanan dapat dipastikan melalui tim kebidanan yang berbagi kasus, yang bertujuan untuk memastikan bahwa ibu menerima seluruh pelayanan dari satu bidan atau tim tenaga kesehatannya. Bidan dapat berkolaborasi dengan profesional kesehatan lainnya dalam konsultasi dan rujukan multidisiplin. Kegagalan dalam memberikan pelayanan obstetri yang berkelanjutan dapat meningkatkan risiko ibu mengalami komplikasi yang tidak tertangani, sehingga menyebabkan tertundanya pengobatan komplikasi dan meningkatkan morbiditas dan mortalitas. Kemungkinan komplikasi selama kehamilan adalah anemia, hipertensi, pendarahan, keguguran, pembengkakan pada wajah dan kaki, dan lain-lain. Komplikasi yang dapat terjadi pada saat persalinan antara lain distosia, inersia uterus, presentasi non posterior, prolaps umbilikalis, ketuban pecah dini dan lain-lain. Komplikasi dapat terjadi pada masa nifas, antara lain pada ibu menyusui dan lain-lain. Bayi baru lahir dapat mengalami komplikasi antara lain Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), mati lemas, kelainan kongenital, tetanus neonatal dan lain-lain.

4. Intervensi yang dapat dilakukan
 - a. Ciptakan lingkungan terapeutik. Untuk mengurangi tingkat kecemasan, panik, ketakutan akibat halusinasi, sebaiknya lakukan pendekatan terlebih dahulu secara individu dan cobalah melakukan kontak mata. Jika diperlukan sentuhan atau pegangan, akses harus dilakukan secara teratur, tetapi tidak terus menerus. Harus ada ruang-ruang di dalam rumah yang menarik perhatian dan mendorong pasien untuk berhubungan dengan kenyataan, seperti jam dinding, kalender, gambar atau hiasan dinding, majalah dan mainan. Pasien diajarkan untuk mengenali rangsangan halusinasi, membuktikan apakah rangsangan tersebut nyata atau tidak, misalnya dengan bertanya kepada orang lain, dan cara mengurangi terjadinya halusinasi, termasuk menyibukkan diri terus-menerus dan mengurangi waktu berimajinasi.
 - b. Mempelajari permasalahan pasien dan membantu mengatasi permasalahan yang ada. Setelah itu pasien lebih kooperatif dan komunikatif dalam menyelesaikan permasalahan yang ada. Masalah pasien menimbulkan halusinasi dan membantu mengatasi masalah yang ada.
 - c. Pasien dianjurkan untuk berolahraga/aktif melakukan gerakan fisik seperti senam, bermain atau aktivitas lainnya. Aktivitas ini dapat membantu pasien mengorientasikan

- dirinya pada kehidupan nyata dan memilih aktivitas yang sesuai.
- d. Libatkan keluarga lain dalam proses pengobatan.
 - e. Lengkapi rencana tindak lanjut.

Tugas

1. Mahasiswa menjelaskan definisi kebutuhan khusus
2. Mahasiswa menjelaskan klasifikasi kebutuhan khusus
3. Mahasiswa menjelaskan asuhan pada ibu berkebutuhan khusus
4. Mahasiswa menjelaskan promosi kenormalan pada ibu berkebutuhan khusus
5. Mahasiswa menjelaskan Asuhan berkelanjutan pada ibu berkebutuhan khusus (*Continuity of Care*)

Latihan Soal

1. Seorang perempuan, umur 34 tahun, datang ke TPMB dengan keluhan merasa sedih karena sudah 9 tahun menikah tapi belum memiliki anak. Hasil anamnesis: selama pernikahan melakukan hubungan aktif secara teratur tanpa menggunakan alat kontrasepsi. Hasil pemeriksaan: TD: 110/90 mmHg, N: 80 x/menit, P: 20 x/menit, S: 36,5°C, tidak ada benjolan dan rasa nyeri pada suprapubic. Apakah tindakan awal yang paling tepat pada kasus ini?
 - A. Merujuk
 - B. Konseling pasangan
 - C. Pemeriksaan Rutin
 - D. Pereda nyeri dan antibiotik
 - E. Anjurkan makanan sehat

2. Seorang perempuan, umur 19 tahun, datang bersama ibunya ke PMB karena tidak mau makan dan sering pusing. Hasil anamnesis: sering murung dan mengunci diri di kamar karena tidak ingin dijodohkan oleh orang tua. Hasil pemeriksaan: TD: 110/90 mmHg, N: 82 x/menit, P: 24 x/menit, S: 36,5°C.
Apakah anjuran apa yang paling mungkin pada kasus ini?
- A. Kesehatan organ reproduksi
 - B. Kehamilan yang ideal dan berisiko
 - C. Menunda kehamilan dengan ber-KB
 - D. Kesehatan jiwa dan harmonisasi pasutri
 - E. Keadaan fisik untuk kelangsungan pernikahan
3. Seorang perempuan, umur 21 tahun, hamil 20 minggu, datang bersama ibunya ke TPMB ingin memeriksakan kehamilannya. Hasil anamnesis: ini merupakan kehamilan di luar nikah, namun suami tidak bertanggung jawab. Hasil pemeriksaan: TD: 100/90 mmHg, N: 80x/menit, P: 20 x/menit, S: 36,5°C, mata pucat, ballotement positif, DJJ +.
Apakah sikap yang harus ditunjukkan pada saat konseling berdasarkan kasus ini?
- A. Empathy
 - B. Integrity
 - C. Discipline
 - D. Optimistic
 - E. Responsibility

4. Seorang perempuan, umur 34 tahun, G2P1A0 hamil 36 minggu, datang ke TPMB ingin memeriksakan kehamilannya. Hasil anamnesis: merasa cemas mendekati persalinan khawatir bayinya lahir cacat. Hasil pemeriksaan: TD: 120/90 mmHg, N: 80 x/menit, P: 20x/menit, S: 36,5°C, DJJ: 130 x/menit, teratur. Apakah faktor predisposisi kasus ini?
- A. Usia
 - B. Paritas
 - C. Pengetahuan
 - D. Pemeriksaan rutin
 - E. Kesejahteraan janin
5. Seorang perempuan, umur 21 tahun, G1P0A0 hamil 24 minggu, datang ke TPMB ingin memeriksakan kehamilannya. Hasil anamnesis: merasa cemas, sering menangis, dan mengurung diri karena malu terhadap perubahan bentuk badannya merasa tidak percaya diri. Hasil pemeriksaan: BB: 60 Kg, TD: 120/90 mmHg, N: 80 x/menit, P: 20 x/menit, S: 36,5°C, DJJ: 125 x/menit, teratur. Apakah konseling yang paling tepat pada kasus ini?
- A. Perkembangan Janin
 - B. Perkiraan persalinan
 - C. Komplikasi kehamilan
 - D. Tanda-tanda kehamilan
 - E. Perubahan selama kehamilan

KUNCI JAWABAN

BAB I

1. A. Kelompok rentan
2. B. Dewasa
3. E. Memaksa ibu penyandang disabilitas untuk mau melakukan pemeriksaan kesehatan
4. C. Benar semua
5. C. Pemeriksaan status mental

BAB II

1. E. Menyampaikan KIE dengan artikulasi/gerak bibir yang jelas
2. C. Ibu pasien
3. B. Sindrom Turner
4. D. Syndrom Klinefelter
5. C. Tindakan operatif

BAB III

1. E. Motivasi untuk menerima peran sebagai ibu
2. C. Anemia
3. B. perbuatan cabul
4. E. Pemberian dukungan keluarga
5. A. AKDR

BAB IV

1. C. kelompok Rentan
2. B. Radiasi Elektromagnik
3. C. Daerah Dataran Tinggi
4. C. Kanker Kulit
5. B. Kelompok Rentan

BAB V

1. B Kemiskinan
2. B Pendidikan
3. C Keluarga
4. D Kemiskinan
5. E Gender

BAB VI

1. C. Memberikan dukungan psikologis
2. E. Perawatan bayi (daycare)
3. C. Kolaborasi dengan dokter
4. E. Ibu pengganti mendapatkan hak layanan kehamilan, persalinan, dan nifas yang sama
5. A. IUGR

BAB VII

1. A. Menimbulkan masalah moral, hukum, dan sosial
2. C. Usia, etnis, riwayat persalinan pervaginam sebelumnya, VBAC sebelumnya dan indikasi untuk persalinan sesar sebelumnya
3. A. PBB
4. A. Menghargai keinginan mereka untuk memiliki anak dan diakui menjadi ibu serta dihormati sebagai sesuatu yang normal
5. B. Memperkuat hubungan emosional, seperti empati pada anak

BAB VIII

1. B. Konseling pasangan
2. C. Menunda kehamilan dengan ber-KB
3. A. Emphaty
4. A. Usia
5. E. Perubahan selama kehamilan

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, E., & Azinar, M. (2017). Kehamilan Tidak Diinginkan pada Remaja. HIGEIA (Jurnal Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Masyarakat) , 1 (1), 1-7. Diambil dari <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/higeia/article/view/13999>.
- Alimi rosma, nurwati nunung. (2021). Faktor penyebab terjadinya kekerasan dalam rumah tangga, vol.2 (1), 20-27, Universitas padjajaran.
- Alzheimer's Disease: Causes, Symptoms, Treatment & Stages, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 05, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9164-alzheimers-disease>
- Andansari, P. A. (2014). Pemenuhan Hak Memperoleh Pelayanan Kesehatan Bagi Narapidana Wanita yang Sedang Hamil (Studi di Lembaga Pemasarakatan Wanita Klas IIA Malang). Brawijaya Law Student Journal. <http://hukum.studentjournal.ub.ac.id/index.php/hukum/article/view/555/538>
- Anwar Y, Sall M, Cislaghi B, Miramonti A, Clark C, Bar Faye M, Canavera M. Assessing gender differences in emotional, physical, and sexual violence against adolescents living in the districts of Pikine and Kolda, Senegal. *Child Abuse Negl.* 2020 Apr;102:104387. doi: 10.1016/j.chiabu.2020.104387. Epub 2020 Feb 7. PMID: 32036291

Ariani, HP, dkk. (2022). Asuhan Kebidanan Pada Perempuan dan Anak dengan Kondisi Rentan untuk Mahasiswa Kebidanan. Malang: CV. Rena Cipta Mandiri

Arthritis: Symptoms, Causes, Types & Treatment, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 05, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/12061-arthritis>

Astuti, S., dkk. 2017. Asuhan Ibu Dalam Masa Kehamilan Buku Ajar Kebidanan Antenatal. Care. Yogyakarta : Erlangga

Badan Pusat Statistik, Perkembangan Beberapa Indikator Utama Sosial Ekonomi Indonesia, BPS, Jakarta, November 2018, hlm. 24.

Badan Pusat Statistik, Statistik Indonesia 2018, hlm. 67.

Badan Pusat Statistik, Susenas, Jakarta, 2018. 7 UNICEF Jakarta, Children in Indonesia: An Analysis of Poverty, Mobility and Multidimensional Deprivation [Anak di Indonesia: Analisis Terhadap Kemiskinan, Mobilitas, dan Deprivasi Multidimensi], UNICEF Jakarta, 2017, hlm. 10.

Balitbang. 2013. Mengenal Participatory Rural Appraisal (PRA). Maluku Utara

Behnke, M., Smith, V. C., Committee on Substance Abuse, & Committee on Fetus and Newborn (2013). Prenatal substance abuse: short- and long-term

effects on the exposed fetus. *Pediatrics*, 131(3), e1009-e1024

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8194464/>

Cell phones and cancer risk fact sheet. National Cancer Institute. (2021). Retrieved July 17, 2023 from <https://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/radiation/cell-phones-fact-sheet>.

Chakole S, Akre S, Sharma K, Wasnik P, Wanjari MB. Unwanted Teenage Pregnancy and Its Complications: A Narrative Review. *Cureus*. 2022 Dec 18;14(12):e32662. doi: 10.7759/cureus.32662. PMID: 36686124; PMCID: PMC9848684.

Congenital disorders. Accessed: Oct. 05, 2023. [Online]. Available: <https://www.who.int/health-topics/congenital-anomalies>

Coronary Artery Disease: Symptoms, Causes & Treatment, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 06, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/16898-coronary-artery-disease>

D. Oleh, "Dr. TITTA NOVIANTI, S.Si., M.Biomed."

Dahl, E., Gupta, R. S., Beutel, M., Stoebel-Richter, Y., Brosig, B., Tinneberg, H. R., & Jain, T. (2006). Preconception sex selection demand and preferences in the United States. *Fertility and Sterility*, 85(2), 468-473. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.07.1320>

Davis, D., S Homer, C., Clack, D., Turkmani, S., & Foureur, M. (2020). Choosing vaginal birth after caesarean section: Motivating factors. *Midwifery*, 88. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102766>

Desiningrum, D. R. 2016. Psikologi Anak Berkebutuhan Khusus. Yogyakarta: Psikosain.

Dhamayanti M, Arya IFD, Fanissa RS. Pengetahuan dan Sikap petugas kesehatan di pelayanan kesehatan primer dalam tatalaksana kekerasan terhadap anak. *Journal of Community Empowerment for Health*. vol 2 (1) 2019, 84-91. DOI: 10.22146/jcoemph.42692

Diabetes, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 06, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/7104-diabetes>

Doherty J, Jonas J, Li S, Sankoh AJ, Silber C, Campbell AD, Werneburg B, Kaner SJ, Lasser R. Effect of Zuranolone vs Placebo in Postpartum Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2021 Sep 1;78(9):951-959. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.1559. Erratum in: *JAMA Psychiatry*. 2022 Jul 1;79(7):740. Erratum in: *JAMA Psychiatry*. 2023 Feb 1;80(2):191. PMID: 34190962; PMCID: PMC8246337.

Down Syndrome: Symptoms & Causes, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 05, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/17818-down-syndrome>

Eliason, M. J., Dibble, S. L., DeJoseph, J., Chinn, P. L. (2012). LGBTQ issues in nursing. *Nursing Made Incredibly Easy!* 10(2): 4. https://journals.lww.com/nursingmadeincrediblyeasy/fulltext/2012/03000/lgbtq_issues_in_nursing_2.aspx

Elizon, A. P. (2019). Peran Single Parents dalam Memenuhi Kebutuhan Dasar Anak (Studi di Kelurahan Betungan Kecamatan Selebar Kota Bengkulu). Skripsi. Program Studi Bimbingan Konseling Islam Fakultas Ushuluddin Adab dan Dakwah Institut Agama Islam Negeri (IAIN) Bengkulu. <http://repository.iainbengkulu.ac.id/2739/1/FILE%20KASET%20ARI.pdf>

Environmental Protection Agency. Radiation Exposure and Cancer Risk. EPA. Retrieved July 17, 2023 from <https://www.epa.gov/radiation/radiation-health-effects>.

Febe, E. (2019). PKBI Yogyakarta untuk ibu hamil di penjara: sebuah perspektif kesehatan masyarakat. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 35(4), OP5-1. <https://jurnal.ugm.ac.id/bkm/article/view/45023>

Fragile X Syndrome: Diagnosis, Symptoms & Treatment, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 05, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/5476-fragile-x-syndrome>

Geehan, A. (2023). Nursing Care for LGBTQ+ Patients: Tips and Resources.

<https://nursejournal.org/articles/nursing-care-lgbtq-patients/>

Genetic Disorders: What Are They, Types, Symptoms & Causes, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 05, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/21751-genetic-disorders>

Global report on health equity for persons with disabilities. Accessed: Oct. 05, 2023. [Online]. Available: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240063600>

Halimah, M. (2018). Pandangan Aksiologi Terhadap Surrogate Mother. *Jurnal Filsafat Indonesia*, 1(1): 51-56 <https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/JFI/article/download/13989/8690>

Hartono, M.D., dkk. (2020). *Standar Norma dan Pengaturan Nomor 4 Tentang Hak Atas Kesehatan*. Jakarta: KOMNAS HAM RI

Hemochromatosis (Iron Overload): Causes, Symptoms, Treatment, Diet & More, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 06, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/14971-hemochromatosis-iron-overload>

Henrick Altshuler LL, Suri R. Hormonal Changes in the Postpartum and Implication for Postpartum Depression. *The Academy of Psychosomatic medicine*: 1998; 39: 93-101

High Cholesterol: Causes, Symptoms and How It Affects the Body, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 06, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/articles/11918-cholesterol-high-cholesterol-diseases>

[http://repository.unhas.ac.id/id/eprint/2696/2/_skripsi_28-09-2020 tentang dataran tinggi.](http://repository.unhas.ac.id/id/eprint/2696/2/_skripsi_28-09-2020_tentang_dataran_tinggi)

<http://www.ditjenpas.go.id/ditjen-pas-janjikan-peningkatan-kualitas-hidup-kelompok-rentan>

[http://yayasanpulih.org/2020/05/kelompok-rentan-di-tengah-pandemi-odkm-disabilitas-dan-minoritas-seksual.](http://yayasanpulih.org/2020/05/kelompok-rentan-di-tengah-pandemi-odkm-disabilitas-dan-minoritas-seksual)

[https://p2ptm.kemkes.go.id/post/dampak-pencemaran-udara-polusi-udara-terhadap-penyakit yang di timbulkan .2023](https://p2ptm.kemkes.go.id/post/dampak-pencemaran-udara-polusi-udara-terhadap-penyakit-yang-di-timbulkan-2023)

<https://p2ptm.kemkes.go.id/post/dampak-pencemaran-udara-polusi-udara-terhadap-penyakit-hipertensi>

Humas Rutan Ponorogo. (2023). Menjalani Masa Kehamilan di Penjara, WBP Rutan Ponorogo Diantar Petugas Kontrol ke Dokter Kandungan. <https://jatim.kemenkumham.go.id/berita-upt/21609-menjalani-masa-kehamilan-di-penjara-wbp-rutan-ponorogo-diantar-petugas-kontrol-ke-dokter-kandungan>

Indrayani, T., Syafar, M. 2020. Promosi Kebidanan untuk Bidan. Kota Serang : CV. AA. RIZKY

Islamia, Ediyono, S. 2022. Faktor Risiko dan Dampak Terjadinya Depresi Antenatal. Jurnal Indonesia Kebidanan Volume 6 Nomor 2 (2022) 85-90. Su,ber : <https://ejr.umku.ac.id>

[k.ui.ac.id/infosehat/2-kelompok-paling-rentan-kena-penyakit-akibat-polusi-anak-anak-dan-ibu-hamil/2023](https://ejr.umku.ac.id)

Kayama, M. (2010). Parental experiences of children's disabilities and special education in the United States and Japan: Implications for school social work. *Social Work*, 55(2), 117-125. <https://doi.org/10.1093/sw/55.2.117>

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI. (2013). Panduan Penanganan Anak Berkebutuhan Khusus bagi Pendamping (Orang tua, Keluarga dan Masyarakat). Jakarta

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI. (2020). Profil Anak Indonesia 2020. Jakarta

Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak RI. (2020). Profil Perempuan Indonesia 2020. Jakarta

Kementrian Kesehatan RI. 2017. PEDOMAN PELAKSANAAN PELAYANAN KESEHATAN REPRODUKSI BAGI PENYANDANG DISABILITAS USIA DEWASA

Klinefelter Syndrome: Causes, Symptoms, Testing & Treatment, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 05, 2023.

[Online]. Available:
<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/21116-klinefelter-syndrome>

Kresnadari, A., Isharyanto, Supanto. (2018). Jurnal Hukum Dan Pembangunan Ekonomi, 6(2): 240-259. <https://jurnal.uns.ac.id/hpe/article/viewFile/17760/14174>

Kurniawan, M. A. (2021). Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan Terhadap Narapidana Wanita Hamil di Lapas/Rutan. JUSTITIA : Jurnal Ilmu Hukum dan Humaniora, 8(2), 313-318. <http://jurnal.um-tapsel.ac.id/index.php/Justitia/article/view/2842>

Limbong R.J., dkk. (2020). Kajian Pemenuhan Hak Atas Kesehatan Bagi Kelompok Rentan di Indonesia. Jakarta: KOMNAS HAM RI

Mahmudah, N. (2018). Persepsi perempuan pekerja seks terhadap HIV-AIDS. Jurnal Keperawatan dan Kebidanan Aisyiyah, 14(1): 69-74. <https://ejournal.unisayogya.ac.id/index.php/jkk/article/download/551/234>

Malindi, L. W. (2020). Perlindungan Hukum Terhadap Ibu Pengganti (Surrogate Mother) yang Mengikatkan Diri dalam Perjanjian Sewa Rahim (Surogasi) di Indonesia. Jurnal Hukum dan Pembangunan Ekonomi, 8(1): 36-51. <https://jurnal.uns.ac.id/hpe/article/download/44286/28056>

Maulani, N. 2018. Modul Asuhan Pada Perempuan Dengan Kondisi Rentan. Sumber: <http://repository.stikessaptabakti.ac.id/>

Medina-Martínez, J., Saus-Ortega, C., Sánchez-Lorente, M. M., Sosa-Palanca, E. M., García-Martínez, P., & Mármol-López, M. I. (2021). Health Inequities in LGBT People and Nursing Interventions to Reduce Them: A Systematic Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(22): 11801. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8624572/>

Migraine Headaches: Causes, Treatment & Symptoms, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 06, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/5005-migraine-headaches>

Mulyani, D. I., dan Rohsiswatmo, R. (2009). Mengenal Bayi dengan Sindrom Putus Obat: Laporan Kasus. *Sari Pediatri*, 11(2): 94-101. <https://saripediatri.org/index.php/sari-pediatri/article/download/600/535>

Muscular Dystrophy: What It Is, Symptoms, Types & Treatment, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 06, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/14128-muscular-dystrophy>

Nearly 240 million children with disabilities around the world, UNICEF's most comprehensive statistical

analysis finds. Accessed: Oct. 05, 2023. [Online]. Available: <https://www.unicef.org/eap/press-releases/nearly-240-million-children-disabilities-around-world-unicefs-most-comprehensive>

Neurofibromatosis Type 1 (NF1): What It Is & Symptoms, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 06, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/14422-neurofibromatosis-type-1-nf1>

Nurita, SR, dkk. (2021). Modul Praktikum Askeb Pada Perempuan dan Anak dengan Kondisi Rentan. Prodi S1 Kebidanan STIKes Baiturrahim Jambi

Nurvaqiya S N, Fadhilah F, Ahmad K, Mutiara D. Program Webinar “Pencegahan dan Penanganan Kasus Kekerasan Seksual Pada Anak”. Seminar nasional Pengabdian Masyarakat LPPM UMJ. 262-UMJ-KKN. Jakarta, 28 Oktober 2021

Organisation for Economic Co-Operation and Development, Social Protection System Review of Indonesia [Kajian Terhadap Sistem Perlindungan Sosial di Indonesia], OECD Development Pathways, OECD Publishing, Paris, 2019, hlm. 12-13.

Palulungan, L., Kordi, M. G. H., Ramli, M. T. (2020). Perempuan, Masyarakat Patriarki & Kesetaraan Gender. Makassar: Yayasan Bursa Pengetahuan Kawasan Timur Indonesia (BaKTI). <https://www.pintarmampu.bakti.or.id/sites/default/files/dokumen/perempuan%2C%20masyarakat%20patriarki-final.pdf>

Penyakit genetik, Wikipedia bahasa Indonesia, ensiklopedia bebas. Feb. 17, 2022. Accessed: Oct. 05, 2023. [Online]. Available: https://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Penyakit_genetik&oldid=20653342

Pratiwi, W.H., Syafiq, M. 2022. Strategi Mengatasi Dampak Psikologis Pada Perempuan Yang Menikah Dini. Volume 09 Nomor 07 (2022). Character: Jurnal Penelitian Psikologi. <https://ejournal.unesa.ac.id>

Prihananti, D. A. T. (2022). Pemenuhan Hak Narapidana Hamil dan Menyusui di Lembaga Pemasarakatan Perempuan. Indonesian Journal of Criminal Law and Criminology (IJCLC), 3(2): 68-78. <https://journal.umy.ac.id/index.php/ijclc/article/download/15526/7533>

PSIBK. 2018. Individu Berkebutuhan Khusus (Disabilitas). Sumber : <https://www.usd.ac.id/pusat/psibk/2018>

R. A. Bulatao, N. B. Anderson, and E. National Research Council (US) Panel on Race, "The Nature of Racial and Ethnic Differences," in Understanding Racial and Ethnic Differences in Health in Late Life: A Research Agenda, National Academies Press (US), 2004. Accessed: Oct. 06, 2023. [Online]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK24684/>

Race (human categorization), Wikipedia. Sep. 21, 2023. Accessed: Oct. 06, 2023. [Online]. Available: [https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Race_\(human_categorization\)&oldid=1176354106](https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Race_(human_categorization)&oldid=1176354106)

- Raharjo, ST. 2018. CSR, Relasi Dinamis antara Perusahaan dengan Masyarakat Setempat. Bandung: Penerbit ITB.
- Raidanti, D. 2020. Modul Asuhan Kebidanan Pada Anak Dan Perempuan Berkebutuhan Khusus Semester IV. STIKES RSPAD Gatot Soebroto.
- Ross, E. J., Graham, D. L., Money, K. M., & Stanwood, G. D. (2015). Developmental consequences of fetal exposure to drugs: what we know and what we still must learn. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 40(1), 61-87. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4262892/>
- Rusyidi, R., Nurwati, N. (2018). Penanganan Pekerja Seks Komersial di Indonesia. *Prosiding Penelitian & Pengabdian Kepada Masyarakat*, 5(3): 303-313. <https://jurnal.unpad.ac.id/prosiding/article/download/20579/pdf>
- Ryan, G. A., Nicholson, S. M., & Morrison, J. J. (2018). Vaginal birth after caesarean section: Current status and where to from here? *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 224, 52-57. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.02.011>
- Santy, F. N. (2011). Pengalaman Remaja Perempuan Single Parent Menjalani Peran Baru sebagai Ibu di Kecamatan Panjang Kota Bandar Lampung. Tesis. Fakultas Ilmu Keperawatan Program Pascasarjana

Ilmu Keperawatan Kekhususan Keperawatan
Maternitas Universitas Indonesia.
[https://lib.ui.ac.id/file?file=digital%2F20280900-
T+Fitri+Nuriya+Santy.pdf](https://lib.ui.ac.id/file?file=digital%2F20280900-T+Fitri+Nuriya+Santy.pdf)

Schildberger, B., Zenzmaier, C., & König-Bachmann, M. (2017). Experiences of Austrian mothers with mobility or sensory impairments during pregnancy, childbirth and the puerperium: A qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1388-3>

Sharifi F, Jamali J, Larki M, Roudsari RL. Domestic Violence against Infertile Women: A systematic review and meta-analysis. *Sultan Qaboos Univ Med J*. 2022 Feb;22(1):14–27. doi: 10.18295/squmj.5.2021.075. Epub 2022 Feb 28. PMID: 35299802; PMCID: PMC8904118.

Sharma, A., Shrivastava, D. 2022. Psychological Problem Reelated to Infertility. *Cureus*. 2022 Oct; 14(10): e30320. Published online 2022 Oct 15. doi: 10.7759/cureus.30320

Sickle Cell Disease (SCD): Types, Symptoms & Causes. Accessed: Oct. 06, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/12100-sickle-cell-disease>

Sindrom Down, Wikipedia bahasa Indonesia, ensiklopedia bebas. Aug. 31, 2023. Accessed: Oct. 05, 2023. [Online]. Available: https://id.wikipedia.org/w/index.php?title=Sindrom_Down&oldid=24108604

Soetomo. 2010. Masalah Sosial dan Upaya Pemecahannya. Jakarta; Pustaka Pelajar.

Spina Bifida: Types, Tests, Treatment & Prevention, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 06, 2023. [Online]. Available:
<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/8719-spina-bifida>

Steinberg, J.R, Tschann J. M, Furgerson, D., Harper,C. 2016. Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. Soc Sci Med. 2016 Feb; 150: 67-75. doi: 10.1016/j.socscimed.12.007

Suharto, A. 2018. Promosi Kesehatan. Magetan : Poltekkes Kemenkes Surabaya

Tay-Sachs Disease: Symptoms, Cause, Treatment, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 06, 2023. [Online]. Available:
<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/14348-tay-sachs-disease>

Ticoalu, T. D. G. (2013). Perlindungan Hukum pada Narapidana Wanita Hamil di Lembaga Masyarakat. Lex Crimen, 2(2): 125-132.
<https://media.neliti.com/media/publications/3028-ID-perlindungan-hukum-pada-narapidana-wanita-hamil-di-lembaga-pemasyarakatan.pdf>

TINJAUAN PENINGKATAN AKSES DAN TARAF HIDUP PENYANDANG DISABILITAS INDONESIA : ASPEK SOSIOEKONOMI DAN YURIDIS. 2021. Staf Ahli Bidang

Sosial dan Penanggulangan Kemiskinan
Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional.

Triple X Syndrome, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 05, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/17892-triple-x-syndrome>

Tuasikal, J., M., 2023. Definisi dan Jenis Kebutuhan Khusus. Sumber: <https://www.ung.ac.id/home/2023>

Turner Syndrome: Causes, Symptoms, Diagnosis & Treatment, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 05, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/15200-turner-syndrome>

Types and sources of radiation – Canadian Nuclear Safety Commission. (2019). Retrieved July 17, 2023 from <http://nuclearsafety.gc.ca/eng/resources/radiation/introduction-to-radiation/types-and-sources-of-radiation.cf>

UNICEF Jakarta, Children in Indonesia: An Analysis of Poverty, Mobility and Multidimensional Deprivation [Anak di Indonesia: Analisis Terhadap Kemiskinan, Mobilitas, dan Deprivasi Multidimensi], UNICEF, Jakarta, 2017, hlm. 10.

UNICEF. Children and Young People with Disabilities Fact Sheet. May 2013. available on <https://www.unicef.org/media/126391/file/Fact->

Sheet-Children-and-Young-People-with-Disabilities-2013.pdf.

United Nations Children's Fund Indonesia, 'SDG Baseline Report on Children in Indonesia' [Laporan Garis Dasar SDGS Tentang Anak di Indonesia], UNICEF Indonesia, Jakarta, 2017.
<https://www.unicef.org/indonesia/media/3131/file/SDG-Baseline-Report-2017.pdf>

UU No. 8 Tahun 2016, Database Peraturan | JDih BPK. Accessed: Oct. 06, 2023. [Online]. Available: <http://peraturan.bpk.go.id/Details/37251/uu-no-8-tahun-2016>

Viqria, A. A. (2022). Analisis Sewa Rahim (Surrogate Mother) Menurut Hukum Perdata dan Hukum Islam. DHARMASISYA: Jurnal Program Magister Hukum Fakultas Hukum Universitas Indonesia, 1(4): 1693-1706.
<https://scholarhub.ui.ac.id/cgi/viewcontent.cgi?article=1128&context=dharmasisya>

Walker-Descartes I, Mineo M, Condado LV, Agrawal N. Domestic Violence and Its Effects on Women, Children, and Families. *Pediatr Clin North Am*. 2021 Apr;68(2):455-464. doi: 10.1016/j.pcl.2020.12.011. Epub 2021 Feb 13. PMID: 33678299

What Is Autism Spectrum Disorder (ASD)?, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 05, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/8855-autism>

What Is Cancer? Symptoms, Signs, Types & Causes, Cleveland Clinic. Accessed: Oct. 05, 2023. [Online]. Available: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/12194-cancer>

Widiastuti D, Sekartini R. Deteksi Dini, Faktor Risiko, dan Dampak Perlakuan Salah Pada Anak. Sari Pediatri, Vol. 7, No. 2, Jakarta September 2005 : 105-102.

World Health Organization. Radiation. World Health Organization. Retrieved July 17, 2023 from https://www.who.int/health-topics/radiation#tab=tab_1

Yanti, L. 2018. Analisis Perilaku Ibu terhadap Kehamilan Palsu (Pseudocyesis). Jurnal Kesehatan Al-Irsyad Vol. XI, No. 2. September 2018. <https://jka.universitalirsyad.ac.id>

Yulianti, I., Nurchitra, 2022. Efek Hipnoterapi Pada Permasalahan Psikologi Bagi Perempuan Dengan Kehamilan Tidak Diinginkan. Jurnal Issue In Midwifery, sumber : DOI:10.21776/ub.JOIM.2022.006.02.4

Biografi Penulis

Bd. Vitrilina Hutabarat, S.S.T., M.Keb.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan DIV Bidan Pendidikan di Universitas Sumatera Utara (USU).
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung (UNPAD).
- Kemudian penulis melanjutkan pendidikan Profesi di Institut Kesehatan Medistra Lubuk Pakam.

Sejak tahun 2010-2013 sudah bekerja di pelayanan salah satu RSIA Swasta di Medan. Tahun 2015 sampai saat ini penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen tetap Kebidanan di Institut Kesehatan Deli Husada Deli Tua. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku, pengajar bimbel UKOM di beberapa Lembaga, menerbitkan jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: vitrilinahutabarat@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

“Mulailah dari sekarang, jangan menunda, maka sukses akan menjadi milikmu.”

Siti Mutoharoh, S.ST., MPH.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan DIV Bidan pendidik Poltekkes Surakarta.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
- Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S3 di prodi FKKMK Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.

Sejak tahun 2006 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di Universitas Muhammadiyah Gombong. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: sitimutoharoh23@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

"Tubuh dibersihkan dengan air. Jiwa dibersihkan dengan air mata. Akal dibersihkan dengan pengetahuan dan jiwa dibersihkan dengan cinta"-
(Ali bin Abi Thalib).

Evi Yanti, S.K.M., M.Kes.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Muhammadiyah Aceh.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Universitas Sumatera Utara.

Sejak tahun 2008 Penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di Universitas Bumi Persada Aceh (UNBP). Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: eviyanti52@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

"Jangan pernah bosan membaca, membaca membuat kita banyak tau dan mengerti. Karna membaca merupakan jendela ilmu, Mari buka jendela untuk update ilmu.

Dewi Puspitaningrum, S.SiT., M.Kes.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan S1 di STIKes Ngudi Waluyo Ungaran Program Studi DIV Bidan.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Promosi Kesehatan Kajian Kesehatan Reproduksi UNDIP Semarang.
- Kemudian penulis masih proses studi lanjut di S3 Kesehatan Masyarakat Kajian Kesehatan Ibu Dan Anak UNDIP Semarang.

Sejak tahun 2007 penulis aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di Universitas Muhammadiyah Semarang. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: dewipuspita@unimus.ac.id

Pesan untuk para pembaca:

“Dan Dia Allah akan memberi manusia rezeki dari arah yang tak disangka-sangka. Dan barangsiapa yang bertawakal kepada Allah, niscaya Allah ‘kan cukupkan (keperluan)nya. Sungguh, Allah melaksanakan urusan-Nya (menepati janji-Nya)”– Q.S At-Talaq (65:3)

Suci Rahmani Nurita, SST., M.Keb.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan DIV Kebidanan di Universitas Kader Bangsa Palembang.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 Kebidanan di Prodi Kebidanan Program Magister Universitas Andalas.

Sejak tahun 2010 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di prodi kebidanan program sarjana dan profesi bidan STIKes Baiturrahim Jambi. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: srnurita@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

Orang yang berhenti belajar akan menjadi pemilik masa lalu,
Orang yang terus belajar akan menjadi pemilik masa depan.

Membacalah agar kamu mengenal dunia,
Menulislah agar dunia mengenal kamu.

Rizka Ayu Setyani, SST., MPH.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan S1 di DIV Bidan Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 di Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Utama Kesehatan Ibu dan Anak Sekolah Pascasarjana Universitas Sebelas Maret.
- Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S3 di Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret dengan beasiswa UNS untuk alumni berprestasi, sekaligus mendapatkan beasiswa fellowship 2023 Southbound Policy Elite Study Program di Taipei Medical University dan National Taiwan Normal University.

Sejak tahun 2012 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di Universitas Sebelas Maret. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: setyanirizkaayu@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

“Makin banyak membaca, makin banyak berpikir; makin banyak belajar, makin sadar bahwa tak mengetahui apapun.” - (Voltaire)

Dwi Rahmawati, S.ST., M.Keb.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan DIV Kebidanan di Universitas Kader bangsa palembang.
- Penulis melanjutkan pendidikan S2 Kebidanan di Universitas ‘Aisyiyah Yogyakarta.

Sejak tahun 2015 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Kebidanan dan saat ini penulis aktif mengajar di Universitas Adiwangsa Jambi. Penulis juga aktif dalam penerbitan buku serta jurnal nasional dan internasional lainnya.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail: dwirahmawati.jmb@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

“Terus melangkah dan lakukan yang terbaik disetiap proses yang dijalani.”

Sandy Nurlaela R S.St., Bd., M.Kes.



Riwayat Pendidikan:

- Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan pada tahun 2010.
 - Penulis melanjutkan pendidikan DIV pada tahun 2011 di STIKes Ahmad Yani Bandung, tahun 2016.
 - Kemudian melanjutkan pendidikan Profesi Bidan di STIKes Abdi Nusantara.
- Kemudian penulis melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Respati Indonesia serta pada tahun 2023.

Saat ini penulis bekerja di STIKes Salsabila Serang sebagai dosen dan mengelola akademik serta kemahasiswaan sejak tahun 2012. Mata kuliah yang pernah diampu antara lain Konsep Kebidanan, Keterampilan Dasar Praktek Kebidanan, Kesehatan Reproduksi dan Perencanaan Keluarga, Asuhan Kebidanan Persalinan, Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui, Asuhan Kebidanan Komunitas, dan sebagainya. Penulis memiliki pengalaman menjadi anggota profesi Ikatan Bidan Indonesia, Pembina organisasi PIK-R, Pembina kemahasiswaan, Tim pengembangan kurikulum dan anggota AIPKIND. Selain aktif sebagai pengajar, penulis juga aktif dalam kegiatan penelitian, pengabdian kepada masyarakat dan bimbingan belajar uji kompetensi bidan.

Penulis dapat dihubungi melalui E-mail:
dosen.sandynurlaela@gmail.com

Pesan untuk para pembaca:

"Buku ada adalah petunjuk, tanpa nya kita akan tersesat. Perbanyak ilmu mu dengan membaca buku."

Hai,
Pejuang Cumlaude !
Bagaimana
dengan bukunya ?



Jika suka, yuk tinggalkan kesan & pesan positif. Agar teman-teman perawat seluruh Indonesia tahu, seberapa rekomendasi buku ini. Dengan cara isi pendapat kamu pada link di bawah

 mculink.id/pesanpositif

Terimakasih bagi yang sudah memberikan pendapat, yuk jadikan kami lebih baik dalam meningkatkan kualitas buku ini. Jangan lupa ikuti sosial media kami.

Sosial Media Kami

Kamu bisa scan QR Code di bawah ini :



Atau buka situs di bawah ini :

 linktr.ee/mcu.kompeten

Terimakasih, salam **Cumlaude** dari **Tim MCU Group**

Buku Ajar

Asuhan Kebidanan Pada Kelompok Rentan

Buku Ini :

- *Sudah lolos seleksi review dengan baik.*
- *Telah dilengkapi dengan latihan soal pada tiap Bab.*
- *Gambar Ilustrasi Yang detail pada tiap Bab.*

Penulis

Bd. Vitrilina Hutabarat, S.S.T, M.Keb.

Buku Ajar

Asuhan Kebidanan Pada Kelompok Rentan

“Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras untuk menduplikat/memperbanyak/mereproduksi sebagian atau seluruh isi dari buku ini dalam bentuk atau cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.”

Penyusun : **Bd. Vitrilina Hutabarat, S.S.T, M.Keb.**

Infiniti Office, Bellezza BSA 1st Floor Unit 106,
Jl. Letjen Soepeno, Kebayoran Lama Jakarta Selatan 12210.

Kontak Kami

(Silakan Scan)



(Silakan Scan)

Tim Fasilitator

Lucky Dwi Caraka

Rendy Himansyah

Dimasqi Sulthan Sabiq Jiddan

Muhammad Asyfa Dafi

Qoriatul Adawiyah



