



# Kesehatan Seksual dan Reproduksi



Mukhoirotin • Putri Ayu Yessy Ariescha • Dahniar Dahlan  
Hamimatus Zainiyah • Siti Roudhotul Jannah  
Irisanna Tambunan • Rini Amalia Batubara  
Almina Rospitaria Tarigan • Nur Arfah Nasution • Meinarisa



# **Kesehatan Seksual dan Reproduksi**



## UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

### Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

### Pembatasan Perlindungan Pasal 26

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

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

### Sanksi Pelanggaran Pasal 113

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

# **Kesehatan Seksual dan Reproduksi**

Mukhoirotin, Putri Ayu Yessy Ariescha, Dahniar Dahlan

Hamimatus Zainiyah, Siti Roudhotul Jannah

Irisanna Tambunan, Rini Amalia Batubara, Almina Rospitaria Tarigan

Nur Arfah Nasution, Meinarisa



Penerbit Yayasan Kita Menulis

# Kesehatan Seksual dan Reproduksi

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2024

Penulis:

Mukhoirotin, Putri Ayu Yessy Ariescha, Dahniar Dahlan  
Hamimatus Zainiyah, Siti Roudhotul Jannah  
Irisanna Tambunan, Rini Amalia Batubara  
Almina Rospitaria Tarigan, Nur Arfah Nasution, Meinarisa

Editor: Ronal Watrianthos

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: [kitamenulis.id](http://kitamenulis.id)

e-mail: [press@kitamenulis.id](mailto:press@kitamenulis.id)

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Mukhoirotin., dkk.

Kesehatan Seksual dan Reproduksi

Yayasan Kita Menulis, 2024

xii; 180 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-113-169-0

Cetakan 1, Februari 2024

- I. Kesehatan Seksual dan Reproduksi
- II. Yayasan Kita Menulis

## Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

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

# Kata Pengantar

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, atas berkat rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku yang berjudul “Kesehatan Seksual dan Reproduksi”.

Masalah kesehatan seksual dan reproduksi merupakan penyebab utama buruknya kesehatan dan kematian bagi perempuan usia subur. Untuk mendukung kesehatan seksual dan reproduksi sepanjang siklus hidup, layanan di berbagai sektor harus diperkuat, mulai dari kesehatan termasuk tenaga kesehatan, hingga sistem pendidikan dan sistem transportasi yang diperlukan untuk menjamin akses terhadap layanan kesehatan. Selain itu, untuk menjaga kesehatan seksual dan reproduksi seseorang, masyarakat memerlukan akses terhadap informasi yang akurat dan metode kontrasepsi yang aman, efektif, terjangkau dan dapat diterima sesuai pilihan serta diberikan informasi dan diberdayakan untuk melindungi diri dari infeksi menular seksual. Dengan terbitnya buku ini, diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan dan referensi terkait dengan kesehatan seksual dan reproduksi.

Materi yang dibahas dalam buku Kesehatan Seksual dan Reproduksi ini, meliputi:

- Bab 1 Pengantar Kesehatan Seksual dan Reproduksi
- Bab 2 Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi
- Bab 3 Kesehatan Reproduksi Wanita
- Bab 4 Kontrasepsi dan Keluarga Berencana
- Bab 5 Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS
- Bab 6 Kesehatan Seksual Dalam Berbagai Tahap Kehidupan
- Bab 7 Kesehatan Reproduksi Remaja
- Bab 8 Pendidikan Seksual dan Promosi Kesehatan
- Bab 9 Hak – Hak Reproduksi dan Seksual
- Bab 10 Aspek Psikososial Kesehatan Seksual

Ucapan terima kasih yang tak terhingga penulis sampaikan kepada semua pihak yang telah berperan dalam penulisan, penyusunan dan penerbitan buku ini, Institusi dimana penulis berkarya dan bekerja sebagai dosen dan juga keluarga yang telah memberikan support pada penulis.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan dan penyusunan buku ini masih terdapat kekurangan, sehingga penulis berharap saran dan kritik dari pembaca demi kesempurnaan buku ini. Akhirnya dengan segenap kerendahan hati, penulis sebagai manusia biasa mohon maaf atas segala kekurangan. Semoga bermanfaat.

Februari 2024  
Tim Penulis

# Daftar Isi

Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi .....	vii
Daftar Gambar .....	xi

## **Bab 1 Pengantar Kesehatan Seksual dan Reproduksi**

1.1 Pendahuluan .....	1
1.2 Kesehatan Seksual dan Reproduksi .....	2
1.3 Ruang Lingkup Pengaturan Kesehatan Reproduksi .....	6

## **Bab 2 Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi**

2.1 Pendahuluan .....	13
2.2 Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita .....	14
2.2.1 Anatomi Genitalia Eksterna .....	14
2.2.2 Anatomi Genitalia Interna .....	17
2.3 Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Pria .....	19

## **Bab 3 Kesehatan Reproduksi Wanita**

3.1 Pendahuluan .....	27
3.2 Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi .....	28
3.3 Tujuan Kesehatan Reproduksi .....	29
3.4 Sasaran dan Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi .....	32
3.5 Faktor-faktor Memengaruhi Kesehatan Reproduksi .....	35

## **Bab 4 Kontrasepsi dan Keluarga Berencana**

4.1 Pendahuluan .....	39
4.2 Kontrasepsi .....	40
4.2.1 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR) .....	42
4.2.2 AKDR Levonorgestrel (AKDR-LNG) .....	45
4.2.3 Implan .....	48
4.2.4 Kontrasepsi Suntik .....	50
4.2.5 Kontrasepsi Pil .....	56
4.2.6 Kontrasepsi Pil Progestin (KPP) .....	60
4.2.7 Kondom .....	62

---

4.2.8 Tubektomi .....	64
4.2.9 Vasektomi .....	66
4.2.10 Metode Amenore Laktasi (MAL) .....	67
4.2.11 Metode Sadar Masa Subur.....	69
4.2.12 Sanggama Terputus.....	72
<b>Bab 5 Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS</b>	
5.1 Pendahuluan.....	75
5.2 Penyakit Menular Seksual .....	76
5.3 HIV AIDS .....	84
<b>Bab 6 Kesehatan Seksual Dalam Berbagai Tahap Kehidupan</b>	
6.1 Pendahuluan.....	93
6.2 Kesehatan Seksual Dalam Berbagai Tahap Kehidupan .....	94
6.2.1 Masa Bayi dan Kanak-Kanak.....	95
6.2.2 Masa Akil Balig.....	97
6.2.3 Awal Masa Dewasa.....	98
6.2.4 Masa Tua.....	99
<b>Bab 7 Kesehatan Reproduksi Remaja</b>	
7.1 Pendahuluan.....	101
7.2 Konsep Remaja.....	103
7.3 Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja .....	106
7.4 Faktor-faktor Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi .....	112
<b>Bab 8 Pendidikan Seksual dan Promosi Kesehatan</b>	
8.1 Pendahuluan.....	115
8.2 Tujuan Pendidikan Seksual.....	116
8.3 Strategi Pendidikan Seksual.....	118
8.4 Materi Pendidikan Seksual .....	120
8.5 Bentuk-bentuk Pendidikan Seksual .....	124
8.6 Promosi Kesehatan.....	125
<b>Bab 9 Hak – Hak Reproduksi dan Seksual</b>	
9.1 Pendahuluan.....	131
9.2 Faktor-faktor Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi Perempuan .....	134
9.3 Seksualitas.....	136
9.4 Macam-macam Hak Reproduksi dan Seksual .....	137

---

**Bab 10 Aspek Psikososial Kesehatan Seksual**

10.1 Pendahuluan.....	143
10.2 Psikososial Kesehatan Reproduksi Anak dan Remaja .....	144
10.3 Psikososial Kesehatan Reproduksi Dewasa .....	145
10.4 Psikososial Dalam Bidang Fertilitas .....	147
10.5 Psikososial Kesehatan Reproduksi Klimakterium.....	149
Daftar Pustaka .....	155
Biodata Penulis .....	175



# Daftar Gambar

Gambar 2.1: Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita.....	17
Gambar 2.2: Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Pria .....	19
Gambar 2.3: Struktur Sperma .....	22
Gambar 3.1: Kerangka Pendekatan Multisektor dalam Program Kesehatan Masyarakat.....	32
Gambar 3.2: Siklus Kehidupan Reproduksi .....	33
Gambar 3.3: Life Cycle Approach .....	34
Gambar 4.1: AKDR Cu T 380 A dan AKDR Nova T 380 .....	43



# Bab 1

## Pengantar Kesehatan Seksual dan Reproduksi

### 1.1 Pendahuluan

Kesehatan Reproduksi telah tercantum dalam program Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan (International Conference on Population and Development-ICPD) pada tahun 1994. Pada tahun 1995, Konferensi Internasional tentang Kependudukan dan Pembangunan kembali menekankan pentingnya kesehatan reproduksi dan memperkenalkan target “Mencapai akses universal terhadap kesehatan reproduksi pada tahun 2015”, yang termasuk dalam Tujuan Pembangunan Milenium (Millennium Development Goals-MDGs).

Sejak saat itu, kesehatan reproduksi telah menarik perhatian luas dan masukan dari komunitas internasional, dan tingkat kesehatan reproduksi di seluruh dunia telah meningkat pada berbagai tingkatan (Feng et al., 2018). Pada tanggal 25 September 2015, Majelis Umum Perserikatan Bangsa-Bangsa menetapkan agenda pembangunan baru yaitu “Agenda pembangunan berkelanjutan tahun 2030”.

*Sustainable Development Goals* (SDGs), yang dibangun dan memperluas MDGs. Beberapa target dalam SDGs telah dikhususkan untuk kesehatan

reproduksi, dalam mengurangi angka kematian ibu dan memastikan akses universal terhadap layanan kesehatan seksual dan reproduksi (United Nations, 2015).

Masalah kesehatan seksual dan reproduksi di negara-negara berkembang merupakan penyebab utama buruknya kesehatan dan kematian bagi perempuan dan anak perempuan usia subur. Perempuan dengan status ekonomi yang rendah sebagian besar menderita karena kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi yang tidak aman, kematian dan kecacatan ibu, infeksi menular seksual (IMS), kekerasan berbasis gender, dan masalah lain yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan (UNFPA, 2022).

Kehamilan dan persalinan, serta ketidaksetaraan gender, menyebabkan perempuan dan remaja perempuan terpapar risiko kesehatan seksual dan reproduksi. Kurangnya otonomi untuk mengambil keputusan mengenai layanan kesehatan reproduksi, terbatasnya kendali atas sumber daya keuangan, terbatasnya mobilitas untuk mengakses layanan dan perbedaan kekuasaan antara penyedia layanan kesehatan dan penerima layanan kesehatan merupakan faktor-faktor yang mungkin menghalangi perempuan dan remaja perempuan untuk menggunakan layanan kesehatan mereka. hak-hak reproduksi dan membuat keputusan tentang tubuh dan masa depan mereka (UNICEF, 2023).

## 1.2 Kesehatan Seksual dan Reproduksi

WHO mendefinisikan kesehatan seksual sebagai “keadaan sejahtera fisik, emosional, mental dan sosial sehubungan dengan seksualitas; ini bukan sekedar bebas dari penyakit, disfungsi atau kelemahan. Kesehatan seksual memerlukan pendekatan yang positif terhadap seksualitas dan hubungan seksual, serta kemungkinan mendapatkan pengalaman seksual yang menyenangkan dan aman, bebas dari paksaan, diskriminasi dan kekerasan. Kesehatan seksual dapat dicapai dan dipertahankan, apabila hak-hak seksual setiap orang harus dihormati, dilindungi dan dipenuhi” (WHO, 2023b).

Kesehatan Reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan yang berkaitan dengan sistem, fungsi, dan proses reproduksi (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi, 2014)

Kesehatan reproduksi mengacu pada kondisi sistem reproduksi pria dan wanita pada semua tahap kehidupan. Sistem ini terdiri dari organ dan kelenjar penghasil hormon, termasuk kelenjar pituitari di otak. Ovarium pada wanita dan testis pada pria merupakan organ reproduksi atau gonad yang menjaga kesehatan sistemnya masing-masing. Mereka juga berfungsi sebagai kelenjar karena memproduksi dan melepaskan hormon (NIH, 2023).

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan sekedar bebas dari penyakit atau kecacatan, dalam segala hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya. Kesehatan reproduksi menyiratkan bahwa setiap orang dapat memiliki kehidupan seks yang memuaskan dan aman dan mereka memiliki kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk memutuskan apakah, kapan, dan seberapa sering mereka akan melakukan hal tersebut (WHO, 2023a).

Kesehatan seksual dan reproduksi yang baik adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi. Hal ini menyiratkan bahwa masyarakat dapat memiliki kehidupan seks yang memuaskan dan aman, kemampuan untuk bereproduksi dan kebebasan untuk memutuskan apakah, kapan, dan seberapa sering mereka akan melakukan hal tersebut.

Untuk menjaga kesehatan seksual dan reproduksi seseorang, masyarakat memerlukan akses terhadap informasi yang akurat dan metode kontrasepsi yang aman, efektif, terjangkau dan dapat diterima sesuai pilihan. Masyarakat harus diberi informasi dan diberdayakan untuk melindungi diri dari infeksi menular seksual.

Apabila memutuskan untuk memiliki anak, perempuan harus memiliki akses terhadap penyedia layanan kesehatan terampil dan layanan yang dapat membantu mendapatkan kehamilan yang sehat, kelahiran yang aman, dan bayi yang sehat. Setiap individu mempunyai hak untuk menentukan pilihannya sendiri mengenai kesehatan seksual dan reproduksinya (UNFPA, 2022).

### **Tujuan Pengaturan Kesehatan Reproduksi**

Tujuan pengaturan kesehatan reproduksi berdasarkan (Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi, 2014), meliputi:

1. Menjamin pemenuhan hak Kesehatan Reproduksi setiap orang yang diperoleh melalui pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, dan dapat dipertanggungjawabkan; dan
2. Menjamin kesehatan ibu dalam usia reproduksi agar mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu.

### **Sasaran Kesehatan Reproduksi**

Sasaran pembinaan kesehatan reproduksi adalah remaja usia 10 sampai 24 tahun dan kelompok masyarakat atau orang dewasa yang peduli dengan permasalahan remaja. Sasaran kesehatan reproduksi dibagi menjadi dua sasaran, yaitu (Harnani et al., 2020):

#### **1. Sasaran Utama**

Sasaran utama kesehatan reproduksi adalah laki-laki dan perempuan usia subur, yaitu remaja putra dan putri yang belum menikah, termasuk juga pekerja seks dan masyarakat yang termasuk keluarga prasejahtera. Adapun komponen kesehatan reproduksi remaja adalah remaja yang berisiko atau menderita HIV/AIDS, remaja yang berisiko dan remaja pengguna NAPZA dan masalah seksualitas.

#### **2. Sasaran Antara**

Sasaran antara yaitu para tenaga kesehatan: Dokter Ahli, dokter umum, perawat, bidan dan pemberi layanan kepada masyarakat: kader posyandu atau kader kesehatan, dukun terlatih, LSM, tokoh agama ataupun tokoh masyarakat.

### **Hak-hak Reproduksi**

Berdasarkan hasil *International Conference Population and Development* (ICPD), disepakati hak-hak reproduksi yang bertujuan untuk mewujudkan kesehatan bagi individu secara utuh, baik kesehatan rohani dan jasmani, meliputi (Rahayu et al., 2017):

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

### **Faktor Berpengaruh Terhadap Kesehatan Reproduksi**

Faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan reproduksi, meliputi:

1. Faktor Demografis – Ekonomi  
Kesehatan reproduksi dapat dipengaruhi oleh faktor ekonomi. Yang termasuk dalam faktor ini di antaranya adalah kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan kurangnya pengetahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, usia pertama melakukan hubungan seksual, usia pertama menikah, usia pertama hamil. Sedangkan faktor demografi yang dapat mempengaruhi Kesehatan Reproduksi adalah akses terhadap pelayanan kesehatan, rasio remaja tidak sekolah, lokasi atau tempat tinggal yang terpencil.
2. Faktor Budaya dan Lingkungan  
Faktor budaya dan lingkungan dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi, antara lain dapat mempengaruhi praktik tradisional yang

berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena terkadang tidak sejalan, atau berlawanan, pandangan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, cara bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi, hak dan tanggung jawab reproduksi individu kepercayaan banyak anak banyak rezeki, dan terkadang masalah seksualitas dianggap masih tabu untuk dibicarakan di depan anak dan remaja.

### 3. Faktor Psikologis

*Low self esteem* atau perasaan rendah diri, adanya tekanan teman sebaya atau *peer pressure*, tindakan kekerasan di rumah atau di sekolah atau di lingkungan terdekat dan juga adanya dampak dari keretakan dalam rumah tangga (orang tua bercerai), rasa tidak berharga dan rasa depresi pada remaja.

### 4. Faktor Biologis

Faktor biologis meliputi cacat sejak lahir atau ketidaksempurnaan organ reproduksi, cacat pada lokasi saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual, keadaan gizi buruk kronis, anemia, radang panggul atau adanya keganasan pada alat reproduksi. Faktor ini dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi dan memberikan dampak yang kurang baik terhadap kesehatan perempuan. Untuk mengurangi dampak tersebut perlu adanya penanganan yang cepat dan tepat.

## 1.3 Ruang Lingkup Pengaturan Kesehatan Reproduksi

Ruang lingkup kesehatan reproduksi menurut *International Conference Population and Development (ICPD)* 1994 adalah sebagai berikut (Harnani et al., 2020):

1. Kesehatan ibu dan anak.
2. Keluarga berencana.

3. Pencegahan dan penanggulangan infeksi menular seksual termasuk HIV/AIDS.
4. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi.
5. Kesehatan reproduksi remaja.
6. Pencegahan dan penanganan infertilitas.
7. Kesehatan reproduksi usia lanjut.
8. Deteksi dini kanker saluran reproduksi serta kesehatan reproduksi lain, misalnya kekerasan seksual, sunat perempuan, dan lain-lain.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi, 2014, ruang lingkup pengaturan Kesehatan Reproduksi meliputi:

#### **Pelayanan Kesehatan Ibu**

Setiap perempuan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan ibu untuk mencapai hidup sehat dan mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu. Pelayanan kesehatan ibu dilakukan sedini mungkin dimulai dari masa remaja sesuai dengan perkembangan mental dan fisik.

Pelayanan kesehatan ibu diselenggarakan melalui:

1. pelayanan kesehatan reproduksi remaja;
2. pelayanan kesehatan masa sebelum hamil, hamil, persalinan, dan sesudah melahirkan;
3. pengaturan kehamilan, pelayanan kontrasepsi dan kesehatan seksual, dan;
4. pelayanan kesehatan sistem reproduksi.

Pelayanan kesehatan ibu dilaksanakan melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan ibu yang diselenggarakan melalui pendekatan promotif dan preventif dilakukan oleh tenaga kesehatan dan/atau tenaga non kesehatan terlatih. Pelayanan kesehatan ibu yang diselenggarakan melalui pendekatan kuratif dan rehabilitatif harus dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya.

Dalam rangka menjamin kesehatan ibu, pasangan yang sah mempunyai peran untuk meningkatkan kesehatan ibu secara optimal. Peran pasangan yang sah meliputi:

1. Mendukung ibu dalam merencanakan keluarga.
2. Aktif dalam penggunaan kontrasepsi.
3. Memperhatikan kesehatan ibu hamil.
4. Memastikan persalinan yang aman oleh tenaga kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.
5. Membantu setelah bayi lahir.
6. Mengasuh dan mendidik anak secara aktif.
7. Tidak melakukan kekerasan dalam rumah tangga.
8. Mencegah infeksi menular seksual termasuk *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS).

### **Indikasi Kedaruratan Medis dan Perkosaan Sebagai Pengecualian Atas Larangan Aborsi**

Tindakan aborsi hanya dapat dilakukan berdasarkan: indikasi kedaruratan medis; atau kehamilan akibat perkosaan. Tindakan aborsi akibat perkosaan hanya dapat dilakukan apabila usia kehamilan paling lama berusia 40 (empat puluh) hari dihitung sejak hari pertama haid terakhir.

Indikasi kedaruratan medis meliputi:

1. Kehamilan yang mengancam nyawa dan kesehatan ibu.
2. Kehamilan yang mengancam nyawa dan kesehatan janin, termasuk yang menderita penyakit genetik berat dan/atau cacat bawaan, maupun yang tidak dapat diperbaiki sehingga menyulitkan bayi tersebut hidup di luar kandungan.

Penanganan indikasi kedaruratan medis dilaksanakan sesuai dengan standar. Penentuan adanya indikasi kedaruratan medis dilakukan oleh tim kelayakan aborsi paling sedikit terdiri dari 2 (dua) orang tenaga kesehatan yang diketuai oleh dokter yang memiliki kompetensi dan kewenangan. Tim harus melakukan pemeriksaan sesuai dengan standar. Hasil pemeriksaan digunakan untuk membuat surat keterangan kelayakan aborsi.

Kehamilan akibat perkosaan merupakan kehamilan hasil hubungan seksual tanpa adanya persetujuan dari pihak perempuan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Kehamilan akibat perkosaan dibuktikan dengan:

1. Usia kehamilan sesuai dengan kejadian perkosaan, yang dinyatakan oleh surat keterangan dokter.
2. Keterangan penyidik, psikolog, dan/atau ahli lain mengenai adanya dugaan perkosaan.

Aborsi berdasarkan indikasi kedaruratan medis dan kehamilan akibat perkosaan harus dilakukan dengan aman, bermutu, dan bertanggung jawab. Praktik aborsi yang aman, bermutu, dan bertanggung jawab meliputi:

1. Dilakukan oleh dokter sesuai dengan standar.
2. Dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memenuhi syarat yang ditetapkan oleh menteri.
3. Atas permintaan atau persetujuan perempuan hamil yang bersangkutan.
4. Dengan izin suami, kecuali korban perkosaan.
5. Tidak diskriminatif.
6. Tidak mengutamakan imbalan materi.

### **Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alami**

Reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alaminya hanya dapat dilakukan pada pasangan suami istri yang terikat perkawinan yang sah dan mengalami ketidaksuburan atau infertilitas untuk memperoleh keturunan. Dilaksanakan dengan menggunakan hasil pembuahan sperma dan ovum yang berasal dari suami istri yang bersangkutan dan ditanamkan dalam rahim istri dari mana ovum berasal. Dilakukan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta tidak bertentangan dengan norma agama dan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai kompetensi dan kewenangan.

Pasangan suami istri yang ingin menggunakan pelayanan reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alaminya harus memenuhi persyaratan meliputi:

1. Telah dilakukan pengelolaan infertilitas dengan tepat.

2. Terdapat indikasi medis.
3. Memahami prosedur konsepsi buatan secara umum.
4. Mampu/cakap memberikan persetujuan tindakan kedokteran (informed consent).
5. Mampu membiayai prosedur yang dijalani.
6. Mampu membiayai persalinan dan membesarkan bayinya.
7. Cakap secara mental.

Pelayanan reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah harus didahului dengan konseling dan persetujuan tindakan kedokteran (informed consent). Konseling dan persetujuan tindakan kedokteran termasuk pengelolaan lebih lanjut terhadap kelebihan embrio. Konseling harus dilakukan sebelum dan sesudah mendapatkan pelayanan reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah. Konseling dilakukan oleh tenaga yang memiliki kompetensi dan kewenangan. Persetujuan tindakan kedokteran (informed consent) dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Kelebihan embrio hasil pembuahan di luar tubuh manusia (fertilisasi in vitro) yang tidak ditanamkan pada rahim harus disimpan sampai lahirnya bayi hasil Reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah. Penyimpanan kelebihan embrio dapat diperpanjang setiap 1 (satu) tahun atas keinginan pasangan suami istri untuk kepentingan kehamilan berikutnya.

Kelebihan embrio dilarang ditanam pada: rahim ibu jika ayah embrio meninggal atau bercerai; atau rahim perempuan lain. Dalam hal pasangan suami istri pemiliknya tidak memperpanjang masa simpan kelebihan embrio, fasilitas pelayanan kesehatan penyelenggara Reproduksi dengan Bantuan atau Kehamilan di Luar Cara Alamiah harus memusnahkan kelebihan embrio.

Reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah dilarang untuk tujuan memilih jenis kelamin anak yang akan dilahirkan kecuali dalam hal pemilihan jenis kelamin untuk anak kedua dan selanjutnya. Pelayanan reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah harus dilaksanakan di fasilitas pelayanan kesehatan yang memenuhi persyaratan, standar, dan memiliki izin dari menteri.

Ketentuan lebih lanjut mengenai persyaratan dan standar fasilitas pelayanan kesehatan diatur dengan peraturan menteri. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan reproduksi dengan bantuan atau kehamilan di luar cara alamiah wajib membuat pencatatan dan pelaporan kepada dinas kesehatan

kabupaten/kota dengan tembusan dinas kesehatan provinsi. Setiap pencatatan dan pelaporan dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.



# **Bab 2**

## **Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi**

### **2.1 Pendahuluan**

Sistem reproduksi merupakan sistem organ dalam tubuh makhluk hidup yang berfungsi untuk proses reproduksi dan perkembangbiakan. Agar spesies manusia dapat bertahan hidup, manusia perlu melakukan reproduksi dan menghasilkan keturunan. Sejak memasuki masa pubertas atau remaja, sistem reproduksi pria dan wanita mulai berkembang dan menghasilkan sel-sel kelamin yaitu sperma pada pria dan sel telur pada wanita. Sperma dan sel telur ini kemudian bergabung melalui proses reproduksi seksual untuk membentuk individu baru dan melanjutkan siklus kehidupan.

Pada manusia, reproduksi berlangsung secara seksual dan melibatkan pertemuan antara sperma dan sel telur. Alat-alat reproduksi utama pada pria berupa penis dan testis, sedangkan pada wanita berupa vagina, rahim, indung telur, dan saluran telur (ovarium). Proses reproduksi seksual manusia diawali dengan pembuahan yaitu bertemunya sel sperma dan sel telur, dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi zigot ke dalam dinding rahim, kemudian berkembang menjadi janin hingga lahir sebagai individu baru. Dengan

demikian, sistem reproduksi memiliki peran penting dalam melanjutkan keberlangsungan spesies manusia (Crisler et al., 2020a).

## 2.2 Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita

### 2.2.1 Anatomi Genitalia Eksterna

Organ genitalia eksterna wanita terdiri dari *mons veneris (mons pubis)*, *labia mayora*, *labia minora*, *klitoris*, *vulva*, dan *perineum*.

#### **Mons Veneris**

Merupakan jaringan lemak yang menonjol di atas simfisis pubis pada wanita dewasa. Setelah pubertas, kulit *mons pubis* akan tertutup oleh rambut yang umumnya berbentuk segitiga, dengan dasar pada tepi atas simfisis pubis, dan meluas ke arah bawah sampai sisi luar labia mayora, sebagai salah satu tanda kelamin sekunder. *Mons veneris* berfungsi untuk melindungi alat genitalia dari masuknya kotoran selain itu untuk estetika (Deol, 2023).

#### **Labia Mayora**

Berupa penonjolan jaringan lemak dari mons pubis ke arah bawah belakang, dan terdiri atas bagian kanan dan kiri, sehingga tampak berbentuk lonjong mengecil ke arah bawah. Di sebelah bawah belakang, kedua labia mayora bersatu di tengah pada perineum, membentuk komisura posterior. Berfungsi untuk menutupi organ-organ genitalia di dalamnya dan mengeluarkan cairan pelumas pada saat menerima rangsangan (Deol, 2023).

#### **Labia Minora**

Lipatan tipis dari kulit sebelah dalam labia mayora. Ke arah depan, kedua labia minora bertemu, dan mengelilingi klitoris sebelah atas, membentuk *preputium klitoridis*, dan di sebelah bawah membentuk *frenulum klitoridis*. Ke arah belakang kedua bibir ini bersatu membentuk *fossa naviculare*. *Fossa naviculare* berbentuk cekung seperti perahu pada wanita yang belum pernah melahirkan pervaginam, sedangkan pada wanita yang sudah pernah melahirkan pervaginam, *fossa navicularis* akan terlihat tebal, dan tidak rata.

Labia minora banyak mengandung glandula sebacea, dan ujung-ujung saraf, yang menyebabkan bagian ini amat sensitif. Jaringan ikat pada labia minora juga banyak mengandung otot polos, dan pembuluh darah, yang menyebabkan bagian ini dapat mengembang bila wanita terangsang secara seksual (Garcia, 2023).

### **Klitoris**

Merupakan organ *erektile* pada wanita, homolog dengan penis pada pria. Klitoris tertutup oleh *prepusium klitoridis*. Terdiri dari glans *klitoridis*, korpus *klitoridis*, dan dua krura yang menggantungkan klitoris ke tulang pubis. Klitoris terdiri dari jaringan yang dapat mengembang (korpora kavernosa, dan korpus spongiosum), serta penuh dengan urat syaraf, sehingga amat sensitif, dan dapat mengembang bila wanita terangsang secara seksual. (Garcia, 2023)

### **Vulva**

Berbentuk lonjong dari arah muka ke belakang. Di sebelah depan dibatasi oleh klitoris, sebelah kanan dan kiri oleh labia minora, dan di sebelah belakang oleh perineum. Pada vulva kira-kira 1-1,5 cm di bawah klitoris, di atas *introitus vagina* terdapat *orifisium uretra eksternum* (lubang kemih).

Selain muara saluran kemih, organ genitalia *eksterna* lain yang terdapat pada vulva antara lain adalah *introitus vaginae*, dua buah muara kelenjar Bartholini, dan dua buah muara kelenjar Skenei. Muara kelenjar Bartholini terdapat pada sisi *vestibulum* di sebelah samping belakang dekat *fossa navikulare*. Pada saat terjadi rangsangan seksual, kelenjar Bartholini dapat mengeluarkan sekret seperti lendir. (Deol, 2023)

### **Introitus Vaginae**

Liang vagina, memiliki bentuk dan ukuran yang berbeda. Pada wanita yang masih perawan, sebagian besar *introitus vagina* ditutupi oleh selaput tipis yang terdiri atas jaringan ikat elastik, dan kolagen yang dinamakan hymen (Mubarak et al., 2022).

### **Kelenjar Batholini**

Merupakan kelenjar terpenting di daerah vulva dan vagina karena dapat mengeluarkan lendir. Pengeluaran lendir meningkat saat hubungan seks, dan salurannya keluar antara hymen dan labia minora (Mubarak et al., 2022).

## Hymen

Memiliki bentuk yang berbeda-beda, seperti *anularis* (bulat dengan tepi teratur), *semilunaris* (bulan sabit), *cribriformis* (berlubang-lubang kecil), *fimbriatus* (berbentuk seperti jari-jari), atau berpenyekat (*septus*) sehingga seolah-olah terdapat dua liang vagina (*biforis*). Hiatus hymenalis, atau lubang selaput dara berukuran bervariasi, dari sebesar ujung jari hingga seukuran 2 jari, yang berguna untuk mengeluarkan darah haid, dan sekret uterus.

Kadang himen dapat tidak berlubang sama sekali, yang dinamakan himen *imperforata*. Bila wanita sudah pernah melakukan koitus, hymen dapat robek pada beberapa tempat, dan biasanya di sebelah belakang hingga ke dasarnya, pada arah jam 5, atau jam 7. Pada wanita yang pernah melahirkan pervaginam, hymen dapat robek dan meninggalkan sisa-sisa kecil hymen pada pinggir *introitus* vagina, yang dinamakan *carunculae hymenales* (Deol, 2023).

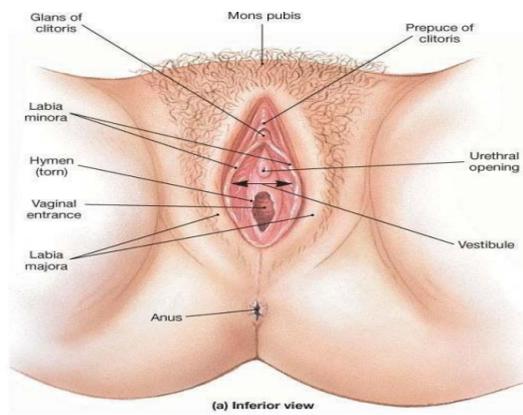
## Perineum

Merupakan daerah di antara vulva dan anus, dengan panjang rata-rata 4 cm. Pada saat persalinan pervaginam, perineum dijaga agar tidak sampai robek (ruptur perineum) (Garcia, 2023).

## Vagina

Merupakan saluran *muskulo membranosa* yang menghubungkan *introitus* vagina dengan uterus, dan terletak di antara kandung kemih dan rektum. Fungsi vagina antara lain adalah, sebagai saluran keluar darah haid, dan sekret uterus, sebagai organ kopulasi, dan membentuk jalan lahir saat partus. Vagina dan uterus membentuk sudut sehingga dinding depan vagina (6-8 cm), menjadi lebih pendek dari dinding belakang (7-10 cm).

Bentuk vagina sebelah dalam membentuk lipatan- lipatan melintang, yang dinamakan *rugae*. *Rugae* terbentuk setelah *menarche*, dan sebagian hilang setelah partus pervaginam. Fungsinya adalah untuk memungkinkan vagina melebar pada persalinan, sesuai fungsinya sebagai bagian dari jalan lahir. Puncak vagina berakhir buntu, dan pada tempat tersebut serviks uteri menonjol ke dalam vagina (Garcia, 2023).



**Gambar 2.1:** Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Wanita

## 2.2.2 Anatomi Genitalia Interna

Organ genitalia interna wanita meliputi organ genitalia yang berguna untuk perkembangan dan kelahiran bayi, terdiri dari uterus, tuba falopi, dan ovarium.

### Uterus

Merupakan organ berongga berbentuk seperti buah pear yang gepeng. Uterus terdiri atas 2 bagian, yaitu korpus uteri yang meliputi 2/3 bagian atas, dan serviks uteri pada 1/3 bagian bawah. Tepi atas korpus uteri dinamakan fundus uteri. Pada fundus uteri inilah tuba Falopi kanan dan kiri berhubungan dengan uterus. Di dalam korpus uteri terdapat rongga yang dinamakan kavum uteri, yang membuka ke arah luar melalui saluran (kanalis servikalis), yang terletak di serviks.

Bagian bawah serviks yang terletak di vagina dinamakan porsio uteri, atau *pars vaginalis cervicis* uteri. Bagian bawah serviks uteri yang berada di atas vagina dinamakan *pars supravaginalis cervicis* uteri. Di antara korpus, dan serviks, terdapat bagian yang menyempit, yang dinamakan *isthmus* uteri. Ukuran uterus pada wanita dewasa yang belum pernah melahirkan (nullipara), memiliki panjang sekitar 7-7,5 cm, lebar sekitar 5,25 cm, tebal sekitar 2,5 cm, dan beratnya antara 50-70 gram. Pada wanita yang telah melahirkan, uterus dapat membesar, dengan panjang 9-10 cm, dan beratnya 80 gram atau lebih. (Aritonang et al., 2023)

Uterus memiliki tiga lapisan jaringan:

1. Perimetrium atau serosa, merupakan lapisan yang paling luar. Ke arah lateral akan menjadi ligamen lebar dan ke arah anterior setelah melalui kantung kemih akan membentuk kantung dangkal yang disebut kantong *vesicouterine*.
2. Myometrium, merupakan lapisan tengah yang membentuk dinding uterus menjadi lebar. Lapisan ini terdiri atas tiga lapisan serabut otot yang sangat padat di bagian fundus dan sangat tipis di bagian servik. Selama proses kelahiran kontraksi otot polos penyusun *miometrium* ini sangat membantu untuk mendorong fetus ke luar rahim.
3. Endometrium, lapisan paling dalam berupa membran mukosa yang disusun oleh dua lapisan dasar yaitu *stratum functionalis* dan *stratum basalis*. *Stratum functionalis* merupakan lapisan yang paling dekat ke rongga uterus dan akan rusak selama masa haid. Sedangkan *stratum basalis* bersifat permanen menghasilkan sel-sel *functionalis* setelah haid. Endometrium memiliki sejumlah kelenjar (Hrabia, 2022)

### **Tuba Falopi**

Dinamakan juga dengan tuba uterina, atau saluran telur. Memiliki panjang rata-rata 11-14 cm. Bagian dari tuba yang berada di uterus dinamakan *pars interstitialis*. Di sebelah lateral *pars interstitialis*, terdapat bagian yang sempit, yang dinamakan *pars isthmica*, yang kemudian melebar menjadi *pars ampularis*.

Bagian ujung tuba Falopi terbuka yang dinamakan *infundibulum*. Ujung *infundibulum* tampak seperti jari-jari yang dinamakan *fimbriae*. Gerakan silia, peristaltik otot-otot tuba, dan lendir di dalam tuba, memegang peranan dalam transpor ovum (sel telur), dari ovarium ke kavum uteri. Sewaktu ovulasi, frekuensi dan intensitas gerakan silia, dan peristaltik otot-otot tuba terbesar, sedangkan pada waktu hamil terkecil.

### **Ovarium**

Dinamakan juga dengan indung telur. Ovarium pada wanita dewasa berukuran sebesar ibu jari tangan, terletak di sebelah kiri dan kanan, dekat dinding pelvis pada *fossa ovarica*. Ovarium dihubungkan dengan uterus oleh *ligamentum*

*infundibulo pelvikum*. Fungsi ovarium terutama untuk membentuk, mengembangkan, dan mengeluarkan ovum.

Ovarium ini akan selalu dalam posisinya karena diikat oleh ligamen ligamen dan menempel pada ligamen lebar uterus oleh dua lapisan peritoneum yang melipat disebut *mesovarium*. Mesovarium ini mengelilingi ovarium dan ligamen ovarium. Ovarium di satukan ke bagian uterus oleh ligamen ovarium dan ditempelkan ke dinding pelvis oleh ligamen *suspensoris*. Setiap ovarium memiliki *hilus* tempat masuknya pembuluh darah dan saraf.

Bagian-bagian yang terdapat pada ovarium di antaranya:

1. Epitelium germinativum lapisan epitel kuboiald sederhana yang menutupi permukaan ovarium. Lapisan ini berfungsi sebagai sumber folikel ovarium.
2. Tunica albuginea, merupakan pembungkus yang terbuat dari jaringan ikat kolagen, terletak di sebelah bawah epitel *germinativum*.
3. Stroma, merupakan jaringan ikat yang terletak di sebelah bawah tunica albuginea. Terdiri atas dua lapisan yaitu lapisan luar disebut korteks dan lapisan dalam disebut medula. Pada bagian korteks terdapat folikel-folikel ovarium.
4. Folikel ovarium, adalah ovum dan jaringan-jaringan di sekitarnya yang terdapat dalam bermacam-macam tingkat perkembangan.
5. Folikel graaf, suatu kelenjar endokrin yang berasal dari ovum yang telah matang. Bagian ini menghasilkan hormon estrogen.
6. Corpus luteum kelenjar tubuh yang berkembang dari folikel graaf setelah terjadinya ovulasi. Bagian ini menghasilkan hormon-hormon progesteron, estrogen dan relaksin (Crisler et al., 2020b).

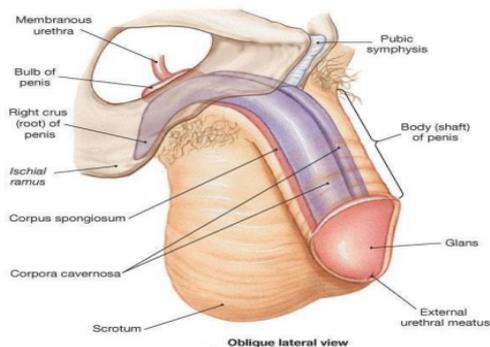
## 2.3 Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Pria

Penis merupakan organ genitalia yang penting terutama dalam proses kopulasi pada reproduksi, dan sebagai organ *urogenitalia*, karena dilalui oleh uretra yang

bermuara pada *orifisium uretra eksternum* di glans penis. Topografi luar penis terdiri dari glans penis, batang penis (shaft), dan akar penis. Glans penis merupakan bagian dari penis yang berbentuk seperti topi waja, dan berupa serat otot yang dilapisi mukosa.

Pada orang yang tidak disunat, glans akan tertutup oleh kulit yang dapat ditarik ke proksimal, yang dinamakan *preputium*. Di antara glans dan batang penis terdapat struktur melingkar yang dinamakan korona. Batang penis ditutupi oleh kulit, dan memanjang dari sulkus korona hingga ke akar penis.

Pada batang penis terdapat sebagian besar badan erektil, yaitu korpus *spongiosum*, merupakan struktur *ventromedial* yang mengelilingi uretra, dan dua struktur yang terletak dorsal dan lateral korpus *spongiosum*, yang dapat terisi darah sehingga menyebabkan penis ereksi, yaitu *korpora kavernosa*. Sebagian badan erektil juga terdapat pada glans penis, sehingga glans penis dapat bertambah besar sewaktu penis dalam keadaan ereksi. (Knoblaugh et al., 2021a)



**Gambar 2.2:** Anatomi Fisiologi Sistem Reproduksi Pria

### Skrotum

Skrotum merupakan organ genitalia eksterna (yang ada di luar tubuh) yang dapat dilihat dari luar. Bagian ini berupa kantung yang disusun oleh kulit tipis dan *fascia superficial*. Dari luar skrotum tampak seperti sebuah kantong kulit yang dipisahkan ke arah lateral oleh sekat tengah yang disebut rafe. Sedangkan di bagian dalam skrotum ini dipisahkan oleh suatu sekat (septum) menjadi dua buah kantung yang masing-masing berupa sebuah testis. Sekat pemisah tersebut terdiri atas *fascia superficial* dengan jaringan *kontraktil* yang disebut *dartos* yang terdiri dari ikatan serabut-serabut polos.

*Dartos* juga terdapat pada jaringan subkutan (bawah kulit) skrotum yang secara langsung berhubungan dengan jaringan subkutan dinding abdomen. *Dartos* inilah yang menyebabkan skrotum mengerut bila berkontraksi. Lokasi skrotum dan kontraksi serabut-serabut ototnya dapat mengatur temperatur testis. Testis adalah organ reproduksi laki-laki yang dapat menghasilkan sperma dan hormon testosteron.

Produksi dan kehidupan sperma memerlukan temperatur yang lebih rendah dari temperatur tubuhnya. Karena skrotum terletak di luar rongga tubuh, maka temperturnya selalu di bawah temperatur tubuh. Dalam skrotum juga terdapat kremaster suatu otot serat lintang yang kecil dan dapat mengangkat testis mendekati rongga pelvis bila dalam keadaan dingin. Dengan demikian testis akan dapat menyerap panas dari tubuh. Untuk menghilangkan kelebihan panas akan terjadi proses sebaliknya (Gurung, Yetiskul and Jialal, 2022).

### **Testis**

Laki-laki memiliki sepasang kelenjar testis yang berbentuk oval dengan panjang kira-kira 5 cm, diameter 2,5 cm dan berat 10-15 gram. Pada waktu embrio testis berkembang pada dinding abdomen bagian posterior dan biasanya akan memasuki skrotum setelah 32 minggu (8 bulan), namun belum turun seluruhnya, sampai tiba masa kelahiran. Testis ditutupi oleh lapisan padat dari jaringan fibrosa putih yang disebut *tunica albuginea*. Lapisan ini meluas ke arah dalam dan membagi masing-masing testis memiliki kira-kira 200-300 tubulus yang terdiri atas satu sampai tiga buah tubula yang rapat dan membentuk koil dan disebut *tubulus seminiferus*.

Bagian inilah yang menghasilkan spermatogenesis. Untuk lebih jelasnya, struktur testis dapat dilihat pada gambar berikut Sel – sel spermatogonia pada *tubulus seminiferus* yang terletak di daerah berlawanan dengan membran dasar. Masih ingatkah Anda dengan sel spermatogonia? Bila lupa bacalah modul tentang spermatogenesis. Sel-sel spermatogonia akan berkumpul membentuk epitel *germinativum*, semakin ke arah lumen semakin matang yang akhirnya melalui spermatosit pertama, spermatosit dua dan spermatid akan berkembang menjadi sel-sel sperma.

Di dalam tubulus juga terdapat sel-sel *sustentakuler* yang juga berkembang selama proses pembentukan sperma. Sel ini menghasilkan sekresi yang berfungsi untuk menyuplai makanan bagi sel-sel sperma atau spermatozoa. Selain itu pada tubulus *seminiferus* ini terdapat pula sekelompok sel endokrin

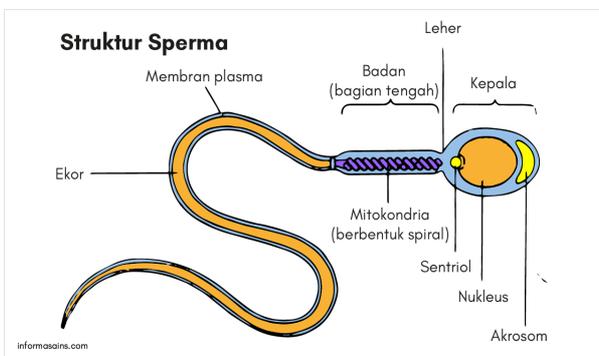
interstitial yang berfungsi untuk menghasilkan hormon testosteron (Gurung, Yetiskul and Jialal, 2022).

### Spermatozoa

Sel sperma dihasilkan kira-kira 300 juta per hari dan bila telah memasuki alat reproduksi wanita dapat hidup 18 jam di dalam saluran telur atau alat reproduksi wanita. Sel sperma ini memiliki adaptasi yang sangat tinggi untuk dapat mencapai dan menembus sel telur. Sel sperma terdiri atas kepala, bagian tengah dan ekor.

Pada bagian kepala terdapat materi inti dan akrosom yang berisi enzim-enzim *hialuronidase* dan *proteinase* yang berpengaruh ketika sel sperma menembus sel telur. Bagian tengah memiliki sejumlah mitokondria yang berfungsi untuk melakukan metabolisme sehingga banyak dihasilkan energi untuk pergerakan. Sedangkan bagian ekor berbentuk seperti cambuk yang berperan di dalam membantu pergerakan (Knoblaugh et al., 2021b).

Untuk lebih jelasnya perhatikan gambar sebuah sperma berikut:



**Gambar 2.3:** Struktur Sperma

### Saluran-Saluran

Di dalam testis sel sperma yang telah matang akan bergerak melalui tubulus *seminiferuus* yang bergulung ke saluran yang lurus dan akhirnya ke jaringan tubulus yang disebut *rete testis*. Sperma ini selanjutnya akan diangkut ke luar testis melalui saluran-saluran tertentu:

1. Epididimis: Sel sperma akan keluar testis melalui saluran-saluran *eferen* dalam epididimis ke dalam satu saluran yang disebut saluran

epididimis. Saluran epididimis secara langsung berhubungan dengan saluran deferens. Fungsi saluran epididimis ini adalah sebagai tempat pematangan sperma. Sperma – sperma ini memerlukan 18 jam sampai 10 hari untuk benar-benar menjadi matang dan siap untuk membuahi sel telur. Selain itu saluran epididimis juga berperan untuk menyimpan sperma dan mendorong sperma ke arah uretra selama ejakulasi melalui kontraksi otot polos. Sel sperma dapat berada pada saluran epididimis sampai satu bulan. Setelah itu sperma akan diserap kembali (Crisler et al., 2020).

2. Saluran (Vas Deferens): Saluran epididimis selanjutnya akan diteruskan ke dalam saluran deferens atau saluran sperma. Saluran ini menembus saluran *inguinal* (canalis inguinalis) dan masuk ke dalam rongga pelvis kemudian turun ke sebelah permukaan posterior dari kantung kemih. Bagian ujung dari saluran deferens disebut ampula. Fungsi saluran deferens ini adalah menyimpan sperma sampai beberapa bulan dan mendorong sperma ke arah uretra selama ejakulasi melalui kontraksi peristaltik dan otot-otot penutupnya (Knoblauch et al., 2021).
3. Saluran Ejakulasi: Sebelah posterior dari kantung kemih terletak saluran ejakulasi. Saluran ini panjangnya kira-kira 2 cm dan dibentuk oleh gabungan saluran dari seminal vesikel dan saluran deferens. Saluran ejakulasi akan mendorong sperma ke dalam saluran uretra prostatik.
4. Uretra: Merupakan ujung saluran dari sistem reproduksi laki-laki, yang berfungsi sebagai saluran sperma dan urine. Pada laki-laki uretra ini akan melewati kelenjar prostat, selaput (diafragma) urogenital, dan penis. Ujung uretra pada penis disebut *urethral orifice*.

### **Kelenjar-Kelenjar Tambahan**

Sebagaimana telah diuraikan, bahwa saluran-saluran pada organ reproduksi laki-laki berfungsi sebagai tempat penyimpanan dan alat transportasi sperma, maka kelenjar-kelenjar tambahan berfungsi untuk menyekresikan cairan sperma. Misalnya saja kantung sperma (seminal vesicle) terdapat satu pasang,

memiliki struktur menyerupai kantung yang berlekuk-lekuk dan terletak di bagian posterior kantung kemih.

Kelenjar ini berfungsi untuk menyekresikan cairan kental yang bersifat alkalis dan kaya akan fruktosa. Hasil sekresi ini akan dimasukkan ke dalam saluran ejakulasi. Kira-kira 60% cairan sperma berasal dari hasil sekresi kantung sperma. Kelenjar prostat juga merupakan kelenjar tambahan yang terletak di sebelah bawah kantung kemih dan mengelilingi uretra bagian atas. Kelenjar ini hanya satu buah dan menghasilkan cairan alkali yang dimasukkan ke dalam uretra prostetik.

Cairan ini berperan di dalam menetralsir asam-asam yang terdapat di dalam uretra dan di dalam vagina karena sperma tidak tahan suasana asam. Kelenjar *bulbouretra* merupakan kelenjar tambahan lainnya yang berfungsi untuk menghasilkan lendir dan zat yang bersifat untuk menetralsir urine. Jumlah kelenjar ini satu pasang dan terletak sebelah bawah sisi membran uretra. (Rizal, 2021)

### **Cairan Sperma**

Cairan sperma sering disebut juga air mani merupakan campuran dari sperma dan sekresi dari kantung sperma, kelenjar prostat, dan kelenjar *bulbourethral*. Rata-rata cairan sperma yang dikeluarkan pada satu ejakulasi kira-kira 2,5 – 6 ml dengan jumlah sperma 50-100 juta/ml.

Bila seorang laki-laki memiliki sperma kurang dari 30 juta/ml maka diperkirakan laki-laki tersebut steril. Dalam pembuahan diperlukan jumlah sperma yang sangat banyak karena hanya beberapa persen saja yang mampu mencapai sel telur. Materi interseluler yang menutupi sel telur merupakan penghalang bagi sperma yang akan membuahnya. Penghalang tersebut harus dicerna oleh enzim *hialuronidase* dan *proteinase* yang akan disekresikan akrosom sperma.

Akan tetapi enzim yang dikeluarkan oleh sebuah sperma tidak akan cukup untuk mencernakan penghalang tadi oleh karena itu diperlukan aksi dari banyak sperma. Cairan sperma memiliki pH 7,35 – 7,50. Dengan demikian cairan sperma bersifat basa. Cairan yang dikeluarkan oleh kelenjar prostat menyebabkan cairan sperma tampak seperti susu sedangkan cairan yang dikeluarkan oleh kelenjar kantung sperma dan *bulbourethral* menyebabkan cairan sperma bersifat lendir.

---

Cairan sperma selain merupakan medium transportasi dan nutrisi bagi sperma, juga berperan untuk menetralkan lingkungan asam pada uretra laki-laki dan vagina wanita. Bahkan cairan sperma mengandung enzim yang mengaktifkan sperma setelah ejakulasi. Cairan sperma juga mengandung antibiotik yang disebut *seminalplasmin* yang berfungsi untuk menghancurkan bakteri. Aktivitas anti mikroba ini digambarkan mirip dengan penisilin, streptomisin dan tetrasiklin (Knoblauch et al., 2021a; Gurung, Yetiskul and Jialal, 2022; Garcia, 2023).



## **Bab 3**

# **Kesehatan Reproduksi Wanita**

### **3.1 Pendahuluan**

Secara tradisional, kesehatan reproduksi hanya dipelajari sebatas masalah kesehatan ibu dan anak (Maternal and Child Health atau MCH) dan menjadi bagian studi kesehatan masyarakat. Pada kurun waktu 20 tahun terakhir studi kesehatan reproduksi meluas, tidak sekedar MCH tetapi juga ada keterkaitan proses reproduksi dengan masalah-masalah sosial lain yang lebih luas, seperti kependudukan, keluarga berencana, status wanita dan penularan STD (Sexual Transmitting Disease). Konteks demografi dari kesehatan reproduksi tampak mendasari pengembangan strategi kesehatan reproduksi (Mayasari et al., 2021).

Dalam konteks pengertian yang positif, kesehatan reproduksi tidak hanya berarti terbebas dari penyakit atau gangguan selama proses reproduksi, tetapi kondisi ketika proses reproduksi tercapai dalam situasi kesehatan fisik, mental dan sosial yang sempurna. Ini berarti manusia mempunyai kemampuan untuk bereproduksi, wanita dapat melalui masa kehamilan dan persalinan dengan aman dan reproduksi memberi hasil yang positif juga yaitu bayi dapat hidup dan tumbuh dengan sehat.

Pengertian ini mempunyai implikasi bahwa wanita dapat mengatur fertilitas mereka tanpa risiko mengalami gangguan kesehatan reproduksi. Kesehatan reproduksi dalam arti luas meliputi seluruh proses, fungsi, sistem reproduksi

pada seluruh tahapan kehidupan manusia. Secara lebih khusus, studi kesehatan mempelajari bagaimana individu dapat terbebas dari berbagai macam gangguan kesehatan yang disebabkan oleh proses atau bekerjanya fungsi dan sistem reproduksi (Endah Mulyani et al., 2020).

## 3.2 Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi

### **Konsep Dasar**

Kesehatan adalah suatu kondisi sehat secara menyeluruh (baik dari segi fisik dan mental, spiritual maupun sosial) sehingga memungkinkan bagi setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Sehat merupakan suatu perwujudan dari individu yang merupakan hasil dari aktualisasi hubungannya dengan orang lain.

Dalam membangun hubungan dengan orang lain akan timbul sebuah kepuasan yang terwujud dari sikap dan perilaku dalam masyarakat. Sehat adalah suatu efektivitas dari aktualisasi diri yang dilakukan secara terus menerus. Perwujudan dari keadaan sehat tergambar pada perilaku sehari-hari yang mencakup pengetahuan, keterampilan dan sikap terhadap kesehatan (Kusmiran, 2014).

### **Pengertian Kesehatan Reproduksi**

Kata reproduksi terdiri atas “*re*” berarti kembali serta “*produksi*” berarti menghasilkan. Jika digabungkan, kata reproduksi merupakan proses dalam kehidupan individu untuk menghasilkan keturunan.

Di bawah ini merupakan beberapa definisi dari kesehatan reproduksi:

1. Kesehatan reproduksi merupakan suatu kondisi sejahtera secara keseluruhan, baik dari segi fisik dan mental serta sosial dan juga terbebas dari penyakit atau kondisi kecacatan dalam hal sistem dan fungsi serta proses reproduksi.
2. Dalam UU Nomor 36 Tahun 2009 disebutkan bahwa kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik, mental dan sosial secara utuh yang berkaitan dengan sistem, fungsi dan proses reproduksi pada laki-laki dan perempuan.

3. Dalam PP No.61 tahun 2014 disebutkan bahwa kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat secara fisik dan mental serta sosial secara utuh dan terbebas dari penyakit atau kondisi kecacatan dalam kaitannya dengan sistem dan fungsi serta proses reproduksi.
4. Hak-hak dalam kesehatan reproduksi adalah:
  - a. kemampuan untuk bereproduksi;
  - b. keberhasilan dalam bereproduksi;
  - c. keamanan dalam proses bereproduksi.

Untuk mencapai hal tersebut, terdapat 4 pilar dalam kesehatan reproduksi, yaitu:

1. Women health.
2. Infant and child health.
3. Prevention and Treatment of Sexually Transmitted Disease (STDs).
4. Fertility Regulation (Manuaba, 2009).

### 3.3 Tujuan Kesehatan Reproduksi

Tujuan dari terselenggaranya kesehatan reproduksi bagi wanita adalah menurunkan angka kesakitan dan kematian pada ibu dan bayi. Dalam PP No.61 tahun 2014 disebutkan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan bertujuan untuk:

1. Menjamin pemenuhan hak kesehatan reproduksi bagi setiap orang yang diperoleh melalui pelayanan kesehatan yang bermutu, aman dan dapat dipertanggungjawabkan.
2. Menjamin kesehatan ibu dalam usia reproduksi agar mampu melahirkan generasi yang sehat dan berkualitas serta mengurangi angka kematian ibu.

Tujuan program kesehatan reproduksi terbagi menjadi dua, yaitu:

1. Tujuan Utama  
Program kesehatan reproduksi bertujuan untuk meningkatkan kesadaran dan kemandirian seorang wanita dalam mengatur fungsi

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

2. Tujuan Khusus
  - a. Meningkatkan kemandirian perempuan khususnya dalam peranan dan fungsi reproduksinya.
  - b. Meningkatkan peran dan tanggung jawab sosial perempuan dalam konteks: kapan ingin hamil, berapa jumlah anak yang diinginkan, jarak antar kehamilan.
  - c. Meningkatkan peran dan tanggung jawab sosial laki-laki.
  - d. Menciptakan dukungan laki-laki dalam membuat keputusan, mencari informasi dan pelayanan yang memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi (Kusmiran, 2014).

Tujuan dari pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan bagi setiap orang untuk hidup sehat sehingga terwujud derajat kesehatan bagi masyarakat yang setinggi-tingginya sebagai sebuah investasi dalam pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis.

Kementerian Kesehatan telah menentukan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN)) dan Rencana Strategis (Renstra) tahun 2020-2024. Kebijakan pembangunan mengarah pada upaya peningkatan akses dan mutu layanan kesehatan yang dilaksanakan dalam upaya promotif dan preventif yang didukung dengan inovasi dan pemanfaatan teknologi.

Peningkatan kesehatan ibu, anak, KB dan kesehatan reproduksi memiliki tujuan utama yaitu menurunnya Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Hal tersebut dapat terwujud dengan menerapkan kerangka pendekatan multi sektor yang meliputi:

1. Antenatal Care (ANC) sesuai standar.
2. Keluarga Berencana (KB).
3. Rumah tangga kelahiran.

4. Jaminan persalinan.
5. Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED).
6. Regionalisasi sistem rujukan.
7. Unit Transfusi Darah (UTD) dan Bank Darah.
8. Tersedianya Sumber Daya Manusia (SDM), Sarana dan Prasarana, obat dan vaksin.
9. Air Susu Ibu (ASI) Eksklusif, Imunisasi Dasar Lengkap.
10. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).
11. Wajib belajar 12 tahun.
12. Pencegahan pernikahan anak.
13. Peningkatan peran perempuan dalam ekonomi.
14. Kesehatan Reproduksi (Kespro) remaja dan calon pengantin.
15. Peran tokoh masyarakat, tokoh agama dan publik figur.
16. Pengasuhan anak.
17. Air bersih, udara bersih dan jamban keluarga.

Terdapat 5 pilar yang tercantum pada kerangka pendekatan multisektor dalam rencana aksi program kesehatan bagi masyarakat di tahun 2020-2024. Salah satu pilarnya yaitu peningkatan kesehatan gender dan pemberdayaan perempuan yang diwujudkan dalam penguatan pelayanan kesehatan ibu dan anak berbasis wilayah yang dimulai dari dinas kesehatan kabupaten/kota dan provinsi serta organisasi-organisasi profesi bidang kesehatan yang saling berkoordinasi.

Terobosan yang dilakukan untuk menurunkan AKI dan AKB adalah:

1. Peningkatan akses layanan bagi ibu dan juga anak di fasilitas kesehatan (Puskesmas, Bidan Praktik Swasta dan RSUD kabupaten/kota) serta penanganan kegawatdaruratan ibu dan bayi dan juga ketersediaan rumah tunggu kelahiran.
2. Peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, yang dilakukan melalui upaya penempatan dokter spesialis (obgyn, anak, penyakit dalam, anestesi dan bedah), ketersediaan Bank Darah di Rumah Sakit kabupaten/kota, penguatan layanan antenatal, intranatal dan postnatal yang sesuai dengan standar, dan dilaksanakannya pengempuan dan pembinaan dari Rumah Sakit Umum Pusat.

3. Pemberdayaan masyarakat dilakukan melalui upaya pemanfaatan buku KIA, kelas ibu hamil dan ibu balita, posyandu, pemanfaatan dana desa untuk kesehatan, peningkatan peran PKK dalam merencanakan persalinan yang aman dan pencegahan terjadinya komplikasi serta tersedianya ambulans desa dan donor darah.
4. Penguatan tata kelola, yang dilakukan melalui penguatan upaya promotif dan preventif di Puskesmas, terlaksananya pelacakan-pencatatan-pelaporan kematian ibu dan bayi serta pemantauan implementasi regulasi (Mayasari et al., 2021).



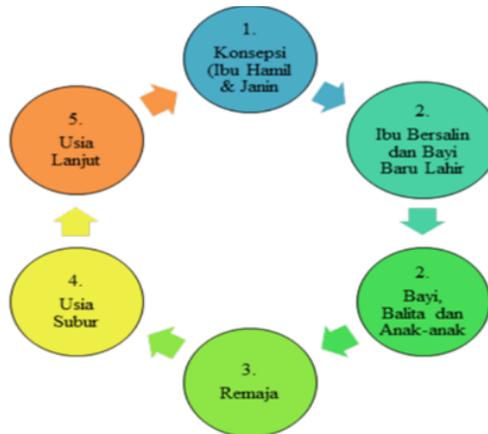
**Gambar 3.1:** Kerangka Pendekatan Multisektoral dalam Program Kesehatan Masyarakat

### 3.4 Sasaran dan Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi

Dalam kesehatan reproduksi terdapat dua jangkauan sasaran pelayanan yaitu:

1. Sasaran utama Kespro adalah perempuan dan laki-laki dalam masa usia subur, remaja (putra maupun putri), calon pengantin dan kelompok berisiko yang meliputi pekerja seks serta masyarakat dalam golongan masyarakat prasejahtera.

2. Sasaran antara dalam Kespro meliputi petugas dan tenaga kesehatan seperti Dokter, Bidan, Perawat dan Pemberi Pelayanan berbasis masyarakat (Kader kesehatan, Dukun, Tokoh masyarakat, Tokoh agama, dan LSM).



**Gambar 3.2:** Siklus Kehidupan Reproduksi

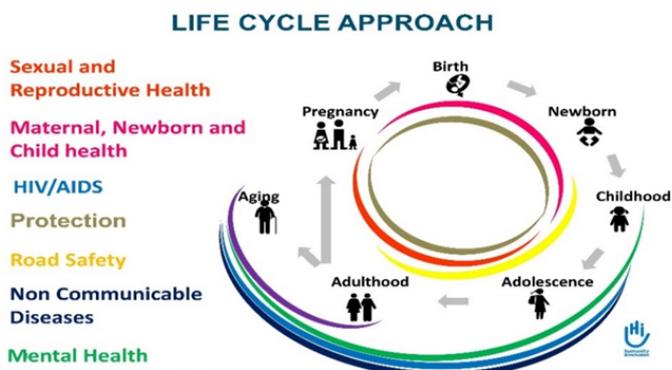
Ruang lingkup kesehatan reproduksi mencakup keseluruhan kehidupan manusia sejak lahir sampai mati. Pelaksanaan kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan siklus hidup (life cycle approach) agar diperoleh sasaran yang pasti dan komponen pelayanan yang jelas serta dilaksanakan secara terpadu dan berkualitas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

Masalah kesehatan reproduksi pada setiap fase kehidupan dapat diperkirakan, yang bila tak ditangani dengan baik maka hal ini dapat berakibat buruk pada masa kehidupan selanjutnya.

Secara luas, ruang lingkup kesehatan reproduksi meliputi:

1. Konsepsi
  - a. Perlakuan sama terhadap janin laki-laki / perempuan.
  - b. Pelayanan antenatal, persalinan, dan nifas yang aman, serta pelayanan bayi baru lahir.
2. Bayi dan anak
  - a. ASI eksklusif dan penyapihan yang layak.

- b. Tumbuh kembang anak dan pemberian makanan dengan gizi seimbang.
  - c. Imunisasi, Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS), dan Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM).
  - d. Pencegahan dan penanggulangan kekerasan.
  - e. Pendidikan dan kesempatan untuk memperoleh pendidikan yang sama pada anak laki-laki dan perempuan.
3. Remaja
- a. Gizi seimbang.
  - b. Informasi tentang kesehatan reproduksi.
  - c. Pencegahan kekerasan seksual.
  - d. Pencegahan terhadap ketergantungan narkotika, psikotropika, dan zat adiktif.
  - e. Perkawinan pada usia yang wajar.
  - f. Pendidikan dan peningkatan keterampilan.
  - g. Peningkatan, penghargaan diri.
  - h. Peningkatan pertahanan terhadap godaan dan ancaman.



**Gambar 3.3:** Life Cycle Approach

4. Usia Subur
- a. Kehamilan dan persalinan yang aman.
  - b. Pencegahan kecacatan dan kematian akibat kehamilan pada ibu dan bayi.

- c. Menjaga jarak kelahiran dan jumlah kehamilan dengan penggunaan alat kontrasepsi atau KB.
  - d. Pencegahan terhadap PMS/HIV/AIDS.
  - e. Pelayanan kesehatan reproduksi yang berkualitas.
  - f. Pencegahan dan penanggulangan masalah aborsi secara rasional.
  - g. Deteksi dini kanker payudara dan leher rahim.
  - h. Pencegahan dan manajemen infertilitas.
5. Usia Lanjut
- a. Perhatian terhadap menopause/andropause.
  - b. Perhatian pada penyakit utama degeneratif, termasuk rabun, gangguan mobilitas, dan osteoporosis.
  - c. Deteksi dini kanker rahim dan kanker payudara (Setyani, 2016).

## 3.5 Faktor-faktor Memengaruhi Kesehatan Reproduksi

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

1. Faktor Demografis-Ekonomi  
Faktor ekonomi dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi yaitu kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual, usia pertama menikah, usia pertama hamil. Sedangkan faktor demografi yang dapat mempengaruhi kesehatan reproduksi adalah akses terhadap pelayanan kesehatan, rasio remaja tidak sekolah, lokasi/tempat tinggal yang terpencil.
2. Faktor budaya dan lingkungan  
Faktor budaya dan lingkungan yang mempengaruhi praktik tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, kepercayaan banyak anak banyak rezeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu

dengan yang lain, pandangan agama, status perempuan, ketidaksetaraan gender, lingkungan tempat tinggal dan cara bersosialisasi, persepsi masyarakat tentang fungsi, hak dan tanggung jawab reproduksi individu, serta dukungan atau komitmen politik.

### 3. Faktor Psikologis

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

### 4. Faktor Biologis

Faktor biologis mencakup ketidaksempurnaan organ reproduksi atau cacat sejak lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual, keadaan gizi buruk kronis, anemia, radang panggul atau adanya keganasan pada alat reproduksi. Dari semua faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi di atas dapat memberikan dampak buruk terhadap kesehatan perempuan, oleh karena itu perlu adanya penanganan yang baik, dengan harapan semua perempuan mendapatkan hak reproduksinya dan menjadikan kehidupan reproduksi menjadi lebih berkualitas (Mayasari et al., 2021).

## **Masalah Kesehatan Reproduksi**

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

### 1. Masalah reproduksi

Kesehatan, morbiditas (gangguan kesehatan) dan kematian perempuan yang berkaitan dengan kehamilan. Termasuk di dalamnya juga masalah gizi dan anemia di kalangan perempuan, penyebab serta komplikasi dari kehamilan, masalah kemandulan dan ketidaksuburan; peranan atau kendali sosial budaya terhadap masalah reproduksi.

## 2. Masalah gender dan seksualitas

Pengaturan negara terhadap masalah seksualitas. Dalam hal ini pemerintah harus membuat peraturan dan kebijakan negara mengenai pornografi, pelacuran dan pendidikan seksualitas. Pengendalian sosio-budaya terhadap masalah seksualitas, bagaimana norma-norma sosial yang berlaku tentang perilaku seks, homoseks, poligami, dan perceraian. Seksualitas di kalangan remaja. Status dan peran perempuan. Perlindungan terhadap perempuan pekerja.

## 3. Masalah kekerasan dan perkosaan terhadap perempuan

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

## 4. Masalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual

Masalah penyakit menular, seksual yang lama, seperti sifilis, dan gonorrhea. Masalah penyakit menular seksual yang relatif baru seperti chlamydia, dan herpes; masalah HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome); dampak sosial dan ekonomi dari penyakit menular seksual.

## 5. Masalah pelacuran

Faktor-faktor yang mendorong pelacuran dan sikap masyarakat terhadap pelacuran. Dampaknya terhadap kesehatan reproduksi, baik bagi pelacur itu sendiri maupun bagi konsumennya dan keluarganya (Endah Mulyani et al., 2020).

## **Elemen Pelayanan Kesehatan Reproduksi**

Dalam mengatasi segala permasalahan kesehatan reproduksi, perlu adanya pelayanan kesehatan yang kompleks sebagai upaya mewujudkan kesehatan reproduksi yang berkualitas bagi perempuan.

Adapun elemen pelayanan kesehatan reproduksi yang diberikan yaitu:

1. Tersedianya pelayanan dan konseling, informasi dan edukasi tentang KB yang sesuai dan berkualitas.
2. Layanan antenatal, intranatal dan postnatal yang aman dan berkualitas.
3. Pencegahan dan penanganan pada kasus infertilitas.
4. Pencegahan dan penanganan praktik aborsi yang tidak aman.
5. Pelayanan tindakan aborsi yang aman dan sesuai dengan undang-undang.
6. Pelayanan dan pengobatan IMS, ISR (Infeksi Saluran Reproduksi) dan gangguan-gangguan dalam kesehatan reproduksi.
7. Ketersediaan informasi dan konseling tentang seksualitas yang sehat, bagaimana peran dan tanggung jawab untuk menjadi orang tua yang baik dan bertanggung jawab.
8. Pencegahan terjadinya kekerasan seksual dan kekerasan dalam rumah tangga, termasuk praktik-praktik budaya yang merugikan seperti sunat pada bayi perempuan.
9. Pelayanan rujukan pada kasus-kasus yang diakibatkan oleh kehamilan, persalinan, nifas, kontrasepsi, infertilitas, aborsi, IMS, ISR, HIV/AIDS serta kanker pada organ-organ reproduksi.
10. Tersedianya fasilitas diagnostik dan pengobatan gangguan reproduksi (Rima Wirenviona et al., 2020).

# Bab 4

## Kontrasepsi dan Keluarga Berencana

### 4.1 Pendahuluan

Ada banyak jenis kontrasepsi, namun tidak semua jenis cocok untuk semua situasi. Metode kontrasepsi yang paling tepat bergantung pada kesehatan individu secara keseluruhan, usia, frekuensi aktivitas seksual, jumlah pasangan seksual, keinginan untuk memiliki anak di masa depan, dan riwayat penyakit tertentu dalam keluarga. Menjamin akses bagi semua orang terhadap metode kontrasepsi pilihan mereka memajukan beberapa hak asasi manusia termasuk hak untuk hidup dan kebebasan, kebebasan berpendapat, berekspresi dan memilih dan hak atas pekerjaan dan pendidikan, serta memberikan manfaat kesehatan dan manfaat lainnya yang signifikan.

Dampak Penggunaan kontrasepsi mencegah risiko kesehatan yang berhubungan dengan kehamilan bagi perempuan, terutama bagi remaja perempuan, dan bila dinyatakan dalam interval antar kelahiran, anak-anak yang lahir dalam waktu 2 tahun dari kakak laki-lakinya memiliki peningkatan risiko kematian bayi sebesar 60%, dan mereka yang lahir dalam waktu 2 tahun –3 tahun peningkatan risiko sebesar 10%, dibandingkan dengan mereka yang lahir setelah selang waktu 3 tahun atau lebih (Allen, 2012).

Hal ini menawarkan serangkaian manfaat non-kesehatan yang mencakup perluasan kesempatan pendidikan dan pemberdayaan perempuan, serta pertumbuhan populasi berkelanjutan dan pembangunan ekonomi bagi negara-negara. Jumlah perempuan yang ingin mengikuti program keluarga berencana telah meningkat tajam selama dua dekade terakhir, dari 900 juta pada tahun 2000 menjadi hampir 1,1 miliar pada tahun 2021. Antara tahun 2000 dan 2020, jumlah perempuan yang menggunakan metode kontrasepsi modern meningkat dari 663 juta menjadi 851 juta.

Diperkirakan akan ada tambahan 70 juta perempuan pada tahun 2030. Antara tahun 2000 dan 2020, tingkat prevalensi kontrasepsi (persentase perempuan berusia 15-49 tahun yang menggunakan metode kontrasepsi apa pun) meningkat dari 47,7 menjadi 49,0%. Proporsi perempuan usia subur (15-49 tahun) yang kebutuhan KB nya terpenuhi dengan metode modern (indikator SDG 3.7.1) adalah 77,5% secara global pada tahun 2022, meningkat 10% sejak tahun 1990 (67%) (Mørch et al., 2017).

## 4.2 Kontrasepsi

Kontrasepsi adalah tindakan mencegah kehamilan. Ini bisa berupa alat, pengobatan, prosedur, atau perilaku. Kontrasepsi memungkinkan perempuan mengontrol kesehatan reproduksinya dan memberikan perempuan kemampuan untuk berperan aktif dalam keluarga berencana. Metode kontrasepsi merupakan kemajuan teknologi yang ditujukan untuk mengatasi masalah biologi. Abad ke-20 telah menyaksikan kemajuan terbesar dalam kesehatan reproduksi wanita yang memperluas pilihan, peralatan, dan bahkan prosedur medis.

Tinjauan ini akan fokus pada pengobatan, perangkat, dan prosedur yang tersedia bagi pasangan untuk mencegah kehamilan. Ketika mempertimbangkan metode kontrasepsi, konseling harus mencakup efisiensi, keamanan, penerimaan dan ketersediaan (termasuk aksesibilitas dan keterjangkauan). Pemberian informasi secara sukarela dalam memilih metode kontrasepsi merupakan prinsip panduan yang penting, dan konseling kontrasepsi, jika dapat dilakukan secara sosial, merupakan kontributor utama keberhasilan penggunaan metode kontrasepsi.

Metode pengendalian kelahiran dirancang untuk mencegah pembuahan atau mengganggu atau membatalkan implantasi dan pertumbuhan. Konsepsi dapat dicegah dengan mengganggu siklus menstruasi secara hormonal (pil kontrasepsi

oral (OC)), dengan memblokir saluran secara fisik (metode penghalang atau sterilisasi), atau kurang berhasil, dengan berpantang selama masa subur atau metode penarikan. Implantasi terganggu melalui penggunaan benda asing (alat kontrasepsi dalam rahim {IUD}) atau operasi pengangkatan (Salpingektomi atau Vasektomi) (INFO\_Contra\_FamPlan\_WEB, n.d.).

### Klasifikasi Kontrasepsi

Banyak klasifikasi yang digunakan untuk metode kontrasepsi seperti yang terlihat pada tabel di bawah ini:

No	Metode	Kandungan		Masa Perlindungan		Modern Tradisional	
		Hormonal	Bon Hormonal	MKJP	Non MKJP	Modern	Tradisional
1	AKDR Cu		√	√		√	
2	AKDR LNG	√		√		√	
3	Implan	√		√		√	
4	Suntik	√			√	√	
5	Pil	√			√	√	
6	Kondom		√			√	
7	Tubektomi/ Mow		√	√		√	
8	Vasektomi/ Mop		√	√		√	
9	Metode Amenore Laktasi/ Mal		√		√	√	
10	Sadar Masa Subur		√		√		√
11	Sanggama Terputus		√		√		√

Metode kontrasepsi dibagi atas tiga yaitu berdasarkan kandungan, masa perlindungan, cara modern dan tradisional sesuai dengan penggolongan di tabel. Metode kontrasepsi yang digunakan dalam program pemerintah adalah berdasarkan masa perlindungan yaitu Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan non Metode Kontrasepsi Jangka Panjang (non-MKJP).

### Efektivitas Kontrasepsi

Metode Keluarga Berencana	Angka Kehamilan Tahun Pertama (Trussell & Aiken)		Angka Kehamilan 12 Bulan (Polis et al.)
	Penggunaan Konsisten dan Benar	Penggunaan Konsisten dan Benar	Penggunaan Konsisten dan Benar
Implan	0.1	0.1	0.6
Vasektomi	0.1	0.15	
Tubektomi	0.5	0.5	
AKDR Levonorgestrel	0.5	0.7	
AKDR Copper	0.6	0.8	1.4
MAL (6 bulan)	0.9	2	
Kontrasepsi Suntik Kombinasi	0.05	3	
Kontrasepsi Suntik Progestin	0.2	4	1.7
Kontrasepsi Pil Kombinasi	0.3	7	5.5

Kontrasepsi Pil Progestin	0.3	7	
Kondom Pria	2	13	5.4
Sadar Masa Subur			
Metode Hari Standar	2	12	
Metode 2 Hari	4	14	
Metode Ovulasi	3	23	
Sanggama Terputus	4	20	13.4
Kondom Perempuan	5	21	
Tanpa Metode	85	85	

0 - 0,9	Sangat Efektif
1 - 9	Efektif
10 - 19	Efektif Sedang
20 +	Kurang Efektif

•Angka sebagian besar dari Amerika Serikat, Data dari sumber yang tersedia yang dirasa terbaik oleh penulis.

•Trussell J and Aiken ARA. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA et al. Contraceptive Technology, 21st revised edition. New York, Ardent Media, 2018.

•Angka dari negara-negara berkembang. Data dari self-report survey berbasis populasi.

•Polis CB et al. Contraceptive failure rates in the developing world: an analysis of Demographic and Health Survey data in 43 countries. New York: Guttmacher Institute, 2016.

•Hatcher R et al. Contraceptive technology, 20th ed, New York, Ardent Media, 2011.

Sumber: Keluarga Berencana Buku Pedoman Global Untuk Penyedia Layanan Edisi 2018

## Jenis Metode Kontrasepsi

Metode kontrasepsi yang dijelaskan pada bab ini merupakan metode kontrasepsi yang tersedia di Indonesia. Untuk merek dagang yang dituliskan sebagai contoh merupakan merek dagang alokon yang masuk dalam program pemerintah

### 4.2.1 Alat Kontrasepsi Dalam Rahim (AKDR)

#### AKDR Copper

1. Pengertian: AKDR Copper adalah suatu rangka plastik yang lentur dan kecil dengan lengan atau kawat Copper (tembaga) di sekitarnya (Kavanaugh & Jerman, 2018).
2. Jenis:
  - a. AKDR Cu T 380 A merupakan AKDR yang disediakan oleh Pemerintah (Program).

- b. AKDR Nova T 380 tidak disediakan oleh Pemerintah (Non Program) tetapi banyak digunakan sebagai KB Mandiri.



**Gambar 4.1:** AKDR Cu T 380 A dan AKDR Nova T 380

3. Cara kerja: Menghambat kemampuan sperma untuk masuk ke saluran telur karena tembaga pada AKDR menyebabkan reaksi inflamasi steril yang toksik buat sperma
4. Jangka waktu pemakaian: Jangka waktu pemakaian berjangka panjang dapat hingga 10 tahun, serta sangat efektif dan bersifat reversibel.
5. Batas usia pemakai: Dapat dipakai oleh perempuan pada usia reproduksi.
6. Efektivitas: Memiliki efektivitas tinggi berkisar 0,6-0,8 kehamilan/100 perempuan dalam 1 tahun pertama (1 kegagalan dalam 125-170 kehamilan).
7. Kembalinya kesuburan: Kembalinya kesuburan tinggi setelah AKDR copper T dilepas.
8. Keuntungan:
  - a. Mencegah kehamilan dengan sangat efektif Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR selama tahun pertama.
  - b. Efektif segera setelah pemasangan.
  - c. Berjangka Panjang, Studi menunjukkan bahwa AKDR CuT-380A efektif hingga 12 tahun, namun ijin edar berlaku untuk 10 tahun penggunaan.
  - d. Tidak mempengaruhi hubungan seksual.

- e. Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI Dapat dipasang segera setelah melahirkan atau sesudah abortus (apabila tidak terjadi infeksi).
  - f. Dapat digunakan sampai menopause (1 tahun atau lebih setelah haid terakhir).
  - g. Kesuburan segera kembali setelah AKDR dilepas.
9. Keterbatasan:
- a. Pemasangannya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus memasangnya pada rahim perempuan melalui vagina dan serviks. Sering kali klien takut selama pemasangan.
  - b. Tidak ada perlindungan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS).
  - c. Tidak baik digunakan pada perempuan dengan IMS atau perempuan yang sering berganti pasangan.
  - d. Klien tidak dapat melepas AKDR sendiri.
  - e. AKDR mungkin keluar dari uterus tanpa diketahui.
  - f. Klien harus memeriksa posisi benang AKDR dari waktu ke waktu dengan cara memasukkan jari ke dalam vagina (sebagian perempuan tidak mau melakukan ini).
10. Kriteria kelayakan medis yang boleh menggunakan AKDR Copper. AKDR aman dan efektif bagi hampir semua perempuan, termasuk perempuan yang:
- a. Telah atau belum memiliki anak.
  - b. Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun.
  - c. Baru saja mengalami keguguran (jika tidak ada bukti terjadi infeksi).
  - d. Sedang menyusui.
  - e. Melakukan pekerjaan fisik yang berat.
  - f. Pernah mengalami kehamilan ektopik.
  - g. Pernah mengalami Penyakit Radang Panggul (PRP).
  - h. Menderita infeksi vagina.
  - i. Menderita anemia.

- j. Menderita penyakit klinis HIV ringan atau tanpa gejala baik sedang atau tidak dalam terapi antiretroviral.
11. Kriteria kelayakan medis yang tidak boleh menggunakan AKDR Copper. Biasanya, perempuan dengan kondisi berikut sebaiknya tidak menggunakan AKDR- Copper:
- Antara 48 jam dan 4 minggu pasca persalinan.
  - Penyakit trofoblas gestasional non kanker (jinak).
  - Menderita kanker ovarium.
  - Memiliki risiko individual sangat tinggi untuk IMS pada saat pemasangan.
  - Mengidap penyakit klinis HIV berat atau lanjut.
  - Menderita *systemic lupus erythematosus* dengan trombositopenia berat.

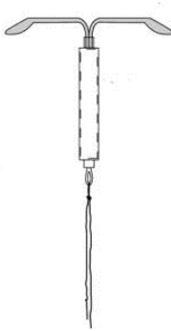
Pada kondisi tersebut di atas, saat metode yang lebih sesuai tidak tersedia atau tidak dapat diterima oleh klien, tenaga kesehatan terlatih yang dapat menilai kondisi dan situasi klien secara hati-hati dapat memutuskan bahwa klien dapat menggunakan AKDR-Copper pada kondisi tersebut di atas. Tenaga kesehatan perlu mempertimbangkan seberapa berat kondisi klien, dan pada kebanyakan kondisi apakah klien mempunyai akses untuk tindak lanjut (Curtis et al., 2016).

12. Waktu pemasangan AKDR Copper: Seorang perempuan dapat menjalani pemasangan AKDR Copper kapan pun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat.

Metode kontrasepsi tambahan mencakup *abstinensia*, kondom pria dan perempuan, spermisida, dan sanggama terputus. Spermisida dan sanggama terputus merupakan metode kontrasepsi yang paling tidak efektif. Beri kondom jika memungkinkan.

#### 4.2.2 AKDR Levonorgestrel (AKDR-LNG)

1. Pengertian: AKDR LNG adalah suatu alat berbahan plastik berbentuk T yang secara terus-menerus melepaskan sejumlah kecil hormon progestin (levonorgestrel) setiap hari.



AKDR Levonorgestrel tidak disediakan oleh Pemerintah (Non Program) tetapi banyak digunakan sebagai KB Mandiri

2. Cara kerja: Menghambat sperma membuahi sel telur.
3. Jangka waktu pemakaian: Jangka waktu pemakaian berjangka panjang, efektif untuk pemakaian 5 tahun dan bersifat reversibel.
4. Batas usia pemakai: Dapat dipakai oleh perempuan pada usia reproduksi.
5. Keuntungan:
  - a. Mencegah Kehamilan dengan sangat efektif Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan AKDR-LNG selama tahun pertama (2 per 1.000 perempuan).
  - b. Berjangka panjang.
  - c. Studi menunjukkan bahwa AKDR Mirena efektif hingga 7 tahun, namun ijin edar berlaku untuk 5 tahun penggunaan.
  - d. Tidak mempengaruhi hubungan seksual.
  - e. Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
  - f. Kesuburan segera kembali setelah AKDR dilepas.
  - g. Mengurangi nyeri haid.
  - h. Mengurangi jumlah darah haid sehingga dapat mencegah anemia defisiensi besi.
  - i. Sebagai pengobatan alternatif pengganti operasi pada perdarahan uterus difungsional dan adenomyosis.
6. Keterbatasan:
  - a. Pemasangan dan pencabutan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus memasangnya pada uterus.

- b. Mahal.
7. Kriteria kelayakan media
- AKDR-LNG aman dan efektif untuk hampir semua perempuan, termasuk perempuan yang:
- a. Telah atau belum memiliki anak.
  - b. Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berumur lebih dari 40 tahun.
  - c. Baru saja mengalami keguguran (jika tidak ada bukti terjadi infeksi).
  - d. Sedang menyusui.
  - e. Melakukan pekerjaan fisik yang berat.
  - f. Pernah mengalami kehamilan ektopik.
  - g. Pernah mengalami penyakit radang panggul (PRP).
  - h. Menderita infeksi vagina.
  - i. Menderita anemia.
  - j. Menderita penyakit klinis HIV ringan atau tanpa gejala baik dengan atau tanpa pengobatan antiretroviral.
8. Tidak boleh menggunakan AKDR-LNG, biasanya, perempuan dengan kondisi berikut sebaiknya tidak menggunakan AKDR- LNG:
- a. Antara 48 jam dan 4 minggu pasca persalinan.
  - b. Penggumpalan darah vena dalam di kaki atau paru akut.
  - c. Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak muncul kembali.
  - d. Sirosis berat atau tumor hepar berat.
  - e. Penyakit trofoblas *gestasional* non kanker (jinak).
  - f. Menderita kanker ovarium.
  - g. Memiliki risiko individual sangat tinggi untuk IMS pada saat pemasangan.
  - h. Mengidap penyakit klinis HIV berat atau lanjut.
  - i. Menderita sistemis lupus *erythematosus* dengan antibodi anti fosfolipid positif (atau tidak diketahui), dan tidak dalam terapi imunosupresi.

Pada kondisi khusus, saat metode yang lebih sesuai tidak tersedia atau tidak dapat diterima oleh klien, penyedia layanan berkualifikasi yang dapat menilai kondisi dan situasi klien secara hati-hati dapat memutuskan bahwa klien dapat menggunakan AKDR-LNG pada kondisi tersebut di atas. Penyedia layanan perlu mempertimbangkan seberapa berat kondisi klien, dan pada kebanyakan kondisi apakah klien mempunyai akses untuk tindak lanjut.

#### 9. Waktu pemasangan AKDR LNG

Seorang perempuan dapat menjalani pemasangan AKDR LNG kapan pun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat (Bliss Kaneshiro, 2010; Kavanaugh & Jerman, 2018; Min et al., 2015; “Practice Bulletin No. 186: Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices,” 2017).

### 4.2.3 Implan

1. Pengertian: Implan merupakan batang plastik berukuran kecil yang lentur, seukuran batang korek api, yang melepaskan progestin yang menyerupai hormon progesteron alami di tubuh perempuan.
2. Jenis implan
  - a. Implan dua batang: terdiri dari 2 batang implan mengandung hormon Levonorgestrel 75 mg/batang. Efektif hingga 4 tahun penggunaan (studi terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun).
  - b. Implan satu batang (Implanon): terdiri dari 1 batang implan mengandung hormon Etonogestrel 68 mg, efektif hingga 3 tahun penggunaan (studi terkini menunjukkan bahwa jenis ini memiliki efektivitas tinggi hingga 5 tahun).
3. Cara kerja
  - a. Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi).
  - b. Mengentalkan lendir serviks (menghambat bertemunya sperma dan telur).

4. Efektivitas: Kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan dalam 1 tahun pertama penggunaan Implan. Risiko kecil kehamilan masih berlanjut setelah tahun pertama pemakaian.
5. Kembalinya kesuburan: Kembalinya kesuburan tinggi setelah implan dilepas.
6. Keuntungan:
  - a. Klien tidak perlu melakukan apa pun setelah implan terpasang.
  - b. Mencegah kehamilan dengan sangat efektif kurang dari 1 kehamilan per 100 perempuan yang menggunakan implan pada tahun pertama (1 per 1.000 perempuan).
  - c. Merupakan metode kontrasepsi jangka panjang untuk 3 hingga 5 tahun, tergantung jenis implan.
  - d. Tidak mengganggu hubungan seksual.
  - e. Tidak mempengaruhi kualitas dan volume ASI.
  - f. Kesuburan dapat kembali dengan segera setelah implan dilepas.
  - g. Mengurangi nyeri haid.
  - h. Mengurangi jumlah darah haid sehingga dapat mencegah anemia defisiensi besi.
7. Keterbatasan:
  - a. Tidak ada perlindungan terhadap Infeksi Menular Seksual (IMS).
  - b. Membutuhkan tenaga kesehatan yang terlatih secara khusus untuk memasang dan melepas. Klien tidak dapat memulai atau menghentikan pemakaian implan secara mandiri.
8. Kriteria kelayakan medis

Hampir semua perempuan dapat menggunakan implan secara aman dan efektif, termasuk perempuan yang:

  - a. Telah atau belum memiliki anak.
  - b. Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun.
  - c. Baru saja mengalami keguguran, atau kehamilan ektopik.
  - d. Merokok, tanpa bergantung pada usia perempuan maupun jumlah rokok yang dihisap.
  - e. Sedang menyusui.

- f. Menderita anemia atau riwayat anemia.
  - g. Menderita varises vena.
  - h. Terkena HIV, sedang atau tidak dalam terapi antiretroviral.
9. Perempuan dengan kondisi berikut sebaiknya tidak menggunakan implan:
- a. Penggumpalan darah akut pada vena dalam dikaki atau paru.
  - b. Perdarahan vaginal yang tidak dapat dijelaskan sebelum evaluasi terhadap kemungkinan kondisi serius yang mendasari.
  - c. Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak kambuh.
  - d. Sirosis hati atau tumor hati berat.
  - e. *Systemic lupus erythematosus* dengan antibodi anti fosfolipid positif (atau tidak diketahui), dan tidak dalam terapi *imunosupresif*.
- Namun, pada kondisi khusus, saat metode yang lebih sesuai tidak tersedia atau tidak dapat diterima oleh klien, penyedia layanan berkualifikasi akan memutuskan bila klien dapat menggunakan implan pada kondisi tersebut di atas. Penyedia layanan perlu mempertimbangkan seberapa berat kondisi klien, dan pada kebanyakan kondisi apakah klien mempunyai akses untuk tindak lanjut.
10. Waktu pemasangan implan: Seorang perempuan dapat menjalani pemasangan implan kapan pun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat (Rocca et al., 2021).

#### 4.2.4 Kontrasepsi Suntik

##### **Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK)**

1. Pengertian: Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK) mengandung 2 hormon – yaitu progestin dan estrogen – seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh perempuan.

## 2. Jenis

Kontrasepsi Suntik Kombinasi yang mengandung 2 hormon – yaitu *Medroxyprogesterone Acetate* (MPA)/*Estradiol Cypionate* yang disediakan Pemerintah:

- a. Suntikan 1 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 50 mg/ml, dan estradiol cypionate 10 mg/ml.
- b. Suntikan 2 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 60 mg/ml, dan estradiol cypionate 7,5 mg/ml.
- c. Suntikan 3 bulan sekali mengandung medroxyprogesterone acetate 120 mg/ml, dan estradiol cypionate 10 mg/ml.

## 3. Cara kerja:

- a. Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi).
- b. Membuat lendir serviks menjadi kental sehingga penetrasi sperma terganggu.
- c. Perubahan pada endometrium (atrofi) sehingga implantasi terganggu.
- d. Menghambat transportasi gamet oleh tuba.

## 4. Keuntungan:

- a. Tidak perlu pemakaian setiap hari.
- b. Dapat dihentikan kapan saja.
- c. Tidak berpengaruh pada hubungan suami istri.
- d. Baik untuk menjarangkan kehamilan.

## 5. Keterbatasan:

- a. Harus kembali ke tenaga kesehatan untuk disuntik tepat waktu.
- b. Efektivitas KSK tergantung pada kembalinya yang tepat waktu. Risiko kehamilan meningkat saat klien terlambat suntik ulang atau melewatkan suatu suntikan.
- c. Kemungkinan keterlambatan pemulihan kesuburan setelah penghentian pemakaian.

## 6. Kriteria kelayakan medis

Hampir semua perempuan dapat dengan aman dan efektif menggunakan KSK, termasuk perempuan yang:

- a. Telah atau belum memiliki anak.

- b. Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan berusia lebih dari 40 tahun.
- c. Baru saja mengalami abortus atau keguguran.
- d. Merokok berapa pun jumlah batang rokok yang dihisap per hari dan berumur kurang dari 35 tahun.
- e. Merokok kurang dari 15 batang per hari dan berumur lebih dari 35 tahun.
- f. Anemia atau mempunyai riwayat anemia.
- g. Menderita varises vena.
- h. Terkena HIV, sedang atau tidak sedang dalam terapi antiretroviral.

Perempuan dengan kondisi di bawah ini sebaiknya tidak memakai KSK:

- a. Tidak menyusui dan melahirkan kurang dari 3 minggu, tanpa risiko tambahan terbentuknya penggumpalan darah di vena dalam (TVD – Trombosis Vena Dalam).
- b. Tidak menyusui dan melahirkan antara 3 dan 6 minggu pasca persalinan dengan risiko tambahan yang memungkinkan terbentuknya TVD.
- c. Sedang menyusui antara 6 minggu hingga 6 bulan setelah melahirkan.
- d. Usia 35 tahun atau lebih dan merokok lebih dari 15 batang per hari.
- e. Tekanan darah tinggi (tekanan sistolik antara 140 dan 159 mmHg atau tekanan diastolik antara 90 dan 99 mmHg).
- f. Tekanan darah tinggi terkontrol, yang memungkinkan untuk evaluasi lanjutan.
- g. Riwayat tekanan darah tinggi, di mana tekanan darah tidak dapat diukur (termasuk tekanan darah tinggi terkait kehamilan).
- h. Penyakit infeksi atau tumor hati berat.
- i. Usia 35 tahun atau lebih dengan sakit kepala migrain tanpa aura.
- j. Usia kurang dari 35 tahun dengan sakit kepala migrain yang telah muncul atau memberat saat memakai KSK.
- k. Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak muncul kembali.

- l. Diabetes selama lebih dari 20 tahun atau mengalami kerusakan pembuluh darah arteri, penglihatan, ginjal, atau sistem saraf karena diabetes.
- m. Faktor risiko multipel untuk penyakit kardiovaskular arteri seperti usia tua, merokok, diabetes, dan tekanan darah tinggi.
- n. Sedang dalam terapi *lamotrigine*. KSK dapat mengurangi efektivitas *lamotrigine*.

Pada kondisi tersebut di atas, saat tidak ada kontrasepsi lain yang lebih sesuai atau tidak dapat diterima klien, penyedia layanan terpercaya akan memutuskan bila klien dapat menggunakan KSK dengan kondisi tersebut di atas. Penyedia layanan perlu mempertimbangkan seberapa berat kondisi klien dan pada kebanyakan kondisi apakah klien mempunyai akses untuk tindak lanjut.

7. Waktu Pemberian Kontrasepsi Suntik Kombinasi (KSK):  
Seorang perempuan dapat memulai KSK kapan pun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat (Haider & Darney, 2007; Veisi & Zangeneh, 2013).

### Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP)

1. Pengertian: Kontrasepsi suntik yang mengandung Progestin saja seperti hormon progesteron alami dalam tubuh perempuan.
2. Jenis:
  - a. Program Pemerintah (disediakan oleh BKKBN)  
Depo *Medroxyprogesterone Acetate* (DMPA), 150 mg/vial (1 ml) merupakan suntikan intra muskuler.



- b. Non program:
  - Depo *subQ provera* 104 suntikan subkutan setiap 3 bulan dengan sistem suntik Uniject dalam prefilled dosis tunggal *syring hipodermik*.
  - *Norethisterone Enanthate* (NET-EN) suntikan intra muskuler setiap 2 bulan
3. Cara kerja:
  - a. Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi).
  - b. Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
  - c. Menjadikan selaput lendir rahim tipis dan atrofi.
4. Keuntungan:
  - a. Suntikan setiap 2-3 bulan.
  - b. Tidak perlu penggunaan setiap hari.
  - c. Tidak mengganggu hubungan seksual.
  - d. Dapat digunakan oleh perempuan menyusui dimulai 6 bulan setelah melahirkan.
  - e. Dapat digunakan oleh perempuan usia > 35 tahun sampai perimenopause.
  - f. Membantu mencegah kanker endometrium, mioma uteri.
  - g. Mungkin membantu mencegah penyakit radang panggul simptomatis, anemia defisiensi besi.
  - h. Mengurangi krisis sel sabit pada perempuan dengan anemia sel sabit, gejala endometriosis (nyeri panggul, menstruasi yang tidak teratur).
5. Keterbatasan:
  - a. Klien sangat bergantung pada tempat sarana pelayanan kesehatan untuk suntikan ulang.
  - b. Tidak dapat dihentikan sewaktu-waktu.
  - c. Terlambatnya kembali kesuburan setelah penghentian pemakaian, rata-rata 4 bulan.
  - d. Pada pemakaian jangka panjang dapat sedikit menurunkan densitas (kepadatan) tulang.

6. Kriteria kelayakan medis yang boleh menggunakan Kontrasepsi Suntik Progestin (KSP):

Hampir semua perempuan dapat dengan aman dan efektif menggunakan KSP, termasuk perempuan yang:

- a. Telah atau belum memiliki anak.
- b. Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan berusia lebih dari 40 tahun.
- c. Baru saja mengalami keguguran.
- d. Merokok tanpa melihat usia perempuan maupun jumlah rokok yang dihisap.
- e. Sedang menyusui, mulai segera setelah 6 minggu setelah melahirkan.
- f. Terkena HIV, sedang atau tidak sedang dalam terapi antiretroviral.

Perempuan dengan kondisi di bawah ini sebaiknya tidak memakai KSP:

- a. Menyusui dan melahirkan kurang dari 6 minggu sejak melahirkan (pertimbangkan risiko kehamilan selanjutnya dan kemungkinan terbatasnya akses lanjutan untuk mendapatkan suntik).
- b. Tekanan darah sangat tinggi (tekanan sistolik 160 mmHg atau lebih atau tekanan diastolik 100 mmHg atau lebih).
- c. Mengalami penggumpalan darah akut pada vena dalam di kaki atau paru.
- d. Riwayat penyakit jantung atau sedang menderita penyakit jantung terkait obstruksi atau penyempitan pembuluh darah (penyakit jantung iskemik).
- e. Riwayat stroke.
- f. Memiliki faktor risiko multipel untuk penyakit kardiovaskular arteri seperti diabetes dan tekanan darah tinggi.
- g. Mengalami perdarahan vaginal yang tidak diketahui sebelum evaluasi kemungkinan kondisi medis serius yang mendasari.
- h. Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak kambuh.

- i. Diabetes selama lebih dari 20 tahun atau mengalami kerusakan pembuluh darah arteri, penglihatan, ginjal, atau sistem saraf karena diabetes.
- j. Menderita sirosis hati atau tumor hati.
- k. Menderita *Systemic Lupus Erythematosus* (SLE) dengan antibodi anti fosfolipid positif (atau tidak diketahui) dan tidak dalam terapi *immunosupresif*, atau *trombositopenia* berat.

Pada kondisi tersebut di atas, saat tidak ada kontrasepsi lain yang lebih sesuai atau tidak dapat diterima klien, penyedia layanan akan memutuskan bila klien dapat menggunakan KSP dengan kondisi tersebut di atas. Penyedia layanan perlu mempertimbangkan seberapa berat kondisi klien dan pada kebanyakan kondisi apakah klien mempunyai akses untuk tindak lanjut.

Waktu pemberian Kontrasepsi Suntik Progesterin (KSP): Seorang perempuan dapat memulai KSP kapanpun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat (Haider & Darney, 2007).

## 4.2.5 Kontrasepsi Pil

### Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK)

1. Pengertian: Pil yang mengandung 2 macam hormon berdosisi rendah - yaitu progesterin dan estrogen-seperti hormon progesteron dan estrogen alami pada tubuh perempuan yang harus diminum setiap hari.
2. Jenis:
  - a. Monofasik: Pil mengandung hormon aktif estrogen/progesterin dalam dosis yang sama jenis pil monofasik yang beredar di pasaran antara lain:
    - 21 pil mengandung 30  $\mu\text{g}$  Ethinyl Estradiol (EE)/150  $\mu\text{g}$  Levonorgestrel (LNG) dan 7 pil tanpa hormon.
    - 21 pil mengandung 30  $\mu\text{g}$  EE/3000  $\mu\text{g}$  Drospirenone dan 7 pil tanpa hormon.
    - 24 pil mengandung 30  $\mu\text{g}$  EE/2000  $\mu\text{g}$  Drospirenone dan 4 pil tanpa hormon.

- b. Bifasik: Pil mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam dua dosis yang berbeda Jenis pil bifasik yang beredar di pasaran antara lain:
    - 21 pil mengandung 0.02 mg EE/0.15 mg Desogestrel, 5 pil mengandung: 0.01 mg EE dan 2 pil tanpa hormon
  - c. Trifasik: Pil mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam tiga dosis yang berbeda Jenis pil trifasik yang beredar di pasaran antara lain:
    - 7 pil mengandung 0,035 mg EE/0.5 mg Norethindrone, 7 pil mengandung 0,035 mg EE/0.75 mg Norethindrone, 7 pil mengandung 0,035 mg EE/1 mg Norethindrone dan 7 pil tanpa hormon.
    - 7 pil mengandung 0.025 mg EE/0.100 mg Desogestrel, 7 pil mengandung 0.025 mg EE/0.125 mg Desogestrel, 7 pil mengandung 0.025 mg EE/0.150 mg Desogestrel dan 7 pil tanpa hormon.
  - d. Kuadrifasik: Pil mengandung hormon aktif estrogen/progestin dalam empat dosis yang berbeda. Jenis pil kuadrifasik yang beredar di pasaran antara lain:
    - 2 pil mengandung 3 mg Estradiol Valerate, 5 pil mengandung 2 mg Estradiol Valerate/2 mg Dienogest, 17 pil mengandung 2 mg Estradiol Valerate/3 mg Dienogest, 2 pil mengandung 1 mg Estradiol Valerate dan 2 pil tanpa hormone.
    - Kontrasepsi Pil Kombinasi (KPK) yang disediakan Pemerintah: Pil Monofasik yang mengandung hormon aktif estrogen/ progestin dalam dosis yang sama yaitu 21 pil mengandung 30  $\mu$ g Ethinyl Estradiol (EE)/150  $\mu$ g Levonorgestrel (LNG) dan 7 pil tanpa hormon
3. Cara kerja:
    - a. Mencegah pelepasan telur dari ovarium (menekan ovulasi).
    - b. Mengentalkan lendir serviks sehingga sulit dilalui oleh sperma.
    - c. Pergerakan tuba terganggu sehingga transportasi telur dengan sendirinya akan terganggu.

4. Keuntungan:
  - a. Dapat mengontrol pemakaian.
  - b. Mudah digunakan.
  - c. Mudah didapat, misalnya di apotek atau toko obat.
  - d. Penghentian dapat dilakukan kapan pun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan.
  - e. Tidak mengganggu hubungan seksual.
  - f. Banyaknya darah haid berkurang (mencegah anemia).
  - g. Tidak terjadi nyeri haid.
  - h. Kesuburan segera kembali setelah penggunaan pil dihentikan.
  - i. Membantu mencegah Kanker Endometrium, Kanker Ovarium, Kista ovarium Penyakit Radang Panggul, Anemia Defisiensi Besi.
  - j. Mengurangi nyeri haid, nyeri ovulasi, masalah perdarahan menstruasi dan jerawat.
5. Keterbatasan:
  - a. Mahal.
  - b. Harus diminum setiap hari secara teratur.
  - c. Mengurangi ASI pada perempuan menyusui.
6. Kriteria kelayakan medis

Hampir semua perempuan dapat menggunakan KPK secara aman dan efektif, termasuk perempuan yang:

  - a. Telah atau belum memiliki anak.
  - b. Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun.
  - c. Setelah melahirkan dan selama menyusui, setelah periode waktu tertentu.
  - d. Baru saja mengalami keguguran, atau kehamilan ektopik.
  - e. Merokok – jika usia di bawah 35 tahun.
  - f. Menderita anemia atau riwayat anemia.
  - g. Menderita varises vena.
  - h. Terkena HIV, sedang atau tidak dalam terapi antiretroviral.

Perempuan dengan kondisi di bawah ini sebaiknya tidak memakai KPK:

- a. Tidak menyusui dan kurang dari 3 minggu setelah melahirkan, tanpa risiko tambahan kemungkinan terjadinya penggumpalan darah pada vena dalam (TVD).
- b. Tidak menyusui dan antara 3 hingga 6 minggu pasca persalinan dengan risiko tambahan kemungkinan terjadinya TVD.
- c. Terutama menyusui antara 6 minggu hingga 6 bulan setelah melahirkan.
- d. Usia 35 tahun atau lebih yang merokok.
- e. Tekanan darah tinggi (tekanan sistolik antara 140 dan 159 mmHg atau tekanan diastolik antara 90 dan 99 mmHg).
- f. Tekanan darah tinggi terkontrol, dan memungkinkan untuk dilakukan evaluasi lanjutan.
- g. Riwayat tekanan darah tinggi, dan tekanan darah tidak dapat diukur (termasuk tekanan darah tinggi terkait kehamilan).
- h. Riwayat jaundis saat menggunakan KPK sebelumnya.
- i. Penyakit kandung empedu (sedang atau diobati secara medis).
- j. Usia 35 tahun atau lebih dengan sakit kepala migrain tanpa aura.
- k. Usia kurang dari 35 tahun dengan sakit kepala migrain tanpa aura yang muncul atau memberat ketika menggunakan KPK.
- l. Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak kambuh.
- m. Diabetes selama lebih dari 20 tahun atau mengalami kerusakan pembuluh darah, penglihatan, ginjal, atau sistem saraf karena diabetes.
- n. Faktor risiko multipel untuk penyakit kardiovaskular arteri seperti usia tua, merokok, diabetes, dan tekanan darah tinggi.
- o. Sedang dalam terapi barbiturat, carbamazepin, oxcarbazepine, fenitoin, primidone, topiramate, rifampisin, atau rifabutin. Sebaiknya memakai metode kontrasepsi tambahan karena obat-obatan tersebut mengurangi efektivitas KPK.
- p. Sedang dalam terapi lamotrigin. KPK dapat mengurangi efektivitas lamotrigin.

Pada kondisi tersebut di atas, saat tidak ada kontrasepsi lain yang lebih sesuai atau tidak dapat diterima klien, penyedia layanan akan memutuskan bila klien dapat menggunakan KPK dengan kondisi tersebut di atas. Penyedia layanan perlu mempertimbangkan seberapa berat kondisi klien dan pada kebanyakan kondisi apakah klien mempunyai akses untuk tindak lanjut.

#### 7. Waktu pemberian KPK

Seorang perempuan dapat memulai KPK kapan pun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat (Haider & Darney, 2007; Kaunitz, 2000).

### 4.2.6 Kontrasepsi Pil Progestin (KPP)

1. Pengertian: Pil yang mengandung progestin saja dengan dosis yang sangat rendah seperti hormon progesteron alami pada tubuh perempuan.
2. Jenis:
  - a. Kemasan 28 pil berisi Lynestrenol 0,5 mg (Kontrasepsi Pil Progestin yang disediakan Pemerintah).
  - b. Kemasan 28 pil berisi 75  $\mu\text{g}$  norgestrel.
  - c. Kemasan 35 pil berisi 300  $\mu\text{g}$  levonorgestrel atau 350  $\mu\text{g}$  norethindrone.

Sangat dianjurkan untuk ibu menyusui karena tidak mengganggu produksi ASI

3. Cara kerja:
  - a. Mencegah ovulasi.
  - b. Mengentalkan lendir serviks sehingga menurunkan kemampuan penetrasi sperma.
  - c. Menjadikan endometrium tipis dan atrofi.
4. Keuntungan:
  - a. Dapat diminum selama menyusui.
  - b. Dapat mengontrol pemakaian.
  - c. Penghentian dapat dilakukan kapan pun tanpa perlu bantuan tenaga kesehatan.

- d. Tidak mengganggu hubungan seksual.
  - e. Kesuburan cepat kembali.
  - f. Mengurangi nyeri haid.
  - g. Mengurangi jumlah perdarahan haid.
5. Keterbatasan:
- a. Harus diminum setiap hari dan pada waktu yang sama, bila lupa satu pil saja, kegagalan menjadi lebih besar.
  - b. Peningkatan/penurunan berat badan.
6. Kriteria kelayakan medis
- Hampir semua perempuan dapat menggunakan KPP secara aman dan efektif, termasuk perempuan yang:
- a. Sedang menyusui (dapat mulai segera setelah 6 minggu melahirkan).
  - b. Telah atau belum memiliki anak.
  - c. Perempuan usia reproduksi, termasuk perempuan yang berusia lebih dari 40 tahun.
  - d. Baru saja mengalami keguguran, atau kehamilan ektopik.
  - e. Merokok, tanpa melihat usia perempuan maupun jumlah rokok yang dihisap.
  - f. Menderita anemia atau riwayat anemia.
  - g. Menderita varises vena.
  - h. Terkena HIV, sedang atau tidak sedang dalam terapi antiretroviral.

Perempuan dengan kondisi di bawah ini sebaiknya tidak memakai KPP:

- a. Mengalami penggumpalan darah akut pada vena dalam (trombosis vena dalam) di kaki atau paru.
- b. Menderita kanker payudara lebih dari 5 tahun yang lalu, dan tidak kambuh.
- c. Menderita sirosis hati atau tumor hati berat.
- d. Menderita Systemic Lupus Erythematosus (SLE) dengan antibodi antifosfolipid positif (atau tidak diketahui).
- e. Sedang dalam terapi barbiturat, carbamazepin, oxcarbazepine, fenitoin, primidone, topiramate, rifampisin, atau rifabutin.

Sebaiknya memakai metode kontrasepsi tambahan karena obat-obatan tersebut mengurangi efektivitas KPP.

- f. Pada kondisi tersebut di atas, saat tidak ada kontrasepsi lain yang lebih sesuai atau tidak dapat diterima klien, penyedia layanan akan memutuskan bila klien dapat menggunakan KPP dengan kondisi tersebut di atas. Penyedia layanan perlu mempertimbangkan seberapa berat kondisi klien dan pada kebanyakan kondisi apakah klien mempunyai akses untuk tindak lanjut.
7. Waktu pemberian KPP
- Seorang perempuan dapat memulai KPP kapan pun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat (Powell, 2017; Wood et al., 1993).

## 4.2.7 Kondom

### Kondom Laki-Laki

1. Pengertian: Merupakan selubung/sarung karet yang berbentuk silinder dengan muaranya berpinggir tebal, yang bila digulung berbentuk rata atau mempunyai bentuk seperti puting susu yang dipasang pada penis saat hubungan seksual. Terbuat dari berbagai bahan di antaranya lateks (karet), polyurethane, polyisoprene, kulit domba, dan nitrile.
2. Jenis:
  - a. Kondom berkontur (bergerigi).
  - b. Kondom beraroma.
  - c. Kondom tidak beraroma.
3. Cara kerja:
  - a. Menghalangi terjadinya pertemuan sperma dan sel telur dengan cara mengemas sperma di ujung selubung karet yang dipasang pada penis sehingga sperma tersebut tidak tumpah ke dalam saluran reproduksi perempuan.
  - b. Khusus untuk kondom yang terbuat dari lateks dan vinil dapat mencegah penularan mikroorganisme (IMS termasuk HBV dan HIV/AIDS) dari satu pasangan kepada pasangan yang lain.

4. Keuntungan:
  - a. Murah dan dapat dibeli bebas.
  - b. Tidak perlu pemeriksaan kesehatan khusus.
  - c. Proteksi ganda (selain mencegah kehamilan tetapi juga mencegah IMS termasuk HIV-AIDS).
  - d. Membantu mencegah terjadinya kanker serviks (mengurangi iritasi bahan karsinogenik eksogen pada serviks).
5. Keterbatasan:
  - a. Cara penggunaan sangat mempengaruhi keberhasilan kontrasepsi.
  - b. Agak mengganggu hubungan seksual (mengurangi sentuhan langsung).
  - c. Bisa menyebabkan kesulitan untuk mempertahankan ereksi.
  - d. Malu membelinya di tempat umum.
6. Kriteria kelayakan medis: Semua laki-laki dapat secara aman menggunakan kondom pria kecuali mereka dengan reaksi alergi berat terhadap karet lateks.
7. Waktu pemakaian: Kapan saja laki-laki atau pasangan menginginkan perlindungan terhadap kehamilan atau IMS (Butcher et al., 2020; Ermel et al., 2019; Jawad et al., 2019; Owen et al., 2020; Pienkowski & Cartault, 2018; Santibenchakul et al., 2019; Wang et al., 2019).

### **Kondom Perempuan**

1. Pengertian: Sarung atau penutup yang lembut, transparan, dan tipis sesuai dengan vagina. Mempunyai cincin lentur pada kedua ujung, satu cincin pada ujung tertutup membantu untuk memasukkan kondom, cincin pada ujung terbuka untuk mempertahankan bagian kondom tetap di luar vagina. Terbuat dari berbagai bahan, seperti lateks, polyurethane, dan nitrile, di bagian dalam dan luar kondom dilapisi dengan lubrikan berbasis silikon.
2. Cara kerja: Membuat penghalang yang mempertahankan sperma tetap berada di luar vagina, sehingga mencegah kehamilan. Juga dapat mencegah penularan infeksi di semen, penis, atau vagina ke pasangan lain.

3. Keuntungan:
  - a. Dapat memprakarsai penggunaannya.
  - b. Memiliki tekstur yang lembut dan lembap, yang terasa lebih alami dibanding kondom lateks pria saat berhubungan seksual.
  - c. Membantu melindungi dari kehamilan dan IMS, termasuk HIV.
  - d. Pada sebagian perempuan, cincin di bagian luar meningkatkan stimulasi seksual.
  - e. Dapat digunakan tanpa berkonsultasi dengan penyedia layanan kesehatan.
  - f. Dapat dimasukkan lebih dahulu sehingga tidak mengganggu hubungan seksual.
  - g. Tidak mengurangi sensasi seksual.
  - h. Tidak harus segera dilepas setelah ejakulasi.
4. Keterbatasan: Memerlukan latihan untuk cara pemakaian yang benar.
5. Kriteria kelayakan medis: Semua perempuan dapat menggunakan kondom perempuan kecuali mereka dengan reaksi alergi berat terhadap lateks semestinya tidak menggunakan kondom perempuan berbahan lateks.
6. Waktu pemakaian: Kapan saja perempuan atau pasangan menginginkan perlindungan terhadap kehamilan atau IMS (Butcher et al., 2020; Ermel et al., 2019; Maguire & Westhoff, 2011; Owen et al., 2020; Powell, 2017).

#### 4.2.8 Tubektomi

1. Pengertian: Prosedur bedah sukarela untuk menghentikan kesuburan secara permanen pada perempuan yang tidak ingin anak lagi.
2. Jenis:
  - a. Minilaparotomi dengan membuat insisi kecil pada perut. Tuba fallopi ditarik ke irisan untuk dipotong dan diikat. Jenis:
    - Minilaparotomy Suprapubik: pada masa interval.
    - Minilaparotomy Sub Umbilikus: pada pasca persalinan.
3. Laparoscopi dengan memasukkan pipa kecil panjang dengan lensa di dalamnya ke dalam perut melalui insisi kecil. Laparoskop

memungkinkan dokter untuk mencapai dan memblok atau memotong tuba falopi di dalam perut.

4. Cara kerja: Mengoklusi tuba falopi (mengikat dan memotong atau memasang cincin), sehingga sperma tidak dapat bertemu dengan ovum.
5. Keuntungan:
  - a. Sangat efektif.
  - b. Tidak mempengaruhi proses menyusui.
  - c. Tidak bergantung pada faktor senggama.
  - d. Tidak memiliki efek samping dalam jangka panjang.
  - e. Tidak perlu khawatir menjadi hamil atau khawatir mengenai kontrasepsi lagi.
  - f. Pengguna tidak perlu melakukan atau mengingat apa pun setelah prosedur dilakukan.
  - g. Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.
6. Keterbatasan:
  - a. Kesuburan tidak dapat dipulihkan kembali, kecuali dengan operasi rekanalisasi.
  - b. Rasa sakit dalam jangka pendek setelah tindakan.
  - c. Harus dilakukan oleh dokter yang terlatih (untuk laparoskopi dilakukan oleh Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi).
7. Kriteria kelayakan medis yang boleh menjalani tubektomi:
  - a. Perempuan yang sudah memiliki jumlah anak  $> 2$ .
  - b. Perempuan yang sudah memiliki jumlah anak  $\leq 2$ , usia anak terkecil minimal di atas 2 tahun.
  - c. Perempuan yang pada kehamilannya akan menimbulkan risiko kesehatan yang serius.
  - d. Perempuan yang paham dan secara sukarela setuju dengan prosedur ini.
  - e. Pasca Persalinan/pasca keguguran.

Yang sebaiknya tidak menjalani tubektomi:

- a. Perempuan dengan perdarahan pervaginam yang belum terjelaskan.
  - b. Perempuan dengan infeksi sistemis atau pelvik yang akut.
  - c. Perempuan yang kurang pasti mengenai keinginannya untuk fertilitas dimasa depan.
  - d. Perempuan yang belum memberikan persetujuan tertulis.
8. Memulai prosedur tubektomi: Seorang perempuan dapat memulai prosedur tubektomi kapan pun ia menghendaki selama yakin ia tidak hamil dan tidak ada kondisi medis yang menghambat (Foti et al., 2016).

#### 4.2.9 Vasektomi

1. Pengertian: Vasektomi adalah tindakan memotong dan mengikat vas (ductus) deferens tanpa menggunakan pisau bedah, dengan tujuan memutuskan aliran sperma dari testis sehingga terjadi *azoospermia*.
2. Cara kerja: Mengikat dan memotong setiap saluran *vas deferens* sehingga sperma tidak bercampur dengan semen. Semen dikeluarkan, tetapi tidak dapat menyebabkan kehamilan.
3. Keuntungan:
  - a. Aman dan nyaman.
  - b. Sangat efektif.
  - c. Permanen.
  - d. Laki-laki mengambil tanggung jawab untuk kontrasepsi – mengambil alih beban Perempuan.
  - e. Tidak ada perubahan dalam fungsi seksual.
4. Keterbatasan: Tidak segera efektif (WHO menyarankan kontrasepsi tambahan selama 3 bulan setelah prosedur, kurang lebih 20 kali ejakulasi).
5. Komplikasi minor seperti infeksi, perdarahan, nyeri pasca operasi. Teknik tanpa pisau merupakan pilihan mengurangi perdarahan dan nyeri dibandingkan teknik insisi. Harus dilakukan oleh dokter umum

yang terlatih untuk vasektomi atau Dokter Spesialis Bedah dan Dokter Spesialis Urologi.

6. Kriteria kelayakan medis:

Dengan konseling dan *informed consent* yang tepat, semua laki-laki dapat menjalani vasektomi secara aman, termasuk laki-laki yang:

- a. Sudah memiliki jumlah anak  $> 2$ .
- b. Sudah memiliki jumlah anak  $\leq 2$ , usia anak terkecil minimal di atas 2 tahun.
- c. Mempunyai istri usia reproduksi.
- d. Menderita penyakit sel sabit.
- e. Berisiko tinggi terinfeksi HIV atau IMS lainnya.
- f. Terinfeksi HIV, sedang dalam pengobatan antiretroviral atau tidak.

7. Memulai prosedur vasektomi: Jika tidak ada alasan medis untuk menunda, seorang laki-laki dapat menjalani prosedur vasektomi kapanpun ia menghendaki (Barone et al., 2006; Diederichs et al., 2019; Leslie et al., 2007).

#### 4.2.10 Metode Amenore Laktasi (MAL)

1. Pengertian: Metode keluarga berencana sementara yang mengandalkan pemberian ASI secara eksklusif, artinya hanya diberikan ASI tanpa tambahan makanan ataupun minuman apa pun lainnya.
2. MAL dapat dipakai sebagai kontrasepsi bila:
  - a. Ibu belum menstruasi bulanan.
  - b. Bayi disusui secara penuh (ASI Eksklusif) dan sering disusui lebih dari 8 kali sehari, siang dan malam.
  - c. Bayi berusia kurang dari 6 bulan
3. Cara kerja: Mekanisme kerja utama dengan cara mencegah pelepasan telur dari ovarium (ovulasi). Sering menyusui secara sementara mencegah pelepasan hormon alami yang dapat menyebabkan ovulasi.

4. Keuntungan:

- a. Tidak memberi beban biaya untuk keluarga berencana atau untuk makanan bayi.
- b. Efektivitasnya tinggi.
- c. Segera efektif.
- d. Tidak mengganggu hubungan seksual.
- e. Tidak ada efek samping secara sistemik.
- f. Tidak perlu pengawasan medis.
- g. Tidak perlu obat atau alat.
- h. Bayi mendapat kekebalan pasif.
- i. Sumber asupan gizi yang terbaik dan sempurna untuk tumbuh kembang bayi yang optimal.
- j. Mengurangi perdarahan pasca persalinan.
- k. Meningkatkan hubungan psikologi ibu dan bayi.

5. Keterbatasan:

- a. Perlu persiapan sejak perawatan kehamilan agar segera menyusui dalam 30 menit pasca persalinan.
- b. Mungkin sulit dilaksanakan karena kondisi sosial.
- c. Efektif hanya sampai dengan 6 bulan.

6. Kriteria kelayakan medis

Semua perempuan menyusui dapat secara aman menggunakan MAL, tetapi perempuan dengan kondisi berikut mungkin ingin mempertimbangkan metode kontrasepsi lain:

- a. Terinfeksi HIV.
- b. Menggunakan obat-obat tertentu selama menyusui (termasuk obat yang mengubah suasana hati, reserpine, ergotamin, anti-metabolite, siklosporin, kortikosteroid dosis tinggi, bromokriptin, obat-obat radioaktif, lithium, dan antikoagulan tertentu).
- c. Bayi baru lahir memiliki kondisi yang membuatnya sulit untuk menyusu (termasuk kecil masa kehamilan atau prematur dan membutuhkan perawatan neonatal intensif, tidak mampu

mencerna makanan secara normal, atau memiliki deformitas pada mulut, rahang, atau palatum).

#### 7. Memulai menggunakan MAL

Klien dapat mulai menggunakan MAL kapan saja jika memenuhi kriteria:

- a. Belum menstruasi.
- b. Tidak memberikan bayi makanan lain selain ASI.
- c. Tidak membiarkan periode panjang tanpa menyusui, baik siang atau malam.
- d. Bayi berusia kurang dari 6 bulan (FAM Project Lactational Amenorrhea Method A Reference Manual for Service Providers, n.d.; Van der Wijden & Manion, 2015; Vekemans, 1997).

### 4.2.11 Metode Sadar Masa Subur

1. Pengertian: Seorang perempuan mengetahui kapan periode masa suburnya dari waktu mulai dan berakhirnya siklus menstruasi. Pasangan secara suka rela menghindari sanggama pada masa subur perempuan.
2. Jenis metode Sadar Masa Subur:
  - a. Metode berbasis kalender: meliputi mencatat hari dari siklus menstruasi untuk mengidentifikasi kapan mulai dan berakhirnya masa subur. Contoh: Standard Day Methods, yang menghindari hubungan seksual pada hari ke 8 sampai 19 siklus menstruasinya dan Metode Ritme Kalender.
  - b. Metode berbasis gejala: bergantung dari pengamatan tanda kesuburan.
    - Sekresi serviks  
Ketika seorang perempuan mengamati atau merasakan sekresi serviks, kemungkinan klien subur. Klien mungkin hanya merasa vaginanya sedikit basah.
    - Suhu tubuh basal  
Suhu tubuh istirahat seorang perempuan sedikit meningkat setelah melepaskan sel telur (ovulasi). Ia cenderung tidak akan

hamil dari 3 hari sejak peningkatan suhu tubuh ini sampai mulainya menstruasi bulan berikutnya. Suhu klien tetap dalam kondisi tinggi hingga permulaan menstruasi bulan berikutnya. Contoh: Two Days Methods, Metode Suhu Tubuh Basal, Metode Ovulasi (Metode Billings atau Metode Lendir Serviks), dan Metode Symptothermal.

3. Cara kerja: Menghindari hubungan seksual pada masa subur.
4. Keuntungan:
  - a. Tanpa biaya.
  - b. Tidak ada risiko kesehatan yang berhubungan dengan kontrasepsi.
  - c. Tidak ada efek samping sistemis.
  - d. Meningkatkan keterlibatan suami dalam KB.
5. Keterbatasan:
  - a. Keefektifan tergantung dari kemauan dan disiplin pasangan.
  - b. Perlu ada pelatihan (butuh pelatih, bukan tenaga medis).
  - c. Perlu pencatatan setiap hari.
  - d. Perlu pantang selama masa subur.
  - e. Infeksi vagina membuat lendir serviks sulit dinilai.
6. Kriteria kelayakan medis untuk Metode Berbasis Kalender  
Semua perempuan dapat menggunakan metode berbasis kalender. Tidak ada kondisi medis yang menghalangi penggunaan metode ini, namun beberapa kondisi dapat membuat metode ini lebih sulit untuk digunakan secara efektif. Pada situasi berikut tunda dalam memulai penggunaan metode berbasis kalender:
  - a. Baru saja melahirkan atau sedang menyusui (tunda hingga klien mendapat minimal 3 siklus menstruasi dan siklusnya teratur lagi. Untuk Beberapa bulan setelah siklus yang teratur kembali, gunakan dengan perhatian).
  - b. Baru saja mengalami keguguran (tunda hingga permulaan menstruasi bulan berikutnya).
  - c. Perdarahan vagina yang tidak teratur (tunda hingga siklusnya menjadi lebih teratur).

Pada situasi berikut tunda atau gunakan dengan hati-hati metode berbasis kalender: Menggunakan obat yang membuat siklus menstruasi menjadi tidak teratur (contohnya, antidepresan tertentu, medikasi tiroid, penggunaan antibiotik tertentu dalam jangka panjang, atau penggunaan obat anti inflamasi non steroid (NSAIDs) dalam jangka panjang seperti aspirin atau ibuprofen).

7. Kriteria Kelayakan Medis untuk Metode Berbasis Gejala:

Semua perempuan dapat menggunakan metode berbasis gejala. Tidak ada kondisi medis yang menghalangi penggunaan metode ini, namun beberapa kondisi dapat membuat metode ini lebih sulit untuk digunakan secara efektif. Pada situasi berikut gunakan hati-hati dengan metode berbasis gejala:

- a. Baru saja mengalami aborsi atau keguguran
- b. Siklus menstruasi baru saja dimulai atau menjadi kurang teratur atau berhenti karena usia yang lebih tua (ketidakteraturan siklus menstruasi umum terjadi pada perempuan muda di beberapa tahun pertama setelah menstruasi pertamanya dan pada perempuan yang lebih tua yang mendekati menopause. Mengidentifikasi masa subur mungkin sulit).
- c. Kondisi kronis yang meningkatkan suhu tubuh klien (untuk metode suhu tubuh basal dan simptotermal).

Pada situasi berikut tunda dalam memulai penggunaan metode berbasis gejala:

- a. Baru saja melahirkan atau sedang menyusui (tunda hingga sekresi normal kembali biasanya minimal 6 bulan setelah melahirkan untuk perempuan menyusui dan minimal 4 minggu setelah melahirkan untuk perempuan yang tidak menyusui. Untuk beberapa bulan setelah siklus kembali teratur, gunakan hati-hati)
- b. Kondisi akut yang meningkatkan suhu tubuh (untuk metode suhu tubuh basal dan simptotermal)

c. Menstruasi yang tidak teratur

Pada situasi berikut Tunda atau gunakan dengan Hati-hati metode berbasis gejala:

- a. Menggunakan obat apa pun yang mengubah sekresi serviks, contohnya antihistamin, atau obat yang meningkatkan suhu tubuh, contohnya antibiotik.
- b. Memulai menggunakan Metode Berbasis Kalender
- c. Sekali dilatih, seorang perempuan atau pasangan biasanya dapat mulai menggunakan metode berbasis kalender kapan saja. Bagi klien yang tidak dapat memulai dengan segera, berikan metode lain untuk digunakan hingga mereka dapat memulai (Malarcher et al., 2016).

#### 4.2.12 Sanggama Terputus

1. Pengertian: Metode KB tradisional, di mana laki-laki mengeluarkan alat kelamin (penis) nya dari vagina sebelum mencapai ejakulasi, Disebut juga sebagai koitus interuptus dan “menarik keluar.”
2. Cara kerja: Penis dikeluarkan sebelum ejakulasi sehingga sperma tidak masuk ke dalam vagina akibatnya tidak ada pertemuan antara sperma dan ovum dan kehamilan dapat dicegah
3. Keuntungan:
  - a. Efektif bila dilaksanakan dengan benar.
  - b. Dapat digunakan setiap waktu.
  - c. Tidak memerlukan biaya.
  - d. Tidak ada efek samping.
  - e. Dapat digunakan sebagai pendukung metode KB lainnya.
  - f. Meningkatkan keterlibatan suami dalam KB.
4. Keterbatasan:
  - a. Efektivitas sangat bergantung pada kesediaan pasangan untuk melakukan sanggama terputus setiap melaksanakannya.
  - b. Memutus kenikmatan dalam berhubungan seksual.

5. Kriteria kelayakan medis: Semua laki-laki boleh melakukan metode sanggama terputus. Tidak ada kondisi medis yang menghalangi penggunaan metode ini.
6. Sanggama terputus boleh untuk:
  - a. Tidak mempunyai metode lain.
  - b. Jarang berhubungan seksual.
  - c. Keberatan menggunakan metode lain.
  - d. Pasangan yang memerlukan kontrasepsi dengan segera.
  - e. Pasangan yang memerlukan metode sementara sambil menunggu metode yang lain.
7. Sanggama terputus tidak boleh untuk:
  - a. Laki-laki dengan pengalaman ejakulasi dini.
  - b. Laki-laki yang sulit melakukan sanggama terputus (Britton et al., 2020; Geleto et al., 2023).



# **Bab 5**

## **Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS**

### **5.1 Pendahuluan**

Kurangnya pengetahuan dan informasi mengenai seksualitas dan kesehatan reproduksi (seksiologi) ditambah dengan derasnya arus konten media massa yang belum tentu benar, membuat fenomena Penyakit Menular Seksual (PMS) dan HIV/AIDS menjadi ancaman serius di masyarakat. Kedua penyakit ini bagaikan bom waktu yang siap meledak kapan saja jika tidak ditangani dengan bijak. PMS dan HIV/AIDS merupakan isu kesehatan masyarakat yang urgen untuk terus dibahas dan diselesaikan. Jika tidak mendapatkan penanganan medis yang tepat dan cepat, penderita PMS dan HIV/AIDS berisiko mengalami komplikasi yang lebih parah seperti kemandulan, kanker, hingga kematian.

Oleh karena itu, sangat penting bagi masyarakat untuk meningkatkan literasi dan akses informasi kesehatan seksual dan reproduksi yang benar melalui pendidikan seks yang komprehensif. Selain itu, pemerintah perlu gencar melakukan deteksi dini, pengobatan, dan pencegahan penyebaran PMS dan HIV/AIDS untuk meminimalisir dampak buruk yang ditimbulkan. Kesadaran dan upaya bersama dari semua pihak diperlukan untuk mengatasi permasalahan ini.

## 5.2 Penyakit Menular Seksual

### Gonore

1. Definisi: Gonorrhoea adalah penyakit menular seksual yang paling sering terjadi. Penyebabnya adalah bakteri *Neisseria Gonorrhoeae*. Masa inkubasi berkisar antara 3-5 hari setelah infeksi (Putri, 2015).
2. Cara penularannya: Penularannya melalui kontak seksual dengan penderita yang sudah terinfeksi bakteri *Neisseria Gonorrhoeae* (Putri, 2015).
3. Tanda dan gejala  
Pada pria gejala umumnya adalah rasa gatal dan panas pada ujung kemaluan, rasa sakit saat kencing dan banyak kencing, diikuti pengeluaran nanah di ujung kemaluan dan dapat bercampur darah. Pada wanita, dengan perbedaan anatomi alat kelamin luar terkena infeksi pertama adalah mulut rahim. Gejala klinis yang menonjol yaitu rasa nyeri di daerah punggung, mengeluarkan keputihan encer seperti nanah (Putri, 2015).
4. Faktor risiko  
Faktor risiko terjadinya gonore:
  - a. Berganti-ganti pasangan seksual
  - b. Bayi dengan ibu menderita gonore
  - c. Wanita usia pra pubertas dan menopause
  - d. Homoseksual dan PSK (Pekerja Seks Komersial)
  - e. Hubungan seksual dengan penderita gonore tanpa menggunakan proteksi. (Triastuti, 2017).
5. Pemeriksaan  
Diagnosis gonore dapat ditegakkan melalui:
  - a. Anamnesis.
  - b. Pemeriksaan Fisik.
  - c. Pemeriksaan Laboratorium.

Diagnostik laboratorium yang digunakan antara lain:

- a. Kultur.
- b. Mikroskopis (Pengecatan gram).
- c. Pemeriksaan definitif (Tes Oksidase dan Tes Fermentasi). (Firdiana, 2016).

### **Sifilis**

1. Definisi: Sifilis merupakan infeksi sistemik yang disebabkan oleh *spirochaete*, *Treponema pallidum* dan merupakan salah satu bentuk infeksi menular seksual (Kemenkes, 2013). Sifilis bersifat kronis yang sejak awal merupakan infeksi sistemik, dalam perjalanan penyakitnya dapat mengenai hampir seluruh struktur tubuh, dapat ditularkan kepada janin dalam kandungan dan dapat disembuhkan (Djuanda, 2017).
2. Cara penularan: Sifilis dapat terjadi akibat masuknya bakteri penyebab yaitu *Treponema pallidum* ke dalam tubuh. melalui kontak langsung dengan luka sifilis (rusaknya barrier endothelial) selama hubungan seks vaginal, anal atau oral (Lithgow et al., 2020).
3. Tanda dan Gejala
  - a. Primer  
Tahap primer merupakan tahapan awal gejala sifilis berupa lesi atau luka pada organ reproduksi. Awalnya, luka yang muncul akan terlihat seperti bekas gigitan serangga dan tidak menimbulkan rasa sakit. Mungkin juga muncul benjolan pada area selangkangan akibat pembengkakan kelenjar getah bening. Gejala awal umumnya muncul antara 10 hingga 90 hari setelah terpapar bakteri penyebab sifilis. Gejala penyakit mungkin akan menghilang dalam 3–6 minggu, tetapi bukan berarti sembuh. Jika pengobatan tidak dilakukan hingga tuntas, kondisi ini justru bisa berkembang ke tahap selanjutnya, yaitu sifilis sekunder (Putri et al., 2014).
  - b. Sekunder  
Pada tahap sekunder, muncul ruam merah kecil, biasanya pada telapak kaki dan telapak tangan. Selain ruam, biasanya ada gejala

lain yang juga akan menyertai, seperti demam, nafsu makan menurun, radang tenggorokan, dan munculnya kutil kelamin. Gejala penyakit ini mungkin akan hilang tanpa pengobatan. Namun, gejala bisa muncul berulang dan bila tidak ditangani bisa berkembang ke tahap sifilis laten atau tersier (Putri et al., 2014).

c. Laten

Pada tahap ini, luka akibat infeksi bisa hilang dan tidak meninggalkan bekas. Padahal, kondisi itu malah menjadi tanda bahwa sifilis sudah memasuki tahap yang lebih lanjut, yaitu sifilis laten. Sifilis seolah sembuh dan tidak ada gejala, tetapi infeksi bakteri tetap ada di dalam tubuh dan bisa ditularkan. Jika tidak diobati, kondisi bisa semakin berbahaya (Putri et al., 2014).

d. Tersier

Setelah memasuki tahap ini, sifilis sangat mungkin memberi dampak yang berbahaya bagi organ tubuh lain. Semakin lama, komplikasi sifilis mulai muncul, seperti kelumpuhan, kebutaan, demensia, hingga masalah pendengaran bahkan kematian (Putri et al., 2014).

4. Faktor risiko

Beberapa faktor risiko yang berhubungan dengan peningkatan kejadian sifilis antara lain:

a. Usia

Prevalensi yang tinggi pada orang dewasa dikarenakan memiliki aktivitas seksual yang lebih aktif, keterbatasan dalam memahami mengenai kebiasaan seks yang sehat, serta penyangkalan terhadap pengobatan medis (Wu et al., 2019).

b. Jenis Kelamin

Jenis kelamin menggambarkan dorongan seksual, fisik dan emosi lebih dominan pada laki-laki dibandingkan perempuan. Perempuan memiliki sistem reproduksi yang rapuh dan mudah mengalami trauma fisik dan psikologi sehingga membatasi aktivitas seksual (Ruangtragool et al., 2022; Tuntun, 2018; Yuindartanto et al., 2022).

c. Jenis Pekerjaan

Jenis pekerjaan dapat meningkatkan mobilitas dan interaksi yang berisiko memunculkan hubungan seksual yang mengarah pada perilaku seksual yang tidak sehat sehingga memudahkan transmisi infeksi menular seksual. Pekerjaan yang berisiko seperti pekerja di bar, karaoke dan tempat refleksi (Nabukenya et al., 2020).

d. Tingkat Pendidikan

Kebudayaan dan keadaan keamanan suatu daerah dapat memengaruhi masyarakat dalam mengakses pendidikan baik formal maupun nonformal. Tingkat pendidikan dapat menggambarkan keingintahuan dan kemampuan masyarakat dalam memahami sebuah informasi mengenai penyakit menular seksual (Alsan et al., 2019).

e. Status Pernikahan

Status pernikahan merupakan faktor langsung dan tidak langsung terhadap kejadian sifilis dengan koinfeksi HIV. Kestabilan keluarga, komunikasi dengan pasangan dan status pernikahan merupakan penilaian karakteristik sebuah keluarga. (Galinari & Demarchi, 2021).

f. Jumlah Pasangan

Jumlah pasangan dapat menggambarkan peningkatan risiko tertularnya infeksi menular seksual. Selain itu pada laki-laki jumlah pasangan dapat menggambarkan status sosial (Banong-le et al., 2019; Patanduk et al., 2023).

g. Orientasi Seksual

Pada pasangan heteroseksual ataupun homoseksual yang memiliki riwayat berhubungan seksual yang tidak aman dapat meningkatkan risiko penularan sifilis dan HIV. Kelompok homoseksual diduga memiliki risiko terkena penyakit menular seksual dikarenakan faktor suka berganti pasangan yang dipengaruhi oleh pergaulan, hasrat seksual yang tinggi dan paparan media sosial. (Saxton, McAllister, dan Thirkell, 2022; Selvina et al., 2019; Yuindartanto et al., 2022).

h. Riwayat IMS sebelumnya

Riwayat IMS sebelumnya dapat menggambarkan dipengaruhi faktor lain yang saling memengaruhi seperti tingkat pendidikan, akses ke pelayanan kesehatan dan sosioekonomi. Faktor-faktor ini saling berhubungan untuk memberikan informasi mengenai kegiatan seksual yang aman dan penyakit menular seksual. Selain itu, penanganan penyakit menular seksual sebelumnya yang tidak tuntas dapat mengakibatkan risiko penularan ke pasangan lebih besar (Costa de Macêdo et al., 2017; Patanduk et al., 2023).

i. Obat-obat Terlarang

Penggunaan obat-obatan terlarang pada penderita sifilis dapat dipengaruhi oleh karakteristik pasangan dan penanganan adekuat terhadap pasangan. Pengguna obat-obatan terlarang di usia kurang dari 18 tahun dapat meningkatkan risiko sifilis. Penggunaan obat-obatan terlarang dapat menularkan infeksi menular seksual baik dari penggunaan jarum suntik bersama ataupun perilaku seksual yang tidak terkontrol dan tidak aman (Costa de Macêdo et al., 2017; Su et al., 2018).

5. Pemeriksaan

Diagnosis sifilis dapat ditegakkan melalui:

- a. Anamnesis.
- b. Pemeriksaan Fisik.
- c. Pemeriksaan Laboratorium.

Diagnostik laboratorium yang digunakan antara lain:

- a. Deteksi T. Pallidum.
- b. Metode Definitif (Mikroskopis medan gelap dan Uji antibodi fluoresensi langsung).
- c. Uji Serologi (RPR / VDRL, TPHA, Uji Treponemal dan Uji Nontreponemal) (Ayu, 2014).

### **Tricomoniasis**

1. Definisi: *Trichomonas vaginalis* merupakan parasit golongan protozoa yang dapat menyebabkan trikomoniasis, suatu penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual. Masa inkubasi antara 3-28 hari (Putri, 2015).
2. Cara penularannya: Trikomoniasis digolongkan dalam penyakit hubungan seksual karena sebagian besar penularannya melalui hubungan seksual (Putri, 2015).
3. Tanda dan gejala  
Keputihan merupakan gejala awal terjadi *vaginitis*. Keputihan karena *trikomoniasis* dapat dibedakan dengan penyebab lain seperti jamur dan bakteri. *Trikomoniasis* pada wanita, dalam keadaan infeksi akut terdapat gejala lendir vagina banyak dan berbusa, bentuk putih bercampur nanah, terdapat perubahan warna (kuning, hijau), dan berbau khas (Putri, 2015).
4. Pemeriksaan  
Diagnosis *Trichomonas* dapat ditegakkan melalui:
  - a. Anamnesis.
  - b. Pemeriksaan Fisik.
  - c. Pemeriksaan Laboratorium.

Dari hasil pemeriksaan pada sampel sekret vagina (fluor albus) pada wanita dan sekret uretra pada pria, secara mikroskopis apabila ditemukan parasit *Trichomonas vaginalis* maka diagnosa laboratorium dapat ditegakkan. (Putri, 2015).

### **Bacterial Vaginosis**

1. Definisi: *Bacterial vaginosis* (BV) adalah penyakit pada vagina yang ditandai dengan adanya bakteri anaerob dalam konsentrasi tinggi di flora vagina, disertai sangat menurunnya konsentrasi *Lactobacillus sp.*, meningkatnya duh vagina tipis, berwarna abu-abu, dan bau amis. (Dorland, 2015).

## 2. Cara penularannya

Etiologi pasti dari penyakit BV masih belum jelas. Menurut Hay, tidak ada mikroorganisme tunggal yang menyebabkan BV. Bacterial vaginosis (BV) dapat disebabkan oleh bakteri Gram negatif seperti *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella spp.*, *Bacteroides spp.*, *Mobiluncus spp* (Amal, 2020).

## 3. Tanda dan gejala

Sebanyak lima puluh persen penderita tidak merasakan gejala (asintomatik), tetapi wanita dengan BV melaporkan keluhan seperti keputihan, bau, dan biasanya tanpa disertai gatal atau iritasi. Bau akan semakin meningkat setelah berhubungan seksual. Pada pemeriksaan fisik vagina ditemukan cairan homogen yang seperti susu dan berbau amis. Pasien terkadang juga melaporkan bahwa dirinya memiliki riwayat BV dalam 3 bulan hingga 1 tahun sebelumnya. Hal ini dikarenakan tingkat ke kambuhan (rekurensi) setelah terapi BV sebesar 50%. (Bradshaw & Sobel, 2016).

## 4. Pemeriksaan diagnostik

Dalam mendiagnosis BV ini, dapat didasarkan dari keluhan yang dialami pasien serta pemeriksaan laboratorium secara mikrobiologis. Diagnosis klinis menggunakan kriteria Amsel sedangkan diagnosis mikrobiologis menggunakan kriteria Nugent (Kumar, 2011).

### a. Kriteria Amsel

Diagnosis BV dapat ditegakkan apabila terdapat tiga dari empat kriteria Amsel saat pemeriksaan. Empat kriteria Amsel tersebut adalah:

- Sekret vagina yang khas  
Cairan ini homogen seperti susu dengan warna abu-abu kekuningan dengan jumlah lebih banyak daripada normal dan sensitivitas serta spesifisitas kriteria ini dalam diagnosis BV 59% dan 91%. (CDC, 2015).

- pH vagina >4,5  
Dalam mengukur pH vagina sangatlah mudah yaitu dengan menggunakan kertas indikator pH. Sensitivitas dari tes ini tinggi yaitu 100% dengan spesifisitas 50-70%. (CDC, 2015).
- Whiff test  
Uji ini dengan meneteskan KOH 10% pada spesimen sekret vagina dan positif apabila terdapat bau cairan yang khas yaitu bau amis ikan. Sensitivitas dari tes ini 80,7% dan spesifisitasnya 94,3%. (CDC, 2015).
- Adanya “clue cell” saat dilihat di mikroskop (CDC, 2015).

b. Kriteria Nugent

Kriteria Nugent dinilai dengan adanya bakteri *Lactobacillus spp.*, *Mobiluncus spp.*, dan *Gardnerella vaginalis*. Setiap bakteri dihitung di bawah mikroskop dengan perbesaran 1000x. Untuk *Gardnerella vaginalis*, saat pemeriksaan dinilai diberi nilai +1 apabila terdapat <1 bakteri per lapang pandang, +2 apabila terdapat 1-5 per lapang pandang, +3 apabila terdapat 6-30 per lapang pandang, dan +4 apabila terdapat >30 per lapang pandang, sedangkan untuk *Lactobacillus spp.*, kebalikan dari *Gardnerella vaginalis*. Untuk *Mobiluncus spp.*, Diberi nilai 1 apabila terdapat 1-5 bakteri dan nilai 2 apabila >5 bakteri. (CDC, 2015).

Morfologi batang Gram positif besar dianggap sebagai *Lactobacillus spp.*, batang Gram negatif kecil dianggap sebagai *Gardnerella vaginalis* dan *Bacteroides spp.*, sedangkan batang Gram negatif melengkung dianggap sebagai *Mobinculus spp.* Selanjutnya skor ini ditambahkan. Kriteria diagnosis untuk BV adalah skor 0-3 dianggap normal, skor 4-6 dianggap sedang, dan skor 7 atau lebih didiagnosis BV. Keuntungan dari kriteria diagnosis ini adalah kriteria ini mengategorikan adanya flora normal termasuk dalam keadaan normal sedangkan adanya bakteri campuran sebagai BV (CDC, 2015).

## 5.3 HIV AIDS

### Definisi

HIV adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia (Nurjanah, 2019). Organisasi kesehatan dunia *World Health Organization* (WHO) merekomendasikan pedoman penegakan diagnosa HIV/AIDS dengan pemeriksaan hitung jumlah CD4+, di mana dinyatakan positif HIV ketika hasil hitung sel CD4+ turun menjadi  $< 350 / \mu\text{L}$  (Ceulemans, 2019).

*Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) merupakan serangkaian lanjutan dari serangan virus HIV yang telah menahun dan terus menerus menghancurkan sistem kekebalan tubuh penderitanya (Klatt, 2018). Serangkaian gejala kesehatan yang kompleks muncul (Pattel, 2017) hingga penderita sangat mudah terserang berbagai penyakit progresif yang bersifat oportunistik, bahkan keganasan yang berujung pada kematian (Kuswiyanto, 2016).

### Siklus Hidup HIV

Menurut Hidayati (2019), siklus hidup HIV dapat dibagi menjadi 8 fase, meliputi:

1. Binding and fusion

Infeksi HIV diawali dengan masuknya virus HIV melalui cairan tubuh baik darah, semen, ataupun cairan lainnya. Yang kemudian terjadilah *binding and fusion* menempelkan *glikoprotein* (gp120) dengan target utamanya yaitu CD4+. Virus kemudian dapat berikatan dengan dua reseptor spesifik, yaitu reseptor CD4+ dan *koreseptor kemokin* yang terdiri dari CCR5 dan CXCR4. CCR5 dapat dijumpai pada infeksi tahap akut, sedangkan CXCR4 kerap kali ditemukan pada saat infeksi sudah pada tahap lanjutan atau *oportunistik*. Dengan adanya CCR5 dan CXCR4 ikatan virus HIV menjadi semakin kuat, sehingga fusi pada tahap lanjutan dapat terjadi.

2. Entry and Uncoating

Fusi adalah suatu reaksi yang memungkinkan inti virus HIV dapat memasuki (Entry) sel CD4+ dengan bantuan *glikoprotein* (gp 41). Begitu inti virus masuk ke dalam sitoplasma CD4+ virus akan

melepaskan RNANYa dengan bantuan enzim *reverse transcriptase*, *integrase* serta *protease* untuk melapisi (Uncoating) dan mengelilingi RNA inang, atau yang disebut *nukleokapsid* mengalami peluruhan.

### 3. Reverse Transcription

Reverse Transcription merupakan tahapan di mana RNA virus harus diubah menjadi DNA terlebih dahulu sebelum bergabung dengan inti CD4+. Perubahan materi genetik HIV dari RNA menjadi DNA ini dibantu oleh enzim *Enzim reverse transcriptase* (enzim HIV) sehingga RNA HIV untai tunggal mampu bereplikasi menjadi DNA HIV untai ganda.

### 4. Integrasi dengan DNA kromosom inang

DNA HIV yang sudah bereplikasi menjadi DNA untai ganda disebut *provirus*. *Provirus* disembunyikan di dalam DNA sel inang selama beberapa tahun sehingga disebut fase laten. Fase laten merupakan kondisi di mana *provirus* sedikit sekali melakukan transkripsi dan translasi sehingga jumlah virion virus HIV tidak bertambah, namun sebenarnya virus ini masih aktif tetapi tertidur dan bersembunyi di dalam DNA sel inang.

### 5. Transkripsi dan Sintesis DNA virus

Provirus yang laten harus diaktifkan dengan bantuan sel host antigen seperti *sitokinin*, *bradikinin*, *leukotrien* dan faktor lain untuk merangsang *nuclear factor κB* (NF-κB) dapat berikatan dengan long terminal repeats (5'LTR). Setelah sel inang menerima sinyal dari NF-κB dan 5'LTR, provirus menjadi aktif kembali dan mampu membuat salinan materi genomik HIV, serta mampu mentranskripsi untaian RNA menjadi lebih pendek yang disebut *messenger RNA* (mRNA). mRNA digunakan sebagai acuan cetakan untuk memproduksi salinan virus HIV berikutnya.

### 6. Translasi dan produksi protein virus

Salinan virus HIV yang baru saja dicetak oleh *mRNA* akan mengalami translasi dengan bantuan Enzim *polimerase*. Proses translasi ini mampu memproduksi senyawa polipeptida yang akan menjadi susunan protein di dalam inti virus baru. Kemudian terjadilah perakitan

komponen – komponen virus sampai terbentuk virion virus HIV yang lengkap dengan *glikoprotein* (gp120, Gp41, Gg) dan enzimnya.

7. Pengemasan virus dan budding dari sel inang

Virion virus HIV yang telah terbentuk lengkap dengan komponen susunan protein dan enzimnya akan dikemas menjadi suatu bentuk tonjolan yang khas (budding) menyerupai CD4+, Selanjutnya virus yang mirip dengan CD4+ ini berkembang secara progresif dan tidak terkontrol hingga dapat menyerang CD4+ yang asli dan menyebabkan fungsi imunoregulasi dalam tubuh menjadi rusak.

8. Maturasi

Virus HIV yang prematur (tidak matang) tidak mampu menularkan infeksi HIV ke orang lain, oleh karenanya proses Maturasi mesti dilakukan supaya virus menjadi matur (matang) Sehingga virus menjadi infeksius dan dapat menularkan HIV ke orang lain.

### Penyebab

Menurut Kemenkes RI (2014) Penyakit AIDS disebabkan oleh *Human Immunodeficiency Virus* HIV yang menginfeksi sistem kekebalan tubuh manusia dan bekerja dengan cara merusak sel darah putih sehingga terjadinya penurunan fungsi pada sistem kekebalan tubuh seseorang. Menurut Rezeki & Sasanti (2017) di dalam tubuh, virus HIV memiliki kecenderungan untuk berikatan dengan sel CD4, di mana sel ini berpengaruh besar terhadap sistem kekebalan tubuh.

Virus HIV melancarkan aksinya dengan cara menyusutkan jumlah sel darah putih (limfosit T-helper) yang memiliki reseptor *Cluster of Differential 4* (CD4+) dan *ko-reseptor Chemokine receptor 5* (CCR5) maupun *Chemokine receptor type 4* (CXCR4) (Alberthina, 2014) Reseptor CD4+ adalah komponen terluar dari sel darah putih (limfosit T-helper) yang sangat ideal untuk ditancapi komponen permukaan virus (gp120). Seseorang yang terbukti seropositif HIV/AIDS akan menunjukkan hasil diagnostik tes hitung CD4+ yang menurun, hal ini merupakan salah satu tanda bahwa sistem kekebalan tubuh penderita HIV semakin rusak (Marta, 2019)

### **Fase Klinis HIV/AIDS**

Menurut Hidayati (2019), HIV memiliki 3 fase klinis, yaitu infeksi akut, laten, dan kronis yang meliputi:

#### **1. Infeksi Akut**

Infeksi akut merupakan tahap awal setelah penderita terpapar oleh virus HIV, fase awal ini dapat berlangsung  $\pm 2 - 6$  minggu dengan munculnya gejala sebagai respons alami dari tubuh penderita seperti tidak enak badan dan flu yang berkepanjangan. Selama 6 minggu lamanya virus HIV akan terus melancarkan aksinya dengan memproduksi berjuta - juta virion virus baru untuk menghancurkan sistem imun tubuh sehingga penderita bisa mengalami gejala tambahan seperti demam, nyeri otot dan sendi, serta diare.

#### **2. Infeksi Laten**

Fase infeksi laten merupakan tahapan lanjutan setelah infeksi akut terlalui. Infeksi laten biasanya timbul tanpa adanya gejala yang jelas (asintomatik), hal ini dikarenakan virus HIV sedang tertidur dan bersembunyi di dalam DNA sel inang sehingga tidak melakukan transkripsi dan translasi selama beberapa tahun  $\pm 8 - 10$  tahun. Tanda dan gejala yang biasanya ditimbulkan penderita selama fase laten ini seperti timbulnya sariawan di seluruh mulut oleh jamur candida albicans, sarkoma kaposi's, herpes, bahkan pneumonia dan TBC.

#### **3. Infeksi Kronis**

Pada fase infeksi kronis virus yang tadinya bersembunyi mampu menampakkan proses pembelahannya dan berkembang yang sangat signifikan hingga sistem kekebalan tubuh penderita tidak mampu melawan perkembangan virion virus yang begitu banyak. Dalam hal ini sel T CD4+ semakin tertekan, dan jumlahnya bisa menurun sampai di bawah  $200 \text{ sel/mm}^3$ . Menurunnya jumlah hitung CD4+ mengakibatkan Penderita sangat mudah terserang berbagai penyakit yang bersifat oportunistik, dan akhirnya penderita jatuh pada kondisi AIDS. Pada kondisi ini penderita menunjukkan gejala seperti BB turun  $> 10\%$  yang berlangsung lebih dari 1 bulan, demam yang lama, diare berlangsung lebih dari 1 bulan, TB paru, pembengkakan kelenjar getah

bening, anemia, infeksi jamur, dan lain - lain. Biasanya tahap AIDS ditunjukkan setelah penderita terpapar virus HIV  $\geq$  10 tahun.

### **Stadium HIV/AIDS**

Organisasi kesehatan dunia *The World Health Organization* (WHO) mengelompokan HIV/AIDS pada orang dewasa menjadi 4 stadium, yaitu stadium I,II,III, dan IV (Nursalam, 2018). Pembagian stadium HIV ini digunakan sebagai pedoman pemberian terapi obat antiretroviral (ARV), di mana obat ARV ini dapat berfungsi sebagai penghambat proses replikasi virus hingga bisa menekan perkembangan virus sampai ke tingkat yang tidak terdeteksi (Nasronudin, 2014).

Pembagian stadium HIV menurut (Nursalam, 2018), yaitu sebagai berikut:

1. Stadium I: Stadium awal dimulai dari masuknya virus HIV ke dalam cairan tubuh. Rentang waktu masuknya virus HIV sampai tes antibodi dinyatakan HIV positif disebut “periode jendela”. Lamanya window periode ini antara 3-6 bulan.
2. Stadium II: Stadium ke-2 merupakan tahap asimtomatis yaitu periode tanpa gejala pada penderita HIV. Keadaan ini berlangsung antara 5-10 tahun. Cairan tubuh HIV sudah dapat menularkan HIV kepada orang lain.
3. Stadium III: Stadium ke-3 adalah periode dengan gejala seperti Pembesaran kelenjar limfa tidak hanya pada satu tempat, penurunan BB  $\geq$ 10 %, demam berkepanjangan & diare > 1 bulan, Anemia > 1 bulan, TB paru, oral thrush, dan lain – lain.
4. Stadium IV: Stadium IV adalah stadium AIDS, biasanya penderita disertai berbagai macam penyakit oportunistik hingga dapat berujung pada kematian.

### **Penularan**

Penularan terjadi akibat hubungan seksual dan juga *parenteral* (yakni dengan melalui transfusi darah, penyalahgunaan narkoba suntik), penularan ibu kepada anak saat proses melahirkan dan pemberian ASI. Hubungan seksual tanpa pelindung di mana salah satu individu yang berhubungan seksual tersebut telah terinfeksi HIV, perilaku heteroseksual, LSL, pekerja seks dan pasangannya,

penggunaan tato, perinatal dapat menjadi faktor risiko tertular infeksi HIV. (Astindari & Lumintang, 2014).

Virus HIV berada di dalam sebagian cairan tubuh orang yang telah terinfeksi yakni di dalam darah, air mani, cairan vagina, dan air susu ibu (ASI). Virus HIV dapat menular melalui hubungan seks tanpa pengaman/ kondom di mana air mani dan cairan vagina masuk dari orang yang telah terinfeksi ke tubuh orang yang belum terinfeksi. (Murni, 2016).

### **Pencegahan**

Dalam upaya menekan penularan HIV/AIDS, Kementerian Kesehatan Indonesia melakukan pencegahan melalui pendekatan yang disebut ABCDEF (Kemenkes RI, 2017) yaitu:

1. A atau Abstinence: Merupakan pencegahan dengan tidak melakukan hubungan seksual sampai halal dalam ikatan pernikahan serta siap secara mental dan fisik.
2. B atau Be faithful: Yaitu setia hanya pada satu pasangan sahnyanya saja.
3. C atau Condom use: Pada pasangan seksual aktif dianjurkan menggunakan pengaman seperti kondom untuk mengurangi risiko seksual.
4. D atau Don't share needle & drugs: Tidak menggunakan NAPZA suntik secara bergantian dan menjauhi narkoba
5. E atau Education: Yaitu mencari informasi yang benar mengenai HIV/AIDS sebanyak mungkin melalui pelayanan kesehatan dan orang terpercaya.
6. F atau Fun: Melakukan pencegahan penularan HIV/AIDS dengan menyenangkan tanpa tekanan dan mengikuti kegiatan yang positif dan kreatif di komunitas yang tersedia di masyarakat.

Mencegah penyakit HIV/AIDS dapat dilakukan sejak remaja yaitu dengan menguasai pengetahuan tentang pencegahan HIV/AIDS yang dapat dicari sumbernya melalui media elektronik seperti televisi dan internet. Selain itu, memiliki sikap yang positif terhadap pencegahan penyakit tersebut juga dapat mencegah perilaku-perilaku yang dapat menimbulkan penyakit HIV/AIDS di masa yang akan datang.

Sikap perempuan dalam pencegahan HIV/AIDS lebih besar dibandingkan dengan laki-laki, sehingga seorang perempuan perlu memiliki pengetahuan tentang HIV/AIDS yang cukup agar dapat membantu dan berbagi ilmu kepada pasangannya untuk terhindar dari penyakit HIV/AIDS (Purnamaningrum dkk 2019).

### **Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk mengetahui penyakit HIV/AIDS antara lain:

1. Pemeriksaan neurologis.
2. Pemeriksaan darah rutin.
3. Tes fungsi paru, bronkoskopi.
4. Hasil positif dikonfirmasi dengan pemeriksaan western blot.
5. Tes ELISA memberikan hasil positif 2-3 bulan sesudah infeksi.
6. Mendeteksi antigen virus dengan PCR (Polymerase Chain Reaction).
7. Serologis: skrining HIV dengan ELISA, Tes western blot, limfosit T.

### **Pelaksanaan**

Pengobatan yang dilakukan pada pasien dengan HIV/AIDS hingga saat ini adalah penggunaan antiretroviral (ARV). Terapi obat ARV berfungsi untuk mengontrol laju perkembangan virus HIV di dalam tubuh agar tidak menimbulkan infeksi lanjutan / infeksi oportunistik sehingga pasien dengan HIV/AIDS dapat memperoleh kualitas hidup yang jauh lebih baik. ARV merupakan regimen pengobatan yang harus diterapkan oleh pasien dengan HIV/AIDS selama seumur hidup dan harus sesuai dengan petunjuk serta pengawasan dokter. Regimen pengobatan ARV terbagi menjadi beberapa kelas atau golongan (Kemenkes RI, 2011).

### **Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)**

ODHA memiliki kekebalan tubuh yang sangat lemah sehingga rentan terkena penyakit infeksi. Menurunnya sistem kekebalan tubuh yang dialami oleh ODHA berdampak pada terganggunya fungsi fisik dan sosialnya. ODHA akan kesulitan dalam melakukan aktivitas keseharian, kondisi fisik yang lemah sehingga mudah terserang penyakit, serta sulit untuk menjalankan perannya sebagai individu secara normal.

ODHA tidak hanya mengalami penurunan fisik dan sosialnya melainkan juga mengalami beberapa hal yang kurang menyenangkan seperti adanya diskriminasi serta stigma negatif yang berkembang di lingkungan sehingga ODHA memiliki persepsi negatif tentang penerimaan diri dan penyakitnya (Ma'arif, 2017).

### **Kelompok Risiko Tinggi HIV/AIDS**

#### **1. Wanita Pekerja Seks (WPS)**

Pekerja seks memiliki banyak pasangan, sering kali dalam waktu yang sangat singkat, meningkatkan paparan mereka terhadap HIV dan infeksi menular seksual. Pekerja seks sering dirugikan dalam menegosiasikan penggunaan kondom karena pasangan mereka membayar untuk layanan mereka (Unaid, 2011).

#### **2. Pelanggan Penjaja Seks (PPS)**

Pelanggan penjaja seks juga berisiko lebih tinggi terhadap infeksi karena tingginya penularan dari mitra seks. Pelanggan penjaja seks sering bertindak sebagai jembatan ke populasi berisiko rendah, yang berarti mereka sering menjadi penghubung antara populasi dengan perilaku yang menempatkan mereka pada peningkatan risiko untuk terkena HIV/AIDS. Misalnya, pelanggan penjaja seks menjadi jembatan yang dapat menularkan HIV ke pasangan tetapnya (Unaid, 2011).

#### **3. Pengguna Napza Suntik (Penasun)**

Orang yang menyuntikkan narkoba berisiko terhadap penularan HIV yang tinggi, karena ketika jarum suntik atau alat suntik lainnya digunakan bersama, darah dari injektor pertama sering kali masih berada di dalam alat tersebut, ketika disuntikkan ke tubuh pengguna berikutnya dapat dijadikan sebagai perantara penularan HIV atau hepatitis B dan C (Unaid, 2011).

#### **4. Lelaki Seks dengan Lelaki**

LSL adalah istilah kesehatan masyarakat yang inklusif digunakan untuk menjelaskan perilaku orientasi seksual laki-laki yang berhubungan seksual dengan laki-laki tanpa melihat identitas gender,

motivasi terlibat dalam hubungan seks dan identifikasi dirinya dengan komunitas tertentu (Lestari, 2015).

5. Transgender (Waria)

Di Indonesia, kata 'Waria' pertama kali dicetuskan oleh Alamsyah Ratu Perwiranegara yang menjabat sebagai menteri agama pada tahun 1978-1983. Penggunaan kata 'waria' ini adalah untuk mengganti kata wadam, yang menuai kontroversi sebagai akronim dari hawa-adam. Pengertian waria menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah pria yang bersifat dan bertingkah laku seperti wanita. Waria berasal dari akronim wanita-pria menjadi wanita, yang biasanya diikuti oleh upaya untuk merubah alat kelamin, menumbuhkan payudara, menghilangkan kumis atau jenggot melalui operasi (Unaidis, 2011).

# **Bab 6**

## **Kesehatan Seksual Dalam Berbagai Tahap Kehidupan**

### **6.1 Pendahuluan**

Kesehatan seksual dan reproduksi yang perlu diperhatikan baik perempuan maupun laki-laki di sepanjang daur kehidupannya, yaitu mulai dari masa bayi hingga usia lanjut. Kesehatan seksual bukan hanya tentang berhubungan seks, namun tentang menjaga kesejahteraan fisik, emosional, mental dan sosial pada berbagai usia dan dalam setiap hubungan. Bertambahnya usia akan memengaruhi kesehatan seksual individu. Perubahan alam, faktor gaya hidup dan kondisi medis juga dapat memengaruhi kesehatan seksual, termasuk merokok, penyakit jantung, depresi dan diabetes serta obat-obatan juga dapat menurunkan libido. Penurunan libido menurun mulai pada usia 40-an dan 50-an.

Setiap individu perlu menjaga kesehatan seksual dan reproduksi. Akses terhadap informasi yang akurat dan metode kontrasepsi yang aman, efektif, terjangkau dan dapat diterima sesuai pilihannya sehingga individu dalam keadaan sejahtera yang meliputi fisik, emosional, mental dan sosial yang utuh berhubungan dengan sistem reproduksi bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan namun dari berbagai aspek.

Masalah kesehatan seksual dan reproduksi di negara berkembang merupakan penyebab utama buruknya kesehatan dan kematian bagi perempuan dan anak perempuan usia subur. Perempuan miskin sebagian besar menderita karena kehamilan yang tidak diinginkan, aborsi yang tidak aman, kematian dan kecacatan ibu, infeksi menular seksual (IMS), kekerasan berbasis gender, dan masalah lain yang berkaitan dengan kehamilan dan persalinan.

## 6.2 Kesehatan Seksual Dalam Berbagai Tahap Kehidupan

### **Pengertian**

Kesehatan seksual adalah suatu keadaan sejahtera dalam kaitannya dengan seksualitas sepanjang rentang kehidupan yang melibatkan dimensi fisik, emosional, mental, sosial, dan spiritual didasarkan pada pendekatan positif, adil, dan penuh hormat terhadap seksualitas, hubungan, dan reproduksi, yang bebas dari paksaan, ketakutan, diskriminasi, stigma, rasa malu, dan kekerasan seksual.

### **Faktor Memengaruhi Kesehatan Seksual**

Kesehatan seksual dipengaruhi oleh konteks sosio-ekonomi dan budaya termasuk kebijakan, praktik, dan layanan yang mendukung hasil yang sehat bagi individu, keluarga, dan komunitas mereka.

Beberapa penelitian yang berhubungan dengan kesehatan seksual yaitu penelitian Penman-Aguilar dan rekannya (2013) melakukan tinjauan literatur secara rinci untuk menilai dampak kerugian sosial ekonomi terhadap kehamilan remaja. faktor sosio-ekonomi sebagai faktor penentu menemukan hubungan yang signifikan dengan angka kelahiran remaja, termasuk faktor-faktor di tingkat keluarga (misalnya, tingkat orang tua yang lebih rendah). Pendidikan dan pendapatan keluarga) dan tingkat masyarakat (misalnya, pendapatan per kapita yang lebih rendah dan tingkat pengangguran dan segregasi ras yang lebih tinggi).

Biello dkk. melakukan analisis mendalam mengenai dampak berbagai dimensi segregasi ras di tempat tinggal terhadap risiko memulai hubungan seksual dini menjadi faktor risiko penting untuk terjadinya penyakit menular seksual (PMS) dan kehamilan pada remaja di kalangan remaja kulit hitam dan putih. Remaja

kulit hitam cenderung lebih mungkin melakukan hubungan seksual di masa remaja dibandingkan remaja kulit putih, Hal ini pun dapat dipengaruhi oleh lingkungan sekitarnya.

### **Dampak Seksual**

Kesehatan seksual berhubungan dengan seksualitas dikarenakan Aspek – aspek terhadap kehidupan manusia terkait faktor biologis, sosial, politik dan budaya, terkait dengan seks dan aktivitas seksual yang mempengaruhi individu dalam masyarakat. Seksualitas berubah sepanjang hidup menurut situasi dan tahap perkembangan, harapan psikososial, dan kesehatan. (kila, P.Pius, 2013).

#### **6.2.1 Masa Bayi dan Kanak-Kanak**

Seksualitas sudah ada pada masa bayi dan kanak-kanak. Seksualitas masa kanak-kanak perlu agar perkembangan seksual primer sehat, karena bagian integral dari masa bayi dan kanak-kanak. Seksualitas afektif juga ada pada perkembangan awal, yaitu bagaimana seorang anak laki-laki dan perempuan belajar bertingkah laku dan mengungkapkan dirinya sering melibatkan seksualitas afektif. Misalnya, seberapa dekat anak-anak dengan orang tua mereka dan dengan orang lain cukup bervariasi pada setiap keluarga.

Pada mulanya kontak badaniah terpusat sekitar mulut. Mula-mula pendekatan oral terhadap *clunia* itu bersifat reseptif dan *inkorporatif*, kemudian menjadi agresif. Bayi pada mulanya diberi dan menerima cinta, kemudian mulai mengambil cinta. Erikson menganalisis pengalaman awal terhadap kejadian dari segi apakah bayi bisa mempercayai dunia atau tidak.

Tahun pertama dari kehidupan anak-anak dapat diberikan dampak berarti pada pengalaman-pengalaman perkembangan seksual di kemudian hari. Misalnya, sebagai seorang bayi, mendapatkan kelimpahan pada tahun-tahun pertama dan kemudian, mendapatkan pelajaran untuk selalu bergantung pada belas kasihan termasuk seksualitas afektif. Namun bila pada bulan-bulan pertama ini terasa frustrasi dan kelaparan, maka anak-anak akan bertumbuh menjadi orang dewasa yang terus-menerus mencari kepastian afektif dan seksual.

Tahun kedua, bayi mulai mencoba batas-batas realitas dan merasakan tekanan-tekanan yang mengontrol batas-batas mereka. Bila mereka berperilaku dengan cara-cara yang berkenan pada orang tua, mereka mendapat imbalan, dan sedikit atau banyak, mereka dihukum bila harapan-harapan itu dilanggar. Indera serta pikiran bertumbuh sejalan dengan keterampilan motorik, dan mulai dapat

bicara. Masa ini anak akan dapat mengendalikan diri dan dunia. Erikson memandang masa ini sebagai krisis otonomi.

Tahun ketiga, koordinasi visual-motorik menjadi jauh lebih baik, dan bicara serta pemahaman berkembang dengan cepat. Distingsi seksual juga menjadi jelas dan lebih kompleks. Kesadaran akan orang lain menjadi lebih tajam dan terurai, dan meskipun hubungan-hubungan interpersonal cenderung berpusat pada diri dan bersifat sederhana, namun mulai terbentuk. Anak-anak mulai bergerak mendekati kedua jenis kelamin dan sering berperilaku berbeda satu sama lain.

Sering anak lelaki memberi perhatian khusus pada anak perempuan, dan sebaliknya. Diferensiasi seksual semacam ini terjadi pada awal-awal, tetapi menjadi lebih kentara sekitar usia empat tahun. Sering anak perempuan menjadi anak kesayangan ayahnya bukan saja karena anak itu berbeda tanggapannya terhadap ayah daripada terhadap ibu, melainkan juga karena ayah punya tanggapan berbeda terhadap putri daripada terhadap putranya, Begitu pula, sikap-sikap ibu terhadap putranya.

Tahap yang istimewa ini terutama penting untuk menumbuhkan inisiatif dan ketegasan. Bagaimana orang lain, terutama orang tua, memperlakukan kita pada tahap ini rupanya akan mempengaruhi sikap kita sekarang terhadap orang lain terutama mereka yang karib dengan kita. Masa ini dipengaruhi oleh kepercayaan diri dan otonomi.

Masa sesudah awal sekolah dan selama masa pra akil balig (preadolescent), kita mengembangkan persahabatan. Sullivan menamakan sahabat itu '*chum*' (sobat). Menemukan seorang sahabat lalu membagi rasa dengan cara mendalam merupakan pengalaman baru untuk mulai mengenal orang lain dan diri sendiri. Periode persahabatan ini juga menawarkan kemungkinan-kemungkinan untuk mewujudkan serta mengetes rasa percaya dan tidak percaya, otonomi dan keraguan, inisiatif dan rasa bersalah, ketegaran dan rasa rendah diri yang mendasar.

Pada masa sekolah dasar mungkin akan terjadi, "cinta monyet". Cinta monyet bisa merupakan suatu pernyataan seksualitas afektif dalam arti sebagai orang muda kita bergerak semakin rapat. Perkembangan seksual pada awalnya berpusat sekitar seksualitas primer dan afektif, sedangkan seksualitas genital jarang menjadi isu eksplisit.

Namun penjelajahan genital bukannya jarang. Orang-orang dari jenis yang sama atau lawan jenis dapat saling menjelajah dengan berpura-pura sebagai dokter dengan pasien atau ayah dan ibu. Meskipun penjelajahan seksual tersebut biasanya merupakan ungkapan rasa ingin tahu, menjelajahi medan-medan privat tidaklah sama dengan menjelajahi medan-medan umum. Anak-anak prapuber jarang yang mengalami hubungan genital atau bahkan cenderung melakukannya, mereka bisa berfantasi atau malah mencoba meniru hubungan genital. Pada masa ini berusaha memahami, memberi batas dan membimbing bukannya memproyeksikan ukuran-ukuran perilaku seksual kita sendiri kepada anak-anak.

### 6.2.2 Masa Akil Balig

Awal masa akil balig dapat membawa perubahan-perubahan mendadak sehingga kadang-kadang seorang anak merasa tanpa pegangan atau terombang-ambing. Remaja muda sering kaget, terperanjat menghadapi perubahan-perubahan. Mereka bertanya-tanya bagaimana mengintegrasikan semua pengalaman baru ini. Pertanyaan-pertanyaan tentang peran apa yang harus saya mainkan dan orang macam apa jadinya saya bisa gawat pada masa akil balig. Erikson melihat inti persoalan tahap akil balig ini sebagai suatu krisis identitas melawan kemelut peran.

Selama masa akil balig harapan-harapan kultural memengaruhi perkembangan seksual. Anak lelaki ingin menjadi lebih tinggi, lebih kuat dan berat daripada keadaan sebenarnya, sedangkan anak perempuan biasanya ingin lebih pendek dan ringan. Anak wanita menginginkan pinggang dan pinggul yang lebih kecil, tangan dan kaki yang lebih mungil, dan buah dada yang lebih besar; anak lelaki mengidamkan bahu yang lebih lebar serta tangan dan kaki yang lebih kekar.

Selanjutnya, anak lelaki dan perempuan secara alamiah dan kultural diharuskan membawa diri dan menggunakan badan mereka dengan cara berbeda. Pada masa ini anak perempuan mulai bertingkah lebih manis, kurang tegas, lebih memberi perhatian pada orang lain. Anak lelaki sering dipaksa untuk lebih tegas, agresif, dan tampaknya lebih memiliki kebebasan berlaku semauanya. Idaman kultural semacam ini

Penelitian mengungkapkan bahwa kaum wanita bisa dibuat merasa kurang berharga daripada pria, bisa ditempatkan dan diatur di tempat-tempat dan peran-peran yang tidak mereka pilih, dan bisa disisihkan dari kegiatan-kegiatan tertentu. Banyak dari perekayasaannya ini ditekankan pada masa akil balig.

Misalnya, tidak lama sesudah remaja putri kelihatan seperti wanita, tampaknya mereka ditekan untuk pusatkan perhatian pada hubungan-hubungan interpersonal atau melepaskan aspirasi berkarier. Atau mereka dijauhkan dari bidang-bidang yang disebut-sebut khusus untuk laki-laki seperti bangunan, sains dan bisnis. Memang manusia dari salah satu jenis kelamin harus mempelajari keahlian interpersonal tetapi bukan

Pada masa akil balig, seksualitas genital menjadi dorongan yang kuat sekali. Berbeda dengan genitalitas pada masa pra pubertas, kini genitalitas mengarahkan kita secara sosial sehingga kita mulai menjelajahi kemungkinan-kemungkinan hubungan genital dengan orang lain. Fantasi-fantasi genital dapat dengan cara-cara tertentu membantu menyiapkan kita untuk kehidupan di masa depan, meskipun hal ini tidaklah berarti bahwa fantasi semacam itu harus didorong atau hasrat-hasrat ini harus dipuaskan. Oleh karena sikap-sikap yang kita kembangkan pada tahap ini terhadap genitalitas bisa sangat mempengaruhi perkembangan kemudian.

### 6.2.3 Awal Masa Dewasa

Awal masa dewasa merupakan periode penyesuaian yang berpusat mengubah situasi hidup, peran-peran sosial, dan identitas pribadi seseorang. Masa ini individu melanjutkan studi ke perguruan tinggi dan/ atau memasuki dunia kerja, lalu mulai hidup dalam situasi yang baru atau tinggal di rumah dengan cara yang baru. Perubahan-perubahan lingkungan semacam itu menuntut penyesuaian pribadi, termasuk penyesuaian seksual.

Masa remaja akil balig akan mempengaruhi seksualitas di masa awal dewasa ini yaitu memiliki seksualitas yang secara ketat dikendalikan dan ditekan. Bila mereka sudah meninggalkan rumah, mereka mengalami nilai-nilai dan tekanan yang berbeda, pembatasan dan kontrol dikurangi, dan mungkin timbul peluang-peluang untuk pemuasan seksual.

Perubahan lingkungan dapat mempengaruhi seksualitas primer dan afektif. Misalnya, wanita atau pria muda yang dihadapkan dengan studi-studi kaum wanita bisa mengevaluasi kembali nilai-nilai, peran serta harapan-harapan seksualnya. Atau peran idaman yang sedang diimpikan bisa berubah sekali sejak hari-hari di sekolah menengah. Peluang serta tekanan-tekanan pada pengaturan hidup, dalam situasi-situasi sosial dan rekreasional serta di tempat kerja dapat berpengaruh banyak pada seksualitas.

Pada masa ini sering merasakan perasaan-perasaan kesepian yang sangat mendalam, hasrat untuk dimengerti dan bersama orang lain sementara merasakan pula kehampaan. Keintiman kehadiran lebih dirasakan lagi dalam ketidakhadiran daripada kalau hadir orangnya.

Seksualitas genital juga merupakan daerah kunci pada usia akhir belasan dan awal usia dua puluhan, dan sikap seksual yang kita anut mempengaruhi perkembangan sesudahnya. Lingkungan kita malah mungkin opresif dan menciptakan hambatan-hambatan yang menantang integrasi genital yang hebat. terbuka. Tentu saja, tidak semua dan bukan saja orang religius yang kurang memiliki kesadaran genital.

Fase perkembangan pada permulaan tahun-tahun awal masa dewasa merupakan satu fase penemuan diri yang pada dasarnya demi implementasi dan penyerahan diri. Idealnya, sebagai orang-orang dewasa muda usia hendaknya menghadapi seksualitas dalam dimensinya dan merumuskan nilai-nilai seksual yang akan menuntun kehidupan. Pada fase ini, identitas dan pertumbuhan seksual, meskipun selalu terbuka, menentukan perkembangan kemudian hari.

#### 6.2.4 Masa Tua

Pertambahan usia menyebabkan perubahan-perubahan jasmani pada seseorang, terutama pada kemampuan seseorang dalam menikmati dan frekuensi aktivitas. Salah satu perubahan yang terjadi pada kehidupan seksual lanjut usia adalah frekuensi dalam melakukan hubungan seksual. Dalam mengkaji fungsi seksual, frekuensi hubungan seksual dapat menjadi ukuran yang berdampak pada kepuasan seksual.

Menurut Wahyudi dalam Ropei (2013), kebutuhan seksualitas lanjut usia tetap dapat ditunjukkan, seperti berfantasi, berpegangan tangan, meraba, dan bersenggama. Gambaran pemenuhan kebutuhan seksual pada lansia yang sedih dan kesepian yaitu dengan melakukan dzikir, meraba bagian sensitif lawan jenis serta dengan cara melihat foto suami dan anaknya (Rismawan, 2015).



# Bab 7

## Kesehatan Reproduksi Remaja

### 7.1 Pendahuluan

Kata kesehatan berasal dari kata sehat, pengertian sehat menurut WHO (1992) adalah suatu keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan (Marmi, 2013). Sehat menurut UU Kesehatan No. 23 tahun 1992, sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Reproduksi berasal dari kata “*re*” yang artinya kembali dan kata produksi yang mempunyai arti suatu proses kehidupan manusia dalam menghasilkan keturunan demi kelestarian hidupnya (Yessi Harnani, 2015).

Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam suatu yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi dan prosesnya (WHO). Kesehatan reproduksi adalah keadaan sempurna fisik, mental dan kesejahteraan sosial dan tidak semata-mata ketiadaan penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi dan fungsi serta proses (Nelwan, 2019).

Secara sederhana reproduksi berasal dari kata *re* yang berarti kembali dan reproduksi yang berarti membuat atau menghasilkan, jadi reproduksi mempunyai arti suatu proses kehidupan manusia dalam menghasilkan

keturunan demi kelestarian hidup. Kesehatan Reproduksi (Kespro) adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan fungsi, peran dan sistem reproduksi (Lubis, 2013)

Menurut Depkes RI, kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sehat secara menyeluruh mencakup fisik, mental dan kehidupan sosial yang berkaitan dengan alat, fungsi serta proses reproduksi.<sup>33</sup> Pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi yang mencakup tentang organ dan proses reproduksi sebenarnya bukanlah hal yang baru, konsep tentang kesehatan reproduksi pun semakin meluas dengan menggabungkan segala ilmu tentang proses pertumbuhan organ reproduksi sejak awal sampai usia yang sudah lanjut, dan tentang berbagai hal yang mempengaruhi kesehatan reproduksi (Yessi Harnani, 2015).

### **Tujuan Kesehatan Reproduksi**

Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2014 Kesehatan Reproduksi yang menjamin setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi yang bermutu, aman dan dapat dipertanggung jawabkan, di mana peraturan ini juga menjamin kesehatan perempuan dalam usia reproduksi sehingga mampu melahirkan generasi yang sehat, berkualitas yang nantinya berdampak pada penurunan Angka Kematian Ibu.

Di dalam memberikan pelayanan Kesehatan Reproduksi ada dua tujuan yang akan dicapai, yaitu tujuan utama dan tujuan khusus (Matahari, 2018).

#### **1. Tujuan Umum**

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

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Meningkatnya kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya.
- b. Meningkatnya hak dan tanggung jawab sosial wanita dalam menentukan kapan hamil, jumlah dan jarak kehamilan.

- c. Meningkatnya peran dan tanggung jawab sosial pria terhadap akibat dari perilaku seksual dan fertilitasnya kepada kesehatan dan kesejahteraan pasangan dan anak-anaknya.

Dukungan yang menunjang wanita untuk membuat keputusan yang berkaitan dengan proses reproduksi, berupa pengadaan informasi dan pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan untuk mencapai kesehatan reproduksi secara optimal. Tujuan di atas ditunjang oleh undang-undang kesehatan No. 23/1992, bab II pasal 3 yang menyatakan: “Penyelenggaraan upaya kesehatan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat”, dalam Bab III Pasal 4 “Setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

## 7.2 Konsep Remaja

### Pengertian Remaja

Secara etimologi, remaja berarti “tumbuh menjadi dewasa”. Pada periode ini berbagai perubahan terjadi mulai dari perubahan hormonal, fisik, psikologis maupun sosial. tanpa disadari (Batubara, 2016). Definisi remaja (adolescence) menurut organisasi kesehatan dunia (WHO) adalah periode usia antara 10 sampai 19 tahun, sedangkan Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) menyebut kaum muda (youth) untuk antara 15 sampai 24 tahun.

Sementara itu, menurut *The Health Resource and Service Administrations Guidelines* Amerika Serikat, rentang usia remaja adalah 11 sampai 21 tahun terbagi menjadi tiga tahap, yaitu remaja awal (11-14 tahun); remaja menengah (15-17 tahun) dan remaja akhir (18-21 tahun). Definisi tersebut kemudian di satukan dalam terminologi kaum muda (young people) yang mencakup usia 10-24 tahun (Eny Kusmiran, 2014).

Definisi remaja sendiri dapat ditinjau dari tiga sudut pandang, yaitu:

1. Secara kronologi, remaja adalah individu yang berusia antara 11-12 tahun sampai 20-21 tahun.
2. Secara fisik, remaja ditandai oleh ciri perubahan pada penampilan fisik dan fisiologis, terutama yang terkait dengan kelenjar seksual.

3. Secara psikologis, remaja merupakan masa di mana individu mengalami perubahan alam aspek kognitif, emosi, sosial dan moral, di antara masa anak-anak menuju masa dewasa.

Menurut Gunarsa mengungkapkan masa remaja merupakan masa yang penting dalam perjalanan kehidupan manusia. Golongan umur ini penting karena menjadi jembatan antara masa kanak-kanak yang bebas menuju masa dewasa yang menuntut tanggung jawab (Eny Kusmiran, 2014).

### **Ciri-ciri Remaja**

Banyak hal yang terjadi selama rentang masa remaja yang mengenai kematangan baik ketika masa awal yaitu kematangan secara seksual dan masa akhir saat mencapai usia matang secara hukum. Misalnya perubahan tingkah laku, sikap dan nilai-nilai yang tidak hanya mengindikasikan perubahan yang lebih cepat pada masa awal remaja daripada tahap akhir masa remaja, tetapi juga mengindikasikan tingkah laku sikap dan nilai-nilai pada awal masa remaja. Awal masa remaja dan akhir masa remaja merupakan alternatif yang dianggap mudah untuk menentukan dan memahami apa saja yang terjadi pada masa itu.

Ada beberapa ciri umum yang harus diketahui, di antaranya ialah:

1. Pertumbuhan fisik.
2. Perkembangan seksual.
3. Cara berpikir kausalitas.
4. Emosi yang meluap-luap.
5. Mulai tertarik kepada lawan jenisnya
6. Menarik perhatian lingkungan
7. Terikat pada kelompok

Kelompok atau gang sebenarnya tidak berbahaya asal saja kita bisa mengarahkannya. Sebab dalam kelompok itu kaum remaja dapat memenuhi kebutuhannya, misalnya kebutuhan dimengerti, kebutuhan dianggap, kebutuhan diperhatikan, kebutuhan mencari pengalaman baru, kebutuhan dimengerti, kebutuhan dianggap, kebutuhan diperhatikan, kebutuhan mencari pengalaman baru, kebutuhan berprestasi, kebutuhan diterima statusnya, kebutuhan harga diri, rasa aman, yang belum tentu dapat diperoleh di rumah maupun sekolah (Zulkifli L, 2015).

Menurut Muhamad al-Mighwar ciri-ciri remaja terbagi menjadi dua, yaitu pada remaja awal dan remaja akhir. Adapun ciri remaja awal sebagai berikut: Remaja awal dimulai ketika usia seorang anak telah genap 12/13 tahun, dan berakhir pada usia 17/18 tahun. Anak usia belasan tahun sering ditujukan bagi remaja awal.

Masa remaja awal memiliki ciri khas yang tidak dimiliki masa-masa yang lain, di antaranya:

1. Tidak stabilnya emosi.
2. Lebih menonjolnya sikap dan moral.
3. Mulai sempurna kemampuan mental dan kecerdasan.
4. Membingungkan status.
5. Banyaknya masalah yang dihadapi.
6. Masa yang kritis.

Ciri-ciri remaja akhir, di antaranya sebagai berikut: Di Indonesia, batasan usia remaja akhir adalah antara 17 tahun sampai 21 tahun bagi wanita dan 18 tahun sampai 22 tahun bagi laki-laki. Pola-pola sikap, perasaan, pikir dan tingkah laku, remaja akhir memiliki ciri-ciri khas yang membedakannya dengan remaja awal, yaitu sebagai berikut (Al-Mighwar, 2013):

1. Mulai stabil.
2. Lebih realistis.
3. Lebih matang menghadapi masalah.
4. Lebih tenang perasaannya.

Pada sebagian remaja yang bermasalah mungkin saja terjadi penyimpangan, yang kuantitas dan identitasnya akan berpengaruh pada masalah yang dihadapinya. Jadi, ciri-ciri remaja akhir di atas bisa menyimpang atau berubah akibat adanya pengaruh yang tidak mendukungnya, seperti kondisi lingkungan keluarga, dan masyarakat serta kelompok-kelompok teman sebayanya, konflik-konflik dalam penilaian diri; antara penilaian dirinya dengan penilaian oleh orang lain dan lingkungannya.

Dengan demikian, bila terjadi ciri-ciri positif dari masa remaja akhir itu hendaknya dipertahankan atau ditumbuh kembangkan, segala pengaruh yang tidak mendukung dan membahayakan perkembangannya patut dihindari.

### **Tugas Perkembangan Remaja**

Tugas perkembangan adalah hal yang harus dipenuhi atau yang harus dilakukan oleh remaja dan dipengaruhi oleh harapan sosial. Deskripsi mengenai tugas dan perkembangan yang berisi harapan dari lingkungan dan merupakan tuntutan bagi remaja dalam bertingkah laku.

Adapun tugas dari perkembangan remaja tersebut antara lain (Eny Kusmiran, 2014):

1. Menerima keadaan dan penampilan diri, serta menggunakan tubuhnya secara lebih efektif.
2. Belajar berperan sesuai dengan jenis kelamin (sebagai laki-laki maupun sebagai perempuan).
3. Mencapai relasi yang baru dan lebih matang dengan teman sebaya, baik sejenis maupun lawan jenis.
4. Mengharapkan dan mencapai perilaku sosial yang bertanggung jawab.
5. Mencapai kemandirian secara emosional terhadap orang tua dan orang dewasa lainnya.
6. Mempersiapkan diri baik secara fisik dan psikis dalam menghadapi perkawinan dan kehidupan keluarga.
7. Mempersiapkan karier dan kemandirian secara ekonomi.
8. Mengembangkan kemampuan dan keterampilan intelektual untuk hidup bermasyarakat.
9. Mencapai nilai-nilai kedewasaan.

## **7.3 Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja**

### **Perilaku Berisiko Pada Remaja**

Di Indonesia, seperlima dari jumlah penduduk adalah remaja yang berpeluang berperilaku berisiko tanpa mewaspadai akibat jangka panjang dari perilaku tersebut. Mereka mengadopsi perilaku berisiko itu melalui pergaulan yang tidak sehat dan informasi yang tidak terarah. Kemajuan atau modernisasi ternyata

mempunyai dua sisi yang dapat menguntungkan dan atau juga merugikan, khususnya masalah kemajuan dalam bidang teknologi informasi.

Era globalisasi dan keterbukaan informasi, misalnya internet membuat segala bentuk informasi menjadi sangat mudah didapat. Sayangnya sangat sulit untuk membendung informasi yang dapat merusak kepribadian remaja, misalnya pornografi dan kehidupan seksual bebas. Selain itu, orang tua, lingkungan dan juga institusi pendidikan, tampaknya belum siap untuk menghadapi kemajuan teknologi informasi yang berkembang dengan sangat cepatnya (Kintoko, 2019).

Banyaknya permasalahan dan krisis yang terjadi pada masa remaja menjadikan banyak ahli dalam bidang psikologi perkembangan menyebutnya sebagai masa krisis. Berbagai permasalahan yang terjadi pada remaja dipengaruhi oleh berbagai dimensi kehidupan dalam diri mereka, baik dimensi biologis, kognitif, moral dan psikologis serta pengaruh dari lingkungan sekitar. Saat ini hal yang menonjol pada remaja adalah dari sudut pandang kesehatan (Luh et al., 2013).

Pada umumnya remaja memiliki rasa ingin tahu yang tinggi (*high curiosity*). Remaja cenderung ingin berpetualang menjelajah segala sesuatu dan mencoba segala sesuatu yang belum pernah dialaminya. Selain didorong juga oleh keinginan menjadi seperti orang dewasa menyebabkan remaja ingin mencoba melakukan apa yang sering dilakukan orang dewasa termasuk yang berkaitan dengan masalah seksualitas.

Tidak tersedianya informasi yang akurat dan benar tentang Kesehatan reproduksi, memaksa remaja mencari akses dan melakukan eksplorasi sendiri. Majalah, buku dan film pornografi dan porno aksi memaparkan kenikmatan hubungan seks tanpa mengajarkan tanggung jawab dan risiko yang harus dihadapi, menjadi acuan utama mereka. Mereka juga mempelajari seks dari internet. Hasilnya, remaja yang beberapa generasi lalu masih malu-malu kini sudah melakukan hubungan seks di usia dini, yakni 13-15 tahun (Putra & Cahyo, 2018) (Wulandari, 2016).

Perkembangan jaman saat ini, ikut mempengaruhi perilaku seksual dalam berpacaran remaja. Hal ini misalnya dapat dilihat bahwa hal-hal yang ditabukan oleh remaja pada beberapa tahun yang lalu, seperti berciuman dan bercumbu kini telah dibenarkan oleh remaja sekarang. Bahkan ada sebagian kecil dari mereka setuju dengan *free sex*.

Kondisi tersebut cukup mengkhawatirkan mengingat perilaku tersebut dapat menyebabkan Kasus Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) yang selanjutnya

memicu praktik aborsi yang tidak aman, penularan PMS dan HIV/AIDS, bahkan kematian (Putra & Cahyo, 2018).

### **Masalah Kesehatan Reproduksi**

Masalah kesehatan reproduksi mencakup area yang jauh lebih luas dan dapat dikelompokkan sebagai berikut (Lubis, 2013):

1. Masalah reproduksi
  - a. Kesehatan, morbiditas (gangguan kesehatan) dan kematian perempuan yang berkaitan dengan kehamilan. Termasuk di dalamnya juga masalah gizi dan anemia di kalangan perempuan, penyebab serta komplikasi dari kehamilan, masalah kemandulan, dan kesuburan.
  - b. Peranan atau kendali sosial budaya terhadap masalah reproduksi. Maksudnya bagaimana pandangan masyarakat terhadap kesuburan dan kemandulan, nilai anak dan keluarga, sikap masyarakat terhadap perempuan hamil.
  - c. Intervensi pemerintah dan negara terhadap masalah reproduksi. Misalnya program Keluarga Berencana (KB), undang-undang yang berkaitan dengan masalah genetik, dan lain sebagainya.
  - d. Tersedianya pelayanan kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, serta jangkauannya secara ekonomi oleh kelompok perempuan dan anak-anak.
  - e. Kesehatan bayi-bayi dan anak-anak terutama bayi di bawah umur lima tahun.
  - f. Dampak pembangunan ekonomi, industrialisasi dan perubahan lingkungan terhadap kesehatan reproduksi.
2. Masalah gender dan seksualitas
  - a. Pengaturan negara terhadap masalah seksualitas. Maksudnya adalah peraturan dan kebijakan negara mengenai pornografi, pelacuran, dan pendidikan seksualitas.
  - b. Pengendalian sosio budaya terhadap masalah seksualitas, bagaimana norma-norma sosial yang berlaku tentang perilaku seks, homoseks, poligami dan perceraian.
  - c. Seksualitas di kalangan remaja.

- d. Status dan peran perempuan.
- e. Perlindungan terhadap perempuan pekerja.
3. Masalah yang berkaitan dengan kehamilan yang tidak di inginkan.
  - a. Pembunuhan bayi.
  - b. Pengguguran kandungan, terutama yang dilakukan secara tidak aman.
  - c. Dampak kehamilan yang tidak diinginkan terhadap sosial ekonomi dan kesehatan perempuan serta keluarga.
  - d. Kebijakan pemerintah dalam menghadapi hal tersebut.
  - e. Masalah kekerasan dan perkosaan terhadap perempuan.
  - f. Kecenderungan penggunaan kekerasan secara sengaja kepada perempuan, perkosaan, serta dampaknya terhadap korban.
  - g. Norma sosial mengenai kekerasan dalam rumah tangga, serta mengenai berbagai tindak kekerasan terhadap perempuan.
  - h. Sikap masyarakat mengenai kekerasan perkosaan terhadap pelacur.
  - i. Berbagai langkah untuk mengatasi masalah-masalah.
4. Masalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual.
  - a. Masalah penyakit menular seksual yang lama, seperti sifilis dan gonore.
  - b. Masalah penyakit menular seksual yang relatif baru seperti *chlamydia* dan herpes.
  - c. Masalah HIV/AIDS.
  - d. Dampak sosial dan ekonomi dai penyakit menular seksual.
  - e. Kebijakan dan program pemerintahan dalam mengatasi masalah tersebut (termasuk penyediaan pelayanan kesehatan bagi pelacur/pekerja seks komersial).
  - f. Sikap masyarakat terhadap penyakit menular seksual.
5. Masalah pelacuran
  - a. Demografi pekerja seksual komersial atau pelacuran.
  - b. Faktor-faktor yang mendorong pelacuran dan sikap masyarakat terhadapnya.

- c. Dampaknya terhadap kesehatan reproduksi, baik bagi pelacur itu sendiri maupun bagi konsumennya dan keluarganya.
6. Masalah sekitar teknologi
    - a. Teknologi reproduksi dengan bantuan (inseminasi buatan dan bayi tabung).
    - b. Pemilihan bayi berdasarkan jenis kelamin (gender fetal screening).
    - c. Pelapisan genetik (genetik screening).
    - d. Keterjangkauan dan kesamaan kesempatan.

Tindakan yang menyimpang dan dilakukan oleh kelompok remaja dan pemuda ini mendatangkan gangguan terhadap ketenangan dan ketertiban hidup masyarakat. Menurut etiologi kenakalan remaja (juvenile delinquency) berarti suatu penyimpangan tingkah laku yang dilakukan oleh remaja hingga mengganggu ketenteraman diri sendiri dan orang lain.

### **Upaya Penanggulangan**

Untuk penanggulangan perilaku berisiko pada remaja ditanggulangi dalam program PKPR. Secara khusus, tujuan dari program PKPR adalah meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan remaja yang berkualitas, meningkatkan pemanfaatan Puskesmas oleh remaja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja dalam pencegahan masalah kesehatan dan meningkatkan keterlibatan remaja dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kesehatan remaja (Luh et al., 2013).

Selain itu, permasalahan kesehatan reproduksi remaja diakibatkan belum optimalnya komitmen dan dukungan pemerintah dalam bentuk kebijakan yang mengatur tentang pendidikan seksual dan reproduksi bagi remaja pada tatanan keluarga, masyarakat, dan sekolah. Program Pojok Remaja (P2R) merupakan suatu model asuhan keperawatan sekolah yang dapat diterapkan oleh perawat komunitas dalam mengkaji kebutuhan dan sumber-sumber serta mengidentifikasi nilai-nilai dalam populasi remaja melalui penyusunan suatu program dalam pemenuhan kesehatan reproduksi remaja di sekolah dan kelompok remaja melalui integrasi model pelayanan Kesehatan di sekolah dengan program UKS (Susanto et al., 2012).

Permasalahan kesehatan reproduksi remaja di Indonesia diakibatkan belum optimalnya komitmen dan dukungan pemerintah dalam bentuk kebijakan yang

mengatur tentang pendidikan seksual dan reproduksi bagi remaja pada tatanan keluarga, masyarakat, dan sekolah. Norma adat dan nilai budaya leluhur yang masih dianut sebagian besar masyarakat Indonesia juga masih menjadi kendala dalam penyelenggaraan Pendidikan seksual dan reproduksi berbasis komunitas terutama sekolah.

Kelompok remaja memerlukan perhatian yang khusus oleh praktisi kesehatan khususnya perawat komunitas. Remaja umumnya mendapatkan kenyamanan dan terbuka pada kelompok sebayanya. Proses pembelajaran remaja dapat difasilitasi dalam kegiatan kelompok sebaya melalui model dalam suatu kelompok remaja di sekolah yang berupa Pojok Remaja (Susanto et al., 2012).

Pada upaya pencegahan agar remaja tidak melakukan perilaku berisiko, tentunya berpangkal pada peran orang tua. Orang tua memegang peranan penting untuk mencegah hubungan seksual pranikah. Keterlibatan keluarga dalam perkembangan anak sangat penting khususnya orang tua. Orang tua terkadang begitu sibuk dengan kegiatannya sendiri tanpa memedulikan bagaimana perkembangan anak-anaknya.

Orang tua cenderung hanya memikirkan kebutuhan lahiriah anaknya dengan bekerja keras tanpa memedulikan bagaimana anak-anaknya tumbuh dan berkembang. Oleh karena itu, perlu diketahui lebih mendalam berbagai penjelasan mengenai fungsi. Fungsi keluarga terdiri atas 6 dimensi yaitu pemecahan masalah, komunikasi, peran, responsivitas afektif, keterlibatan afektif, kontrol perilaku (Gustina et al., 2017) (Rochaniningsih, 2014).

1. Dimensi pertama yaitu pemecahan masalah, dimensi ini merujuk kepada kemampuan keluarga untuk memecahkan masalah pada setiap level sehingga dapat menjaga fungsi keluarga tetap efektif.
2. Dimensi kedua yaitu, komunikasi. Pada dimensi ini lebih berfokus kepada komunikasi secara verbal yang lebih dapat diukur.
3. Dimensi ketiga yaitu peran. Pada dimensi ini terdapat peran dalam keluarga seperti penyediaan sumber daya (penyediaan uang, makanan, pakaian dan tempat tinggal, adanya perawatan dan dukungan (penyediaan kenyamanan, kehangatan, rasa aman dan dukungan untuk anggota-anggota keluarga), adanya kepuasan seksual dewasa (pasangan suami istri secara personal merasakan kepuasan dalam hubungan seksual satu sama lain), adanya pengembangan pribadi

(mendukung anggota keluarga dalam mengembangkan keterampilan pribadi seperti perkembangan fisik, emosi, sosial dan pendidikan anak serta pengembangan karier dan perkembangan sosial dewasa), adanya pemeliharaan dan pengelolaan sistem keluarga (melibatkan teknik tindakan yang dibutuhkan untuk mempertahankan standar keluarga seperti pengambilan keputusan, batasan dan fungsi keanggotaan dalam keluarga, implementasi dan kontrol perilaku, pengaturan keuangan rumah tangga dan hal yang berkaitan dengan pengasuhan dan kesehatan keluarga).

4. Dimensi keempat yaitu responsivitas afektif, yaitu kemampuan berespons terhadap stimulus yang ada dengan kualitas dan kuantitas perasaan yang tepat.
5. Dimensi kelima yaitu keterlibatan afektif merupakan sejauh mana anggota keluarga menunjukkan ketertarikan dan penghargaan kepada aktivitas dan minat anggota keluarga lainnya.
6. Dimensi keenam yaitu kontrol perilaku, mengenai pola yang diadopsi oleh keluarga untuk menangani perilaku anggota keluarga dalam tiga area yaitu situasi yang membahayakan secara fisik, situasi yang melibatkan pemenuhan kebutuhan dan dorongan psikologis, situasi yang melibatkan perilaku sosialisasi interpersonal baik di antara anggota keluarga maupun dengan orang lain di luar keluarga (Appulembang, 2019) (Rochaniningsih, 2014).

## 7.4 Faktor-faktor Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

Banyak faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi. Faktor-faktor tersebut secara garis besar dapat dikelompokkan menjadi empat golongan yang dapat berdampak buruk bagi kesehatan reproduksi, yaitu (Matahari, 2018):

#### 1. Faktor Demografis - Ekonomi

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

#### 2. Faktor Budaya dan Lingkungan

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

#### 3. Faktor Psikologis

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

#### 4. Faktor Biologis

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



# Bab 8

## Pendidikan Seksual dan Promosi Kesehatan

### 8.1 Pendahuluan

Menurut (UU No. 20 tahun 2003) Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa, dan Negara.

Pendidikan seks yaitu memberikan pengetahuan tentang perubahan biologis, psikologis dan psikososial sebagai akibat pertumbuhan dan perkembangan manusia atau sebuah pendidikan untuk memberikan pengetahuan tentang fungsi organ reproduksi dengan menanamkan moral, etika serta komitmen agama agar tidak terjadi “penyalahgunaan” organ reproduksi tersebut.<sup>20</sup>

Seks merupakan kegiatan fisik, sedangkan seksualitas bersifat total, *multi-determined* dan multi-dimensi. Oleh karena itu, seksualitas bersifat holistik yang melibatkan aspek biopsikososial kultural dan spiritual. Identitas seksual adalah pengenalan dasar tentang seks diri sendiri secara anatomis yang sangat berhubungan dengan kondisi biologis, yaitu kondisi anatomis dan fisiologis, organ seks, hormon dan otak dan saraf pusat.

Seorang anak dapat menafsirkan secara jelas perilaku orang lain yang sesuai dengan identitas seksualnya, yang bagaimana seseorang memutuskan untuk menafsirkan identitas seksual untuk dirinya sendiri atau citra diri seksual (sexual self image) dan konsep diri. Menurut pendapat para ahli di atas maka pengertian pendidikan seks adalah sebuah upaya untuk memberikan pengetahuan tentang fungsi organ tubuh yang berkaitan dengan seksual sekaligus mengarahkan agar menyalurkan fungsi seksualnya tersebut dengan baik dan benar.

## 8.2 Tujuan Pendidikan Seksual

Tujuan dari diberikannya pendidikan seksual yang menekankan pada aspek pencegahan penyakit dan promosi kesehatan, yaitu untuk membantu remaja agar memahami dan menyadari ilmu tersebut, sehingga memiliki sikap dan perilaku sehat dan bertanggung jawab kaitannya dengan masalah kehidupan reproduksi.

Tujuan pendidikan seksual adalah untuk membentuk suatu sikap emosional yang sehat terhadap masalah seksual dan membimbing anak dan remaja ke arah hidup dewasa yang sehat dan bertanggung jawab terhadap kehidupan seksualnya.

Penjabaran tujuan pendidikan seksual dengan lebih lengkap sebagai berikut:

1. Memberikan pengertian yang memadai mengenai perubahan fisik, mental dan proses kematangan emosional yang berkaitan dengan masalah seksual pada remaja.
2. Mengurangi ketakutan dan kecemasan sehubungan dengan perkembangan dan penyesuaian seksual (peran, tuntutan dan tanggung jawab).
3. Membentuk sikap dan memberikan pengertian terhadap seks dalam semua manifestasi yang bervariasi.
4. Memberikan pengertian bahwa hubungan antara manusia dapat membawa kepuasan pada kedua individu dan kehidupan keluarga.
5. Memberikan pengertian mengenai kebutuhan nilai moral yang esensial untuk memberikan dasar yang rasional dalam membuat keputusan berhubungan dengan perilaku seksual.

6. Memberikan pengetahuan tentang kesalahan dan penyimpangan seksual agar individu dapat menjaga diri dan melawan eksploitasi yang dapat mengganggu kesehatan fisik dan mentalnya.
7. Untuk mengurangi prostitusi, ketakutan terhadap seksual yang tidak rasional dan eksplorasi seks yang berlebihan.
8. Memberikan dukungan sosial dan psikologis bagi mereka yang bermasalah, misalnya: masalah perilaku atau kenakalan remaja, dan masalah reproduksi pada remaja.
9. Mencegah permasalahan pada remaja dengan membantu remaja untuk mengubah perilakunya dan hidup sehat, menerima tanggung jawab untuk mereka sendiri dan orang lain.

Memberikan informasi dan pengetahuan yang berhubungan dengan perilaku hidup sehat bagi remaja, di samping itu juga untuk mengatasi masalah yang ada. Dengan pengetahuan yang memadai dan adanya motivasi untuk menjalani masa remaja secara sehat, para remaja diharapkan mampu memelihara kesehatan dirinya agar dapat memasuki masa kehidupan berkeluarga dengan sistem reproduksi yang sehat.

Menurut Lilik dalam Nina Surtiretna ada beberapa tujuan pendidikan seksual pada remaja di antaranya:

1. Agar remaja mendapatkan pengetahuan yang benar, jelas dan akurat tentang kehidupan seksual seperti organ reproduksi beserta fungsi dan perawatannya, penyakit menular seksual (PMS), perilaku seksual sehat dan sebagainya.
2. Agar remaja bisa mengelola dorongan seksualnya dengan tepat.
3. Berperilaku sehat berkaitan dengan kehidupan seksualnya (dapat merawat dan menjaganya).
4. Dapat menjalankan hukum agama dengan benar berkaitan dengan kehidupan seksualnya.
5. Tidak terjerumus dalam pergaulan bebas yang menyalahgunakan kehidupan seksualnya.
6. Dapat menghindari perilaku seksual menyimpang seperti kebiasaan masturbasi/onani, sodomi, *incest* (hubungan seksual dengan anggota keluarga).

## 7. Terhindar dari perbuatan maksiat atau zina.

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa pendidikan seks bertujuan untuk membimbing serta mengarahkan manusia sejak anak-anak sampai dewasa dalam tata cara pergaulan antar kelamin dalam kehidupan seksualnya. Dengan begitu manusia dapat bergaul berhubungan dengan ajaran agama dan norma-norma yang berlaku di masyarakat.

Untuk mempersiapkan diri dalam menempuh hubungan seksual yang sah, dengan ikatan tali perkawinan guna mewujudkan rumah tangga yang bahagia dan sejahtera.

## 8.3 Strategi Pendidikan Seksual

Strategi dapat diartikan sebagai perencanaan yang berisi tentang rangkaian kegiatan yang didesain untuk mencapai tujuan pendidikan tertentu. Dengan demikian, penyusunan langkah-langkah pembelajaran, pemanfaatan berbagai fasilitas dan sumber belajar semuanya diarahkan dalam upaya pencapaian tujuan. Oleh sebab itu, sebelum menentukan strategi, perlu dirumuskan tujuan yang jelas yang dapat diukur keberhasilannya, sebab tujuan adalah rohnya dalam implementasi suatu strategi.

Upaya untuk mengimplementasikan rencana yang sudah disusun dalam kehidupan nyata agar tujuan yang telah disusun tercapai secara maksimal, dinamakan metode. Dengan kata lain, metode digunakan untuk merealisasikan strategi yang telah ditetapkan.

Oleh karena itu, strategi berbeda dengan metode. Strategi menunjukkan pada sebuah perencanaan untuk mencapai sesuatu, sedangkan metode adalah cara yang dapat digunakan untuk melaksanakan strategi. Dengan kata lain, strategi adalah *a plan of operation achieving something*, sedangkan metode adalah *a way in achieving something*.

Adapun metode pendidikan seks pada remaja adalah:

### 1. Metode Ceramah

Yang dimaksud dengan metode ceramah adalah suatu metode dalam pendidikan di mana cara menyampaikan pengertian atau materi kepada anak didik dengan jalan menerangkan dan penuturan secara lisan. Di

dalam memberikan materi pendidikan seks kepada para remaja perlu sekali menggunakan metode ceramah. Dengan menggunakan kata-kata yang jelas sehingga mudah dipahami oleh anak didik sebab guru merupakan pusat komunikasi di dalam kelas. Metode ini digunakan untuk menjelaskan semua materi pendidikan seks kepada remaja, baik materi yang umum maupun khusus.

## 2. Metode Tanya-Jawab

Metode tanya jawab adalah suatu cara mengajar di mana seorang guru mengajukan beberapa pertanyaan kepada anak didik tentang bahan pelajaran yang sudah diajarkan atau bacaan yang telah mereka baca, sedangkan anak didik memberikan jawaban berdasarkan fakta.

## 3. Metode Pemberian Contoh atau Teladan

Seorang pendidik harus memberikan teladan dalam pendidikan seks ini terutama hal-hal yang berkaitan dengan akhlak, seperti cara berpakaian, pergaulan dengan lawan jenis, dan tingkah laku mereka. Anak pada usia remaja telah memiliki daya pikir dan nalar yang kritis.

Notoatmodjo dalam buku *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*, 2012 menyatakan terdapat beberapa metode pendidikan atau promosi kesehatan, salah satunya yaitu metode kelompok besar. Kelompok besar adalah apabila peserta penyuluhan itu lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini antara lain ceramah dan seminar.

1. Ceramah: Metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah.
2. Seminar: Metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari salah ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

Menurut Suiroka dan Supriasa (2012), media audio visual/ media pandang dengar (memberikan stimulasi terhadap indra penglihatan dan pendengaran), dibedakan menjadi beberapa contoh, yaitu:

1. Film motion picture atau video

Film atau video disebut juga gambar hidup, rangkaian gambar diam yang meluncur secara cepat dan diproyeksikan sehingga menimbulkan kesan duduk dan bergerak. Karenanya, film memberikan kesan yang impresif bagi para pemirsanya.

2. Televisi

Televisi adalah media yang dapat menampilkan pesan secara audio visual dan gerak. Televisi di antaranya: televisi terbuka (open broadcast television), televisi siaran terbatas/ TVST (Cole Circuit Television/ CCTV), dan *Video-Cassette Recorder* (VCR).

3. Multimedia

Pengertian multimedia sering dikacaukan dengan pengertian *multi image*. Multimedia merupakan suatu sistem penyampaian dengan menggunakan berbagai jenis bahan belajar yang membentuk suatu unit atau paket. contohnya suatu model belajar yang terdiri atas bahan cetak, bahan audio, dan bahan audio visual. sedangkan multimix merupakan gabungan dari beberapa jenis proyeksi visual yang digabungkan lagi dengan komponen audio yang kuat

## 8.4 Materi Pendidikan Seksual

Materi secara umum berarti isi dari sesuatu atau bahan. Adapun yang dimaksud dengan materi pendidikan seks adalah bahan yang harus disampaikan kepada seseorang atau sekelompok orang dalam usaha membimbing dan mengarahkan perkembangan seksualnya agar ia terbebas dari manipulasi di bidang seks dan dapat bertanggungjawab terhadap seksualitasnya.

Menurut Hourlock materi pendidikan seks yang diberikan kepada anak meliputi:

1. Etika seksual baik ditinjau dari segi agama maupun sosial.
2. Pengetahuan mengenai anatomi dan fisiologi alat kelamin serta proses reproduksi pada manusia.
3. Penanaman kesadaran peran sosial anak laki-laki dan perempuan.

4. Perkembangan manusia proses reproduksi dan kontrasepsi.
5. Perilaku seksual yang sehat dan yang menyimpang.

Terdapat beberapa materi penting yang perlu diberikan sebagai bekal remaja dalam kaitannya dengan kesehatan reproduksi remaja dalam konteks pendidikan seks remaja, yaitu:

### **Alat Reproduksi dan Hak-Hak Reproduksi Remaja**

Masa remaja adalah fase pertumbuhan dan perkembangan saat individu mencapai usia 10-19 tahun. Dalam rentang waktu ini terjadi perubahan fisik yang cepat, termasuk pertumbuhan serta kematangan dari fungsi organ reproduksi. Remaja perlu memahami anatomi alat reproduksi dan fungsinya.

#### 1. Alat reproduksi pria

##### a. Testis

Pria memiliki 2 buah testis untuk memproduksi sperma yang dibungkus oleh lipatan kulit berbentuk kantung yang disebut skrotum. Dimulai sejak masa pubertas, sepanjang masa hidupnya pria akan memproduksi sperma. Selain itu, testis juga menghasilkan hormon testosteron. Di sisi belakang masing-masing testis terdapat epididimis, yaitu tempat sperma mengalami kematangan. Saluran selanjutnya adalah vas deferens, saluran ini masuk ke *vesika seminalis* sebagai tempat penampungan sperma.

##### b. Penis

Penis adalah alat reproduksi yang membawa cairan mani ke dalam vagina. Di dalam penis ada saluran uretra. Jika ada rangsangan seksual, maka darah di dalam penis akan terpompa. Akibatnya, penis menjadi tegang dan mengeras, lalu cairan semen yang mengandung sperma keluar dari *vesika seminalis* dan melalui uretra terpancar keluar. Proses tersebut dikenal dengan istilah ejakulasi.

##### c. Saluran ejakulasi

Saluran ejakulasi merupakan saluran yang pendek dan menghubungkan *vesikula seminalis* dengan uretra.

- d. Uretra  
Uretra merupakan saluran panjang terusan dari saluran ejakulasi dan terdapat di penis.
- 2. Alat reproduksi wanita  
Alat reproduksi wanita terdiri atas alat kelamin luar dan alat kelamin dalam. Organ reproduksi luar terdiri dari:
  - a. Vagina  
Vagina adalah saluran yang menghubungkan organ uterus dengan tubuh bagian luar. Vagina merupakan tempat masuknya penis saat melakukan hubungan seksual dan saluran persalinan keluarannya bayi sehingga sering disebut dengan liang peranakan. Di dalam vagina ditemukan selaput darah.
  - b. Vulva  
Vulva merupakan suatu celah yang terdapat di bagian luar dan terbagi menjadi 2 bagian, yaitu: labia mayor yang merupakan sepasang bibir besar yang terletak di bagian luar dan membatasi vulva; dan labia minor yang merupakan sepasang bibir kecil yang terletak di bagian dalam dan membatasi vulva.

Organ reproduksi dalam wanita terdiri dari:

- a. Ovarium  
Ovarium merupakan organ utama pada wanita. Setiap wanita memiliki sepasang ovarium, yang setiap bulan secara bergantian mengeluarkan satu sel telur (ovum yang matang) dan terletak di dalam rongga perut pada daerah pinggang sebelah kiri dan kanan. Ovarium juga menghasilkan hormon estrogen yang berfungsi untuk mempertahankan sifat sekunder pada wanita, serta membantu dalam proses pematangan sel telur dan hormon progesteron yang berfungsi memelihara dari masa kehamilan.
- b. Rahim/kandungan  
Tempat janin tumbuh dan berkembang. Setiap bulan, rahim menyiapkan diri dengan melapisi dindingnya dengan lapisan khusus untuk menerima bayi. Jika wanita tidak hamil, maka

lapisan khusus itu runtuh berupa darah haid. Dan jika wanita tersebut hamil, lapisan khusus tidak diruntuhkan lagi, tetapi dipakai untuk menghidupi janin sehingga perempuan tidak haid saat hamil.

c. Dinding vagina

Dinding vagina juga mempunyai lapisan khusus. Dinding ini memiliki lapisan yang halus dan mudah sekali terluka. Jika terjadi luka, sering kali lukanya tidak dirasakan sakit. Luka di dinding vagina memudahkan bibit atau kuman Infeksi Menular Seksual (IMS) masuk dalam tubuh. Guna mencapai kesejahteraan yang berhubungan dengan fungsi dan proses sistem reproduksi, maka setiap orang (khususnya remaja) perlu mengenal dan memahami tentang hak-hak reproduksi dan seksual.

Menurut piagam IPPF/PKBI dalam Siyoto dan Rohan, 2015 tentang hak- hak reproduksi dan seksual adalah:

- Hak untuk hidup.
- Hak mendapatkan kebebasan dan keamanan.
- Hak atas kesetaraan dan terbebas dari segala bentuk diskriminasi.
- Hak privasi.
- Hak kebebasan berpikir.
- Hak atas informasi dan edukasi.
- Hak memilih untuk menikah atau tidak serta untuk membentuk dan merencanakan sebuah keluarga.
- Hak untuk memutuskan apakah ingin dan kapan punya anak.
- Hak atas pelayanan dan proteksi kesehatan.
- Hak untuk menikmati kemajuan ilmu pengetahuan.
- Hak atas kebebasan berserikat dan berpartisipasi dalam arena politik.
- Hak untuk terbebas dari kesakitan dan kesalahan pengobatan.

## 8.5 Bentuk-bentuk Pendidikan Seksual

Pendidikan seks berdasarkan tingkatan usia. Sejak kapan Pendidikan seks dapat diberikan? Pertanyaan ini sering ditanyakan sebagian banyak masyarakat, sebenarnya pendidikan seks ini dapat diberikan sejak anak mulai bertanya tentang hal yang berkaitan dengan seks dan kelengkapan jawaban bisa diberikan sesuai dengan seberapa jauh keingintahuan mereka dan tahapan umur sang anak.

Tetapi ada juga sebagian ahli yang mengklasifikasikan perkembangan anak dalam beberapa fase yaitu:

1. Fase pertama atau Tamyiz (masa pra pubertas)  
Fase ini ada pada usia antara 7-10 tahun. Pada tahap ini diajarkan mengenali identitas diri berkaitan erat dengan organ biologis mereka serta perbedaan antara laki-laki dan perempuan. Pada masa ini juga anak diberi pelajaran tentang meminta izin dan memandang sesuatu ketika akan memasuki kamar orang tuanya.
2. Fase kedua atau *murahaqah* (pubertas), ada pada usia 10-14 tahun  
Pada tahap umur ini, harus dijelaskan mengenai fungsi biologis secara ilmiah, batas aurat, kesopanan, akhlak pergaulan laki-laki dan menjaga kesopanan serta harga diri. Pada masa ini anak sebaiknya dijauhkan dari berbagai rangsangan seksual seperti bioskop, buku-buku porno, buku-buku yang memperlihatkan perempuan-perempuan yang berpakaian mini dan sebagainya.
3. Fase ketiga atau *bulugh* (Masa Adolesen), pada usia 14-16 tahun  
Pada tahap ini adalah paling kritis dan penting, karena naluri ingin tahu dalam diri anak semakin meningkat ditambah dengan tahapan umur yang semakin menampakkan kematangan berpikir. Pada masa ini juga anak sudah siap menikah (ditandai dengan mulai berfungsinya alat-alat reproduksi), maka anak bisa diberi pelajaran tentang etika hubungan sosial.
4. Fase keempat (masa pemuda)  
Pada masa ini diberi pelajaran tentang etika *istifaah* (menjaga diri) jika belum mampu melaksanakan pernikahan.

### 5. Fase kelima (analisa)

Menurut Clara Kriswanto dalam Sarwono mengklasifikasikan pendidikan seks berdasarkan usia sebagai berikut:

- a. Usia 13-15 tahun: Ajarkan tentang nilai keluarga dan agama, Ungkapkan kepada mereka kalau ada berbagai cara untuk mengekspresikan cinta, Diskusikan dengan anak tentang faktor-faktor yang harus dipertimbangkan sebelum melakukan hubungan seks.
- b. Usia 16-18 tahun: Dukung anak untuk mengambil keputusan sambil memberi informasi berdasarkan apa seharusnya ia mengambil keputusan itu, Diskusikan dengan anak tentang perilaku sek yang tidak sehat dan ilegal.

## 8.6 Promosi Kesehatan

### Definisi Promosi Kesehatan

Berikut definisi promosi kesehatan dari berbagai sumber:

1. WHO 1984, “Promosi kesehatan tidak hanya untuk merubah perilaku tetapi juga perubahan lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut.”
2. Green 1984, “Promosi Kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik dan organisasi yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi lingkungan.”
3. Ottawa Charter 1986, “Proses memungkinkan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.”
4. Bangkok Charter 2005, “Proses memungkinkan masyarakat untuk memelihara kesehatan mereka dan penentunya, dan dengan demikian akan meningkatkan kesehatan mereka.”

5. Notoatmodjo 2014, “Promosi kesehatan merupakan suatu bentuk pendidikan yang berupaya agar masyarakat berperilaku kesehatan yang baik.”
6. Dinas Kesehatan 2008, “Promosi Kesehatan adalah proses mengupayakan individu-individu dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka dalam mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya.
7. Syarifudin 2009, “Promosi Kesehatan adalah proses pemberdayaan masyarakat agar mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya melalui pembelajaran.”

### **Visi dan Misi Promosi Kesehatan**

Visi Promosi Kesehatan tidak dapat dipisahkan dari bagian Visi Indonesia Sehat tahun 2010. Visi Promosi Kesehatan adalah “Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.” Di mana setiap individu pada rumah tangga di Indonesia telah melakukan perilaku hidup bersih dan sehat dalam rangka:

1. mencegah terjadinya penyakit dan masalah kesehatan;
2. menanggulangi penyakit dan masalah kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan;
3. memanfaatkan pelayanan kesehatan;
4. mengembangkan dan melaksanakan upaya kegiatan masyarakat.

Misi Promosi Kesehatan adalah:

1. Memberdayakan individu, keluarga dan kelompok masyarakat, baik melalui pendekatan personal, keluarga, organisasi, dan gerakan masyarakat.
2. Membina suasana atau lingkungan yang kondusif bagi terciptanya perilaku hidup bersih dan sehat di masyarakat, mengadvokasi para pengambil keputusan dan penentu kebijakan serta pihak lain yang berkepentingan, dalam rangka:
  - a. mendorong diberlakukannya kebijakan dan peraturan undang-undang yang berwawasan kesehatan;

- b. mengintegrasikan promosi kesehatan, khususnya pemberdayaan masyarakat dalam program kesehatan;
- c. meningkatkan kemitraan yang sinergis antara pemerintah pusat dan daerah serta antara pemerintah dengan masyarakat termasuk lembaga swadaya masyarakat (LSM);
- d. meningkatkan investasi dalam bidang promosi kesehatan pada khususnya dan dalam bidang kesehatan pada umumnya.

### **Ruang Lingkup Promosi Kesehatan**

Berdasarkan Piagam Ottawa tahun 1986, ruang lingkup promosi kesehatan dikelompokkan menjadi lima area yaitu:

#### **1. Build Healthy Policy**

Build Health Policy atau membangun kebijakan publik yang berwawasan kesehatan memperhatikan dampak kesehatan dari setiap keputusan yang telah dibuat. Kebijakan publik sebaiknya menguntungkan kesehatan. Bentuk kebijakan publik antara lain berupa peraturan perundang-undangan, kebijakan fiskal, kebijakan pajak dan pengembangan organisasi serta kelembagaan. Berikut contoh-contoh bentuk kebijakan di Indonesia:

- a. Kebijakan kawasan tanpa rokok.
- b. Pembatasan iklan rokok.
- c. Pemakaian helm dan sabuk pengaman.

#### **2. Create Supportive Environment**

- a. Create Supportive Environment atau menciptakan lingkungan yang mendukung merupakan peranan yang besar untuk mendukung seseorang atau mempengaruhi kesehatan dan perilaku seseorang. Berikut merupakan contoh lingkungan yang mendukung: penyediaan pojok laktasi di tempat-tempat umum, penyediaan tempat sampah.
- b. Pengembangan tempat konseling remaja.

#### **3. Strengthen Community Action**

Strengthen Community Action atau memperkuat gerakan masyarakat. Promosi kesehatan berperan untuk mendorong serta memfasilitasi

- upaya masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. Berikut contoh-contoh penguatan gerakan masyarakat:
- a. Terbentuknya yayasan atau lembaga konsumen Kesehatan.
  - b. Terbentuknya posyandu.
  - c. Terbentuknya pembiayaan kesehatan bersumber daya masyarakat.
4. Develop Personal Skill
- Develop Personal Skill atau mengembangkan keterampilan individu merupakan upaya agar masyarakat mampu membuat keputusan yang efektif tentang kesehatannya. Masyarakat membutuhkan informasi, pendidikan, pelatihan dan berbagai keterampilan. Promosi Kesehatan berperan untuk memberdayakan masyarakat agar dapat mengambil keputusan dan mengalihkan tanggung jawab kesehatan berdasarkan pengetahuan dan keterampilan setiap individu. Pemberdayaan akan lebih efektif bila dilakukan dari tatanan rumah tangga, tempat kerja, dan tatanan lain yang telah ada di masyarakat.
5. Reorient Health Service
- Reorient Health Service atau menata kembali arah utama pelayanan kesehatan kepada upaya preventif dan promotif serta mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

### **Sasaran Promosi Kesehatan**

Promosi Kesehatan memiliki 3 jenis sasaran yaitu primer, sekunder, dan tersier. Penjelasannya sebagai berikut:

1. Sasaran Primer

Sasaran primer meliputi individu yang sehat dan keluarga sebagai bagian dari masyarakat.

2. Sasaran Sekunder

Sasaran sekunder meliputi para pemuka di masyarakat, baik pemuka informal seperti pemuka adat, pemuka agama dan lain-lain maupun pemuka formal seperti petugas kesehatan, pejabat pemerintahan dan lain-lain. Organisasi kemasyarakatan dan media massa.

3. Sasaran Tersier

Sasaran tersier meliputi para pembuat kebijakan publik yang membuat peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan bidang di luar kesehatan yang berkaitan serta para penyedia sumber daya (Maulana 2009).



# Bab 9

## Hak – Hak Reproduksi dan Seksual

### 9.1 Pendahuluan

Hak Asasi Manusia (HAM) adalah seperangkat hak yang melekat pada hakikat, dan keberadaan manusia sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Esa, dan merupakan anugerah-Nya yang wajib dihormati, dijunjung tinggi, dan dilindungi oleh negara hukum, pemerintahan, dan setiap orang; demi kehormatan serta perlindungan harkat dan martabat manusia.

HAM bersifat universal dan mutlak artinya penegakan HAM berlaku untuk semua orang, dimanapun mereka berada. Berbeda dengan pandangan awam yang menyatakan bahwa “sebelum mendapatkan hak, seorang individu harus menjalankan kewajibannya terlebih dahulu,” sejatinya pemenuhan Hak Asasi Manusia seseorang hadir tanpa harus disandingkan dengan konsep ‘kewajiban’. Seorang individu tidak perlu melakukan satu atau lain hal agar hak asasinya terjamin, karena konsep HAM telah melekat di dalam diri setiap manusia sejak ia dilahirkan (Ardinata, 2020).

Sebagai contoh, Pasal 9 Pernyataan Umum tentang Hak-hak Asasi Manusia menjamin bahwa “Tidak ada seorang pun yang boleh ditangkap, ditahan, atau dibuang dengan sewenang-wenang”. Dalam pelaksanaannya, seorang individu

tidak perlu melakukan hal-hal tertentu – seperti bekerja selama 8 jam per-hari, menjadi pemeluk agama yang baik, atau bersosialisasi secara aktif dengan tetangga – untuk mendapatkan jaminan tidak akan ditangkap, ditahan, atau dibuang dengan sewenang-wenang.

Akan tetapi, dikursus mengenai premis “kewajiban mendahului hak” menjadi populer di Indonesia, khususnya ketika membahas tentang elemen HAM yang berkaitan dengan tubuh individu. Pemenuhan atas hak-hak ketubuhan – yang umumnya disebut dengan istilah HKSR: Hak-hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi – dibatasi, dengan anggapan bahwa setiap individu memiliki kewajiban untuk mengikuti standar moral kelompok tertentu (Murthada and Sulubara, 2022).

Keprihatinan terhadap kondisi tersebut yang mendorong isu ini mendapat perhatian penting dalam *International Conference on Population and Development* (ICPD) 1994 di Kairo. Menindaklanjuti hal tersebut, *International Planned Parenthood Federation* (IPPF) mengeluarkan dokumen berjudul *IPPF Charter on Sexual and Reproductive Rights* atau dikenal dengan istilah Hak dan Kesehatan Seksual dan Reproduksi (HKSR) pada tahun 1995 (Nurcholish, 2015).

Hak-hak Kesehatan Seksual dan Reproduksi (HKSR) menjamin setiap individu untuk dapat mengambil keputusan terkait aktivitas seksual dan reproduksi mereka tanpa adanya diskriminasi, paksaan, dan kekerasan. HKSR memastikan seorang individu untuk dapat memilih apakah ia akan melakukan aktivitas seksual atau tidak, kapan dia akan melakukan aktivitas itu, dan dengan siapa dia akan melakukan aktivitas tersebut.

Selain jaminan terkait aktivitas seksual seseorang, HKSR juga turut menjamin kebebasan reproduksi seorang individu – bahwa seorang individu memiliki kebebasan untuk memilih apakah ia akan mempunyai anak atau tidak; kapan ia akan memiliki anak; dan akses terhadap informasi terkait hal-hal tersebut (Mita Meilani et al., 2023).

HKSR merupakan bagian dari HAM, karena Komponen HKSR berasal dari komponen-komponen HAM; seperti hak untuk hidup, hak untuk bebas dari penyiksaan, hak untuk mendapatkan privasi, hak untuk mendapatkan pendidikan, dan hak untuk terbebas dari diskriminasi. Artinya, HKSR – layaknya HAM – bersifat mutlak dan universal. Seorang individu tidak perlu melakukan apapun untuk mendapatkan akses HKSR-nya, karena akses terhadap

hak-hak tersebut merupakan bagian yang tidak dapat dilepas dari keberadaannya sebagai manusia (Syafwan, 2023).

Secara umum, HKSR mencakup hak seluruh manusia untuk:

1. Mencari, menerima, dan mengkomunikasikan informasi terkait seksualitas.
2. Menerima pendidikan seksual.
3. Mendapatkan penghormatan atas integritas tubuhnya.
4. Memilih pasangan.
5. Memilih untuk aktif secara seksual, atau tidak.
6. Melakukan hubungan seks konsensual.
7. Menikah secara konsensual.
8. Memutuskan untuk memiliki anak atau tidak, dan kapan waktu yang tepat untuk memiliki anak.
9. Memiliki kehidupan seksual yang memuaskan, aman, dan menyenangkan.

Dokumen ini menjadi landasan penting negara-negara anggota Perserikatan Bangsa-bangsa, termasuk Indonesia, menyusun aturan untuk menjamin terpenuhinya HKSR dalam. Patut dipahami, HKSR merupakan bagian dari HAM dasar karena komponen HKSR merujuk pada prinsip HAM dasar penghargaan pada kebebasan/ kemerdekaan, kesetaraan, dan martabat (freedom, equality, and dignity).

Secara khusus komponen HAM yang menjadi rujukan adalah hak untuk hidup, hak untuk bebas dari penyiksaan, hak untuk mendapatkan privasi, hak untuk terbebas dari diskriminasi, dan hak untuk mendapatkan pendidikan, tak terkecuali pendidikan seksualitas komprehensif (Athar, 2022).

Selama ini masalah kesehatan reproduksi tersebut lebih banyak didekati dari aspek klinis, padahal inti dari persoalan sesungguhnya terletak pada konteks sosial yang sangat kompleks karena kesehatan reproduksi dipengaruhi dan mempengaruhi sosial ekonomi dan berhubungan erat dengan nilai etika, agama dan kebudayaan.

Berbicara tentang kesehatan reproduksi adalah berbicara tentang kualitas sumber daya manusia, yang pada gilirannya menyangkut masalah akses dan mutu pelayanan kesehatan dan hubungan peran laki-laki dan perempuan dalam

masyarakat (dalam konteks yaitu hak kesehatan reproduksi yang berkeadilan dan berkesetaraan gender) (Permatasari and Gultom, 2022).

## 9.2 Faktor-faktor Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi Perempuan

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan reproduksi perempuan sangat kompleks karena berkaitan juga dengan lemahnya posisi perempuan di dalam keluarga maupun masyarakat meliputi:

1. Kemiskinan perempuan, persentase kemiskinan perempuan bukan hanya lebih tinggi dibanding laki-laki tetapi juga termasuk kelompok miskin di antara yang termiskin.
2. Banyak perempuan yang berpendidikan rendah dibanding laki-laki.
3. Perempuan kebanyakan tidak mampu menjangkau pelayanan dan informasi kesehatan yang penting.
4. Perempuan tidak mempunyai hak dan kendali untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang mendasar.
5. Posisi perempuan yang dianggap rendah (Akbar et al., 2021).

Berikut ini adalah masalah kesehatan yang mempengaruhi kesehatan reproduksi perempuan:

1. Kurang gizi/Gizi Buruk  
Kurang gizi/gizi buruk adalah masalah kesehatan yang paling sering terjadi dan berakibat buruk pada perempuan.
2. IMS (Infeksi Menular Seksual) dan HIV/AIDS  
Seorang perempuan secara fisik lebih rentan terkena infeksi IMS dan HIV/AIDS dari pada laki-laki. Ini disebabkan sperma laki-laki akan tinggal di dalam tubuh perempuan dan kuman masuk melalui dinding vagina ke dalam darah.
3. Hamil Terlalu Sering  
Banyak di antaranya yang melahirkan banyak anak dengan jarak yang berdekatan. Angka kehamilan dan kelahiran yang berdekatan membuat

perempuan tidak akan sempat memulihkan tenaga sehingga menjadi mudah sakit dan mengalami komplikasi dalam kehamilan dan persalinan.

4. Komplikasi Kehamilan dan Persalinan

Dalam 10 tahun terakhir, jumlah kematian ibu dalam kehamilan dan persalinan masih tetap tinggi. Hal ini sangat memprihatinkan bahwa perempuan harus mengalami komplikasi kehamilan dan persalinan.

5. Aborsi

Persoalan aborsi masih sangat kontroversial, namun banyak kasus kematian perempuan terjadi akibat aborsi yang tidak aman karena mereka tidak punya pilihan lain (misalnya karena kehamilan yang tidak diinginkan).

6. Gangguan Kesehatan Umum

Perempuan sering mengalami gangguan kesehatan tertentu karena pekerjaan mereka, kelelahan, kurang gizi misalnya terkena TBC. Gangguan Kesehatan Umum ini tentu saja akan mengganggu kesehatan reproduksi mereka.

7. Kekerasan Terhadap Perempuan

Kekerasan terhadap perempuan (baik fisik, psikis, maupun seksual) sering kali menimbulkan luka berat, kecacatan dan kematian.

8. Keselamatan Kerja

Perempuan menghadapi risiko kesehatan setiap hari dari pekerjaannya, baik di rumah maupun di tempat kerja lainnya yang semua itu sangat mempengaruhi kesehatan reproduksi wanita. Hal ini dikarenakan belum adanya sarana jaminan kesehatan pada perempuan.

9. Gangguan Kesehatan Jiwa

Perempuan dan laki-laki mempunyai risiko yang sama terkena gangguan jiwa. Tetapi depresi berat lebih banyak terkena pada wanita. Hal ini sangat mempengaruhi kesehatan reproduksi dan seksual pada perempuan, dikarenakan mereka sudah tidak bisa mengurus diri mereka sendiri.

10. Pelayanan Kesehatan Belum Optimal

Akses terhadap pelayanan kesehatan reproduksi masih sangat kurang dikarenakan layanan kesehatan yang masih sangat sedikit, khususnya di daerah yang terpencil (Endah Mulyani, Diani Octaviyanti Handajani and Safriana, 2020).

## 9.3 Seksualitas

Istilah seks dan seksualitas sering sekali dijadikan istilah yang sama bahkan dalam penggunaannya sering tidak dibedakan. Kamus Besar Bahasa Indonesia memberikan definisi sebagai berikut, seks adalah jenis kelamin, hal yang berhubungan dengan alat kelamin, seperti senggama. Sedangkan, seksualitas adalah ciri, sifat atau peranan seks, dorongan seks, atau kehidupan seks. Sehingga dapat dikatakan bahwa istilah seks dalam pemahamannya selalu dihubungkan dengan alat atau jenis kelamin. Karena istilah seks selalu dihubungkan dengan alat kelamin, maka ciri-ciri anatomi biologi mempunyai peranan penting untuk perbedaan jenis kelamin.

Berdasarkan alat kelaminnya, manusia dibedakan dalam dua golongan atau dua jenis kelamin, yaitu: laki-laki dan perempuan. Dengan ciri biologi alat kelamin penis, seseorang dimasukkan ke dalam kelompok laki-laki, sedangkan dengan ciri biologi alat kelamin vagina, seseorang dimasukkan ke dalam kelompok perempuan (Afriani, 2022).

Seksualitas dipahami sebagai ciri yang mencakup keseluruhan aspeknya, maka seksualitas mempunyai arti yang lebih luas dari pada arti seks. Seksualitas dalam artinya yang luas tetapi mendasar dapat diterangkan sebagai segala sesuatu yang menentukan seseorang sebagai pria dan wanita. Arti ini mempunyai jangkauan yang lebih luas dari arti seks. Seks hanya merupakan sebagian kecil dari keseluruhan kenyataan seksualitas manusia. Karena seksualitas merupakan adanya dan cara berada manusia sebagai laki-laki atau perempuan, maka seksualitas menyangkut segala sesuatu dan keseluruhan yang menentukan seseorang sebagai laki-laki atau sebagai perempuan (Wijaya and Ananta, 2022).

Maka dalam hal ini pengetahuan mengenai seksualitas sangat penting untuk diketahui. Dengan mengetahui tentang seksualitas mampu membentuk makna subjektif mengenai seksualitas, menuntun pola berpasangan seksual dan mengontrol perilaku seksual dari seseorang. Seorang individu yang kurang

memahami penyakit menular seksual dan cara penularannya tentu membuatnya menjadi kurang bisa mengontrol perilaku seksual dan menjadi mudah tertular.

Wanita yang menderita infeksi pada sistem saluran reproduksi dan kurang memahami gejala yang ia alami mungkin akan membiarkan keluhan terjadi sampai keluhan itu berkembang lebih akut dan membawa dampak lebih buruk pada kesehatannya. Demikian juga wanita yang kurang tahu tentang kehamilan dan cara-cara pencegahannya dapat mengalami kehamilan yang tidak dikehendaki. Dengan begitu, informasi tentang seksualitas sangat penting untuk menjaga kesehatan seksual individu (Solekha, 2018).

Informasi seksual dapat diberikan melalui pendidikan keluarga, pendidikan agama di pesantren atau tempat-tempat beribadah, pergaulan dengan teman, guru di sekolah, bacaan, media elektronik. Jenis materi yang disampaikan melalui berbagai media tersebut dapat berbeda, baik dalam substansi, intensitas, maupun daya pengaruhnya pada individu.

Sering dikatakan bahwa penyimpangan seksual remaja dikarenakan terlalu dominannya pengaruh media massa Kesehatan Reproduksi dan elektronik dalam menyebarkan informasi seksual bebas, sementara keluarga, sekolah, atau pesantren kurang memberikan bekal pengetahuan seksual yang sebanding. Bagaimana memberikan informasi yang lengkap dan mendidik tentang seksualitas dengan maksud agar penyimpangan seksual dapat ditekan, juga risiko penularan STD dan kehamilan tidak dikehendaki dapat dicegah, merupakan tantangan besar dalam pendidikan kesehatan reproduksi (Ulfa, 2020).

## 9.4 Macam-macam Hak Reproduksi dan Seksual

Hak Seksual merupakan hak asasi manusia yang telah diakui oleh hukum nasional, hukum internasional, serta dokumen dan perjanjian internasional. Hak asasi ini termasuk hak semua orang untuk bebas dari pemaksaan, diskriminasi dan kekerasan secara seksual. Hak Reproduksi juga merupakan hak asasi manusia tertentu yang telah diakui dalam hukum nasional, hukum internasional, serta dokumen dan perjanjian nasional maupun internasional. Hak asasi ini berlandaskan atas pengakuan hak-hak dasar bagi pasangan dan individu untuk

memutuskan secara bebas dan bertanggung jawab terkait aktivitasnya dalam bereproduksi (Nainggolan, Ramlan and Harahap, 2022).

Pada dasarnya hak-hak tersebut memiliki keterkaitan satu sama lain, walaupun memang ada perbedaan dari cakupan haknya. Hak Seksual adalah lebih mencakup seksualitas, orientasi seksual, identitas gender, perilaku seksual, dan kesehatan seksual, sedangkan Hak Reproduksi adalah lebih mencakup kesuburan, reproduksi, kesehatan reproduksi, dan keluarga. Ada 10 butir Hak Seksual dan 12 Hak Reproduksi berdasarkan *International Planned Parenthood Federation (IPPF) Charter* (Winarni, Nugroho and Agushybana, 2020).

Pada tahun 2007 IPPF mengembangkan 10 hak seksual yaitu:

1. Hak kesetaraan, perlindungan yang sama di muka hukum dan bebas dari semua bentuk diskriminasi yang berdasarkan jenis kelamin, seksualitas dan gender. Setiap orang dilahirkan secara bebas dan setara dalam martabat dan haknya dan berhak mendapatkan perlindungan hukum dari diskriminasi berbasis seksualitas dan gender.
2. Hak berpartisipasi bagi semua orang tanpa memandang jenis kelamin, seksualitas dan gender. Setiap orang dapat aktif bebas dan berpartisipasi penuh dan berkontribusi pada masyarakat, ekonomi, sosbud, serta aspek politik dalam kehidupan manusia tingkat lokal, nasional, regional, dan internasional.
3. Hak hidup, merdeka, dan terjamin keamanan dirinya secara utuh. Setiap orang memiliki hak untuk hidup dan terbebas dari segala bentuk kekejaman di semua bentuk khususnya yang berkaitan dengan usia, jenis kelamin, gender, orientasi seksual, sejarah kehidupan seksual, dan status HIV & AIDS.
4. Hak atas privasi  
Setiap orang memiliki hak untuk tidak diganggu hak privasinya.
5. Hak otonomi pribadi dan pengakuan hukum  
Setiap orang memiliki hak secara hukum dan kesempatan bagi setiap individu untuk memiliki kontrol dan memutuskan secara bebas hal yang berkaitan dengan seksualitas.
6. Hak berpikir bebas, berpendapat, berekspresi dan berserikat. Setiap orang memiliki hak untuk bebas berpikir, berpendapat, dan

mengekspresikan ide yang berkaitan dengan seksualitas tanpa gangguan bersifat dominan seperti: nilai – nilai budaya maupun ideologi politik.

7. Hak sehat dan manfaat kemajuan ilmu pengetahuan  
Setiap orang berhak menikmati setinggi tingginya standar kesehatan baik fisik maupun mental termasuk akses pelayanan kesehatan seksual untuk pencegahan, diagnosis, dan pengobatan untuk semua masalah seksual.
8. Hak pendidikan dan informasi  
Setiap orang tanpa diskriminasi memiliki hak untuk mendapatkan pendidikan dan informasi yang komprehensif dalam pendidikan seksual.
9. Hak menetapkan pernikahan, merencanakan keluarga, dan memutuskan tentang anak. Setiap orang memiliki hak untuk menetapkan pernikahan, merencanakan keluarga, dan memutuskan tentang anak secara bebas dan bertanggung jawab.
10. Hak pertanggungjawaban dan ganti rugi  
Setiap orang memiliki hak untuk memastikan dan menuntut agar hak seksual mereka ditegakkan. Ini mencakup kemampuan untuk memonitor pelaksanaan hak-hak seksual dan untuk mengakses solusi untuk pelanggaran hak-hak seksual, akses penuh ganti rugi melalui restitusi, kompensasi, rehabilitasi, dan lainnya (Santoso et al., 2023).

Berdasarkan ICPDR di Kairo ada 12 hak reproduksi yang ditetapkan yaitu:

1. Hak untuk mendapat informasi dan pendidikan  
Hak informasi dan pendidikan yang terkait dengan masalah kesehatan reproduksi termasuk jaminan kesehatan dan kesejahteraan seorang maupun keluarga.
2. Hak untuk kebebasan berpikir termasuk kebebasan dari penafsiran ajaran agama yang sempit, kepercayaan, filosofi dan tradisi yang akan membatasi kebebasan berpikir tentang pelayanan kesehatan reproduksi.

3. Hak atas kebebasan dan keamanan. setiap individu dipercaya untuk menikmati dan mengatur kehidupan reproduksinya dan tidak seorang pun dapat dipaksa untuk hamil atau menjalani sterilisasi serta aborsi. Mereka juga berhak mendapatkan perlindungan atau keamanan dari kekerasan seksual.
4. Hak untuk hidup setiap perempuan mempunyai hak untuk dibebaskan dari risiko kematian karena kehamilan. Setiap orang memiliki hak mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik, termasuk kesehatan seksualitas dan reproduksi, sehingga terhindar dari risiko kematian.
5. Hak mendapat pelayanan dan perlindungan kesehatan termasuk hak atas informasi, keterjangkauan, pilihan, keamanan, kerahasiaan, harga diri, kenyamanan, kesinambungan pelayanan dan hak berpendapat.
6. Hak untuk memutuskan kapan dan akan mempunyai anak  
Perempuan berhak memutuskan kapan dan akankah dia hamil serta mempunyai anak. Oleh karena itu, perempuan berhak mendapatkan informasi yang memadai kesehatan seksual dan reproduksi, termasuk alat kontrasepsi yang aman
7. Hak untuk bebas dari penganiayaan dan perlakuan buruk termasuk hak anak-anak agar dilindungi dari eksploitasi dan penganiayaan seksual serta hak setiap orang untuk dilindungi dari perkosaan, kekerasan, penyiksaan dan pelecehan seksual.
8. Hak memilih bentuk keluarga dan hak untuk membangun dan merencanakan keluarga. Semua orang berhak merencanakan, membangun, dan memilih bentuk keluarga, termasuk memilih untuk menikah atau tidak menikah secara sadar dan merdeka.
9. Hak atas kerahasiaan pribadi pelayanan reproduksi dilakukan dengan menghormati kerahasiaan dan bagi perempuan diberi hak untuk menentukan pilihan sendiri reproduksinya. Semua orang berhak untuk menentukan pilihan terhadap pelayanan kesehatan reproduksi yang dibutuhkan dan serta dijaga kerahasiaan pribadinya.
10. Hak atas kesetaraan dan bebas dari segala bentuk diskriminasi. Termasuk kehidupan berkeluarga dan reproduksinya. Setiap orang

berhak bebas dari segala bentuk diskriminasi dalam mengakses layanan kesehatan

11. Hak mendapatkan manfaat dari hasil kemajuan ilmu pengetahuan. Termasuk pengakuan hak bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan reproduksi dengan teknologi mutakhir yang aman dan dapat diterima. Semua orang berhak mendapat informasi dan pendidikan terkait kesehatan seksual dan reproduksi secara komprehensif sehingga mampu membuat keputusan sendiri terkait seksualitas dan reproduksi secara matang dan terbebas dari stereotip.
12. Hak atas kebebasan berkumpul dan berpartisipasi dalam politik  
Setiap individu mempunyai hak untuk mendesak pemerintah agar memprioritaskan kebijakan yang berkaitan dengan hak-hak kesehatan seksual dan reproduksi. Setiap individu berhak berkumpul dan berpolitik mendorong pemerintah mengutamakan kebijakan yang menjamin terpenuhinya hak-hak kesehatan seksual dan reproduksi (Anggraini, 2022).

Pada Undang-Undang RI Nomor 26 Tahun 2000 tentang Hak Asasi Manusia mengatur perihal Hak Wanita salah satunya tentang jaminan hak reproduksi wanita, yaitu Pasal 49 ayat (3) menyebutkan: “Hak khusus yang melekat pada diri wanita dikarenakan fungsi reproduksinya, dijamin dan dilindungi oleh hukum.” Undang-undang mengakui bahwa setiap orang memiliki hak-hak reproduksi, sebagaimana diatur dalam Pasal 72 UU Kesehatan. Hak-hak reproduksi adalah merupakan hak-hak asasi manusia, dan dijamin oleh undang-undang.

Hak-hak reproduksi tersebut mencakup:

1. Menjalani kehidupan reproduksi dan kehidupan seksual yang sehat, aman, serta bebas dari paksaan dan/atau kekerasan dengan pasangan yang sah.
2. Menentukan kehidupannya dan bebas dari diskriminasi, paksaan, dan/atau kekerasan yang menghormati nilai-nilai luhur yang tidak merendahkan martabat manusia sesuai dengan norma agama.
3. Menentukan sendiri kapan dan berapa sering ingin bereproduksi sehat secara medis serta tidak bertentangan dengan norma agama.

4. Memperoleh informasi edukasi dan konseling mengenai kesehatan reproduksi yang benar dan dapat dipertanggungjawabkan.
5. Setiap laki-laki dan perempuan berhak mendapatkan informasi dengan mudah, lengkap dan akurat mengenai penyakit menular seksual termasuk HIV/AIDS.
6. Setiap orang memiliki hak untuk memperoleh pelayanan keluarga berencana (KB) yang aman, efektif, terjangkau, dapat diterima, sesuai dengan pilihan, tanpa paksaan dan tanpa melawan hukum (Yanti, 2020).

Hak kesehatan seksual dan reproduksi bersifat mutlak dan universal. Setiap orang dijamin HKSR-nya, karena konsep Hak Asasi Manusia (HAM) telah melekat di dalam diri manusia sejak lahir. Tentunya hak selalu diimbangi dengan adanya kewajiban. Dan sebagai manusia, sudah sepatutnya kita menjalankan kewajiban kita untuk menghargai hak asasi orang lain.

Remaja yang memiliki kesehatan reproduksi dan seksual yang baik, tentunya akan mampu menghasilkan keputusan yang baik juga, sehingga kita tak perlu khawatir akan timbul masalah di kemudian hari. Kepedulian kita adalah penyelamat di masa yang akan datang (Taufik, 2020).

# **Bab 10**

## **Aspek Psikososial Kesehatan Seksual**

### **10.1 Pendahuluan**

Tim medis dan peneliti di seluruh dunia mengakui hubungan antara ginekologi dan psikiatri. Studi tentang hubungan antara kesehatan reproduksi dan kesehatan mental telah berkembang menjadi sub spesialisasi dalam ilmu kesehatan, dan semakin menarik perhatian penelitian dalam dekade terakhir. Bab ini berfokus pada beberapa kondisi dan prosedur ginekologi penting yang memiliki konsekuensi psikologis.

Bab ini bermaksud menjabarkan mengenai relevansi kesehatan reproduksi terhadap kesejahteraan psikologis perempuan, dan sebaliknya. Lebih khusus lagi, bagian mengenai infertilitas merinci konsekuensi psikososial dari tidak memiliki anak, berikut hasil kesehatan mentalnya perawatan reproduksi berbantuan dan efektivitas intervensi psikologis dalam mengurangi tekanan yang terkait dengan infertilitas. Pengalaman perempuan mengenai hilangnya 'uterus', konsekuensi kesehatan mental dan dampak psikologis setelah intervensi.

## 10.2 Psikososial Kesehatan Reproduksi Anak dan Remaja

Hak atas kesehatan seksual dan reproduksi mencakup kemampuan untuk mendapatkan kehidupan seks yang aman, bertanggung jawab, dan memuaskan, serta memiliki kemampuan untuk bereproduksi, dan untuk memutuskan apakah, kapan, dengan siapa, dan bagaimana melakukannya (World Health Organization, 2015).

Negara dengan pendapatan rendah dan menengah, memiliki kemampuan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan reproduksi lebih rendah dibandingkan negara maju. 220 juta perempuan di seluruh dunia, tidak terpenuhi kebutuhan untuk kontrasepsi atau keluarga berencana. Hal ini juga terjadi karena pertumbuhan penduduk yang terus menanjak sehingga meningkatkan kebutuhan layanan, sehingga mengakibatkan kematian ibu dan bayi semakin meningkat (Starrs et al., 2018).

Remaja yang menjadi ibu, dengan usia berkisar 15-24 tahun, memiliki risiko untuk mengalami abortus, melahirkan bayi dengan berat badan rendah, kelahiran prematur dan kematian neonatal. Selain itu, remaja berada pada peningkatan risiko aborsi yang tidak aman, infeksi menular seksual (IMS) (Haruna et al., 2018), dan fenomena sosial seperti pernikahan dini dan kekerasan berbasis gender. Isu-isu ini bersifat spesifik pada konteksnya, karena berkaitan dengan norma budaya, tradisi, dan nilai-nilai, dan juga sangat bergantung pada pengetahuan, sikap, dan perilaku remaja (O’Cathain et al., 2019).

Kesehatan reproduksi remaja terutama pengetahuan, sikap dan perilaku dipengaruhi oleh psikososial masyarakat. Masyarakat kota dan daerah rural atau desa sangat berbeda dalam memandang kesehatan reproduksi. Tiga bidang yang paling berbeda adalah pengetahuan mengenai kesehatan reproduksi terutama dalam penggunaan kontrasepsi, kesetaraan gender dan kebebasan dalam mengambil keputusan terkait penggunaan pelayanan kesehatan reproduksi (Phongluxa et al., 2020).

Sebuah studi menunjukkan bahwa remaja desa didorong untuk menikah muda, penggunaan kontrasepsi yang rendah dan kegiatan seksual yang tidak aman. Penggunaan kontrasepsi hanya untuk menunda kehamilan. Penggunaan kontrasepsi hanya dikaitkan dengan pengetahuan sampai batas usia tertentu dan bukan untuk remaja (Pavelová et al., 2021).

Selain itu, hubungan antara otonomi atau kemampuan mengambil keputusan sendiri dan penggunaan kontrasepsi dalam penelitian ini lemah, sedangkan penelitian sebelumnya di Asia menemukan bahwa otonomi mempunyai pengaruh yang besar terhadap penggunaan kontrasepsi (Schoonenboom and Johnson, 2017).

## 10.3 Psikososial Kesehatan Reproduksi Dewasa

Kesehatan reproduksi di usia dewasa sangat berpengaruh pada kesuburan, gender, kontrasepsi dan keputusan dalam memiliki keturunan (Kiani et al., 2020). Kesehatan seksual dan reproduksi serta hak-hak yang terkait dengannya merupakan faktor penting untuk memberdayakan perempuan dan memajukan kesetaraan gender.

Kesetaraan tersebut sangat bergantung pada pemberian kebebasan kepada perempuan untuk menggunakan hak mereka dalam membuat pilihan bebas dan terinformasi mengenai kehidupan seksual dan reproduksi mereka serta apakah dan kapan mereka akan memiliki anak. Pemberdayaan, yang mengacu pada kemampuan untuk membuat keputusan independen dalam berbagai situasi, termasuk yang berkaitan dengan masalah kesehatan, diakui sebagai hak pribadi. Oleh karena itu, pemberdayaan kelompok rentan memerlukan perhatian khusus (Sarkar et al., 2015).

Aspek sosial, lingkungan, dan budaya dari faktor penentu kesehatan sosial secara langsung mempengaruhi kesejahteraan suatu populasi (De Andrade et al., 2015). Faktor-faktor tersebut merupakan faktor pendukung kesehatan yang ada dalam kondisi hidup dan kerja (misalnya distribusi pendapatan, kekayaan, pengaruh, dan kekuasaan) dibandingkan faktor risiko individu yang mempengaruhi kemungkinan terjadinya penyakit atau kerentanan terhadap penyakit atau cedera (misalnya, faktor risiko perilaku atau genetika) (Artiga, 2018).

Faktor penentu sosial kesehatan merupakan faktor penting untuk mencapai kesetaraan kesehatan. Sejalan dengan itu, Konferensi Kairo menekankan pengurangan kesenjangan gender secara mendasar melalui pemberdayaan kelompok rentan baik pada tingkat individu maupun masyarakat. Berkenaan

dengan perempuan, khususnya, pemberdayaan ini dimungkinkan oleh pendidikan, pekerjaan, dan kondisi ekonomi (De Andrade et al., 2015).

Dengan memperbaiki kondisi sosio-ekonomi perempuan, maka mereka akan mengembangkan kapasitas perempuan untuk menuntut hak untuk terlibat dalam pengambilan keputusan reproduksi. Sayangnya, perempuan tidak menggunakan alat kontrasepsi karena kurangnya atau lemahnya dukungan dari pasangan atau masyarakat. Pemberdayaan perempuan dalam hal ini juga sangat dipengaruhi oleh kemampuan mereka berkomunikasi dengan pasangannya (Artiga, 2018).

Pemberdayaan perempuan dalam merumuskan dan melaksanakan keputusan terkait kesehatan reproduksi dimodelkan dengan cara yang berbeda-beda. Leininger, misalnya, penyediaan layanan kesehatan reproduksi sebagai faktor penting yang mempengaruhi pengambilan keputusan reproduksi, yang pada gilirannya dipengaruhi oleh kondisi sosial pada pemodelannya (Leininger, 1997).

Mahmoud, Shah and Becker, mengembangkan model konseptual di mana pemberdayaan pengambilan keputusan dan harga diri perempuan dikaitkan dengan status sosial mereka. Dalam tinjauan literatur, ditemukan model pemberdayaan perempuan dalam kesehatan reproduksi dapat menghasilkan rencana komprehensif untuk meningkatkan kemampuan perempuan dalam mengambil keputusan yang tepat dalam kesehatan reproduksi seksualnya (Mahmud, Shah and Becker, 2012).

Meskipun pemberdayaan kini telah menjadi istilah yang akrab dan banyak digunakan, definisi yang memadai dan komprehensif masih sulit dipahami. Salah satu permasalahannya adalah bahwa pemberdayaan merupakan sebuah 'fenomena laten' yang tidak dapat diamati secara langsung: hasil atau dampak agregatnya mungkin terlihat namun dinamisme internalnya sulit untuk diperiksa.

Pemberdayaan juga sering kali hanya dilihat secara parsial, seiring dengan meningkatnya otonomi dan kebebasan perempuan. Namun, pemberdayaan juga menyiratkan tanggung jawab tambahan; tanggung jawab yang mungkin tidak selalu memberikan hasil yang meningkatkan kesejahteraan. Misalnya, mobilitas dan visibilitas perempuan yang lebih besar sering kali menyebabkan peningkatan keterpaparan terhadap kekerasan; Meningkatnya peran perempuan dalam pengambilan keputusan dapat menyebabkan laki-laki mengambil

tanggung jawab yang lebih kecil dan bahkan menarik dukungan terhadap keputusan-keputusan penting seperti pencarian layanan kesehatan.

Oleh karena itu, pemberdayaan membawa serta hak dan tanggung jawab, dan dapat mengakibatkan terbatasnya beberapa kebebasan. Karena proses pemberdayaan bukannya tanpa konsekuensi, maka sulit untuk menilai hubungan antara pemberdayaan dan hasil pembangunan (Mahmud, Shah and Becker, 2012).

Sehingga psikososial merupakan salah satu faktor penting bagi perempuan untuk mengambil keputusan dalam pelayanan kesehatan reproduksi. Faktor budaya, dalam pemodelan Leininger salah satunya menunjukkan bahwa hal ini merupakan bagian penting dalam otonomi perempuan dalam perannya sebagai gender, akseptor KB dalam menjalankan fungsi reproduksi.

## 10.4 Psikososial Dalam Bidang Fertilitas

Stres, kecemasan, dan depresi memiliki dampak signifikan terhadap energi, suasana hati, minat, dan harga diri, yang semuanya dapat berkontribusi terhadap penurunan efisiensi reproduksi. Gejala depresi berhubungan dengan 25% hingga 75% kejadian disfungsi seksual, termasuk hilangnya libido, disfungsi ereksi, dan berkurangnya lubrikasi vagina. Patofisiologi yang mendasari gangguan *mood* juga dapat berdampak pada kesuburan, termasuk gangguan pada sistem hipotalamus, aksis hipofisis-adrenal, disfungsi tiroid, atau *hiperprolaktinemia*.

Etiologi ini dapat menyebabkan *anovulasi* dan penurunan fekunditas. Namun, studi kohor yang terdiri dari 248 wanita ovulasi yang terdaftar dalam studi *Biocycle* gagal menemukan hubungan antara gejala depresi dan kadar hormon reproduksi atau kemungkinan *anovulasi*. Penelitian ini tidak dapat menilai dampak depresi klinis terhadap ovulasi, karena wanita dengan riwayat depresi klinis tidak dilibatkan.

Literatur yang mengevaluasi dampak faktor psikososial termasuk stres, gejala depresi dan kecemasan, serta gangguan *mood* terhadap kesuburan alami masih terbatas dan tidak konsisten. Dalam studi, waktu hingga kehamilan terhadap 2.146 wanita yang terdaftar dalam studi menemukan bahwa gejala depresi berat dikaitkan dengan penurunan *fekundabilitas* (kemungkinan untuk hamil secara

alami dalam siklus menstruasi tertentu) dibandingkan dengan tidak ada atau rendahnya kehamilan.

Gejala depresi (OR, 0,62; 95% CI, 0,43–0,91). Setiap kenaikan 10 unit pada Persediaan Depresi Besar skor dikaitkan dengan penurunan  *fekundabilitas*  sebesar 10% (rasio  *fekundabilitas* , 0,90; CI 95%, 0,83–0,97) (Nillni et al., 2016). Sebaliknya, Lynch dan rekannya secara prospektif menganalisis kohort yang terdiri dari 339 wanita yang mencoba untuk hamil dan tidak menemukan hubungan antara stres psikososial, kecemasan, atau depresi, dan kesuburan yang dilaporkan sendiri. Menariknya, penulis menemukan adanya peningkatan signifikan  *fekundabilitas*  pada perempuan yang melaporkan tingkat dukungan sosial yang lebih tinggi dibandingkan yang lebih rendah (Lynch et al., 2019).

Berkaitan dengan psikologi dan pengobatannya, penggunaan obat-obatan psikotropika terhadap kesuburan tidak diketahui (Nillni et al., 2016). Namun untuk penggunaan antidepresan menunjukkan penurunan kesuburan pada wanita secara signifikan di mana terjadi penurunan sebesar 16%, yang menjadi signifikan secara statistik setelah mengendalikan riwayat depresi (Casilla-Lennon, Meltzer-Brody and Steiner, 2016).

Literatur menunjukkan bahwa stres dan reproduksi saling berhubungan. Psikososial stres mengaktifkan sistem saraf simpatis, yang dapat berdampak pada poros hipotalamus-hipofisis-adrenal. Dalam studi Biocycle, Schliep dan rekan mendemonstrasikannya bahwa stres yang dirasakan setiap hari mengganggu fungsi menstruasi.

Wanita dengan harian lebih tinggi stres yang dirasakan memiliki peningkatan risiko anovulasi dan menurunkan kadar progesteron fase  *luteal* . Menariknya, tingkat stres awal tidak memprediksi  *anovulasi* , sehingga menunjukkan bahwa yang mempengaruhi adalah bukan stres kronis, melainkan pemicu stres harian jangka pendek ovulasi (Schliep et al., 2015).

Psikososial juga berhubungan dengan keguguran. Sebesar 11%-20% kehamilan pada trimester satu dilaporkan mengalami keguguran (Arck et al., 2008). Keguguran dapat terjadi karena kelainan kromosom (Kalla, Loucif and Yahia, 2022) adalah faktor terbesar, tetapi tidak menutup kemungkinan untuk stres ikut berperan.

Pada pemeriksaan hormon stres pada ibu yang mengalami keguguran memiliki kadar hormon stres yang tinggi terutama ibu yang memiliki tuntutan sosial lebih tinggi. Hormon kortisol meningkat dalam pemeriksaan urine pada wanita yang

berujung pada keguguran (Nepomnaschy et al., 2006). Stres yang terjadi pada ibu sebagian besar karena faktor penurunan tingkat ekonomi, terjadinya peristiwa tidak terduga selama kehamilan, kurangnya dukungan sosial pada ibu (Bruckner, Mortensen and Catalano, 2016).

Selain efek negatifnya pada kesejahteraan psikologis, penelitian juga menunjukkan hal yang buruk menyatakan bahwa infertilitas dapat berdampak negatif pada hubungan seksual. Buktinya tidak jelas inklusif mengenai pengaruh infertilitas terhadap hubungan perkawinan dan kualitas hidup.

Penelitian membandingkan stres terkait kesuburan yang dialami istri dan suami secara inferensi pasangan ubin dengan sumber stres lain yang dialami oleh pasangan tanpa riwayat infertilitas, mengungkapkan bahwa tingkat stres lebih tinggi, terlepas dari apakah stres itu berasal dari kesuburan atau masalah kehidupan lainnya, dikaitkan dengan gangguan fungsi perkawinan dan penurunan kualitas hidup kedua pasangan. Stres dari sumber mana pun memiliki dampak yang lebih besar berdampak pada kehidupan istri dibandingkan suami. Bagi istri, berhubungan dengan kesuburan stres memiliki efek negatif yang lebih kuat pada efikasi diri dan identitas seksual dibandingkan stres dari sumber lain.

Mengenai usia reproduksi, terutama wilayah perkotaan. Semakin banyak perempuan di masyarakat yang memilih untuk menunda melahirkan anak demi mengejar pendidikan dan mengembangkan karier. Terjadi peningkatan usia kehamilan rerata pada tahun 2010 dengan usia melahirkan 24,5 tahun menjadi 26,4 tahun di tahun 2015 (Martin et al., 2017). Hal ini menunjukkan perubahan dalam keputusan dalam berumah tangga. Namun juga menunjukkan kemungkinan terjadi kehamilan berisiko di mana usia ibu mengandung di atas usia 35 tahun.

## 10.5 Psikososial Kesehatan Reproduksi Klimakterium

Keluhan kesehatan dapat terjadi pada masa transisi menopause yang dapat berlangsung selama 10 hingga 15 tahun, dan perubahan tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup perempuan (Whiteley et al., 2013). Tidak hanya perempuan saja, masyarakat pada umumnya juga memaknai menopause.

Persepsi menopause tertanam dalam ideologi gender, kurangnya pemahaman dan stereotip tentang wanita yang menua.

Selain itu, pemahaman yang berbeda tentang menopause ditemukan di berbagai kelompok budaya. Menopause lebih sering dipandang positif dalam budaya yang menghargai penuaan secara umum (Hickey et al., 2017). Interpretasi perempuan terhadap gejala yang mereka alami bergantung pada seberapa 'alami' gejala tersebut, atau apa arti menstruasi terakhir bagi mereka.

Bagi sebagian wanita, mengakhiri kesuburan fisik mungkin sulit, terutama ketika kesuburan berperan penting dalam identitas mereka sebagai seorang wanita. Ayer dkk, melakukan tinjauan sistematis untuk mempelajari konteks budaya, sosial dan psikologis seputar menopause, dan melaporkan bahwa wanita yang memandang menopause secara negatif, mengalami lebih banyak keluhan. Namun, sebab dan akibat masih belum jelas (Field-Springer, Randall-Griffiths and Reece, 2018).

Menopause dan usia paruh baya bisa menjadi masalah bagi perempuan, namun juga bisa menjadi titik balik, setelah itu perempuan akan mengalami lebih banyak fokus dan ruang untuk karier dan pengembangan diri (Field-Springer, Randall-Griffiths and Reece, 2018). Pada penelitian lain menunjukkan bahwa peristiwa kehidupan, aktivitas sehari-hari, kehidupan keluarga dan kepuasan kerja semuanya mempengaruhi *mood* wanita selama menopause.

Selain itu, usia paruh baya sering ditandai dengan masalah dan keluhan kesehatan yang berkaitan dengan usia, memiliki anak remaja atau menjadi orang yang tidak punya rumah, menderita karena kehilangan orang tua, atau memberikan perawatan informal, tugas yang sebagian besar masih diberikan kepada perempuan. Menguraikan menopause dari fenomena lain yang berkaitan dengan perjalanan hidup merupakan tantangan bagi perempuan itu sendiri, tetapi juga bagi dokter kesehatan kerja dan spesialis serta profesional lainnya, dan bagi supervisor di tempat kerja (Fenton and Panay, 2014).

Pengalaman tubuh dan perubahan biologis perempuan berinteraksi dengan konteks sosial dan budaya, seperti pekerjaan, yang di dalamnya terdapat kehidupan perempuan. Hal ini mempersulit studi tentang fenomena biologis menopause dari sudut pandang psikologis atau sosiologis (Griffiths, 2017).

Menurut Dillaway, pandangan holistik tentang menopause penting untuk pengobatan keluhan menopause yang memadai. Dia mengilustrasikan bagaimana wanita, dokter, dan peneliti mendefinisikan dan mendeskripsikan

menopause terutama berdasarkan usia kronologis. Namun, karakterisasi yang dibatasi usia dan waktu tidaklah cukup (O’Cathain et al., 2019).

Ketika profesional kesehatan dan perempuan sendiri tidak mengenali menopause sebagai sebuah fase kehidupan, misalnya karena mereka membatasi diri pada kategori usia tertentu untuk mengindikasikan menopause, konsekuensi negatif dapat terjadi: hal ini dapat membatasi pengenalan dan pilihan pengobatan, mempengaruhi keluhan yang dialami perempuan dan melemahkan kepercayaan diri perempuan terhadap tubuhnya sendiri, yang pada akhirnya dapat menimbulkan rasa tidak aman, pengobatan yang tidak optimal atau keterlambatan dalam mendapatkan pengobatan yang memadai dan mempengaruhi kualitas hidup (Griffiths, 2017).

Faktor lain seperti kelebihan berat badan, ketidakamanan finansial, status lajang dan memiliki tanggung jawab perawatan informal berhubungan dengan kemampuan kerja dan kesejahteraan (Rindner et al., 2017). Menurut Griffiths et al., keharusan menyembunyikan keluhan menopause dapat menjadi stresor tersendiri (Griffiths, 2017).

Studi menunjukkan bahwa stres yang dialami dapat meningkatkan keluhan menopause. Smith dan rekannya berpendapat bahwa asumsi wanita menopause tentang reaksi orang lain terhadap *hot flashes* mungkin lebih negatif daripada yang sebenarnya terjadi. Para responden menjelaskan *hot flashes* dan keringat yang terlihat pada wanita menopause disebabkan oleh faktor lain, seperti masalah kesehatan, emosi, latihan fisik, suhu, dan lain-lain. Oleh karena itu, pola pikir dan keyakinan perempuan tentang menopause perlu mendapat perhatian lebih dalam penelitian.

Sarrel melaporkan adanya hubungan antara keluhan kesehatan menopause dan kesejahteraan mental, karena keluhan menopause dapat dialami sebagai sumber rasa tidak aman, cemas dan malu. *Hot flashes* khususnya dialami sebagai masalah di tempat kerja, karena berdampak pada kepercayaan diri perempuan, merugikan citra profesional yang diinginkan dan menurunkan kemampuan, terutama bagi perempuan dengan pekerjaan dan tanggung jawab yang menuntut (Hardy et al., 2019).

Menganalisis pengalaman perempuan dalam kaitannya dengan pekerjaan. Australia dan mengidentifikasi tiga tema yang berkaitan dengan waktu. Pertama, sebagian perempuan menggambarkan menopause sebagai 'masa waktu': menopause bisa menjadi waktu untuk refleksi, waktu untuk mendapatkan kesempatan kedua dan memperbarui ambisi, atau waktu ketika

perempuan menempatkan organisasi tempat mereka bekerja pada 'tempatnyanya' dan menempatkan diri pada posisi yang tepat. diri mereka sendiri yang sentral.

Kedua, sebagian perempuan menggambarkan menopause sebagai sebuah 'spiral', karena pengalaman tubuh mereka selama menopause tidak sejalan dengan waktu, seperti yang disyaratkan dengan *hot flashes* yang tidak dapat diprediksi atau menstruasi berat yang memerlukan penggantian pembalut hingga ke toilet secara teratur menimbulkan kebingungan dan ketidaknyamanan selama perjalanan, pertemuan yang direncanakan, atau kegiatan pendidikan yang direncanakan beberapa bulan sebelumnya. Bentuk penghargaan dan pengakuan yang kecil, seperti akses ke tempat yang berventilasi, membuat perempuan merasa lebih santai di tempat kerja, sementara penolakan terhadap pengalaman mereka memperburuk gejala fisik (Hardy et al., 2018).

Ketiga, aliansi baru berkembang sekitar masa menopause-dengan ibu, rekan kerja, supervisor, dan organisasi itu sendiri. Makna baru tercipta mengenai relasi antar perempuan, di mana keheningan mengenai menopause terdengar lantang dalam realisasi pengalaman fisik bersama. Para perempuan merenungkan masa lalu, melihat kembali kehidupan ibu mereka, dan juga masa depan mereka: bagaimana mempertahankan posisi mereka di dunia pekerjaan hingga usia pensiun, dan apa yang mereka perlukan untuk mencapainya (Hardy et al., 2018).

Dalam studi longitudinal, menunjukkan bahwa stres merupakan salah satu faktor risiko utama rendahnya kualitas hidup di kalangan wanita menopause (Mishra and Kuh, 2006). Gujski dkk, mempelajari stres kerja dalam kaitannya dengan fungsi kognitif (aspek memori, kecepatan psikomotorik, waktu reaksi, perhatian kompleks, fleksibilitas kognitif, kecepatan pemrosesan, dll.) di antara pekerja intelektual perempuan Polandia peri- dan pasca menopause dan menemukan korelasi antara fungsi kognitif dan stres-faktor pemicu di tempat kerja (Bolge et al., 2010).

Kontak sosial di tempat kerja, kurangnya penghargaan dan dukungan serta beban psikologis akibat kompleksitas pekerjaan menjadi penyebab utama terjadinya stres (Bolge et al., 2010). Khususnya di kalangan wanita pascamenopause, ditemukan korelasi negatif antara sebagian besar fungsi kognitif dan intensitas stres, serta sebagian besar faktor pemicu stres (Griffiths, 2017).

Berbagai strategi coping individu dijelaskan untuk masalah tidur dan kemungkinan konsekuensinya, seperti kelelahan, solusinya tidaklah sederhana. Mengatasi *hot flashes* sering kali diatasi dengan membawa pakaian ekstra,

menggunakan pakaian berlapis, atau membawa kipas angin mini. Kadang-kadang, jendela bisa dibuka, atau perempuan menyegarkan diri di kamar mandi.

Strategi mengatasi masalah konsentrasi atau kelupaan misalnya mengecek ulang pekerjaan atau membuat daftar tugas. Menyesuaikan tugas atau mengubah jadwal kerja juga disebutkan. Strategi penanggulangan lainnya, yang lebih berorientasi pada gaya hidup, adalah perubahan pola makan, olahraga (ekstra), atau jam tidur ekstra (Lee and Baker, 2018).



# Daftar Pustaka

- Affandhy, L. R., & Nilamsari, N. (2017). SAFE BEHAVIOR ANALYSIS OF WORKERS WITH ABC (ACTIVATOR- BEHAVIOR- CONSEQUENCE) MODEL.
- Afriani, D. (2022) Pendidikan Seks Bagi Remaja. Penerbit NEM.
- Ahmed, S., Li, Q., Liu, L., & Tsui, A. O. (2012). Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *The Lancet*, 380(9837), 111–125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60478-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60478-4)
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, Personality, and Behavior*. Milton- Keynes, England: Open University Press & Chicago, IL: Dorsey Press.
- Akbar, H. et al. (2021) *Teori Kesehatan Reproduksi*. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Al-Mighwar, M. (2013). *Psikologi Remaja*. CV Pustaka Setia.
- Alberthina, Endang, & Erwin. (2014). Kadar TGF- $\beta$ 1 Plasma dan Limfosit CD4+ di Penderita yang Terinfeksi HIV Stadium 1. *Indonesian Journal of Clinical Pathology and Medical Laboratory*, 20 (2). pp. 122-127.
- Allen, K. (2012). Contraception - common issues and practical suggestions. *Australian Family Physician*, 41(10), 770–772.
- Alsana, M., Wanamaker, M., & Hardeman, R. R. (2019). The Tuskegee Study of Untreated Syphilis: A Case Study in Peripheral Trauma with Implications for Health Professionals. *Journal of General Internal Medicine*. 35(1): 322–325. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05309-8>.
- Amal, I. (2020). Uji Bakteriologis dan Faktor Risiko Pada Penderita Bacterial Vaginosis Berulang (Recurrent) di Puskesmas Tanggul. *Dokumentasi Internal : Universitas Jember Jawa Timur*.

- Ambarwati dan Muji Sulistyowati. (2014). Hubungan Antara Niat Peserta Dengan Implementasi Komitmen Program Keluarga Harapan Komponen Kesehatan. (Online), (<http://journal.unair.ac.id/downloadfull/JuPromkes8335a081784f99fullabstract.pdf>), diakses pada 25 September 2019.
- Anggraini, D.D. (2022) 'BAB 1 PENGERTIAN KESEHATAN REPRODUKSI', Kesehatan Reproduksi, p. 1.
- Appulembang, Y. N. A. dan A. H. (2019). Peran Keluarga dalam Upaya Pencegahan Perilaku Seks Pranikah Remaja di Palembang. *Analitika: Jurnal Magister Psikologi UMA*, 11(2), 151–158. <https://doi.org/10.31289/ANALITIKA.V11I2.3001>
- Arck, P. C. et al. (2008) 'Early risk factors for miscarriage: A prospective cohort study in pregnant women', *Reproductive BioMedicine Online*, 17(1), pp. 101–113. doi: 10.1016/S1472-6483(10)60300-8.
- Ardinata, M. (2020) 'Tanggung jawab negara terhadap jaminan kesehatan dalam perspektif hak asasi manusia', *Jurnal Ham*, 11(2), pp. 319–332.
- Arikunto, S; Yuliana, L. (2008). *Manajemen Pendidikan*. Yogyakarta: Aditya Media.
- Aritonang, T.R. et al. (2023) *ORGAN REPRODUKSI WANITA*. Rena Cipta Mandiri.
- Artiga, S. . & H. E. (2018) 'Beyond health care: The role of social determinants in promoting health and health equity. Kaiser Family Foundation: Issue Brief', promoting health and health equity. <https://www.kff.org/disparities-policy/issue-brief/beyond-health-care-the-roleof-social-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/>, (May). Available at: [http://www.ccapcomcare.org/Newsletters/2018-05 INSIGHT KFF Brief.pdf](http://www.ccapcomcare.org/Newsletters/2018-05%20INSIGHT%20KFF%20Brief.pdf).
- Astindari & Lumintang, H. (2014). Cara Penularan HIV & AIDS Di Unit Perawatan Intermediate Penyakit Infeksi (UPIPI) RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Berkala Ilmu Kesehatan Kulit dan Kelamin-Periodical of Dermatology and Venereology (BIKKK)*. 26(1).

- Athar, A.R. (2022) 'Implementasi Program Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) Aceh Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja Kota Banda Aceh'. UIN Ar-Raniry Fakultas Dakwah dan Komunikasi.
- Ayu Irlianti, & Endang Dwiyantri. (2014). ANALISIS PERILAKU AMAN TENAGA KERJA MENGGUNAKAN MODEL
- Ayu, SM. (2014). Hubungan Pendidikan dan Status Kawin dengan Infeksi Menular Seksual pada Wanita Usia Subur di Layanan Klinik IMS. Kes Mas : Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat. UAD Yogyakarta
- Banongle, M., Ofosu, S. K., & Anto, F. (2019). Factors associated with syphilis infection: a cross-sectional survey among outpatients in Asikuma Odoben Brakwa District , Ghana. *BMC Infectious Diseases*. 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3967-6>
- Barone, M. A., Hutchinson, P. L., Johnson, C. H., Hsia, J., & Wheeler, J. (2006). Vasectomy in the United States, 2002. *Journal of Urology*, 176(1), 232–236. [https://doi.org/10.1016/S0022-5347\(06\)00507-6](https://doi.org/10.1016/S0022-5347(06)00507-6)
- Batubara, J. R. (2016). Adolescent Development (Perkembangan Remaja). *Sari Pediatri*, 12(1), 21–29. <https://doi.org/10.14238/SP12.1.2010.21-9>
- Biello, K. B., Ickovics, J., Niccolai, L., Lin, H., & Kershaw, T. (2013). Racial differences in age at first sexual intercourse: residential racial segregation and the black-white disparity among U.S. adolescents. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 128 Suppl 1(Suppl 1), 23–32. <https://doi.org/10.1177/00333549131282S103>
- Bliss Kaneshiro, B. (2010). Long-term safety, efficacy, and patient acceptability of the intrauterine Copper T-380A contraceptive device. *International Journal of Women's Health*, 211. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S6914>
- Bolge, S. C. et al. (2010) 'Burden associated with chronic sleep maintenance insomnia characterized by nighttime awakenings among women with menopausal symptoms', *Menopause*, 17(1), pp. 80–86. doi: 10.1097/gme.0b013e3181b4c286.
- Boskey, Elizabeth. (2019). Health Belief Model Use of a Condom May Hinge on Your Perceived Risk of STDs. (Online) (<https://www.verywellmind.com/health-belief-model> 3132721) diakses pada 26 September 2019.

- Bradshaw, C dan Sobel, J. (2016). Current Treatment of Bacterial Vaginosis Limitations and Need for Inovation. *Journal of Infectious Diseases*. 214 (1) : S14-S20.
- Britton, L. E., Alspaugh, A., Greene, M. Z., & McLemore, M. R. (2020). CE: An Evidence-Based Update on Contraception. *AJN, American Journal of Nursing*, 120(2), 22–33. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000654304.29632.a7>
- Bruckner, T. A., Mortensen, L. H. and Catalano, R. A. (2016) ‘Spontaneous Pregnancy Loss in Denmark Following Economic Downturns’, *American Journal of Epidemiology*, 183(8), pp. 701–708. doi: 10.1093/aje/kww003.
- Butcher, M. J., Zubert, T., Christiansen, K., Carranza, A., Pawlicki, P., & Seibel, S. (2020). Topical Agents for Premature Ejaculation: A Review. *Sexual Medicine Reviews*, 8(1), 92–99. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2019.03.003>
- Cahya, Made, dkk. (2015). An Integrated Behavioral Model, (Online), ([https://docuri.com/download/ibm\\_59c1ca86f5817](https://docuri.com/download/ibm_59c1ca86f5817))
- Casilla-Lennon, M. M., Meltzer-Brody, S. and Steiner, A. Z. (2016) ‘The Effect of Antidepressants on Fertility’, *Physiology & behavior*, 46(2), pp. 248–256. doi: 10.1016/j.ajog.2016.01.170.The.
- CDC. (2015). Center for Disease Control and Prevention. [Online] Available at: [https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/BMI/childrens\\_BMI/about\\_childrens\\_BMI.html](https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/BMI/childrens_BMI/about_childrens_BMI.html). Dorland. Kamus Saku Kedokteran Dorland. Ed-29. Singapura : Elsevier.
- Ceulemans, A. (2019). CD4-T cell enumeration in human immunodeficiency virus (HIV)-infected patients: A laboratory performance evaluation of Muse Auto CD4/CD4% system by World Health Organization prequalification of in vitro diagnostics. *PLoS ONE*, 14(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0209677>.
- Cleland, J., Conde-Agudelo, A., Peterson, H., Ross, J., & Tsui, A. (2012). Contraception and health. *The Lancet*, 380(9837), 149–156. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60609-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60609-6)
- Crisler, R. et al. (2020a) ‘Functional anatomy and physiology’, in *The Laboratory Rat*. Elsevier, pp. 91–132.

- Crisler, R. et al. (2020b) 'Functional anatomy and physiology', in *The Laboratory Rat*. Elsevier, pp. 91–132.
- Curtis, K. M., Tepper, N. K., Jatlaoui, T. C., Berry-Bibee, E., Horton, L. G., Zapata, L. B., Simmons, K. B., Pagano, H. P., Jamieson, D. J., & Whiteman, M. K. (2016). U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR. Recommendations and Reports*, 65(3), 1–103. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr6503a1>
- De Andrade, L. O. M. et al. (2015) 'Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: Case studies from Latin American countries', *The Lancet*, 385(9975), pp. 1343–1351. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61494-X.
- Deol, P.S. (2023) *ANATOMY PHYSIOLOGY OF FEMALE REPRODUCTIVE SYSTEM*. Blue Rose Publishers.
- Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan (AS), Komite Penasihat CDC/HRSA untuk Pencegahan dan Pengobatan HIV, Hepatitis Virus, dan PMS. Atlanta. URL: [http://www.cdc.gov/maso/facm/pdfs/CHACHSPT/20120508\\_CHAC.pdf](http://www.cdc.gov/maso/facm/pdfs/CHACHSPT/20120508_CHAC.pdf)
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Profil kesehatan Indonesia 2007*. Jakarta: Depkes RI Jakarta.
- Diederichs, J., McMahon, P., Tomas, J., & Muller, A. J. (2019). Reasons for not completing postvasectomy semen analysis. *Canadian Family Physician Medecin de Famille Canadien*, 65(9), e391–e396.
- Djuanda, A. (2017). *Ilmu Penyakit Kulit dan Kelamin (Oth Ed.)*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Fahmi, M. 2015. Mengenal tipologi dan kehidupan pesantren. *Syaikhuna : Jurnal Pendidikan dan Pranata Islam*. 6(1), 320-334.
- Douglas, J. M., Jr, & Fenton, K. A. (2013). Understanding sexual health and its role in more effective prevention programs. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 128 Suppl 1(Suppl 1), 1–4. <https://doi.org/10.1177/00333549131282S101>Dewi, M. N. (2022).
- Duan, P., Zhang, L., Song, K., & Han, X. (2020). *Communication of Smart Media*. Springer.

- Dwjayanti., Herdiana. (2011). Perilaku Seksual Anak Jalanan Ditinjau dengan Teori Health Belief Model (HBM). (Online), (<http://journal.unair.ac.id/downloadfull/INSAN4305-fb5b47fd81fullabstract.pdf>), diakses pada 25 September 2019
- Eka, H., Lestari, P., Shaluhiyah, Z., & Demartoto, A. (2015). Pengaruh Pengetahuan dan Perceived Behavior Kontrol terhadap Niat Laki- Laki yang Berhubungan Seksual dengan Laki-Laki ( LSL ) untuk Melakukan VCT di Kabupaten Madiun. *Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia*. 10(1), 73–88.
- Endah Mulyani, S.S.T., Diani Octaviyanti Handajani, S.S.T. and Safriana, R.E. (2020) *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Wanita. Literasi Nusantara*.
- Eny Kusmiran. (2014). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Wanita*. Salemba Medika.
- Ermel, A., Tonui, P., Titus, M., Tong, Y., Wong, N., Ong'echa, J., Muthoka, K., Kiptoo, S., Moormann, A., Hogan, J., Mwangi, A., Cu-Uvin, S., Loehrer, P. J., Orang'o, O., & Brown, D. (2019). A cross-sectional analysis of factors associated with detection of oncogenic human papillomavirus in human immunodeficiency virus-infected and uninfected Kenyan women. *BMC Infectious Diseases*, 19(1), 352. <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3982-7>
- FAM project Lactational Amenorrhea Method A Reference Manual for Service Providers. (n.d.).
- Feng, C. et al. (2018) 'Reproductive health in Southeast Asian women: current situation and the influence factors', *Global Health Journal*, 2(1), pp. 32–41. Available at: [https://doi.org/10.1016/s2414-6447\(19\)30116-2](https://doi.org/10.1016/s2414-6447(19)30116-2).
- Fenton, A. and Panay, N. (2014) 'Editorial: Menopause and the workplace', *Climacteric*, 17(4), pp. 317–318. doi: 10.3109/13697137.2014.932072.
- Field-Springer, K., Randall-Griffiths, D. and Reece, C. (2018) 'From Menarche to Menopause: Understanding Multigenerational Reproductive Health Milestones', *Health Communication*, 33(6), pp. 733–742. doi: 10.1080/10410236.2017.1306910.
- Firdiana, SE, dkk. (2016). *Jurnal Kedokteran Diponegoro : Perbandingan Efektivitas Seftriakson dengan Siprofloksasin pada Kuman Neisseria Gonorrhoeae Secara In Vitro*. Dokumen Internal Universitas

- DiponegoroGalinari, C. B., & Demarchi, I. G. (2021). Prevalence and associated predictors of HIV & syphilis among women, south of Brazil. *Research, Society and Development*, 10 (13) 1–11. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.20989>.
- Foti, P. V., Ognibene, N., Spadola, S., Caltabiano, R., Farina, R., Palmucci, S., Milone, P., & Ettore, G. C. (2016). Non-neoplastic diseases of the fallopian tube: MR imaging with emphasis on diffusion-weighted imaging. *Insights into Imaging*, 7(3), 311–327. <https://doi.org/10.1007/s13244-016-0484-7>
- Garcia, V.R. (2023) ‘Anatomy and Physiology of the Reproductive System’, Varney’s Midwifery, 313.
- Geleto, A., Taylor, J., & Beyene, T. (2023). Interruptions in contraception and unintended pregnancy during the COVID-19 pandemic: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Women’s Health*, 19, 174550572211473. <https://doi.org/10.1177/17455057221147382>
- Glanz, K., Rimer, B & Viswanath, K (2008). *Health Behavior And Health Education: Theory, research, and Practice*. Edisiketiga. San Fancisco: Jossey Bass publisher.
- Green, W, Lawrence.et.al. (2005). *Health Education Planning A Diagnostik Approach*, The Johns Hapkins University: Mayfield Publishing Company.
- Griffiths, A. (2017) ‘Improving recognition in the UK for menopause-related challenges to women’s working life’, *Post Reproductive Health*, 23(4), pp. 165–169. doi: 10.1177/2053369117734714.
- Gurung, P., Yetiskul, E. and Jialal, I. (2022) ‘Physiology, male reproductive system’, in StatPearls [Internet]. Statpearls publishing.
- Gustina, E., (2017). KOMUNIKASI ORANGTUA-REMAJA DAN PENDIDIKAN ORANGTUA DENGAN PERILAKU SEKSUAL BERISIKO PADA REMAJA. *Unnes Journal of Public Health*, 6(2), 131–136. <https://doi.org/10.15294/UJPH.V6I2.13734>
- HAIDER, S., & DARNEY, P. D. (2007). Injectable Contraception. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 50(4), 898–906. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e318159c20a>

- Hardy, C. et al. (2018) 'Work outcomes in midlife women: the impact of menopause, work stress and working environment', *Women's Midlife Health*, 4(1), pp. 1–8. doi: 10.1186/s40695-018-0036-z.
- Hardy, C. et al. (2019) 'Tackling the taboo: talking menopause-related problems at work', *International Journal of Workplace Health Management*, 12(1), pp. 28–38. doi: 10.1108/IJWHM-03-2018-0035.
- Harnani, B.D. et al. (2020) *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana*. Yogyakarta: ZAHIR PUBLISHING.
- Haruna, H. et al. (2018) 'Improving sexual health education programs for adolescent students through game-based learning and gamification', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(9), pp. 1–26. doi: 10.3390/ijerph15092027.
- Hickey, M. et al. (2017) 'No sweat: managing menopausal symptoms at work', *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 38(3), pp. 202–209. doi: 10.1080/0167482X.2017.1327520.
- Hidayati, A. N., & dkk. (2019). *Manajemen HIV/AIDS: Terkini, Komprehensif, dan Multidisiplin*. Airlangga University Press. [https://books.google.co.id/books?hl=en&lr=&id=hhrIDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=transmisi+hiv+vertikal+horisontal+transeksual&ots=4gEgo\\_0cnM&sig=tf7w6PbMpKUFK07nrfwJMpnnwY&redir\\_esc=y#v=onepage&q=transmisi+hiv+vertikal+horisontal+transeksual&f=false](https://books.google.co.id/books?hl=en&lr=&id=hhrIDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=transmisi+hiv+vertikal+horisontal+transeksual&ots=4gEgo_0cnM&sig=tf7w6PbMpKUFK07nrfwJMpnnwY&redir_esc=y#v=onepage&q=transmisi+hiv+vertikal+horisontal+transeksual&f=false).
- Hrabia, A. (2022) 'Reproduction in the female', in *Sturkie's avian physiology*. Elsevier, pp. 941–986.
- Indonesia. Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, Indonesia. Badan Pusat Statistik, & UNFPA Indonesia. (n.d.). *Proyeksi penduduk Indonesia 2010-2035 = Indonesia population projection 2010-2035*.
- Jatmika, S. E. D., Maulana, M., Kuntoro, & Martini, S. (2019). *Buku Ajar: Pengembangan Media Promosi Kesehatan*. K-Media.
- Jawad, A., Jawad, I., & Alwan, N. A. (2019). Interventions using social networking sites to promote contraception in women of reproductive age. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012521.pub2>
- Kalla, A., Loucif, L. and Yahia, M. (2022) 'Miscarriage Risk Factors for Pregnant Women: A Cohort Study in Eastern Algeria's Population',

- Journal of Obstetrics and Gynecology of India, 72(s1), pp. 109–120. doi: 10.1007/s13224-021-01564-0.
- Kaunitz, A. M. (2000). INJECTABLE CONTRACEPTION. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 27(4), 741–780. [https://doi.org/10.1016/S0889-8545\(05\)70171-6](https://doi.org/10.1016/S0889-8545(05)70171-6)
- Kavanaugh, M. L., & Jerman, J. (2018). Contraceptive method use in the United States: trends and characteristics between 2008, 2012 and 2014. *Contraception*, 97(1), 14–21. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.10.003>
- Kementerian Kesehatan RI. (2011). *Pedoman Nasional Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak (PPIA)*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). *Ditjen Pengendalian Penyakit dan Kesehatan Lingkungan. Laporan situasi perkembangan HIV & AIDS di Indonesia*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014). *Situasi dan Analisis HIV AIDS*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Laporan Perkembangan HIV/AIDS & Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan 1 Tahun 2017*. Jakarta : Kemenkes RI.
- Kiani, Z. et al. (2020) ‘Structural equation modeling of psychosocial determinants of health for the empowerment of Iranian women in reproductive decision making’, *BMC Women’s Health*, 20(1), pp. 1–9. doi: 10.1186/s12905-020-0893-0.
- Kila, P.Pius. (2013). *Dimensi-dimensi Seksual*. Sleman; PT Kanisius. ISBN: 978-979-21-3534-3
- Kintoko, R. (2019). *Studi Kasus Perilaku Beresiko Remaja Kota Medan (Pola Makan, Aktivitas Fisik, Konsumsi Alkohol Dan Narkoba Serta Perilaku Seksual)*. *Jurnal Pembangunan Perkotaan* , 7, No. 1.
- Klatt, E. C. (2018). *Pathology Of HIV/AIDS Version 29*. Professor of Pathology Department of Biomedical Sciences, 29, 420. <https://library.med.utah.edu/WebPath/AIDS2018>.
- Knoblaugh, S.E. et al. (2021a) ‘Male reproductive system’, *Pathology of Genetically Engineered and Other Mutant Mice*, pp. 431–461.

- Kumar, K., dll. (2011). Bacterial Vaginosis : Etiology and Modalities of Treatment-Abrief Note. *Journal of Pharmacy and Broallied Science*. 3 (4) : 496-503.
- Kusmiran, E. (2014). Kesehatan reproduksi remaja dan wanita.
- Kuswiyanto. (2016). Buku Ajar Virologi untuk Analis Kesehatan (M. Ester (ed.)). Jakarta : Buku Kedokteran EGC.
- Lee, K. A. and Baker, F. C. (2018) ‘Sleep and Women’s Health Across the Lifespan’, *Sleep Medicine Clinics*, 13(3), pp. xv–xvi. doi: 10.1016/j.jsmc.2018.06.001.
- Leininger, M. (1997) ‘Overview of the Theory of Culture Care with the Ethnonursing Research Method’, *Journal of Transcultural Nursing*, 8(2), pp. 32–52. doi: 10.1177/104365969700800205.
- Leslie, T. A., Illing, R. O., Cranston, D. W., & Guillebaud, J. (2007). The incidence of chronic scrotal pain after vasectomy: a prospective audit. *BJU International*, 100(6), 1330–1333. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2007.07128.x>
- Lithgow, K.V., Church, B., Gomez, A., Tsao, E., Houston, S., Swayne, L.A., Cameron, C.E. (2020). Identification of the Neuroinvasive Pathogen Host Target, LamR, as an Endothelial Receptor for the *Treponema pallidum* Adhesin Tp0751. *mSphere*. 5(2).
- Lubis, N. L. (2013). Psikologi Kespro. Kencana Prenada Media Group.
- Luh, N., Arsani, K. A., Nyoman, N., Agustini, M., Ketut, I., Purnomo, I., Keolahragaan, J. I., Pendidikan, J., Kesehatan, J., Rekreasi, D., Olahraga, F., & Kesehatan, D. (2013). PERANAN PROGRAM PKPR (PELAYANAN KESEHATAN PEDULI REMAJA) TERHADAP KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DI KECAMATAN BULELENG. *Jurnal Ilmu Sosial Dan Humaniora*, 2(1), 2303–2898. <https://doi.org/10.23887/JISH-UNDIKSHA.V2I1.1289>
- Lynch, C. D. et al. (2019) ‘Are increased levels of self-reported psychosocial stress, anxiety, and depression associated with fecundity?’, *Physiology & behavior*, 176(3), pp. 139–148. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.05.018.Are.
- Ma’arif, A.W. (2017). Diskriminasi orang dengan HIV/AIDS (ODHA) Studi Kasus Kelompok Dukungan Sebaya (KDS) Smile Plus Temanggung,

- Karya Tulis Ilmiah Strata Satu, Universitas Islam Negeri Sunan Kalijaga Yogyakarta, Yogyakarta.
- Macedo, V.C., Lira, P. I. C., Frias, P.G., Romaguera, L.M.D., Caires, S.F.F., & Ximenes, R.A.A. (2017). Risk factors for syphilis in women: case-control study. *Revista de Saude Publica*. 51, 1–12. doi: 10.11606/S1518-8787.2017051007066
- Maguire, K., & Westhoff, C. (2011). The state of hormonal contraception today: established and emerging noncontraceptive health benefits. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 205(4), S4–S8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.06.056>
- Mahmud, S., Shah, N. M. and Becker, S. (2012) ‘Measurement of Women’s Empowerment in Rural Bangladesh’, *World Development*, 40(3), pp. 610–619. doi: 10.1016/j.worlddev.2011.08.003.
- Malarcher, S., Spieler, J., Fabic, M. S., Jordan, S., Starbird, E. H., & Kenon, C. (2016). Fertility Awareness Methods: Distinctive Modern Contraceptives. *Global Health: Science and Practice*, 4(1), 13–15. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00297>
- Manuaba, I. A. C. (2009). *Memahami Kesehatan reproduksi wanita ed 2*.
- Marmi. (2013). *Kesehatan Reproduksi*. Pustaka Pelajar.
- Marta, E. S. (2019). Gambaran kadar CD4 penderita HIV/AIDS sebelum dan setelah pemberian antiretroviral (ARV) di RSUP Dr M Djamil Padang tahun 2015. *Menara Ilmu*, 13(1), 60–67.
- Martin, J. A. et al. (2017) ‘Births: Final data for 2015’, *National Vital Statistics Reports*, 66(1), pp. 1–70.
- Matahari, R. F. P. U. (2018). *Kesehatan Reproduksi Remaja dan Infeksi Menular Seksual* (R. Sofianingsih, Ed.). CV. Pustaka Ilmu Group Yogyakarta.
- Maulana, Heri, d.j. (2009). *Promosi Kesehatan* (Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran: EGC).
- Mayasari, A. T., Febriyanti, H., & Primadevi, I. (2021). *Kesehatan reproduksi wanita di sepanjang daur kehidupan*. Syiah Kuala University Press.
- Min, J., Buckel, C., Secura, G. M., Peipert, J. F., & Madden, T. (2015). Performance of a checklist to exclude pregnancy at the time of

- contraceptive initiation among women with a negative urine pregnancy test. *Contraception*, 91(1), 80–84. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.08.002>
- Mishra, G. and Kuh, D. (2006) 'Perceived change in quality of life during the menopause', *Social Science and Medicine*, 62(1), pp. 93–102. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.05.015.
- Mita Meilani, S. et al. (2023) *RESPECTFUL WOMEN CARE DALAM KEBIDANAN*. Penerbit K-Media.
- Mørch, L. S., Skovlund, C. W., Hannaford, P. C., Iversen, L., Fielding, S., & Lidegaard, Ø. (2017). Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*, 377(23), 2228–2239. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1700732>
- Mubarak, M. et al. (2022) 'Anatomi Fisiologi Tubuh Manusia'.
- Mulyawati, Wati. (2021). Hubungan Perubahan Fungsi Seksualitas Dengan Frekuensi Seksualitas Pada Lanjut Usia Di Pos Binaan Terpadu. *Jurnal Keperawatan Aisyiyah*, 8(2), 101-112.
- Murni, S. (2016). *Hidup dengan HIV-AIDS*. Jakarta : Yayasan Spritia.
- Murthada, M. and Sulubara, S.M. (2022) 'Implementasi Hak Asasi Manusia di Indonesia berdasarkan Undang-Undang Dasar 1945', *Dewantara: Jurnal Pendidikan Sosial Humaniora*, 1(4), pp. 111–121.
- Nabukenya, A. M., Nambuusi, A., & Matovu, J. K. B. (2020). Risk factors for HIV infection among married couples in Rakai, Uganda: a cross-sectional study. *BMC Infectious Disease*. 1–8. 20:198 <https://doi.org/10.1186/s12879-020-4924-0>
- Nainggolan, J.F., Ramlan, R. and Harahap, R.R. (2022) 'Pemaksaan Perkawinan Berkedok Tradisi Budaya: Bagaimana Implementasi CEDAW terhadap Hukum Nasional dalam Melindungi Hak-Hak Perempuan dalam Perkawinan?', *Uti Possidetis: Journal of International Law*, 3(1), pp. 55–82.
- Nasronudin. (2014). *HIV dan AIDS Pendekatan biologi molekuler, klinis, dan sosial (Edisi 2)*. Surabaya : AUP.
- Nelwan, J. E. (2019). *Epidemiologi Kesehatan Reproduksi*. Deepublish.

- Nepomnaschy, P. A. et al. (2006) 'Cortisol levels and very early pregnancy loss in humans', *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103(10), pp. 3938–3942. doi: 10.1073/pnas.0511183103.
- NIH (2023) Reproductive Health. Available at: <https://www.niehs.nih.gov/health/topics/conditions/reproductive-health/index.cfm> (Accessed: 18 October 2023).
- Nillni, Y. I. et al. (2016) 'Depression, anxiety, and psychotropic medication use and fecundability', *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 215(4), pp. 453.e1–453.e8. doi: 10.1016/j.ajog.2016.04.022.
- Nurcholish, A. (2015) *Seksualitas & Agama*. Elex Media Komputindo.
- Nursalam, Kurniawati, N. D., Misutarno, & Solikhah, F. K. (2018). *Asuhan Keperawatan pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta : Salemba Medika.
- O’Cathain, A. et al. (2019) 'Guidance on how to develop complex interventions to improve health and healthcare', *BMJ Open*, 9(8), pp. 1–9. doi: 10.1136/bmjopen-2019-029954.
- Owen, B. N., Baggaley, R. F., Elmes, J., Harvey, A., Shubber, Z., Butler, A. R., Silhol, R., Anton, P., Shacklett, B., van der Straten, A., & Boily, M.-C. (2020). What Proportion of Female Sex Workers Practise anal Intercourse and How Frequently? A Systematic Review and Meta-analysis. *AIDS and Behavior*, 24(3), 697–713. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02477-w>
- Pambudi, H. A. et al (2018) 'Pandangan Lansia tentang Seksualitas pada Lanjut Usia', *Jurnal Poltekkes Tanjungkarang*
- Patanduk, E., Medyati, N., Assa, I., Tuturop, K. L., Tambing, Y., & Mamoribo, S. N. (2023). Analysis of Risk Factors for Syphilis in Patients At the Kotaraja Jayapura Reproductive Health Center. *Jambura Journal of Health Sciences and Research*, 5(1), 285–294. <https://doi.org/10.35971/jjhsr.v5i1.17013>.
- Patel, A. R., Lester, R. T., Marra, C. A., van der Kop, M. L., Ritvo, P., Engel, L., Karanja, S., & Lynd, L. D. (2017). The validity of the SF-12 and SF-6D instruments in people living with HIV/AIDS in Kenya. *Health and*

- Quality of Life Outcomes, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0708-7>.
- Pavelová, L. et al. (2021) ‘The need for nurse interventions in sex education in adolescents’, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), pp. 1–11. doi: 10.3390/ijerph18020492.
- Penman-Aguilar, A., Carter, M., Snead, M. C., & Kourtis, A. P. (2013). Socioeconomic disadvantage as a social determinant of teen childbearing in the U.S. *Public health reports* (Washington, D.C. : 1974), 128 Suppl 1 (Suppl 1), 5–22. <https://doi.org/10.1177/00333549131282S102>
- Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Reproduksi (2014). Indonesia.
- Permatasari, D. and Gultom, L. (2022) ‘Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana’. Yayasan Kita Menulis.
- Phongluxa, K. et al. (2020) ‘Factors influencing sexual and reproductive health among adolescents in Lao PDR’, *Global Health Action*, 13(sup2). doi: 10.1080/16549716.2020.1791426.
- Pienkowski, C., & Cartault, A. (2018). Contraception de l’adolescente. *RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 46(12), 858–864. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2018.10.034>
- Powell, A. (2017). Choosing the Right Oral Contraceptive Pill for Teens. *Pediatric Clinics of North America*, 64(2), 343–358. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.11.005>
- Practice Bulletin No. 186: Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. (2017). *Obstetrics & Gynecology*, 130(5), e251–e269. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002400>
- Purnamaningrum, Y. E., Nugrahawati, R. E. P. C., Hernayanti, M. R., & Vajee, A. (2019). Factors Related to Adolescent Behavior towards HIV/AIDS Prevention. *Kesmas: National Public Health Journal*, 13(4), 195–201.
- Putra, P. A., & Cahyo, K. (2018). IDENTIFIKASI PERILAKU SEKS BEBAS AKIBAT KONSUMSI MINUMAN BERALKOHOL PADA PENGUNJUNG REMAJA KELAB MALAM “X” SEMARANG. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 6(1), 715–723. <https://doi.org/10.14710/JKM.V6I1.20306>

- Putri, D., Suryani, A., & Sibero, H. T. (2014). [Artikel Review] Syphilis. Suryani DPA, Syphilis Journal Majority. 3(7). 7-15.
- Putri, N.T. (2015). Tingkat Pengetahuan Masyarakat Tentang Infeksi Menular Seksual di Cibinong Bogor. Skripsi. UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Rahayu, A. et al. (2017) Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja & Lansia. Surabaya: Airlangga University Press.
- Rezeki, S., & Sasanti, H. (2017). Necrotizing Ulcerative Stomatitis Associated With HIV/AIDS: Clinical Findings and Management (Case Report). Cakradonya dent. J, 9 (2).
- Rima Wirenviona, S. S. T., Riris, A. A. I. D. C., & ST, S. (2020). Edukasi kesehatan reproduksi remaja. Airlangga University Press.
- Rindner, L. et al. (2017) 'Reducing menopausal symptoms for women during the menopause transition using group education in a primary health care setting—a randomized controlled trial', *Maturitas*, 98, pp. 14–19. doi: 10.1016/j.maturitas.2017.01.005.
- Rismawan, W. (2015) 'Pemenuhan Kebutuhan Seksualitas Lansia di PSTW Panti Wredha Welas Asih Kabupaten Tasikmalaya', *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada*.13(1).
- Rizal, D.M. (2021) *Fisiologi Sistem Reproduksi Pria*. UGM PRESS.
- Rocca, M. L., Palumbo, A. R., Visconti, F., & Di Carlo, C. (2021). Safety and Benefits of Contraceptives Implants: A Systematic Review. *Pharmaceuticals*, 14(6), 548. <https://doi.org/10.3390/ph14060548>
- Rochaniningsih, N. S. (2014). DAMPAK PERGESERAN PERAN DAN FUNGSI KELUARGA PADA PERILAKU MENYIMPANG REMAJA. *Jurnal Pembangunan Pendidikan: Fondasi Dan Aplikasi*, 2(1). <https://doi.org/10.21831/JPPFA.V2I1.2618>
- Ropei, O. (2013) 'Pengalaman Respon Lanjut Usia terhadap Perubahan Fungsi Seksual di Kota Cimahi', *Jurnal Keperawatan Sudirman*, 8(1).
- Ross, J. A., & Blanc, A. K. (2012). Why Aren't There More Maternal Deaths? A Decomposition Analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 16(2), 456–463. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0777-x>
- Ruangtragool, L., Silver, R., Machiha, A., Gwanzura, L., Hakim, A., Lupoli, K., Id, G. M., Patel, H., Mugurungi, O., Barr, B. A. T., & Id, J. H. R. (2022).

- Factors associated with active syphilis among men and women aged 15 years and older in the Zimbabwe Population-based HIV Impact Assessment (2015-2016). *Plos One*. 17(3). 1–12.
- Rural Health Information Hub. (2019). The Health Belief Model. (Online), (<https://www.ruralhealthinfo.org/toolkits/health-promotion/2/theories-and-models/health-belief>) diakses pada 26 September 2019.
- Santibenchakul, S., Tschann, M., Carlson, A. D. P., Hurwitz, E. L., & Salcedo, J. (2019). Advanced Prescription of Emergency Contraceptive Pills Among Adolescents and Young Adults. *Southern Medical Journal*, 112(3), 180–184. <https://doi.org/10.14423/SMJ.0000000000000941>
- Santoso, A.P.A. et al. (2023) ‘Hak Reproduksi pada Penderita HIV/AIDS Ditinjau dari Sudut Pandang Hukum dan Agama’, *JISIP (Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan)*, 7(3), pp. 2004–2017.
- Sarkar, A. et al. (2015) ‘Community based reproductive health interventions for young married couples in resource-constrained settings: A systematic review Global health’, *BMC Public Health*, 15(1). doi: 10.1186/s12889-015-2352-7.
- Saxton PJW, McAllister SM, Thirkell CE, et al. (2022). Population rates of HIV, gonorrhoea and syphilis diagnoses by sexual orientation in New Zealand. *BMJ*, 98(5), 376–379.
- Schliep, K. C. et al. (2015) ‘Perceived stress, reproductive hormones, and ovulatory function’, *Epidemiology*, 26(2), pp. 177–184. doi: 10.1097/EDE.0000000000000238.
- Schoonenboom, J. and Johnson, R. B. (2017) ‘Wie man ein Mixed Methods-Forschungs-Design konstruiert’, *Kolner Zeitschrift fur Soziologie und Sozialpsychologie*, 69, pp. 107–131. doi: 10.1007/s11577-017-0454-1.
- Setyani, R. A. (2016). *Serba-Serbi Kesehatan Reproduksi Wanita dan Keluarga Berencana*. PT. SAHABAT ALTER INDONESIA.
- Solekha, Z. (2018) ‘Seksualitas Bagi Remaja Dalam Perspektif Islam’. UIN Raden Intan Lampung.
- Starrs, A. M. et al. (2018) ‘Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission’, *The Lancet*, 391(10140), pp. 2642–2692. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30293-9.

- Su, S., Mao, L., Zhao, J., Chen, L., Jing, J., Cheng, F., & Zhang, L. (2018). Epidemics of HIV , HCV and syphilis infection among synthetic drugs only users , heroin-only users and poly-drug users in Southwest China. *Scientific Reports*, November 2017, 1–10. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-25038-y>.
- Susanto, T., Rahmawati, I., Sulistyorini, L., Studi, P., Keperawatan, I., Jember, U., Kalimantan, J., Kampus, B., & Jember, T. (2012). POJOK REMAJA: UPAYA PENINGKATAN KETRAMPILAN KESEHATAN REPRODUKSI. *Jurnal Keperawatan*, 3(2), 246–255. <https://doi.org/10.22219/JK.V3I2.2601>
- Susilowati, D. (2016). Promosi Kesehatan. BPPSDM - Kementerian Kesehatan.
- Syafwan, A. (2023) ‘Implementasi WHO dalam Penghapusan Tes Keperawatan terhadap Calon Polwan dan Prajurit TNI di Indonesia (2018-2022)’. Universitas Islam Indonesia.
- Taufik, D.M. (2020) ‘Konstruksi Normatif Kewajiban Penyelenggaraan Pendidikan Seksual bagi Anak Menurut Perspektif Hukum Hak Asasi Manusia’.
- Triastuti LE, Hadi P. (2017). Uji Beda Sensitivitas Bakteri Neisseria Gonorrhoeae Terhadap Levofloksasin Dan Kanamisin Secara in Vitro. *Diponegoro Med J (Jurnal Kedokt Diponegoro)*. 6(2):782-790.
- Ulfa, F. (2020) Cara Cerdas Mengatasi Krisis Spiritual Anak. Alprin.
- UNAIDS, (2011). Global HIV/AIDS Response - Epidemic update and health sector progress towards Universal Access - Progress Report 2011.
- UNFPA (2022) Sexual & reproductive health. Available at: <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health#readmore-expand> (Accessed: 18 October 2023).
- UNICEF (2023) Sexual and reproductive health. Available at: <https://data.unicef.org/topic/gender/sexual-and-reproductive-health/> (Accessed: 6 February 2024).
- United Nations (2015) Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. Available at:

- <https://doi.org/https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>.
- Van der Wijden, C., & Manion, C. (2015). Lactational amenorrhoea method for family planning. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(10). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001329.pub2>
- Veisi, F., & Zangeneh, M. (2013). Comparison of Two Different Injectable Contraceptive Methods: Depo-medroxy Progesterone Acetate (DMPA) and Cyclofem. *Journal of Family & Reproductive Health*, 7(3), 109–113.
- Vekemans, M. (1997). Postpartum contraception: The lactational amenorrhea method. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2(2), 105–111. <https://doi.org/10.3109/13625189709167463>
- Wang, M., Zhang, W., Mu, Y., Temmerman, M., Li, J., & Zheng, A. (2019). Contraceptive practices among unmarried women in China, 1982–2017: systematic review and meta-analysis. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24(1), 54–60. <https://doi.org/10.1080/13625187.2018.1555641>
- Whiteley, J. et al. (2013) ‘The impact of menopausal symptoms on quality of life, productivity, and economic outcomes’, *Journal of Women’s Health*, 22(11), pp. 983–990. doi: 10.1089/jwh.2012.3719.
- WHO (2023a) Reproductive health. Available at: <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/reproductive-health> (Accessed: 18 October 2023).
- WHO (2023b) Sexual health and well-being. Available at: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/sexual-health](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/sexual-health) (Accessed: 11 February 2023).
- WHO. (2017). HIV /AIDS Fact sheet Updated November. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>.
- WHO. (2017). Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Ninth Global Conference on Health Promotion, Shanghai, 21–24 November 2016. Diadakan oleh World Health Organization. Shanghai: WHO
- Wijaya, A. and Ananta, W.P. (2022) *Darurat Kejahatan Seksual*. Sinar Grafika.

- Winarni, S., Nugroho, D. and Agushybana, F. (2020) 'Dasar Kesehatan Reproduksi'.
- Wood, A. J. J., Baird, D. T., & Glasier, A. F. (1993). Hormonal Contraception. *New England Journal of Medicine*, 328(21), 1543–1549. <https://doi.org/10.1056/NEJM199305273282108>
- World Health Organization, W. (2015) 'Sexual health, human rights and the law', Share-Net International. Available at: <https://share-netinternational.org/sexual-health-human-rights-law/>.
- Wu, X., Guan, Y., Ye, J., Fu, H., Zhang, C., Lan, L., Wu, F., Tang, F., Wang, F., Cai, Y., Yu, W., & Feng, T. (2019). Association between syphilis seroprevalence and age among blood donors in Southern China: an observational study from 2014 to 2017. *BMJ*. 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024393>.
- Wulandari, S. (2016). Perilaku Seksual Pranikah Berisiko Terhadap Kehamilan Tidak Diinginkan Pada Remaja SMKN Tandun Kabupaten Rokan Hulu. <https://e-journal.upp.ac.id/index.php/akbd/article/view/1078/779>
- Yanti, E. (2020) 'Kajian Yuridis Legalisasi Aborsi Bagi Korban Tindak Pidana Pemerkosaan dalam Perspektif Hukum Positif'.
- Yessi Harnani, H. M. E. K. (2015). Teori Kesehatan Reproduksi. Budi Utama.
- Zulkifli L. (2015). Psikologi Perkembangan. PT Remaja Rosdakarya.



# Biodata Penulis



**Mukhoirotin, S. Kep., Ns., M. Kep.**, lahir di Jombang, 28 Maret 1978. Lulus Studi Program Diploma Keperawatan di AKPER Darul Ulum Jombang tahun 1998, Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners Universitas Airlangga Surabaya tahun 2007. Selanjutnya pada tahun 2012 melanjutkan ke Program Pascasarjana Magister Keperawatan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta lulus tahun 2014.

Pada tahun 2000 sampai sekarang menjadi tenaga pendidik di Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum (UNIPDU) Jombang, tahun 2007 s.d 2009 menjabat sebagai Kepala Departemen Ilmu Keperawatan Maternitas Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan FIK Unipdu, tahun 2010 s.d 2014 menjadi staf logistik dan Maintenance Laboratorium FIK Unipdu, tahun 2010 s.d 2012 menjadi Sekretaris Prodi Profesi Ners dan tahun 2015 sampai Agustus 2023 menjadi Sekretaris bidang Akademik Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan FIK Unipdu Jombang. Buku yang pernah diterbitkan oleh penulis berjudul Pendidikan Kesehatan Persalinan (2017) dan DISMENOREA: Cara Mudah Mengatasi Nyeri Haid (2018). Selain itu juga penulis telah menulis buku kolaborasi dan menulis artikel di jurnal nasional maupun internasional.

E-mail: [mukhoirotin@fik.unipdu.ac.id](mailto:mukhoirotin@fik.unipdu.ac.id)



Penulis adalah dosen di Institut Kesehatan Deli Husada Delitua, Sumatera Utara. Mengawali pendidikan Diploma III Kebidanan dari Akademi Kebidanan Deli Husada dan Tamat pada tahun 2010. Setelah itu melanjutkan pendidikan D4 Kebidanan di D4 Bidan Pendidik Universitas Sumatera Utara Tahun 2011 dan tamat tahun 2012. Pada tahun 2013 berkesempatan melanjutkan pendidikan pasca sarjana di Universitas Hasanuddin Makassar dan

tamat pada tahun 2015. Saat ini penulis sedang menjalani program pendidikan Doctoral di S3 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang. Penulis telah menulis beberapa bookchapter bidang Kesehatan, Kebidanan dan Kesehatan Masyarakat. Email: yezikatwin@gmail.com



**Bd. Dahniar Dahlan, S.ST., M.Keb** Lahir di Baubau, 11 November 1990. Penulis merupakan dosen Program Studi D-III Kebidanan Jurusan Kesehatan di Politeknik Baubau sejak tahun 2018. Penulis memiliki riwayat pendidikan yaitu strata sarjana di Program D-IV Bidan Pendidik Stikes Mega Rezky Makassar lulus pada tahun 2015, serta melanjutkan pendidikan strata Magister di Program Studi Ilmu Kebidanan Universitas Hasanuddin Makassar dan lulus pada tahun 2016.

Kemudian melanjutkan pendidikan kembali pada program Profesi Bidan di Stikes Ngudia Husada Madura lulus tahun 2022. Penulis memiliki kepakaran di bidang Ilmu Kebidanan. Penulis Mengampu mata kuliah Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Kesehatan Perempuan dan Perencanaan Keluarga, Keterampilan Dasar Kebidanan, Keterampilan Klinik Praktik Kebidanan, dan Kebidanan Komunitas. Penulis juga banyak melakukan penelitian dibidang ilmu kebidanan dan pernah lulus hibah Penelitian Dosen Pemula pada tahun 2021 serta aktif berpartisipasi pada penelitian pendanaan internal kampus. Penulis juga sering melakukan kegiatan pengabdian kepada masyarakat serta aktif dalam melakukan pembinaan kegiatan organisasi kemahasiswaan di Politeknik Baubau.

E-mail: dahniardahlan11@gmail.com



**Hamimatus Zainiyah.** Saat ini sedang menyelesaikan Program Doktor Ilmu Kedokteran Universitas Airlangga, dengan topik disertasi yakni tentang mekanisme pencegahan preeklampsia melalui modulasi efek latihan yoga prenatal terhadap kadar serum kortisol,  $\text{tnf-}\alpha$ , dan penanda disfungsi endotel. Sebelumnya mengikuti Pendidikan Program studi DIV kebidanan di STIKes Insan Unggul Surabaya, S2 Program studi Teknologi Pendidikan di Universitas PGRI Adi Buana Surabaya dan S2 Program Studi kebidanan Universitas Brawijaya

Malang. Ia adalah dosen tetap Program Studi Pendidikan Profesi Bidan STIKes Ngudia Husada Madura.



**Siti Roudhotul Jannah (Roudho)** kelahiran Jombang, 26 April 1992 yang merupakan anak ketiga dari pasangan Muchtarom dan Nurlichah. Telah menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum (Unipdu) Jombang pada tahun 2013, dan melanjutkan pendidikan DIV Kebidanan (Pendidik) di Stikes Karya Husada Semarang pada tahun 2014, terakhir penulis melanjutkan pendidikan di Magister Terapan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Semarang pada tahun 2018.

Sekarang bekerja di Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum Jombang sebagai Dosen di Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan dari tahun 2014.

Email : roudho.26@gmail.com.



**Irisanna Tambunan, S.Kep., Ners., M.KM.** Lahir Tanggal 28 Agustus 1976 di Sibolga. Penulis menyelesaikan pendidikan di Akademi Keperawatan Dep.Kes. dr. Otten Bandung (AMK) tahun 1997. Pada tahun 2001 melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan di PSIK Universitas Padjajaran. Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Kesehatan Reproduksi pada tahun 2011 di Universitas Padjajaran. Penulis menjadi Dosen Tetap di Akper Bhakti Kencana dan Universitas

Bhakti Kencana Prodi DIII Keperawatan sejak tahun 2000 hingga sekarang, dengan mengampu beberapa mata kuliah yaitu Keperawatan Maternitas, Keperawatan Anak, Komunikasi Keperawatan, Ilmu Gizi dan Diet. Penulis aktif mengikuti seminar, workshop penelitian dan pengabdian Masyarakat. Penulis telah menulis beberapa buku yang berjudul Komunikasi Dalam Keperawatan, Buku Keperawatan Kesehatan Reproduksi. Buku Ajar Maternitas.



Penulis lahir pada tanggal 20 Juli 1996 di Kota Padangsidempuan. Anak Ketiga dari Bapak H. M. Safei Batubara dan Ibu Hj. Dahleni Dalimunthe, S.Pd.Sd. Penulis menyelesaikan pendidikan SD sampai SMA (2002-2014) di Kota Padangsidempuan, kemudian melanjutkan pendidikan D-IV kebidanan di Poltekkes Kemenkes Medan dan meraih gelar S.Tr. Keb pada tahun 2018. Pada tahun 2019 penulis melanjutkan pendidikan S2 kebidanan di Universitas Aisyiyah Yogyakarta dan meraih gelar M.Keb pada tahun 2021. Saat ini penulis berkerja di Universitas Aufa Royhan Kota

Padangsidempuan sebagai dosen pada program studi Pendidikan Profesi Bidan.



**Almina Rospitaria Tarigan**, Saat ini dosen di Universitas Prima Indonesia Fakultas Keperawatan dan Kebidanan. Pendidikan formal DIII Keperawatan di Akper Wirahusada Medan, S1 Keperawatan dan Ners di Stikes Sumatera Utara, S2 Universitas Sumatera Utara Fakultas Kesehatan Masyarakat. Mengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas, Konsep Dasar Keperawatan, Keperawatan Jiwa, Kebutuhan Dasar Manusia. Buku yang telah terbit adalah Konsep Dasar Keperawatan Maternitas

E-mail: [alminatarigan8@gmail.com](mailto:alminatarigan8@gmail.com)



**Nur Arfah Nasution**. Saat ini bekerja di salah satu Universitas Aufa Royhan Di Kota Padang disimpuan yang terletak di Provinsi Sumatera Utara. Sebelumnya mengikuti Pendidikan Program S1 Keperawatan Di STIKes Medistra Lubuk Pakam dan Program Profesi Ners dan S2 Kesehatan Masyarakat Di Universitas Aufa Royhan. Saya Salah Satu Dosen Tetap Program Studi Keperawatan Program Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan Di Kota Padang disimpun

Mengampu mata kuliah Pemenuhan Kebutuhan Dasar Pada Manusia, Keterampilan Dasar Keperawatan, Maternitas I, Keperawatan Kesehatan Reproduksi, Ilmu Biomedik Dasar I, Keperawatan Dewasa II, Keperawatan Gawat Darurat Dan Pemeriksaan Fisik. Selama ini terlibat aktif dalam Praktek Klinik Mandiri Mahasiswa Di Laboratorium dan sudah mengikuti pelatihan Laboratorium.

Saya Baru pertama Menulis Di Buku Kesehatan Seksual Dan Reproduksi Penerbit Kita Menilis.

E-mail : [arfahn526@gmail.com](mailto:arfahn526@gmail.com)



Penulis merupakan kelahiran Jambi, dengan nama pemberian orang tua Meinarisa, lahir pada tanggal 30 Mei 1989. Ia merupakan lulusan Magister Keperawatan di Universitas Indonesia. Saat ini penulis tercatat sebagai dosen tetap di Universitas Jambi Fakultas Kedokteran dan Ilmu kesehatan Program Studi Keperawatan. Penulis yang merupakan anak pertama dari dua bersaudara dari pasangan Moh. Nawir dan Maisarah kerap kali

disapa Ica. Bidang penelitian yang di geluti penulis adalah di bidang keperawatan maternitas khususnya remaja.

Mengampu mata kuliah Keperawatan Maternitas, Keperawatan Kesehatan Reproduksi, Keperawatan Anak, Mata kuliah elektif Health Entrepreneurship sebagai mata kuliah elektif dan beberapa mata kuliah lainnya. Bidang penulisan buku Penulis sudah menghasilkan enam buku bersama dengan penulis lainnya.

E-mail: [meinarisa@unja.ac.id](mailto:meinarisa@unja.ac.id)

# Kesehatan Seksual dan Reproduksi

Masalah kesehatan seksual dan reproduksi merupakan penyebab utama buruknya kesehatan dan kematian bagi perempuan usia subur. Untuk mendukung kesehatan seksual dan reproduksi sepanjang siklus hidup, layanan di berbagai sektor harus diperkuat, mulai dari kesehatan termasuk tenaga kesehatan, hingga sistem pendidikan dan sistem transportasi yang diperlukan untuk menjamin akses terhadap layanan kesehatan. Selain itu, untuk menjaga kesehatan seksual dan reproduksi seseorang, masyarakat memerlukan akses terhadap informasi yang akurat dan metode kontrasepsi yang aman, efektif, terjangkau dan dapat diterima sesuai pilihan serta diberikan informasi dan diberdayakan untuk melindungi diri dari infeksi menular seksual. Dengan terbitnya buku ini, diharapkan dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan dan referensi terkait dengan kesehatan seksual dan reproduksi.

Materi yang dibahas dalam buku Kesehatan Seksual dan Reproduksi ini, meliputi:

- Bab 1 Pengantar Kesehatan Seksual dan Reproduksi
- Bab 2 Anatomi dan Fisiologi Sistem Reproduksi
- Bab 3 Kesehatan Reproduksi Wanita
- Bab 4 Kontrasepsi dan Keluarga Berencana
- Bab 5 Penyakit Menular Seksual dan HIV/AIDS
- Bab 6 Kesehatan Seksual Dalam Berbagai Tahap Kehidupan
- Bab 7 Kesehatan Reproduksi Remaja
- Bab 8 Pendidikan Seksual dan Promosi Kesehatan
- Bab 9 Hak - Hak Reproduksi dan Seksual
- Bab 10 Aspek Psikososial Kesehatan Seksual



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

