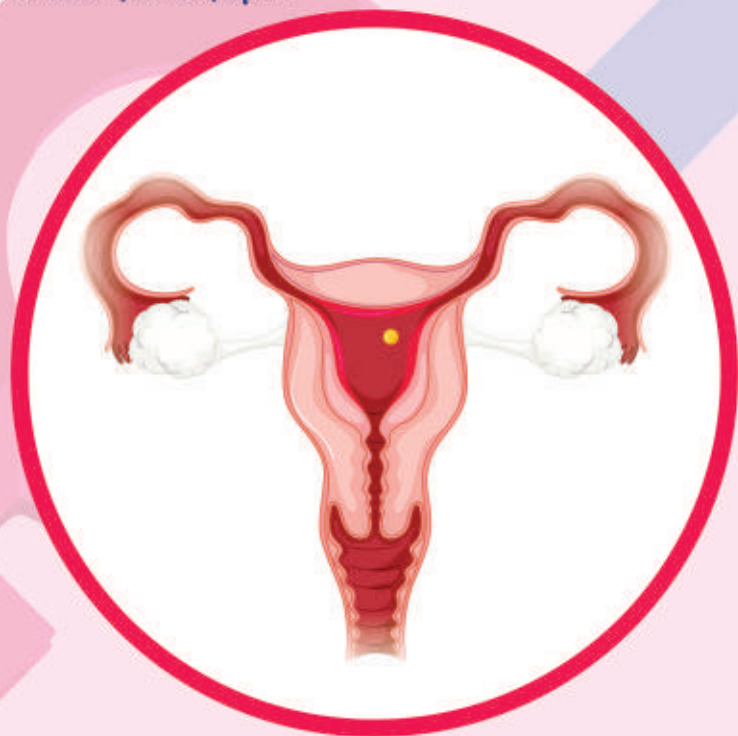


EDITOR:

Dr. dr. I Putu Sudayasa, M.Kes

Sri Susanty, S.Kep., Ns, M.Kes., M.Kep., Ph.D

dr. Jamaluddin, M.Kes, Sp.JP



KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN LANSIA

**Haryati Astuti | Djusiana Eka Cessaria | Kumalasari
Nina Indriyani Nasruddin | Thika Marlina | Lia Amalia
Renie Tri Herdiani | Wa Ode Sitti Justin | Fika Tri Anggraini
Tantri Wenny Sitanggang | Dewi Anggraini**



KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN LANSIA

Kesehatan reproduksi bertujuan memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada setiap perempuan termasuk kehidupan seksual dan hak-hak reproduksinya sehingga dapat meningkatkan kemandirian perempuan mengatur fungsi dan proses reproduksinya selama siklus kehidupannya.

Selain itu kesehatan reproduksi juga bertujuan untuk meningkatkan kemandirian perempuan dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya, meningkatkan hak dan tanggung jawab sosial perempuan dalam menentukan waktu, jarak, dan jumlah anak yang diinginkan, juga meningkatkan peran serta dan tanggung jawab pria terhadap akibat dari perilaku seksual dan fertilitasnya kepada kesehatan dan kesejahteraan istri dan anak-anaknya mulai dari remaja hingga lansia.

Reproduksi sendiri diartikan menghasilkan keturunan dari jaman nenek moyang dahulu reproduksi ini adalah cara pertahanan diri yang dilakukan oleh semua organisme mahluk hidup untuk menghasilkan generasi berikutnya. Selain itu reproduksi dapat diartikan sebagai proses biologis individu untuk menghasilkan individu baru. Sehingga diperlukan dasar-dasar teori pada kesehatan reproduksi remaja dan lansia.

Buku yang berada ditangan pembaca ini terdiri dari 11bab yang disusun dengan bahasa yang sederhana sehingga dapat dipahami oleh pembaca.

Bab 1 Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi

Bab 2 Sindroma Premenstruasi

Bab 3 Siklus Reproduksi Wanita

Bab 4 Gizi Seimbang Dalam Siklus Kehidupan Perempuan

Bab 5 Pengaruh Napza Dan Miras Terhadap Kehidupan Remaja

Bab 6 Kekerasan dan Pelecehan pada remaja

Bab 7 Bullying dan Kekerasan Di Sekolah

Bab 8 Infeksi Menular Seksual dan HIV AIDS

Bab 9 Konsep Lanjut Usia

Bab 10 Posyandu Lansia

Bab 11 Promosi Kesehatan Untuk Kesehatan Reproduksi Remaja Dan Lansia



KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN LANSIA

Bd. Haryati Astuti, S.SiT., M.Kes.
dr. Djusiana Eka Cessaria, Sp.OG .
dr. Kumalasari, M.Kes. Epid OK
dr. Nina Indriyani Nasruddin, M.Kes., M.Gizi.
Ns. Thika Marlina, M.Kep., Sp.Kep.J.
Lia Amalia, S.KM., M.Kes.
Renie Tri Herdiani, M.Pd.
Wa Ode Sitti Justin, SKM., M.Kes.
dr. Fika Tri Anggraini, M.Sc, Ph.D.
Tantri Wenny Sitanggang, S.ST., M.Kes.
Dewi Anggraini, S.ST., M.K.M.



PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA

KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN LANSIA

- Penulis** : Bd. Haryati Astuti, S.SiT., M.Kes.
dr. Djusiana Eka Cessaria, Sp.OG .
dr. Kumalasari, M.Kes. Epid OK
dr. Nina Indriyani Nasruddin, M.Kes., M.Gizi.
Ns. Thika Marlina, M.Kep., Sp.Kep.J.
Lia Amalia, S.KM., M.Kes.
Renie Tri Herdiani, M.Pd.
Wa Ode Sitti Justin, SKM., M.Kes.
dr. Fika Tri Anggraini, M.Sc, Ph.D.
Tantri Wenny Sitanggang, S.ST., M.Kes.
Dewi Anggraini, S.ST., M.K.M.
- Editor** : Dr. dr. I Putu Sodayasa, M.Kes.
Sri Susanty, S.Kep., Ns., M.Kes., M.Kep., Ph.D
dr. Jamaluddin, M.Kes., Sp.JP.
- Penyunting** : Sukurni, S.Kep., Ns., M.Kep.
- Desain Sampul** : Eri Setiawan
- Tata Letak** : Tukaryanto
- ISBN** : 978-623-151-313-7

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, JULI 2023**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi:

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992
Surel : eurekamediaaksara@gmail.com
Cetakan Pertama : 2023

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh
isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun,
termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman
lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas pekenan-Nya sehingga penyusunan buku referensi bersama yang berjudul “Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia”. Bisa diselesaikan tepat pada waktunya.

Kesehatan reproduksi bertujuan memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada setiap perempuan termasuk kehidupan seksual dan hak-hak reproduksinya sehingga dapat meningkatkan kemandirian perempuan mengatur fungsi dan proses reproduksinya selama siklus kehidupannya.

Selain itu kesehatan reproduksi juga bertujuan untuk meningkatkan kemandirian perempuan dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya, meningkatkan hak dan tanggung jawab sosial perempuan dalam menentukan waktu, jarak, dan jumlah anak yang diinginkan, juga meningkatkan peran serta dan tanggung jawab pria terhadap akibat dari perilaku seksual dan fertilitasnya kepada kesehatan dan kesejahteraan istri dan anak-anaknya mulai dari remaja hingga lansia.

Reproduksi sendiri diartikan menghasilkan keturunan dari jaman nenek moyang dahulu reproduksi ini adalah cara pertahanan diri yang dilakukan oleh semua organisme mahluk hidup untuk menghasilkan generasi berikutnya. Selain itu reproduksi dapat diartikan sebagai proses biologis individu untuk menghasilkan individu baru. Sehingga diperlukan dasar-dasar teori pada kesehatan reproduksi remaja dan lansia.

Buku yang berada ditangan pembaca ini terdiri dari 11 bab yang disusun dengan bahasa yang sederhana sehingga dapat dipahami oleh pembaca.

Bab 1. Konsep Dasar Kesehatan Reproduksi

Bab 2 Sindroma Premenstruasi

Bab 3 Siklus Reproduksi Wanita

Bab 4 Gizi Seimbang dalam Siklus Kehidupan Perempuan

Bab 5 Pengaruh NAPZA dan Miras Terhadap Kehidupan Remaja

Bab 6 Kekerasan dan Pelecehan pada Remaja

Bab 7 Bullying dan Kekerasan di Sekolah

Bab 8 Infeksi Menular Seksual dan HIV/AIDS

Bab 9 Konsep Lanjut Usia

Bab 10 Posyandu Lansia

Bab 11 Promosi Kesehatan untuk Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia

Berdasarkan hal tersebut penulis berharap buku ini bermanfaat dan dapat membantu para pembaca dalam menambah wawasan dan menjadikan referensi dalam sebuah kajian atau saat proses pembelajaran. Semoga buku ini bermanfaat dan dapat berkontribusi dalam pengembangan kesehatan reproduksi remaja dan lansia di Indonesia.

Kendari, 26 Juni 2023

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1 KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI	1
A. Pengertian Kesehatan Reproduksi	1
B. Tujuan Kesehatan Reproduksi.....	1
C. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi dalam Siklus Kehidupan	2
D. Sejarah Perkembangan Kesehatan Reproduksi.....	3
E. Hak-Hak Reproduksi.....	5
F. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi	6
G. Kesehatan Reproduksi dalam Siklus Hidup Perempuan	6
DAFTAR PUSTAKA	14
BAB 2 SINDROMA PREMENSTRUASI	15
A. Pendahuluan	15
B. Epidemiologi	15
C. Definisi.....	16
D. Etiologi dan Patofisiologi PMS	16
E. Diagnosis	18
F. Diferensial Diagnosis PMS	19
G. Penatalaksanaan PMS.....	19
H. Terapi Farmakologis.....	20
I. Terapi Non Farmakologis	21
DAFTAR PUSTAKA	24
BAB 3 SIKLUS REPRODUKSI WANITA	25
A. Pendahuluan	25
B. Menstruasi	29
C. Hormon yang Berperan dalam Siklus Menstruasi.....	31
D. Siklus Menstruasi Pada Wanita	31
E. Fisiologi Menstruasi.....	31
F. Macam-Macam Siklus Menstruasi	33
DAFTAR PUSTAKA	34

BAB 4	GIZI SEIMBANG DALAM SIKLUS KEHIDUPAN	
	PEREMPUAN	35
	A. Pendahuluan.....	35
	B. Masa Remaja	37
	C. Masa Dewasa	40
	D. Masa Kehamilan	42
	E. Masa Menyusui	45
	F. Masa Usia Lanjut (lansia).....	47
	DAFTAR PUSTAKA.....	50
BAB 5	PENGARUH NAPZA DAN MIRAS TERHADAP	
	KEHIDUPAN REMAJA	52
	A. Pendahuluan.....	52
	B. Definisi Penyalahgunaan Napza dan Miras	53
	C. Kategori NAPZA (Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya) dan Miras	55
	D. Efek Penyalahgunaan Napza	58
	E. Bahaya NAPZA dan Miras.....	59
	F. Pemulihan Kondisi dengan Rehabilitasi	60
	G. Upaya Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA dan Miras.....	61
	H. Penutup	62
	DAFTAR PUSTAKA.....	64
BAB 6	KEKERASAN DAN PELECEHAN PADA REMAJA	67
	A. Kekerasan.....	67
	B. Pelecehan.....	74
	DAFTAR PUSTAKA.....	80
BAB 7	BULLYING DAN KEKERASAN DI SEKOLAH	81
	A. Pendahuluan.....	81
	B. Bentuk Bullying dan Kekerasan di Sekolah.....	83
	C. Motif Bullying dan Kekerasan di Sekolah.....	85
	D. Faktor yang Mempengaruhi Bullying dan Kekerasan di Sekolah.....	87
	E. Dampak Negatif Bullying dan Kekerasan di Sekolah..	90
	F. Peran Sekolah dalam Mencegah Perilaku Bullying dan Kekerasan di Sekolah	91
	DAFTAR PUSTAKA.....	94

BAB 8 INFEKSI MENULAR SEKSUAL DAN HIV/AIDS	95
A. Pendahuluan	95
B. Infeksi Menular Seksual (IMS).....	96
C. HIV/AIDS	103
DAFTAR PUSTAKA	105
BAB 9 KONSEP LANJUT USIA	107
A. Pendahuluan	107
B. Definisi Lanjut Usia (Lansia).....	107
C. Teori Proses Menua	108
D. Tanda-Tanda Penuaan.....	109
E. Perubahan Fisiologis pada Lanjut Usia.....	111
F. Perubahan Psikologis pada Lanjut Usia	113
G. Konsep Lansia Sehat.....	115
H. Kesimpulan.....	116
DAFTAR PUSTAKA	117
BAB 10 POSYANDU LANSIA	119
A. Definisi Posyandu Lansia.....	119
B. Tujuan Posyandu Lansia	120
C. Manfaat Posyandu Lansia.....	120
D. Sasaran Posyandu Lansia.....	121
E. Kegiatan Posyandu Lansia.....	121
F. Mekanisme Pelayanan Posyandu Lansia.....	122
G. Bentuk Pelayanan Posyandu Lansia	123
H. Pemeriksaan Kesehatan Dasar Lansia di Posyandu Lansia	125
DAFTAR PUSTAKA	131
BAB 11 PROMOSI KESEHATAN UNTUK KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN LANSIA	132
A. Definisi Promosi Kesehatan	132
B. Definisi Kesehatan Reproduksi	133
C. Promosi Kesehatan Reproduksi Remaja	133
D. Promosi Kesehatan Reproduksi Lanjut Usia (Lansia).....	139
DAFTAR PUSTAKA	142
TENTANG PENULIS	144



KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN LANSIA

Bd. Haryati Astuti, S.SiT., M.Kes.
dr. Djusiana Eka Cessaria, Sp.OG .
dr. Kumalasari, M.Kes. Epid OK
dr. Nina Indriyani Nasruddin, M.Kes., M.Gizi.
Ns. Thika Marliana, M.Kep., Sp.Kep.J.
Lia Amalia, S.KM., M.Kes.
Renie Tri Herdiani, M.Pd.
Wa Ode Sitti Justin, SKM., M.Kes.
dr. Fika Tri Anggraini, M.Sc, Ph.D.
Tantri Wenny Sitanggang, S.ST., M.Kes.
Dewi Anggraini, S.ST., M.K.M.



BAB

1

KONSEP DASAR KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh : Bd. Haryati Astuti, S.SiT., M.Kes.

A. Pengertian Kesehatan Reproduksi

Kata reproduksi terdiri atas “Re” yang berarti kembali dan kata “produksi “ berarti menghasilkan. Jika digabungkan, kata reproduksi merupakan proses dalam kehidupan individu untuk menghasilkan keturunan. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa kesehatan reproduksi merupakan suatu keadaan seseorang yang sehat secara utuh baik fisik, mental, dan sosial yang berhubungan dengan sistem, fungsi, serta proses reproduksi. Pembahasan dalam kesehatan tidak hanya mengenai penyakit yang dapat mengganggu kesehatan reproduksi, namun juga mengenai cara mencegah dan menjaga diri agar terhindar dari gangguan reproduksi (Rima Wirenviona et al., 2020).

Reproduksi adalah cara dasar pertahanan diri yang dilakukan oleh semua organisme hidup oleh nenek moyang individu organisme untuk menghasilkan generasi berikutnya. Selain itu reproduksi dapat diartikan sebagai proses biologis individu untuk menghasilkan individu baru. Reproduksi umumnya dibagi menjadi dua jenis : seksual dan aseksual (Anggraeni, 2022).

B. Tujuan Kesehatan Reproduksi

Tujuan kesehatan reproduksi adalah memberikan pelayanan kesehatan reproduksi yang komprehensif kepada setiap perempuan termasuk kehidupan seksual dan hak-hak

reproduksinya sehingga dapat meningkatkan kemandirian perempuan mengatur fungsi dan proses reproduksinya. Selain itu kesehatan reproduksi juga bertujuan untuk meningkatkan kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya, meningkatkan hak dan tanggung jawab sosial perempuan dalam menentukan waktu, jarak, dan jumlah anak yang diinginkan, meningkatkan peran serta dan tanggung jawab pria terhadap akibat dari perilaku seksual dan fertilitasnya kepada kesehatan dan kesejahteraan istri dan anak-anaknya (Seriana, 2023).

C. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi dalam Siklus Kehidupan

Kesehatan ibu dan bayi baru lahir. Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR) termasuk pms-HIV/AIDS. Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi Kesehatan reproduksi remaja Pencegahan dan penanganan infertilitas kanker pada usia lanjut dan osteoporosis Berbagai aspek kesehatan reproduksi lain, misalnya kanker serviks, mutilasi genital, fistula, dll.

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

1. Kesehatan ibu dan bayi baru lahir
2. Keluarga berencana
3. Kesehatan reproduksi remaja (Permatasari, 2022)

D. Sejarah Perkembangan Kesehatan Reproduksi

Perkembangan kesehatan reproduksi di Indonesia telah dirintis sejak terjadinya pertumbuhan dan peningkatan jumlah penduduk. Pada tahun 1960, organisasi Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) memperkenalkan program Keluarga Berencana (KB). Ternyata program tersebut mendapat apresiasi positif dan dukungan dari berbagai Negara, namun tahun 1975-1985 timbul isu tentang kependudukan karena program KB tersebut memiliki efek samping bagi kesehatan. Oleh karena itu, tahun 1975 berlangsung Konferensi Perempuan I. Dalam konferensi tersebut dibahas isu-isu yang terjadi pada perempuan. Pada tahun 1980 dilangsungkan konferensi lanjutan Konferensi Perempuan II yang pokok pembahasannya masih sama dengan konferensi sebelumnya, yaitu tentang isu-isu yang terjadi pada perempuan. Tahun 1985 berlangsung Konferensi Perempuan III yang sudah mulai membahas mengenai isu gender. Kemudian pada tahun 1990 muncul pembahasan baru mengenai seksualitas dalam konteks kesehatan reproduksi perempuan dan Hak Asasi Manusia (HAM) bagi perempuan (Anggraini, 2022).

Adanya perhatian dan kepedulian terhadap kesehatan reproduksi bagi perempuan di Dunia, maka lahirlah konferensi-konferensi di Dunia yang membahas tentang kesehatan perempuan, diantaranya yaitu sebagai berikut :

1. Konferensi WINA pada tahun 1993

Konferensi ini membahas tentang perspektif gender dalam Hak Asasi Manusia (HAM) dan isu-isu kontroversi tentang hak-hak reproduksi dan seksual bagi perempuan. Konferensi ini mendeklarasikan Hak Asasi Manusia (HAM), anak dan perempuan yang bersifat mutlak, terpadu dan merupakan bagian dari HAM (Anggraini, 2022)

2. *International Conference on Population and Development* (ICPD) tahun 1994

Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) melangsungkan *International Conference on Population and Development* (ICPD) di Kairo, Mesir. Konferensi ini melahirkan kebijakan baru

dalam pembangunan dan kependudukan di seluruh Dunia. Fokus kebijakannya pada upaya menstabilkan laju pertumbuhan di Dunia. Program yang termasuk dalam ICPD tersebut menyerukan bahwa setiap Negara melakukan upaya peningkatan status kesehatan, pendidikan dan hak-hak bagi setiap individu, terutama kaum perempuan dan anak-anak. Selain itu juga mampu mewujudkan KB ke dalam program peningkatan kesehatan bagi perempuan. Dalam program yang telah ditetapkan tersebut, ditekankan bahwa layanan kesehatan reproduksi dilaksanakan secara memadai dan menyeluruh serta memadukan dengan program KB, pelayanan *antenatal care*, persalinan yang aman serta pencegahan dan pengobatan penyakit Infeksi Menular Seksual (IMS). Ketersediaan informasi dan pelayanan konseling tentang seksualitas serta pelayanan konseling tentang seksualitas serta pelayanan kesehatan bagi perempuan. Selain itu, dalam konferensi tersebut disebutkan bahwa segala bentuk kekerasan pada perempuan dihapuskan, seperti praktik sunat pada perempuan dan bentuk kekerasan lainnya (Anggraini, 2022).

3. *Fourth World Conference on Woman (FWCW)* pada tahun 1995
Konferensi perempuan Dunia ke-4 ini dilangsungkan pada tanggal 1 4-15 September 1995 di Beijing, Cina. Konferensi ini menghasilkan 12 tahun *Critical Area of Concern*, yaitu :
 - a. Kemiskinan
 - b. Pendidikan dan pelatihan
 - c. Kesehatan
 - d. Kekerasan
 - e. Konflik bersenjata
 - f. Ekonomi
 - g. Pengambilan keputusan
 - h. Mekanisme Institusional
 - i. Hak Asasi Manusia (HAM)
 - j. Media
 - k. Lingkungan

1. Diskriminasi (Anggraini, 2022)

E. Hak-Hak Reproduksi

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

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

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

1. Promosi hak-hak reproduksi

Dilaksanakan dengan menganalisis perundang-undangan, peraturan, dan kebijakan saat ini berlaku apakah sudah seiring dan mendukung 4 kesehatan reproduksi dan

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

2. Advokasi hak-hak reproduksi advokasi dimaksudkan agar mendapat dukungan komitmen dari para tokoh politik tokoh Agama, tokoh masyarakat, LSM/LSOM, dan swasta.
3. KIE hak-hak reproduksi dengan KIE diharapkan masyarakat semakin mengerti hak-hak reproduksi sehingga dapat bersama-sama mewujudkannya (Permatasari, 2022).

F. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi

Secara garis besar dapat dikelompokkan empat golongan faktor yang dapat berdampak buruk bagi kesehatan reproduksi.

1. Faktor sosial-ekonomi dan demografi (terutama kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah, dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, serta lokasi tempat tinggal yang terpencil
2. Faktor budaya dan lingkungan (misalnya, 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, dsb)
3. Faktor psikologis (dampak keretakan orang tua pada remaja, depresi karena ketidakseimbangan hormonal, rasa tidak berharga wanita pada pria yang membeli kebebasannya secara materi, dsb)
4. Faktor biologis (cacat sejak lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual, dsb)(Kusuma et al., 2022)

G. Kesehatan Reproduksi dalam Siklus Hidup Perempuan

Konsep kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan siklus kehidupan perempuan (life-cycle-approach) atau pelayanan kesehatan reproduksi dilakukan sejak dari janin sampai liang kubur (from womb to tomb) atau biasa juga disebut dengan "*continue of care women cycle*". Kesehatan reproduksi menggunakan pendekatan sepanjang siklus kehidupan

perempuan hal ini disebabkan status kesehatan perempuan semasa kanak-kanak dan remaja mempengaruhi kondisi kesehatan saat memasuki masa reproduksi yaitu saat hamil, bersalin, dan masa nifas. Hambatan sosial, budaya, dan ekonomi yang dialami sepanjang hidup perempuan merupakan akar masalah yang mendasar yang menyebabkan buruknya kesehatan perempuan saat hamil, bersalin, dan masa nifas (everett s, 2012).

Tingkat pendidikan, kualitas dan kuantitas makanan, nilai dan sikap, sistem kesehatan yang tersedia dan bisa diakses, situasi ekonomi, serta kualitas hubungan seksualnya mempengaruhi perempuan dalam menjalankan masa reproduksinya (sartika et al., 2022).

Berikut merupakan kesehatan reproduksi dalam siklus hidup perempuan :

1. Masa Konsepsi

Masa setelah bersatunya sel telur dengan sperma kemudian janin akan tumbuh menjadi morula, blastula, gastrula, neurula yang akhirnya menjadi janin, dan dengan terbentuknya plasenta akan terjadi interaksi antara ibu dan janin.

2. Masa Bayi dan Anak

Masa bayi dan anak adalah masa pertumbuhan dan perkembangan yang sangat cepat, tumbuh kembang motorik kasar dan motorik halus akan berjalan dengan baik bila kesehatan bayi dan anak dalam keadaan prima. Berikut merupakan ciri-ciri periode pada masa bayi :

- a. Perubahan dan pertumbuhan yang amat cepat
- b. Mulai belajar mengenal orang lain diluar dirinya dan ibunya.
- c. Menyesuaikan diri dengan lingkungan (sosialisasi)
- d. Adanya sikap yang menunjukkan keingintahuan yang sangat besar walau koordinasi otot dan kekuatan fisik belum sempurna.

Pada bayi baru lahir cukup bulan, pembentukan genitalia internal sudah selesai, jumlah folikel primordial dalam kedua ovarium telah lengkap sebanyak 750.000 butir dan tidak bertambah lagi pada kehidupan selanjutnya. Tuba, uterus, vagina, dan genitalia eksternal sudah terbentuk, labia mayora menutupi labia minora, tetapi pada bayi prematur vagina kurang tertutup dan labia minora lebih kelihatan.

Pada minggu pertama dan kedua kehidupan di luar, bayi masih mengalami pengaruh estrogen yang sewaktu hamil memasuki tubuh janin melalui plasenta. Karena itu, uterus bayi baru lahir lebih besar dibandingkan dengan uterus anak kecil. Disamping itu estrogen juga menyebabkan pembengkakan pada payudara bayi wanita maupun pria selama 10 hari pertama dari kehidupannya, kadang-kadang disertai dengan sekresi cairan seperti air susu. Selanjutnya 10-15% dari bayi wanita dapat timbul perdarahan per vagina dalam minggu-minggu pertama dan bersifat *withdrawl bleeding*.

Genitalia bayi wanita yang baru lahir itu basah karena sekresi cairan yang jernih. Epitel vagina relatif tebal dan PH vagina 5, setelah 2-3 minggu epitel vagina tipis dan PH naik menjadi 7. Pada 1/3 dari bayi wanita, endoserviks tidak terhenti pada ostium uteri eksternum, tetapi menutupi juga sebagian dari portio serviks, sehingga terdapat apa yang dinamakan *pseudoerosio kongenitalis*. Setelah lebih kurang 1,5 tahun, erosi ini hilang dengan sendirinya.

Sedangkan pada anak, perangsangan oleh hormone kelamin sangat kecil, dan memang kadar hormone estrogen dan gonadotropin sangat rendah. Karena itu alat-alat genital pada masa ini tidak memperlihatkan pertumbuhan yang berarti sampai permulaan pubertas. Dalam masa ini pengaruh hipofisis terutama terlihat dalam pertumbuhan badan. Pada masa anak sudah terlihat perbedaan antara anak pria dan wanita, terutama dalam tingkah lakunya. Tetapi perbedaan ini ditentukan oleh lingkungan dan pendidikan.

3. Masa Remaja

Masa remaja pada masa ini terjadi perubahan fisik dan psikologis. Perubahan fisik yang terjadi diantaranya adalah tumbuhnya rambut kemaluan (*pubeshe*), buah dada mulai tumbuh (*thelarche*), pertumbuhan tinggi badan yang cepat (*maximal growth*), mendapatkan haid pertama (*menarche*). Pubertas merupakan masa peralihan antara masa anak dan masa dewasa. Tidak ada batas yang tajam antara akhir masa anak dan masa pubertas, akan tetapi dapat dikatakan bahwa masa pubertas diawali dengan berfungsinya ovarium. Pubertas akhir pada saat ovarium sudah berfungsi dengan mantap dan teratur. Secara klinis pubertas mulai dengan timbulnya ciri- ciri kelamin sekunder, dan berakhir apabila sudah ada kemampuan reproduksi. Pubertas pada wanita, mulai kira-kira pada umur 8-14 tahun dan berlangsung kurang lebih selama 4 tahun. Awal pubertas dipengaruhi oleh bangsa, iklim, gizi dan kebudayaan.

Kejadian yang penting dalam pubertas adalah pertumbuhan badan yang cepat, tumbuhnya ciri-ciri kelamin sekunder, menarche, thelarche, pubarche dan perubahan psikis. Ovarium mulai berfungsi dibawah pengaruh hormone gonadotropin dan hipofisis, dan hormon ini dikeluarkan atas pengaruh releasing factor dan hipotalamus. Dalam ovarium folikel mulai tumbuh, walaupun folikel-folikel tidak sampai matang, karena sebelumnya mengalami atresia, namun folikel-folikel tersebut sudah mampu mengeluarkan estrogen. Pada saat yang kira-kira bersamaan, korteks kelenjar suprarenal mulai membentuk androgen, hormone ini memegang peranan dalam pertumbuhan badan.

Pengaruh peningkatan hormone yang pertama-tama muncul adalah pertumbuhan badan anak yang lebih cepat, terutama ekstremitasnya dan badan lambat laun mendapatkan bentuk sesuai jenis kelamin. Walaupun ada pengaruh hormon somatotropin, diduga bahwa pada wanita kecepatan pertumbuhan terutama disebabkan oleh estrogen. Estrogen ini pula yang pada suatu waktu menyebabkan

penutupan garis epifisis tulang-tulang sehingga pertumbuhan badan terhenti. Pengaruh estrogen yang lain ialah pertumbuhan genitalia interna, genitalia eksterna dan ciri-ciri kelamin sekunder. Dalam masa pubertas genitalia interna dan eksterna lambat laun tumbuh mencapai bentuk dan sifat seperti masa dewasa. Perkembangan dalam bidang rohani ialah penyesuaian diri dalam perlindungan serta aman menuju arah alam berdiri sendiri dan bertanggungjawab, dari alam ergosentris ke alam pikiran yang lebih matang.

4. Masa Reproduksi

Masa reproduksi adalah masa perempuan menjalankan tugas kehidupannya yaitu mulai hamil, melahirkan, masa nifas dan menyusui dan masa antara yaitu merencanakan jumlah atau jarak anak dengan menggunakan alat kontrasepsi. Masa ini merupakan masa terpenting bagi wanita dan berlangsung kira-kira 33 tahun. Haid pada masa ini paling teratur dan siklus alat genitalia bermakna untuk memungkinkan kehamilan. Pada masa ini terjadi ovulasi kurang lebih 450 kali, dan selama ini wanita berdarah selama 1800 hari. Walaupun pada usia 40 tahun keatas wanita masih mampu hamil, tetapi fertilitas menurun cepat setelah usia tersebut.

5. Masa Usia Lanjut

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

a. Klimakterium

Klimakterium dalam bahasa Yunani merupakan masa peralihan antara masa reproduksi dan masa senium.

Klimakterium bukan suatu keadaan patologi, melainkan suatu masa peralihan normal yang berlangsung beberapa tahun sebelum dan beberapa tahun sesudah menopause. Kita menjumpai kesulitan dalam menentukan awal dan akhir klimakterium. Tetapi dapat dikatakan bahwa klimakterium mulai kira-kira 6 tahun sebelum menopause, berdasarkan keadaan endokrinologi (kadar estrogen mulai turun dan kadar hormone gonadotropin naik), dan jika ada gejala-gejala klinis. Klimakterium kira-kira berakhir 6-7 tahun sesudah menopause. Pada saat ini kadar estrogen telah rendah yang sesuai dengan keadaan senium, gejala-gejala neurovegetatif telah terhenti. Dengan demikian lama klimakterium kurang lebih 13 tahun.

Dasarnya klimakterium dapat dikatakan bahwa jika pubertas disebabkan oleh mulainya sintesis hormon gonadotropin oleh hipofisis, klimakterium disebabkan oleh kurang bereaksinya ovarium terhadap rangsangan hormon itu. Hal ini disebabkan oleh ovarium menjadi tua, bias dianggap ovarium lebih dahulu tua dari pada alat-alat tubuh lainnya. Proses menjadi tua sudah mulai pada umur 40 tahun. Jumlah folikel yang tersisa ini lebih resisten terhadap rangsangan gonadotropin. Dengan demikian siklus ovarium yang terdiri atas pertumbuhan folikel, ovulasi dan pembentukan korpus luteum lambat laun terhenti. Pada wanita diatas 40 tahun siklus haid untuk 25% tidak disertai ovulasi, jadi bersifat anovulatory. Pada klimakterium terdapat penurunan produksi estrogen dan kenaikan hormon gonadotropin. Kadar hormon akhir ini tetap tinggi sampai kira-kira 15 tahun setelah menopause, kemudian mulai turun. Tingginya kadar hormone gonadotropin disebabkan oleh

berkurangnya oleh hormone estrogen, sehingga native feedback terhadap gonadotropin berkurang.

Pada wanita dalam klimakterium terjadi perubahan-perubahan tertentu, yang dapat menyebabkan gangguan berat. Klimakterium merupakan masa perubahan, umumnya masa itu dilalui oleh wanita tanpa banyak keluhan, hanya pada sebagian kecil ditemukan keluhan yang cukup berat yang menyebabkan wanita bersangkutan meminta pertolongan dokter. Perubahan dan gangguan itu sifatnya berbeda-beda menurut waktunya klimakterium. Pada permulaan klimakterium kesuburan menurun, pada masa premenopause terjadi kelainan perdarahan, sedangkan pada pascamenopause terdapat gangguan vegetatif, psikis dan organis. Gangguan vegetatif biasanya berupa rasa panas dengan keluarnya malam dan perasaan jantung berdebar-debar. Dalam masa pasca menopause dan seterusnya dalam masa senium, terjadi atrofi alat-alat genital. Ovarium menjadi kecil dan dari seberat 10-12 gr pada wanita dalam masa reproduksi menjadi 4 gr pada wanita usia 60 tahun. Uterus juga lambat laun mengecil dan endometrium mengalami atrofi. Uterus masih tetap dapat bereaksi terhadap estrogen, pemberian estrogen dari luar yang diikuti dengan penghentiannya, dapat menimbulkan withdrawl bleeding. Epitel vagina menipis, tetapi karena masih ada estrogen (walaupun sudah berkurang), atrofi selaput-selaput lendir vagina belum seberapa jelas dan apus vagina memperlihatkan gambaran campuran (spread pattern). Mammae mulai menjadi lembek dan proses ini berlangsung terus selama selenium. Sumber estrogen dalam klimakterium selain ovarium juga glandula suprarenal, sumber utama dalam pasca menopause adalah konversi dan androstenedion. metabolisme sekitar menopause memperlihatkan beberapa perubahan, misalnya hiperlipemia yang merupakan salah satu faktor kearah bertambahnya

penyakit koroner pada masa ini. Pada wanita yang banyak merokok yang diberi estrogen dan yang menderita hipertensi, kemungkinan timbulnya penyakit diatas lebih besar.

b. Menopause

Menopause adalah haid terakhir, atau saat terjadinya haid terakhir. Diagnosis dibuat setelah terdapat amenorrhea sekurang-kurangnya satu tahun. Berhentinya haid didahului oleh siklus haid lebih panjang dengan perdarahan yang berkurang. Umur waktu terjadinya menopause dipengaruhi oleh keturunan, kesehatan umum dan pola kehidupan. Ada kecenderungan dewasa ini untuk terjadinya menopause pada umur yang lebih tua. Terjadinya menopause ada hubungannya dengan menarche. Makin dini menarche terjadi, makin lambat menopause timbul.

c. Senium

Pada masa senium telah tercapai keadaan keseimbangan hormonal yang baru, sehingga tidak ada lagi gangguan vegetatif maupun psikis. Yang mencolok pada masa ini adalah kemunduran alat-alat tubuh dan kemampuan fisik sehingga proses menjadi tua. Dalam masa senium terjadi pula osteoporosis dengan intensitas berbeda pada masing-masing wanita. Walaupun penyebabnya belum jelas diketahui, namun berkurangnya osteotrofoblas memegang peranan dalam hal ini (Anggraini, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, E. (2022). *kesehatan Reproduksi Wanita* (Oktavianis (ed.)).
- Anggraini, D. D. (2022). *Kesehatan Reproduksi* (N. Sulung (ed.)).
- Kusuma,, Apriyani, , Sulistiawati, R., Wijayanti, I., Mallorong, A. R., Arum, D. N. S., & others. (2022). *Asuhan Kebidanan Pada Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana*. Global Eksekutif Teknologi.
<https://books.google.co.id/books?id=xqKaEAAAQBAJ>
- Permatasari, D. (2022). *Kesehatan Reproduksi Dan Keluarga Berencana* (A. Karim (ed.)).
- Rima Wirenviona,, Anak Agung Istri Dalem Cinthya Riris,. Rr. Iswari Hariastuti, D. M. K. (2020). *Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja*. Airlangga University Press.
<https://books.google.co.id/books?id=Ssf0DwAAQBAJ>
- Sartika,, Dian Eka Anggreny, , Andi Sani,, Intan Kumalasari,, Herry Hermansyah,, Elmi Nuryati, M. E., Sherli Shobur, Budi Yulianto,, Ayu Puspitasari,, Maksuk., S. K. M. M. K., & others. (2022). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Media Sains Indonesia.
<https://books.google.co.id/books?id=mT5ZEAAAQBAJ>
- Seriana, I. (2023). *Asuhan Kebidanan Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana (KB)* (Maharani (ed.)).

BAB 2

SINDROMA PRA MENSTRUASI

Oleh : dr. Djusiana Eka Cessaria, Sp.OG.

A. Pendahuluan

Hampir semua wanita mengalami gejala pre-menstruasi atau yang biasa juga disebut dengan *Pre-menstrual Syndrome* (PMS). PMS merupakan gangguan siklus yang paling sering terjadi pada wanita usia reproduksi, dengan karakteristik berupa gejala fisik dan emosional yang terjadi secara konsisten selama fase luteal siklus menstruasi dan menghilang setelah periode menstruasi.

B. Epidemiologi

Studi epidemiologi menunjukkan bahwa sekitar 80-90% wanita mengalami setidaknya satu gejala PMS dan sekitar 2,4%-3% wanita mengalami gejala yang lebih berat sehingga berefek ke aktivitas dan komunikasi sosial, yang disebut dengan *Premenstrual Dysphoric Disorder* (PMDD). (*Gudipally, Premenstrual Syndrome*). Walau sebenarnya, prevalensi pasti dari Pre-menstrual Syndrome (PMS) dan PMDD tidak diketahui dengan pasti (*Khalida Itriyeva, Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents*)

Sedangkan menurut *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (RCOG) sekitar 4 dari 10 atau sekitar 40% wanita akan mengalami gejala-gejala pre-menstrual dan 5-8% akan mengalami gejala yang lebih berat (*O'Brien PMS, Management of Pre-menstrual Syndrome, Green-top Guideline No. 48*).

Gejala-gejala berupa perubahan mood pada PMS tidak menunjukkan perbedaan berdasarkan umur. Hal ini

menunjukkan bahwa perubahan mood pre menstruasi merupakan isu persisten pada wanita usia reproduksi (*Premenstrual symptoms across the lifespan in an International sample : data from a mobile application, Liisa Hantsoo*).

C. Definisi

American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) mendefinisikan PMS sebagai suatu kondisi dimana pasien mengalami setidaknya satu gejala afektif dan satu gejala somatik yang menyebabkan terjadinya disfungsi sosial, akademik, atau performa dalam pekerjaan. (*Nworie, Premenstrual syndrome : etiology, diagnosis and treatment: A mini literature review*). Gejala ini dialami selama fase luteal dan menghilang dalam beberapa hari setelah dimulainya menstruasi (*Gudipally, Premenstrual Syndrome*).

D. Etiologi dan Patofisiologi PMS

Penyebab PMS masih belum jelas dan lebih bersifat multifaktorial (*Abay, Current Approaches in Premenstrual Syndrome Management*). Etiologi dari PMS ini meliputi peningkatan sensitivitas terhadap fluktuasi hormon selama fase luteal siklus menstruasi normal, aktivitas serotonergik yang abnormal, dan perubahan aktivitas progesteron dan neurotransmitter gamma aminobutyric acid (GABA) (*Khalida Itriyeva, Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents*)

Seperti diketahui sebelumnya bahwa salah satu etiologi PMS adalah peningkatan sensitivitas terhadap fluktuasi hormon selama fase luteal siklus menstruasi normal (*Khalida Itriyeva, Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents*). Sehingga dapat dikatakan bahwa keberadaan hormon sex itu sendiri tidak dapat menjelaskan secara utuh mengenai patofisiologi PMS. Hal ini ditunjukkan dengan penelitian dimana wanita dengan PMS tidak memiliki kadar estrogen maupun progesterone yang lebih tinggi dibandingkan populasi normal (*Sabrina Hofmeister, Premenstrual Syndrome And Premenstrual Dysphoric Disorder*), dan pada penelitian lain

yang menunjukkan kadar hormon sex yang tetap normal pada wanita dengan PMS (**Lori M. Dickerson, Premenstrual Syndrome**). Sehingga dapat disimpulkan bahwa sensititas terhadap fluktuasi hormon selama fase luteal siklus menstruasi yang lebih berperan terhadap kejadian PMS dibanding keberadaan hormon itu sendiri (**Khalida Itriyeva, Premenstrual Syndrome And Premenstrual Dysphoric Disorder In Adolescents**).

Suatu studi experimental menunjukkan bahwa fluktuasi hormonal mempengaruhi kadar serotonin sentral (**Sue Douglas, Premenstrual syndrome Evidence-based treatment in family practice**). Perubahan siklik dari estrogen dan progesteron tidak saja mempengaruhi serotonin, melainkan juga γ -aminobutyric acid (GABA) dan dopamine, yang kesemuanya ini menyebabkan perubahan mood. Mekanisme ini juga dapat mempengaruhi sistem *renin-angiotensin-aldosterone*, sehingga hal ini dapat menjelaskan terjadinya gejala-gejala seperti kembung atau perasaan penuh pada perut, kram, bengkak pada organ tubuh tertentu ataupun peningkatan berat badan (**Nworie, Premenstrual syndrome : etiology, diagnosis and treatment: A mini literature review**).

Teori lain dalam patofisiologi PMS adalah efek progesteron terhadap GABA, suatu neurotransmitter inhibitor pada otak yang bertanggung jawab terhadap kecemasan, kesiapan, dan stress. Progesteron dimetabolisme menjadi suatu bentuk neurosteroid yaitu allopregnanolone dan pregnenolone, yang berfungsi sebagai modulator sistem neurotransmitter GABA pada otak. Diduga bahwa penurunan allopregnanolon atau penurunan sensitivitas neurosteroid pada fase luteal pada pasien PMS berperan pada gejala PMS. (**Khalida Itriyeva, Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents**).

E. Diagnosis

Tidak ada satu metode tunggal yang dapat digunakan sebagai patokan untuk metode dalam diagnosis PMS. Pemeriksaan laboratorium juga tidak menunjukkan hasil yang spesifik dan konklusif. (*Nworie, Premenstrual syndrome: etiology, diagnosis and treatment: A mini literature review*). Selain itu, sangatlah penting untuk membedakan PMS dengan penyakit lain yang mendasari yang memiliki gejala serupa, sebab, hal ini akan mempengaruhi proses penegakkan diagnosis dan karenanya memerlukan terapi dan penanganan yang berbeda. Sehingga, diperlukan anamnesis yang teliti dalam penegakkan diagnosis PMS. Sebagai contoh, wanita yang sebelumnya memiliki kelainan depresi, mungkin saja merasa lebih baik selama atau setelah menstruasi, tetapi gejalanya tidak sepenuhnya menghilang dan kembali ke keadaan normal. Hal ini berbeda dengan PMS, yang gejalanya akan sepenuhnya menghilang setelah menstruasi. Sehingga terkadang ditemukan kasus, dimana pasien mengira mereka menderita PMS padahal sebenarnya adalah kelainan depresi atau kecemasan. (*Nworie, Premenstrual syndrome: etiology, diagnosis and treatment: A Mini Literature Review*).

Diagnosis PMS berdasarkan pada gejala dan waktu muncul gejala dihubungkan dengan siklus menstruasi. Gejala pre-menstrual terjadi selama periode fase luteal dari siklus endometrium dan fase ovulasi dari siklus ovarium. Tingkat keparahan gejala meningkat tepat sebelum mulainya menstruasi, dan saat menjelang menstruasi berakhir, seluruh gejala akan menghilang dengan sempurna. Akan ada periode asimptomatik antara akhir menstruasi dan permulaan ovulasi. (*Abay dan Kaplan Current Approaches in Premenstrual Syndrome Management*).

Untuk menghubungkan gejala yang dialami dengan PMS, setidaknya mesti ada satu gejala fisik atau psikologis yang terjadi dalam 5 hari sebelum menstruasi, dimana gejala ini harus berakhir 4 hari setelah menstruasi dan episode berulang setidaknya dalam 3 siklus menstruasi dan mempengaruhi

aktivitas dan hubungan interpersonal sehari-hari. (*Abay dan Kaplan Current Approaches in Premenstrual Syndrome Management*). Penting untuk menjadi catatan adalah, gejala-gejala ini harus terjadi setidaknya dalam dua siklus terakhir dan bukan merupakan kelainan psikiatrik dengan eksaserbasi premenstrual ataupun kelainan psikiatrik lain (*Khalida Itriyeva, Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents*).

American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) telah mendefinisikan PMS sebagai suatu kondisi dimana wanita mengalami paling sedikit satu gejala afektif dan satu gejala somatik yang menyebabkan disfungsi sosial, akademik, dan performa dalam pekerjaan. Gejala-gejala ini harus bersifat siklikal, dimulai setelah ovulasi dan menghilang segera setelah onset menstruasi. Adapun gejala-gejala afektif antara lain : mudah marah, cemas, mudah bingung, depresi dan gelisah. Sedangkan gejala-gejala somatik antara lain perasaan penuh pada abdomen, bengkak atau nyeri payudara, nyeri kepala, nyeri otot atau sendi, bengkak pada ekstremitas, kenaikan berat badan, dan gangguan sosial (*Sabrina Hofmeister, Premenstrual Syndrome And Premenstrual Dysphoric Disorder*).

F. Differential Diagnosis PMS

Adapun differential diagnosis dari PMS meliputi gangguan afektif (misalnya depresi, gangguan kecemasan, distimia dan gangguan panik), anemia, anoreksia atau bulimia, kondisi medis kronis (misalnya diabetes mellitus), dismenore, endometriosis, hipotiroid, perimenopause, gangguan kepribadian, penyalahgunaan obat-obatan, (*Lori M. Dickerson Premenstrual Syndrome*).

G. Penatalaksanaan PMS

Tujuan utama penanganan PMS adalah meredakan gejala dan mengurangi pengaruhnya terhadap aktivitas rutin dan interaksi sosial sehari-hari. Terapi farmakologi merupakan *first line therapy* (terapi lini pertama) tetapi beberapa penelitian

menunjukkan hasilnya akan lebih baik jika diberikan terapi kombinasi. (*Gudipally dan Sharma, Premenstrual Syndrome*).

H. Terapi Farmakologis

Terapi farmakologis meliputi pemberian anti inflamasi non steroid (AINS), kontrasepsi oral kombinasi, *Selective Serotonin Receptor Inhibitors* (SSRIs), regimen anxiolitik, GnRH agonist, dan spironolakton (*Abay dan Kaplan, Current Approaches In Premenstrual Syndrome Management*).

Pemberian terapi kontrasepsi oral kombinasi yang mengandung drospiperidon menunjukkan hasil yang efektif dan harus dipertimbangkan sebagai terapi lini pertama pada PMS. (*O'Brien PMS, Management of Pre-menstrual Syndrome, Green-top Guideline No. 48*). Drospiperidone adalah bentuk progestin yang lebih baru yang merupakan analogspironolakton dengan efek antiandrogenik, dan antimineralokortikoid, yang akan berikatan dengan reseptor aldosteron dan mem-blok aktifitas aldosteron di ginjal yang pada akhirnya akan meningkatkan ekskresi air dan atrium (**Khalida Itriyeva, Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents**). Terapi kontrasepsi oral kombinasi menunjukkan hasil yang lebih baik dengan pemberian secara kontinyu dibandingkan dengan pemberian secara siklik (*O'Brien PMS, Management of Pre-menstrual Syndrome, Green-top Guideline No. 48*).

Selective serotonin receptor inhibitors (SSRIs) dapat digunakan sebagai terapi lini pertama pada PMS dengan gejala emosional yang dominan. (*Gudipally dan Sharma, Premenstrual Syndrome*), atau pada PMS dengan gejala yang berat (*Green LJ, O'Brien PMS, Panay N, Craig M, Management of Premenstrual Syndrome: Green-top Guideline*). SSRI ini akan memblok *re-uptake* serotonin di sinaps neuron, sehingga akan meningkatkan kadar serotonin pada celah sinaps (**Khalida Itriyeva, Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents**).

Pemberian SSRIs ini menunjukkan hasil yang memuaskan, baik jika diberikan secara kontinyu, maupun secara intermitent

dan penghentiannya dianjurkan secara bertahap (*O'Brien PMS, Management of Pre-menstrual Syndrome, Green-top Guideline No. 48*). Jika SSRIs ini diberikan secara intermiten, maka harus mulai diberikan sebelum gejala PMS terjadi dan tetap dilanjutkan selama fase luteal. Namun, sebagai catatan, jika kecemasan merupakan masalah utama pada PMS, maka pemberian terapi SSRIs biasanya tidak menyelesaikan masalah, oleh karena itu direkomendasikan untuk pemberian obat anxiolitik. Selain itu, harus diberikan edukasi ke pasien bahwa, SSRIs tidak boleh diberikan pada kehamilan (*Abay, Current Approaches in Premenstrual Syndrome Management*).

Terapi PMS lain adalah pemberian AINS dengan tujuan untuk meredakan dismenore dan juga spironolakton untuk mengatasi nyeri dan tegang pada payudara serta retensi cairan atau kembung. AINS ini akan menghambat siklooksigenase sehingga mengurangi sintesis prostaglandin ; suatu senyawa yang bertanggung jawab terhadap gejala PMS (*Khalida Itriyeva, Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents*).

Penelitian menunjukkan bahwa pasien wanita penderita PMS yang diberikan spironolakton menunjukkan perbaikan gejala, baik gejala mood maupun gejala somatik (*Green LJ, O'Brien PMS, Panay N, Craig M, Management of Premenstrual Syndrome : Green-top Guideline*). Spironolakton merupakan antagonis reseptor aldosteron yang memiliki efek diuresis dan bersifat anti-androgenik. Pemberian terapi ini bermanfaat dalam ekskresi cairan terkait dengan aktifitas antimineralokortikoid dan karenanya dapat mengurangi gejala-gejala PMS terutama yang berupa rasa nyeri atau tegang pada payudara dan kembung atau retensi cairan (*Khalida Itriyeva, Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents*).

I. Terapi Non Farmakologis

Terapifarmakologis tersebut diatas sebaiknya dikombinasikan dengan terapi non farmakologis seperti *Cognitive Behavioural Therapy* (CBT). (*Green LJ, O'Brien PMS,*

Panay N, Craig M, Management of Premenstrual Syndrome: Green-top Guideline). Dengan CBT, diharapkan akan terjadi perubahan pada persepsi dan sikap dalam menghadapi PMS (*Abay, Current Approaches in Premenstrual Syndrome Management*).

Penelitian juga menunjukkan bahwa pasien yang mendapat terapi non farmakologis berupa CBT melaporkan pengurangan gejala PMS, perbaikan emosi dan perasaan serta distress pre-menstrual yang lebih sedikit (*Khalida Itriyeva, Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents.*)

Konseling pasien bertujuan untuk meningkatkan kesadaran (*self awareness*) dan *self screening*. Sehingga pasien akan lebih menyadari gejala-gejala PMS yang dihadapinya, salah satunya dengan membuat catatan harian gejala PMS yang dihadapi dan kemudian menyadari bahwa PMS membutuhkan penanganan yang adekuat (*Abay, Current Approaches in Premenstrual Syndrome Management*).

Wanita dengan PMS disarankan untuk meningkatkan aktifitas fisik. Sebab diketahui bahwa aktifitas fisik, terutama yang bersifat aerobik, dapat meningkatkan kadar endorfin yang pada akhirnya akan memperbaiki mood (*Sue Douglas , Premenstrual syndrome: Evidence-based treatment in family practice*).

Tidak ada pengaturan diet khusus yang terbukti efektif untuk PMS. Sebaiknya di kemudian hari dilakukan penelitian luas mengenai pengaturan diet pada PMS. Mengurangi garam, banyak makan buah dan sayur serta minum yang cukup direkomendasikan pada pasien PMS dengan gejala pre-dominan berupa kembung/perasaan penuh pada perut, konstipasi, serta rasa nyeri atau bengkak pada payudara, (*Nworie, Premenstrual syndrome : etiology, diagnosis and treatment : A mini literature review*).

Memakan makanan ringan yang mengandung karbohidrat dengan jumlah kecil tapi sering dapat meningkatkan triptofan yang pada akhirnya meningkatkan

sintesis serotonin (*Premenstrual syndrome:an update on definitions, diagnosis and management Moira Connolly*).

Hal ini juga terlihat dalam suatu penelitian dimana pemberian makanan dengan formulasi karbohidrat tinggi dapat meningkatkan kadar triptofan dan hasilnya adalah terjadi peningkatan skor depresi. Hal ini mendukung untuk diberikannya makanan tinggi karbohidrat selama fase luteal sebagai salah satu penatalaksanaan PMS (*Khalida Itriyeva, Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents*).

DAFTAR PUSTAKA

- Abay, H., & Kaplan, S. (2019). Current Approaches in Premenstrual Syndrome Management. *Bezmialem Science*, 7(2), 150–156. <https://doi.org/10.14235/bas.galenos.2018.2358>
- Green LJ, O'Brien PMS, Panay N, Craig M, & on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2017). Management of Premenstrual Syndrome: Green-top Guideline No. 48. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(3), e73–e105. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14260>
- Nworie, K. M. (2018). Premenstrual syndrome: ethiology, diagnosis and treatment. A mini literature review. *Journal of Obstetrics and Gynecological Investigations*, 1(1), 41–46. <https://doi.org/10.5114/jogi.2018.78010>
- Pratyusha R Gudipally, & Gyanendra K. Sharma. (n.d.). *Premenstrual Syndrome - statpearls - NCBI Bookshelf*. Retrieved June 3, 2023, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560698/>

BAB 3

SIKLUS REPRODUKSI WANITA

Oleh : dr. Kumalasari, M.Kes. Epid.

A. Pendahuluan

Siklus reproduksi pada wanita disebut juga siklus menstruasi adalah periode dari awal menstruasi hingga awal menstruasi selanjutnya, biasanya berkisar 28 hari pada wanita normal, yang berperan pada siklus reproduksi adalah hormon reproduksi serta organ reproduksi. Organ reproduksi secara anatomi terbagi menjadi dua yaitu genetalia eksterna dan genetalia interna (Anggraini, 2022).

1. Genetalia Eksterna

Vulva adalah bagian yang bisa terlihat dari luar tanpa bantuan apapun, terdiri dari :

a. *Mons pubis*

Bagian muka yang banyak ditumbuhi rambut. Rambut ini tumbuh pada wanita setelah mendapat menstruasi pertama kali, rambut pada mons pubis sebagai pelindung alat reproduksi wanita dari dunia luar.

b. *Labia mayora*

Merupakan lipatan kulit yang tebal mengandung banyak lemak. Labia mayor ini akan menutup dan rapat dan hanya membentuk celah sehingga bagian-bagian lainnya tertutupi. Organ ini ditumbuhi oleh rambut dan banyak mengandung kelenjar lemak serta juga berfungsi sebagai pelindung.

c. *Labia minora*

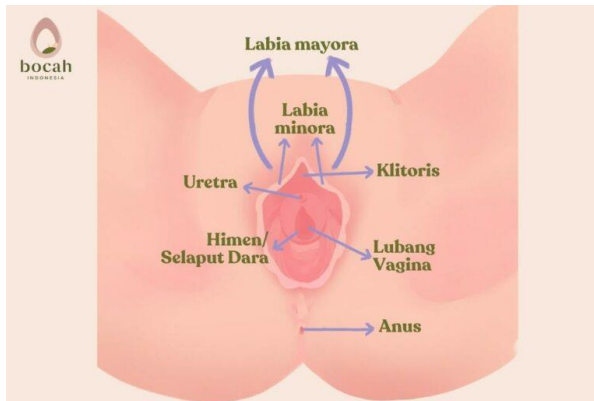
Merupakan lipatan kecil di sebelah dalam berwarna kemerahan selalu basah. Organ ini tidak mengandung folikel rambut, namun banyak mengandung jaringan saraf yang sangat sensitive sebagai pembangkit rangsang saraf seksual.

d. *Klitoris*

Organ erektil pada Wanita yang identik dengan penis pada laki-laki. Klitoris dapat menegang ke atas selama terjadi kegairahan seksual, banyak mengandung saraf dan organ ini merupakan organ yang paling peka diantara organ seks lainnya. Apabila klitoris menegang maka akan mampu menimbulkan orgasme pada Wanita.

e. *Hymen*

Suatu selaput yang menutupi pintu masuk vagina. Hymen bisa robek akibat senggama, akibat trauma benturan benda keras serta bersalin (Nadjibah Yahya, 2011).



Gambar 1 Genitalia Eksterna (Fiona Amelia, 2020)

2. Genetalia Interna

a. *Vagina*

Adalah alat berbentuk pipa penghubung jika diluruskan antara vulva dan rahim. Vagina terletak diantara saluran kemih dan liang dubur. Ukuran depan 9

cm dinding belakang 11 cm. Dinding vagina terdapat lipatan-lipatan disebut rugae terutama di bagian bawah. Pada puncak (ujung) vagina menonjol servik bagian dari uterus, bagian serviks yang menonjol kedalam vagina disebut portio.

Portio uteri membagi puncak vagina menjadi :

- 1) Fornik posterior memiliki daerah yang cukup luas untuk menampung semen saat senggama, yang nantinya akan diteruskan ke uterus.
- 2) Fornik anterior
- 3) Fornik lateral

Vagina terdiri dari tiga lapisan, yaitu :

- 1) Lapisan mukosa berfungsi sebagai pelindung vagina
- 2) Lapisan otot
- 3) Lapisan jaringan ikat membuat vagina menjadi elastis, terutama pada wanita muda.

Vagina tidak berisi kelenjar namun epitel vagina mengandung pembuluh darah. Epitel vagina berlapis-lapis, banyak mengandung glikogen yang dirubah menjadi asam laktat oleh bakteri doderlain, dengan PH 4-5 sehingga vagina bersifat asam agar terlindungi dari bakteri patogen. Apabila terjadi perubahan dari asam menjadi basa pada vagina akibatnya bakteri patogen dapat berkembang biak sehingga menyebabkan wanita tersebut terserang infeksi. Penyebab PH berubah menjadi basa kebiasaan membersihkan vagina dengan sabun yang bersifat basa, selain itu darah menstruasi atau nifas dapat juga menyebabkan vagina bersifat basa.

Fungsi utama vagina :

- 1) Alat senggama
- 2) Jalan lahir janin
- 3) Saluran keluarnya darah menstruasi, nifas, dan sekret lainnya.

b. Uterus

Merupakan jaringan otot yang kuat, terletak di pelvis minor diantara kandung kemih dan rektum. Dinding belakang dan dinding depan serta bagian atas tertutup peritoneum sedangkan bagian bawahnya berhubungan dengan kandung kemih. Uterus berbentuk seperti buah peer, terdiri atas :

- 1) Korpus uteri berbentuk segitiga
- 2) Serviks uteri berbentuk silinder
- 3) Fundus uteri merupakan bagian korpus uteri yang terletak diatas kedua pangkal tuba. Uterus disangga oleh ligamentum, jaringan ikat, dan parametrium. Ukuran uterus tergantung dari usia Wanita dan paritas. Dinding uterus terdiri dari tiga lapisan yaitu : peritoneum, myometrium, endometrium (Manuaba, 1998).

c. Serviks uteri

Adalah leher rahim terdiri dari dinding otot yang kokoh mengelilingi saluran serviks, dilapisi selaput lendir yang mengandung kelenjar mengeluarkan lendir. Saluran serviks langsung dari vagina ke dalam rongga badan rahim. Liang saluran kedalam vagina disebut os-eksterna, dan liang dalam rahim disebut os-interna.

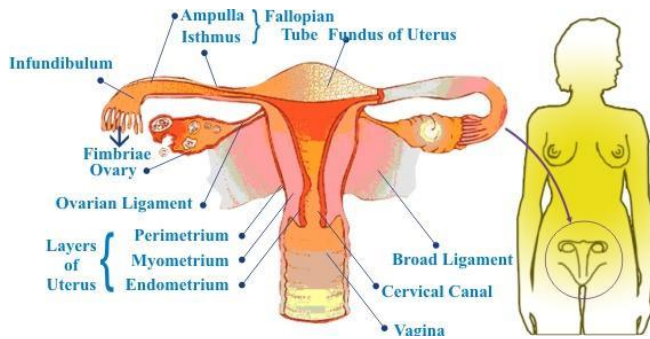
d. Tuba fallopi

Menghubungkan rongga rahim dengan rongga peritoneal dekat dengan ovarium. Liang tuba fallopi yang masuk ke rahim kecil sekali, namun lubang yang menghubungkan ke ovarium melebar dan pinggirnya terdiri dari rangkaian yang berumbai halus disebut fimbria. Penggantung tuba fallopi adalah jaringan ikat longgar. Fungsi tuba fallopi adalah membawa telur dari ovarium ke rahim.

e. Ovarium

Biasa disebut indung telur merupakan kelenjar kelamin Wanita yang menghasilkan hormon kandungan.

Terdapat sepasang ovarium yang terletak disisi kanan dan kiri (Irianto, 2010).



Gambar 3.2 Penampang Genitalia Interna (prima, 2010)

B. Menstruasi

Menstruasi merupakan perdarahan periodik normal Uterus atau fungsi fisiologis. Menstruasi merupakan proses Katabolisme yang terjadi karena pengaruh hormon hipofisis dan ovarium. *Menarche* adalah menstruasi pertama kali pada Wanita biasanya terjadi di usia 8-13 tahun, sedangkan *Menopause* adalah akhir masa menstruasi pada Wanita terjadi berkisar usia 49-50 tahun, tetapi *menopause* bisa terjadi di usia dini akibat adanya tindakan pembedahan maupun radiologi. Interval siklus menstruasi bervariasi sesuai dengan umur, fisik, emosi, dan lingkungan. Siklus menstruasi normalnya 28 hari, interval 24-32 hari, dengan durasi rata-rata 3-7 hari. Kehilangan darah rata-rata setiap periode menstruasi normalnya 35-90 sekitar tiga per empat darah ini hilang pada waktu 2 hari pertama. Wanita usia <35 tahun kehilangan darah lebih banyak dibanding usia >35 tahun. Cairan-cairan menstruasi mengandung antara lain : darah, sel epitel vagina, dan endometrium yang terkelupas, lender serviks, serta bakteri. Enzim beserta prostaglandin dan fibrinolisin endometrium juga ditemukan pada darah menstruasi. Fungsi fibrinolisin untuk menggumpalnya darah menstruasi kecuali jumlah darahnya berlebihan. Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi perdarahan menstruasi :

1. fluktuasi kadar hormon ovarium, hipofisis, prostaglandin dan kadar enzim.
2. Variabilitas system saraf otonom
3. Perubahan vaskularisasi
4. Faktor lain meliputi : status nutrisi, psikologi.

Reproduksi pada wanita dibedakan menjadi dua tahap yaitu tahap perkembangan folikel dan tahap perkembangan korpus luteum. Siklus reproduksi dibedakan menjadi 2 tahap yaitu fase folikuler yaitu tahap perkembangan folikel, dan fase luteal yaitu tahap perkembangan korpus luteum.

1. Fase folikuler di sebut juga fase proliferasi dibedakan menjadi :
 - a. Folikuler awal : dimulai saat akhir fase luteal, dengan ditandai peningkatan kadar FSH, menyebabkan pertumbuhan folikel dengan pesat tanpa perubahan yang berarti pada kadar E2 dan P.
 - b. Folikuler akhir : terjadi pada 7-8 hari sebelum ovulasi. Ditandai dengan peningkatan kadar E2 yang mencapai puncak bersama dengan LH. Kadar FSH akan menurun saat terjadi kenaikan kadar LH dan kadar P sehingga dapat menyebabkan sedikit oedematus dan vaskularisasi.
2. Fase Ovulasi ditandai dengan meningkatnya sekresi LH dan turun dengan cepat menyebabkan pecahnya dinding folikel kemudian diikuti pelepasan sel telur disebut masa ovulasi, biasanya terjadi 16-24 jam setelah puncak LH.
3. Fase luteal disebut fase sekretori diawali dengan menurunnya dengan cepat kadar LH dan peningkatan kadar P.
4. Fase menstruasi ditandai dengan perdarahan akibat nekrosis endometrium disebabkan membran lisosom yang pecah kemudian membebaskan enzim-enzim yang membentuk $PGF_2\alpha$. Darah menstruasi mengandung *tissue debris* atau reruntuhan jaringan, $PGF\alpha$, fibrinolysin untuk menggumpalkan darah dari jaringan endometrium (Teddy Supriyadi, 1994).

C. Hormon yang Berperan dalam Siklus Menstruasi

Hormon yang berperan untuk mengendalikan siklus menstruasi adalah :

1. Estrogen adalah hormon yang secara terus menerus meningkat selama 2 minggu pertama siklus menstruasi, estrogen mendorong penebalan dinding rahim atau endometrium.
2. Progesterone merupakan hormon yang diproduksi selama pertengahan akhir siklus menstruasi, menyiapkan uterus sehingga memungkinkan telur yang dibuahi untuk melekat dan berkembang. Apabila kehamilan tidak terjadi maka level progesterone akan menurun dan uterus akan meluruhkan dindingnya, terjadilah perdarahan menstruasi.
3. Folikel stimulating hormon (FSH) terutama berfungsi untuk merangsang pertumbuhan folikel ovarium, sebuah kista kecil didalam ovarium yang mencengkeram sel telur.
4. Luteizing hormon (LH) hormon yang dilepaskan oleh otak dan bertanggung jawab atas pelepasan sel telur dari ovarium atau disebut ovulasi, biasanya sekitar 36 jam setelah LH meningkat (Sinaga, 2017).

D. Siklus Menstruasi Pada Wanita

Menstruasi meluruhnya dinding rahim (*Endometrium*) yang mengandung pembuluh darah akibat sel telur yang matang tidak dibuahi. Perdarahan menstruasi merupakan interaksi yang kompleks melibatkan sistem hormon dengan hypothalamus, hipofisis, ovarium, uterus dan faktor lain diluar organ reproduksi (Sulistiyani Prabu Aji, 2022).

E. Fisiologi Menstruasi

Siklus menstruasi wanita adalah jarak antara tanggal dimulainya menstruasi yang lalu dan menstruasi berikutnya, yang dimaksud adalah hari pertama keluarnya darah menstruasi hingga hari pertama lagi keluarnya darah menstruasi berikutnya. Siklus menstruasi rata-rata 28 hari, namun panjang siklus 28-35 hari masih dapat dikategorikan normal. Perdarahan

menstruasi normalnya berlangsung sekitar 4-7 hari. Sistem tubuh wanita dapat berubah dari bulan ke bulan namun ada juga wanita yang memiliki jumlah hari yang sama persis dalam setiap siklus menstruasinya. Untuk siklus menstruasi dapat I kategorikan menjadi 2 :

1. Normal

Siklus menstruasi dapat dikatakan normal apabila jarak menstruasi berikutnya berkisar 28-35 hari

2. Tidak normal

Siklus menstruasi dikatakan tidak normal apabila jarak menstruasi berikutnya kurang dari 28 hari dan lebih dari 35 hari (Sulistiyani Prabu Aji, 2022).

Keteraturan siklus menstruasi dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu (Sulistiyani Prabu Aji, 2022) :

1. Berat badan

Berat badan mempengaruhi fungsi menstruasi. Penurunan berat badan secara akut dapat menyebabkan fungsi ovarium, tergantung derajat tekanan pada ovarium serta lamanya penurunan berat badan. Keadaan patologis terjadi anoreksia nervosa menyebabkan penurunan berat badan yang dapat menimbulkan amenorrhoea.

2. Aktifitas fisik

Aktifitas fisik sedang hingga berat akan membatasi fungsi menstruasi. Aktifitas fisik berat dapat merangsang inhibisi Gonadotropin Relasing Hormon (GnRH) sehingga akan berakibat menurunnya level hormon estrogen.

3. Stress

Stress akan merangsang pelepasan hormon kortisol dimana tingkat hormon ini dijadikan tolak ukur untuk melihat tingkat stress seseorang. Hormon kortisol diatur oleh hypothalamus dan kelenjar pituitary, dengan dimulainya aktivitas hypothalamus maka hipofisis akan mengeluarkan hormon FSH dan proses stimulasi ovarium untuk menghasilkan estrogen. Jika ada gangguan pada hormon FSH dan LH maka akan mempengaruhi produksi estrogen

dan progesteron sehingga menyebabkan ketidakteraturan siklus menstruasi.

4. Diet

Diet mempengaruhi siklus menstruasi, wanita dengan pola diet vegetarian dapat berhubungan dengan anovulasi, penurunan respon hormon pituitar, fase folikel yang pendek atau tidak matang sehingga dapat menjadi dasar mekanisme panjang siklus menstruasi atau lambatnya siklus menstruasi.

5. Konsumsi obat hormonal

Konsumsi obat-obatan tertentu seperti kontrasepsi hormonal serta obat yang dapat meningkatkan hormon prolaktin dapat menyebabkan perubahan pada siklus menstruasi, hal ini dikarenakan metode kontrasepsi hormonal dapat memanipulasi siklus menstruasi dengan cara hormon-hormon yang diproduksi memaksa tubuh membentuk siklus buatan.

6. Endokrin

Penyakit penyakit endokrin seperti diabetes, hipotiroid, serta hipertiroid berhubungan dengan keteraturan siklus menstruasi.

F. Macam-Macam Siklus Menstruasi

1. Eumenorrhea (normal) adalah siklus menstruasi yang teratur dengan interval perdarahan terjadi antara 21-35 hari.
2. Polimenorrhea yaitu siklus menstruasi lebih pendek dari normal dengan perdarahan kurang lebih sama atau bahkan lebih banyak dari normal
3. Oligimenorrhea merupakan siklus menstruasi dengan interval lebih lama dari 35 hari (Endah Mulyani, Diani Octavianti Handajani, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini, E. (2022) *Kesehatan Reproduksi wanita*. Padang : Global eksekutif teknologi.
- Endah Mulyani, Diani octavianti handajani, R. esty safriana (2020) *Buku ajar Kesehatan reproduksi wanita*. Malang : Literasi nusantara abadi.
- Fiona Amelia (2020) *Anatomi fungsi sistem reproduksi wanita*. Available at: <https://bocahindonesia.com/anatomi-fungsi-sistem-reproduksi-wanita>.
- Irianto, K. (2010) *Struktur dan fungsi tubuh manusia untuk paramedis*. Bandung: Y rama widya.
- Manuaba (1998) *Ilmu kebidanan penyakit kandungan dan keluarga berencana untuk pendidikan bidan*. Jakarta: EGC.
- Nadjibah Yahya (2011) *Kesehatan reproduksi pranikah*. Solo : Tiga serangkai.
- Prima (2010) *Kandungan anatomi gebetalia interna wanita*. Available at :<https://drprima.com/kandungan/anatomi-genitalia-interna-wanita.html>.
- Sinaga, E. (2017) *Manajemen kesehatan menstruasi*. Jakarta: Iwwash.
- Sulistiyani Prabu Aji (2022) *Kesehatan Reproduksi Wanita*. Padang: Global eksekutif teknologi.
- Teddy supriyadi, J. gunawan (1994) *Kapita selekta kedaruratan obstetri ginekologi*. Jakarta: EGC.

BAB 4 | GIZI SEIMBANG DALAM SIKLUS KEHIDUPAN PEREMPUAN

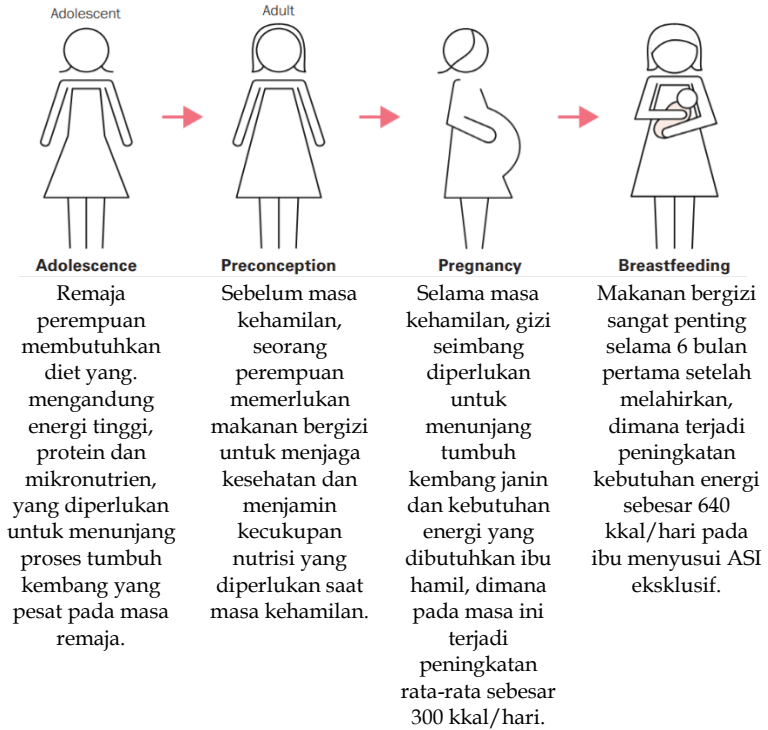
Oleh : dr. Nina Indriyani Nasruddin, M.Kes.,
M.Gizi.

A. Pendahuluan

Nutrisi menjadi hal yang krusial dalam hidup setiap orang karena memiliki manfaat yang besar bagi kesehatan dan kelangsungan hidup manusia. Apabila tidak terpenuhi secara cukup atau dalam kondisi yang tidak seimbang (baik berupa kelebihan ataupun kekurangan zat gizi tertentu), maka akan menimbulkan ketidakseimbangan energi dan dapat menghambat proses metabolisme dan menimbulkan berbagai masalah kesehatan dan berakibat fatal seperti meningkatnya risiko penyakit tidak menular (obesitas, hipertensi, diabetes mellitus, hiperkolesterolemia, penyakit jantung dan pembuluh darah) (Arisman, 2010; Ningtyias et al., 2020).

Penerapan perilaku gizi seimbang dapat meningkatkan status gizi dan berdampak pada kesehatan yang optimal. Kebutuhan gizi seseorang dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya adalah jenis kelamin. Gizi perempuan dan laki-laki berbeda, dimana pada perempuan terdapat perubahan fisiologis, neurologis, dan hormonal yang penting sepanjang siklus hidupnya yang akan mempengaruhi kebutuhan nutrisi. Pemberian nutrisi yang tepat tidak hanya menghindari kekurangan gizi secara nyata, tetapi juga dapat meningkatkan status kesehatan dan meminimalkan risiko penyakit kronis (Arisman, 2010; Feskens et al., 2022). Tidak hanya bagi dirinya sendiri, tetapi nutrisi pada perempuan erat kaitannya dengan status gizi, kesehatan serta tumbuh kembang anak-anak mereka.

Program 1000 hari pertama kehidupan (HPK) sangat erat kaitannya dengan gizi seorang perempuan baik pada tahap sebelum kehamilan, selama masa kehamilan dan saat menyusui. Diet yang optimal selama masa prakonsepsi mempersiapkan cadangan nutrisi yang cukup guna menunjang masa konsepsi dan kehamilan. Selama masa remaja, penting bagi seorang perempuan mengkonsumsi diet gizi seimbang yang cukup untuk memenuhi kebutuhan energi, kebutuhan makro dan mikronutrien. Saat memasuki periode kehamilan, terdapat berbagai perubahan fisiologis baik pada sistem pencernaan, sirkulasi darah, perkemihan dan sebagainya yang berdampak pada status gizi ibu. Adanya peningkatan pola makanan, keinginan untuk makan makanan tertentu (mengidam), atau bahkan penurunan intake ibu karena mual muntah berlebihan (*hiperemesis gravidarum*) yang dialami akibat perubahan hormon-hormon tertentu (seperti *progesteron* dan *estrogen*) saat masa kehamilan. Pada siklus kehidupan berikutnya yaitu pada ibu menyusui, dimana dalam tahap ini juga terjadi peningkatan kebutuhan energi dibandingkan dengan saat tidak hamil. (Arisman, 2010; Brown, 2011; Sri Sumarmi, 2019; UNICEF, 2021). Pada bab ini akan dibahas mengenai gizi seimbang dalam siklus kehidupan perempuan mulai sejak masa remaja hingga menyusui.



Gambar 4.1 Gizi dalam siklus kehidupan perempuan

Sumber: (UNICEF, 2021).

B. Masa Remaja

Masa remaja, terutama pada remaja putri, merupakan periode penting dalam pemenuhan nutrisi dan kesehatan yang sering terabaikan. Dalam konteks ini, definisi remaja mencakup usia antara 10 hingga 24 tahun menurut WHO, sementara menurut Kementerian Kesehatan RI, batasan mengenai usia remaja berada pada rentang usia 10 hingga 19 tahun, serta belum menikah. Pada usia ini, remaja sedang mengalami proses tumbuh kembang dengan pesat di semua aspek sebelum memasuki masa dewasa. Pada masa ini, remaja membutuhkan bimbingan dan pengalaman yang baik untuk mencapai kedewasaan yang optimal secara mental, emosional, sosial, dan fisik (Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Pada masa remaja, pertumbuhan fisik sangat cepat, terutama saat memasuki usia pubertas, dan hal ini berdampak pada peningkatan pola makan, menstruasi, dan perhatian terhadap bentuk tubuh. Perubahan-perubahan ini harus diperhatikan dalam memenuhi kebutuhan zat gizi, terutama bagi remaja putri yang sedang mempersiapkan diri sebagai calon ibu di masa depan. Selain itu, remaja juga menghadapi perubahan psikologis dan perilaku yang signifikan dalam proses transisi menuju kehidupan dewasa. Gaya hidup, kebiasaan makan, dan aktivitas fisik remaja dipengaruhi oleh faktor internal (seperti preferensi makanan, sikap, dan perubahan biologis) dan faktor eksternal (seperti keluarga, teman, dan norma budaya). Oleh karena itu, pemenuhan zat gizi yang tepat dan perhatian terhadap kesehatan remaja menjadi hal yang sangat penting untuk menjamin dan memaksimalkan pertumbuhan dan perkembangan, serta mencegah masalah kesehatan di masa depan (Feskens et al., 2022; Hardinsyah and Supriasa, 2021; Kementerian Kesehatan RI, 2014).

Pada masa remaja, kecukupan gizi sangat diperlukan untuk proses pertumbuhan fisik dan perkembangan organ tubuh, terutama organ reproduksi. Fase ini memerlukan zat gizi makro serta zat gizi mikro untuk memenuhi kebutuhan tersebut. Jumlah kebutuhan zat gizi remaja ditetapkan berdasarkan jenis kelamin dan usia sesuai dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG). Makanan yang mengandung nutrisi yang baik akan bermanfaat untuk menjalankan fungsi normal tubuh, sedangkan makanan yang tidak baik justru sebaliknya dapat menyebabkan kekurangan atau kelebihan gizi yang berdampak pada penyakit tertentu (Arisman, 2010; Brown, 2011).

Remaja laki-laki memerlukan lebih banyak kalori daripada remaja perempuan. Anjuran energi harian untuk remaja laki-laki adalah 2000-2650 kkal, sementara untuk remaja perempuan adalah 1900-2250 kkal. Karbohidrat merupakan sumber energi utama dan sebaiknya menyumbang 50-60% total kalori, yang dapat diperoleh dari beras, umbi-umbian, jagung,

dan sejenisnya (Hardinsyah and Supariasa, 2021; Ningtyias et al., 2020; PMK No.28, 2019).

Protein penting untuk pemeliharaan dan penggantian sel-sel tubuh yang mengalami kerusakan. Remaja memerlukan zat gizi protein dalam jumlah yang cukup tinggi untuk memfasilitasi pertumbuhan yang cepat. Anjuran kebutuhan protein harian untuk remaja berdasarkan AKG 2019 berkisar antara 50-65 gram tergantung usia dan jenis kelamin. Asupan protein yang dianjurkan berasal dari sumber makanan dengan bioavailabilitas protein tinggi yang diperoleh dari hewani. Makanan ini tersusun dari berbagai asam amino esensial yang lebih baik dari segi kualitas maupun kuantitasnya. Contoh sumber protein yang dapat diberikan seperti: daging, susu, telur, tempe, tahu dan kacang-kacangan (Almatsier, 2004; Arisman, 2010; Hardinsyah and Supariasa, 2021; PMK No.28, 2019).

Lemak merupakan sumber energi yang besar (1 gr menghasilkan 9 kkal) yang dapat disimpan sebagai cadangan energi dalam tubuh. Konsumsi lemak berlebihan tidak disarankan karena dapat meningkatkan kadar lemak dan kolesterol dalam darah. Anjuran konsumsi lemak adalah tidak lebih dari 25% total kalori. Konsumsi yang berlebihan pada lemak akan menyebabkan timbunan dalam tubuh dan menyumbat pembuluh darah sehingga berbahaya bagi kesehatan jantung. Akan tetapi, konsumsi lemak juga tidak boleh berkurang karena akan mengakibatkan asupan energi tidak adekuat, mengingat energi besar yang dihasilkan dari lemak itu sendiri (Almatsier, 2004; Arisman, 2010; Hardinsyah and Supariasa, 2021).

Konsumsi serat penting untuk pencernaan karena berfungsi sebagai prebiotik yang menjadi makanan bagi probiotik yang baik bagi kesehatan pencernaan dan memberikan rasa kenyang yang lebih lama karena memiliki densitas yang lebih besar. Sumber serat dapat ditemukan pada berbagai jenis sayur dan buah-buahan. Vitamin perlu untuk membantu proses pertumbuhan dan perkembangan remaja seperti vitamin D (pertumbuhan tulang dan gigi), vitamin A, C dan E (memelihara

sel dan jaringan tubuh), metabolisme karbohidrat menjadi energi (oleh vitamin B1, B2 dan Niasin), mencegah perdarahan gusi dan kulit (vitamin C). Mineral pun dibutuhkan remaja khususnya remaja perempuan, meskipun dalam jumlah sedikit seperti : Kalsium : 1000-1500mg/hr , Zat Besi : 26 mg/hr, dan Na : 1200-1500 mg/ org/ hr (Almatsier, 2004; Arisman, 2010; Hardinsyah and Supariasa, 2021).

C. Masa Dewasa

Masa dewasa berada pada rentang usia antara 19 hingga 55 tahun. Gizi pada masa ini berguna untuk menunjang produktivitas, mencegah penyakit dan meningkatkan kualitas hidup yang lebih baik. Pola konsumsi pangan yang sehat dan seimbang pada orang dewasa seringkali terganggu oleh pola kegiatan yang umum di kalangan mereka, seperti jadwal kerja yang padat, keterbatasan waktu di rumah, risiko paparan polusi, dan kurangnya pengetahuan tentang gizi. Hal ini menyebabkan gaya hidup orang dewasa cenderung minim aktivitas fisik dan lebih santai, yang berdampak pada konsumsi pangan yang tidak seimbang dan kurang menjaga kebersihan. Kebutuhan gizi pada dewasa tidak lagi difokuskan untuk pertumbuhan organ yang pesat melainkan lebih kepada tujuan pemeliharaan organ-organ didalam tubuh agar tetap sehat dan dalam kondisi yang optimal dalam menjalankan aktifitas sehari-hari. Pemberian makanan pada kelompok dewasa perlu memperhatikan jenis atau variasi makanan, termasuk makanan pokok, lauk-pauk, sayuran, dan buah, yang disesuaikan dengan umur dan aktifitas. Penting untuk memperhatikan kecukupan energi, dengan anjuran sekitar 2250-2150 kkal untuk perempuan dewasa (Almatsier, 2004; Arisman, 2010; PMK No.28, 2019)

Asupan karbohidrat dan serat seperti nasi, ubi, dan gandum penting, sementara asupan gula, garam, dan lemak harus dikontrol agar kadar kolesterol terjaga. Kebutuhan protein adalah sekitar 60 gram untuk laki-laki dan 50 gram untuk perempuan. Perempuan dewasa juga perlu memperhatikan asupan zat besi dan kalsium. Asupan zat besi sebanyak 13 mg

per hari diperlukan untuk masa reproduksi, menstruasi, kehamilan, dan menyusui. Asupan kalsium sebanyak 800 mg per hari penting untuk mempertahankan kekuatan tulang. Pada pengaturan makanan pada masa dewasa, disarankan untuk membatasi konsumsi makanan berlemak, manis, dan tepung-tepungan. Perlu konsumsi asupan makanan yang mengandung tinggi serat, seperti buah, sayuran, dan kacang-kacangan. Asupan lemak tidak melebihi 20% dari total energi harian dengan pemilihan jenis terutama sumber MUFA (asam lemak tak jenuh tunggal), seperti alpukat, minyak nabati misalnya minyak zaitun, minyak canola, dan minyak wijen. PUFA (asam lemak tak jenuh ganda) banyak terdapat pada minyak jagung dan minyak bunga matahari. Komposisi makanan sebaiknya mengandung lemak jenuh 10%, PUFA 5-10%, dan MUFA 10-15% (Arisman, 2010; Brown, 2011; Mahan and Raymond, 2017; PMK No.28, 2019).

Penting untuk menerapkan kebersihan diri dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah makan, mandi, dan setelah melakukan kegiatan tertentu. Selain itu, penting untuk membatasi konsumsi gula dan garam agar kebiasaan tersebut tidak berlanjut di usia selanjutnya. Asupan garam maksimal yang disarankan adalah 5 gram per hari, sementara asupan gula maksimal adalah 30 gram per hari (tidak termasuk gula tersembunyi dalam makanan). Dianjurkan untuk melakukan aktivitas fisik seperti olahraga rutin minimal 5 kali dalam seminggu selama minimal 30 menit sehari atau 150 menit per minggu untuk menjaga kesehatan dan mencegah penyakit. Pemantauan berat badan menggunakan Indeks Massa Tubuh (IMT) yang dapat menginterpretasikan kondisi kelebihan atau kekurangan berat badan. Indikator IMT berkaitan erat dengan risiko penyakit jantung koroner, hipertensi, dan kekurangan energi kronis (Arisman, 2010; Ningtyias et al., 2020).

Masa dewasa terdiri dari individu produktif yang membutuhkan energi lebih tinggi daripada individu biasa, dan laki-laki umumnya memiliki kebutuhan energi yang lebih tinggi daripada perempuan. Seiring bertambahnya usia, maka

kebutuhan energi juga mengalami penurunan akibat perubahan metabolisme basal sejak memasuki usia 25 tahun. Penurunan BMR (basal metabolism rate) sekitar 2–3% setiap 10 tahun. Asupan lemak total yang dianjurkan untuk orang dewasa sebesar 20-35% energi untuk memenuhi gizi seimbang. (Arisman, 2010; Brown, 2011; Hanson et al., 2015; Ningtyias et al., 2020).

D. Masa Kehamilan

Kehamilan merupakan proses krusial dalam siklus kehidupan manusia yang berdampak pada penentuan kualitas generasi berikutnya. Ibu hamil mengalami perubahan fisiologis pada organ dan sistem tubuh mereka. Selama masa ini, asupan zat gizi yang lebih tinggi dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu serta bagi pertumbuhan janin. Prinsip utama Gizi Seimbang pada ibu hamil adalah mengonsumsi beragam jenis makanan dalam proporsi dan jumlah yang seimbang. Jika makanan yang dikonsumsi oleh ibu hamil tidak mengandung cukup zat gizi yang dibutuhkan, maka janin atau bayi akan mengambil sumber gizi dari tubuh ibu. Akibatnya, pertumbuhan dan perkembangan bayi dapat terhambat akibat kekurangan zat gizi yang dibutuhkan. (Kementerian Kesehatan RI, 2014; Ningtyias et al., 2020).

Ibu hamil merupakan kelompok kritis dalam tumbuh kembang manusia, yang memiliki peran penting dalam menentukan kualitas masa depan generasi selanjutnya. Untuk mencegah terjadinya masalah gizi ganda seperti kurang gizi atau kelebihan gizi, penting bagi ibu hamil untuk memahami dan menerapkan pola hidup sehat bergizi seimbang. Kebutuhan gizi selama kehamilan meningkat sebesar 15%, dengan sekitar 40% dari asupan nutrisi ibu digunakan untuk pertumbuhan dan perkembangan janin, sementara 60% digunakan untuk pertumbuhan ibu. Selain kebutuhan makronutrien seperti energi, protein, dan lemak yang harus terpenuhi, kebutuhan mikronutrien juga harus dipenuhi untuk mencegah kelainan

atau kegagalan pertumbuhan janin (Brown, 2011; Ningtyias et al., 2020; Susilowati, 2016).

Kebutuhan gizi ibu hamil ditentukan berdasarkan umur dan trimester kehamilan sesuai dengan Angka Kecukupan Gizi (AKG). Karbohidrat diperlukan sebagai sumber energi dan dianjurkan berasal dari karbohidrat pati dan serat seperti nasi, roti, dan ubi jalar. Protein penting untuk pembentukan sel tubuh dan plasenta, dengan konsumsi sekitar 17 g/hari yang sebagian besar berasal dari sumber protein hewani dan nabati. Lemak berperan dalam perkembangan janin, dan proporsi asam lemak omega-6 dan omega-3 serta DHA perlu diperhatikan. Vitamin dan mineral juga dibutuhkan dalam jumlah lebih tinggi, termasuk vitamin A, B, C, D, dan mineral seperti besi, yodium, seng, dan kalsium. Selain itu, asupan air juga sangat penting untuk memenuhi kebutuhan cairan tubuh dan membantu transportasi zat-zat gizi. Ibu hamil disarankan untuk meningkatkan asupan air sebanyak 500 ml/hari, mencapai 10-13 gelas per hari. Pemenuhan kebutuhan gizi yang seimbang pada ibu hamil sangat penting untuk menjaga kesehatan ibu dan pertumbuhan janin (Brown, 2011; Ningtyias et al., 2020; PMK No.28, 2019; Susilowati, 2016).

Kehamilan adalah periode penting dalam kehidupan seorang perempuan, dan penting bagi ibu hamil untuk memperhatikan asupan gizi yang cukup. Terkadang zat gizi yang dibutuhkan tidak dapat terpenuhi hanya dari makanan sehari-hari sehingga perlu pemberian suplementasi yang penting seperti zat besi, asam folat, dan kalsium. Zat besi digunakan dalam pembentukan hemoglobin yang bertugas untuk membawa oksigen ke seluruh tubuh. Kebutuhan zat besi pada ibu hamil lebih tinggi daripada sebelum hamil, dan kekurangan zat besi dapat menyebabkan penurunan hemoglobin dan kekurangan oksigen pada jaringan tubuh ibu dan janin. Sumber zat besi terbaik berasal dari sumber hewani seperti daging dan hati, tetapi zat besi nabati juga dapat dikonsumsi dengan bantuan sumber protein hewani atau vitamin C. Asam folat sangat penting dalam perkembangan

janin. Defisiensi asam folat dapat menyebabkan kelainan pada sistem saraf pusat, seperti spina bifida dan anencephalus. Sayuran berwarna hijau, telur, dan daging adalah sumber asam folat yang baik. Selain itu, kalsium juga penting untuk pembentukan tulang dan sel-sel tubuh. Kekurangan kalsium dapat menyebabkan janin mengambil cadangan kalsium dari tulang ibu. Konsumsi makanan yang kaya kalsium seperti susu, keju, daging, ikan, dan bayam dapat membantu memenuhi kebutuhan kalsium ibu hamil (Arisman, 2010; Hanson et al., 2015; Ningtyias et al., 2020; Susilowati, 2016).

Selain suplementasi, penerapan hidup bersih dan sehat sangat penting selama kehamilan. Menjaga kebersihan tubuh, tidur yang cukup, dan pemberian imunisasi seperti imunisasi tetanus toksoid (TT) merupakan bagian penting dari perawatan ibu hamil. Kebersihan tubuh membantu mencegah infeksi dan menjaga kesehatan ibu hamil. Cukup tidur dan menghindari merokok, narkoba, dan alkohol juga penting untuk mencegah risiko yang berbahaya bagi janin. Aktivitas fisik yang tepat juga penting selama kehamilan. Berjalan santai, senam hamil, dan berenang adalah beberapa aktivitas fisik yang aman dan bermanfaat bagi ibu hamil. Namun, aktivitas fisik harus disesuaikan dengan kondisi ibu hamil dan jika ada komplikasi, berkonsultasilah dengan dokter sebelum memulai aktivitas fisik (Arisman, 2010; Hanson et al., 2015; Ningtyias et al., 2020; Susilowati, 2016).

Keanekaragaman makanan juga digunakan sebagai ukuran kualitas makanan dan sangat terkait dengan kecukupan nutrisi. Ibu hamil sebaiknya mengonsumsi makanan yang bervariasi dan menghindari makanan-makanan tertentu seperti hati (dalam jumlah yang berlebihan) karena dapat bersifat teratogenik, ikan yang mengandung bahan berbahaya (merkuri, polutan, dll) karena mengganggu pertumbuhan otak dan menyebabkan kecacatan, seafood dan daging yang penyebab listeriosis, serta kebersihan dan tingkat kematangan makanan karena dapat menyebabkan terjadinya *toksoplasmosis* ataupun

salmonella (Hanson et al., 2015; Hardinsyah and Supariasa, 2021; Ningtyias et al., 2020)

E. Masa Menyusui

Masa menyusui merupakan fase penting bagi seorang ibu setelah kehamilan. Banyak faktor yang mempengaruhi berhasil tidaknya proses laktasi termasuk, faktor lingkungan berupa dukungan keluarga serta asupan yang cukup dan berkualitas agar produksi ASI terjamin dengan baik. Prinsip gizi seimbang pada ibu menyusui selalu menjadi patokan utama dengan beberapa tambahan jumlah beberapa zat gizi. Kecukupan asupan cairan menjadi bagian terpenting untuk menjaga volume ASI yang adekuat dan mencegah ibu dari kondisi dehidrasi (Arisman, 2010; Ningtyias et al., 2020).

Tabel 4.1 Komposisi Air Susu Ibu (6 Bulan Pertama)

Volume	70-800 ml/hari	40-1200 ml/hari
Energi	2800 kj/L	670 kcal/L
Lemak	37-40 gr/L	50-55% (dari energi ASI)
Karbohidrat	70-74 gr/L	40-45% (dari energi ASI)
Protein	8-12 gr/L	5-6% (dari energi ASI)

Sumber : (Ningtyias et al., 2020)

Periode menyusui juga dianggap penting karena berperan dalam membentuk hubungan keterikatan secara emosional diantara ibu dan bayi. Selama menyusui, ibu memberikan kasih sayang dan kehangatan yang mendukung perkembangan mental dan psikis bayi. Oleh karena itu, ibu perlu memperhatikan pola makan mereka untuk memastikan produksi ASI yang mencukupi dan berkualitas (Arisman, 2010; Ningtyias et al., 2020; Susilowati, 2016).

Dalam konteks gizi ibu menyusui, penting bagi ibu untuk mengatur pola makan mereka dengan memperhatikan kebutuhan gizi mereka sendiri serta kebutuhan bayi dalam tumbuh kembangnya. Makanan yang dikonsumsi haruslah seimbang, mudah dicerna, dan tidak merangsang pencernaan.

Selain itu, ibu perlu memperhatikan kecukupan zat besi dan lemak sebagai sumber energi dalam makanan mereka. Vitamin B dan vitamin C dalam ASI juga perlu dipenuhi melalui konsumsi makanan ibu sehari-hari, karena kebutuhan bayi terhadap vitamin-vitamin ini tidak dapat dipenuhi dari cadangan dalam tubuh ibu (Arisman, 2010; Ningtyias et al., 2020; Susilowati, 2016).

Kebutuhan energi dan zat gizi pada ibu menyusui sangat penting untuk memastikan kualitas dan kuantitas ASI yang dihasilkan serta pertumbuhan bayi yang disusui. Selama masa menyusui, kebutuhan ibu akan zat gizi tambahan hampir sama dengan masa kehamilan. Prinsip pengaturan makanan bagi ibu menyusui adalah mengikuti pola gizi seimbang, yang mencakup beragam, bergizi, dan berimbang. Beberapa makanan perlu dibatasi saat menyusui, seperti kafein, alkohol, nikotin, dan makanan yang dapat menyebabkan reaksi alergi (Arisman, 2010; Ningtyias et al., 2020; Susilowati, 2016).

Kebutuhan energi pada ibu menyusui meningkat sekitar 500-600 kkal per hari selama satu tahun pertama menyusui. Tambahan kalori diperlukan untuk cadangan lemak, pertumbuhan payudara, pertumbuhan bayi, dan peningkatan BMR (*Basal Metabolic Rate*). Untuk menghitung kebutuhan kalori ibu menyusui, dapat digunakan formula Harris-Benedict yang disesuaikan dengan berat badan, tinggi badan, dan usia ibu. Kebutuhan protein pada ibu menyusui juga meningkat, sekitar 17-20 gram per hari dari kebutuhan perempuan dewasa. Protein diperlukan untuk mendukung pertumbuhan payudara dan pembentukan ASI. Asam lemak juga penting dalam menyusui, dan kebutuhan asam lemak esensial meningkat menjadi sekitar 4,5% dari total kalori. Kebutuhan lemak dapat dipenuhi sekitar 25-30% dari total kalori sesuai dengan keadaan ibu (Arisman, 2010; Brown, 2011; Hanson et al., 2015; Ningtyias et al., 2020).

Selain itu, kebutuhan mikronutrien juga perlu diperhatikan. Asam folat sangat penting dalam proses menyusui, dan defisiensi folat dapat mengganggu sintesis DNA serta menyebabkan anemia megaloblastik. Asam askorbat

(vitamin C) juga diperlukan dalam jumlah tambahan, sekitar 10 mg per hari. Pada dasarnya, tidak ada pantangan makanan bagi ibu menyusui, namun penting untuk memperhatikan sensitivitas bayi terhadap makanan tertentu. Setiap ibu perlu menjaga menu makanannya agar seimbang. Konsumsi sayuran berwarna hijau, kuning, atau oranye sangat dianjurkan (Almatsier, 2004; Arisman, 2010; Hardinsyah and Supariasa, 2021; Kementerian Kesehatan RI, 2014; Ningtyias et al., 2020; Susilowati, 2016).

F. Masa Usia Lanjut (lansia)

Proses penuaan pada manusia melibatkan berbagai perubahan dalam tubuh berakibat pada penurunan fungsi organ dan jaringan. Lansia, terutama mereka yang berusia di atas 60 tahun, rentan mengalami perubahan ini. Fungsi organ pengindra, organ pencernaan, dan otot jantung semuanya mengalami penurunan. Selain itu, perempuan juga mengalami masa menopause dengan berbagai konsekuensinya. Semua perubahan ini membuat kelompok lansia lebih rentan terhadap masalah gizi dan berbagai penyakit (Arisman, 2010; Hardinsyah and Supariasa, 2021; Kementerian Kesehatan RI, 2014; Ningtyias et al., 2020).

Kebutuhan gizi lansia, seperti kebutuhan energi, cenderung berkurang seiring bertambahnya usia, namun kebutuhan vitamin dan mineral tertentu justru meningkat. Kebutuhan gizi lansia juga berbeda antara laki-laki dan perempuan. Seiring bertambahnya usia, kebutuhan gizi lansia semakin berkurang. Pada perempuan yang memasuki masa lansia akan berdampak pada perubahan hormon, terjadinya penurunan fungsi seksual dan reproduksi yang berdampak pada status kesehatan sehingga perlu nutrisi khusus. Salah satu prinsip tersebut adalah memvariasikan jenis makanan yang dikonsumsi. Makanan berlemak, manis, dan berbahan dasar tepung-tepungan perlu dibatasi karena dapat meningkatkan risiko penyakit metabolik seperti hiperkolesterol, hipertensi, diabetes, dan gangguan ginjal. Makanan berlemak juga perlu

dibatasi. Selain itu, makanan berbasis tepung-tepungan juga sebaiknya dikonsumsi dalam jumlah yang terbatas (Arisman, 2010; Hardinsyah and Supariasa, 2021; Kementerian Kesehatan RI, 2014; Ningtyias et al., 2020).

Batasan juga perlu diterapkan pada makanan yang meningkatkan kadar asam urat, seperti jeroan, ikan, seafood, jamur, kacang-kacangan, dan daun melinjo. Namun, ikan tetap merupakan sumber protein dan mineral yang baik bagi lansia. Oleh karena itu, konsumsi ikan laut dan seafood perlu dibatasi bagi lansia yang berisiko. Serat makanan yang terkandung dalam buah dan sayuran juga membantu menjaga kesehatan pencernaan lansia. Bagi lansia yang memiliki masalah dengan pengunyahan, jus buah segar tanpa tambahan gula dapat menjadi alternatif. Memastikan asupan air putih yang cukup juga penting untuk lansia. Dalam proses penuaan, ginjal cenderung mengalami penurunan fungsi, sehingga kebutuhan air tubuh terpenuhi. (Arisman, 2010; Hardinsyah and Supariasa, 2021; Kementerian Kesehatan RI, 2014; Ningtyias et al., 2020).

Sebagai informasi tambahan berikut rekomendasi kebutuhan nutrisi yang penting bagi perempuan dalam masa prekonsepsi, kehamilan maupun bagi ibu menyusui seperti yang terlampir pada tabel 6.2 (Hanson et al., 2015).

Tabel 4.2. Rekomendasi FIGO: Nutrisi pada Perempuan

Zat Gizi	Kebutuhan Harian		
	Pra-Hamil	Hamil	Menyusui
Protein	60 g	61 g	
Omega-6 PUFAs	11-12 g	13 g	13 g
Omega-3 PUFAs	1,1 g	1,4 g	1,3 g
Karbohidrat	130 g	175 g	210 g
Folat	400 ug	400-600 ug	600 ug
Vitamin B12	2,4 ug	2,6 ug	2,8 ug
Vitamin A	700 ug	750-770 ug	1300 ug
Vitamin D	≥600 IU	≥600 IU	≥600 IU

Zat Gizi	Kebutuhan Harian		
	Pra-Hamil	Hamil	Menyusui
Vitamin B6	1,3 mg	1,9 mg	2,0 mg
Iodium	150 ug	220 ug	290 ug
Zat Besi	15-18 mg	27 mg	9 mg
Kalsium	1000-1300 mg	1000-1300 mg	1000-1300 mg
Selenium	55 ug	60 ug	70 ug
Zink	8-9 mg	11-12 mg	12 mg
Kolin	400-425 mg	450 mg	
Biotin	25-30 ug	30 ug	
Tembaga	890-900 ug	1000 ug	

Sumber : (Hanson et al., 2015)

DAFTAR PUSTAKA

- Almatsier, S., 2004. Prinsip Dasar Ilmu Gizi, 7th ed. PT. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Arisman, 2010. Gizi dalam daur hidup kehidupan, 2nd ed. EGC, Jakarta.
- Brown, J.E., 2011. Nutrition through the life cycle, 4th ed. Wadsworth, USA.
- Feskens, E.J.M., Bailey, R., Bhutta, Z., Biesalski, H.-K., Eicher-Miller, H., Krämer, K., Pan, W.-H., Griffiths, J.C., 2022. Women's health: optimal nutrition throughout the lifecycle. *Eur J Nutr* 61, 1-23. <https://doi.org/10.1007/s00394-022-02915-x>
- Hanson, M.A., Bardsley, A., De-Regil, L.M., Moore, S.E., Oken, E., Poston, L., Ma, R.C., McAuliffe, F.M., Maleta, K., Purandare, C.N., Yajnik, C.S., Rushwan, H., Morris, J.L., 2015. The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) recommendations on adolescent, preconception, and maternal nutrition: "Think Nutrition First." *Int J Gynaecol Obstet* 131 Suppl 4, S213-253. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(15\)30034-5](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(15)30034-5)
- Hardinsyah, H., Supariasa, I.D.N., 2021. Ilmu Gizi teori dan Aplikasi, 1st ed. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Kementrian Kesehatan RI, 2014. PMK no 41 tentang pedoman gizi seimbang.
- Mahan, L.K., Raymond, J.L., 2017. Krause's Food & The Nutrition Care Process, 14th ed. Elsevier, St.Louis, Missouri.
- Ningtyias, F.W., Sulistiyani, Yusi, L., Rohmawati, N., 2020. Gizi Dalam Daur Kehidupan. UPT Percetakan & Penerbitan Universitas Jember, Jember.
- PMK No.28, 2019. Angka Kecukupan Gizi yang Dianjurkan untuk Masyarakat Indonesia.
- Sri Sumarmi, M., 2019. Gizi Prakonsepsi: Mencegah Stunting Sejak Menjadi Calon Pengantin.

Susilowati, 2016. Gizi daur kehidupan. PT. Refika Aditama, Bandung.

UNICEF, 2021. UNICEF Programming Guidance. Prevention of malnutrition in women before and during pregnancy and while breastfeeding. UNICEF, New York.

BAB 5

PENGARUH NAPZA DAN MIRAS TERHADAP KEHIDUPAN REMAJA Oleh : Ns. Thika Marlina, M. Kep., Sp. Kep.J.

A. Pendahuluan

Penyalahgunaan NAPZA pada remaja makin meningkat, terjadi peningkatan sebesar 24-28 % yang kebanyakan pengguna anak-anak dan remaja. Remaja yang terpapar NAPZA lebih rentan sebagai pengguna jangka Panjang sebab mereka memiliki waktu yang cukup panjang dalam mengkonsumsi narkoba. Berdasarkan data UNODC di Dunia juga terjadi situasi serupa, sebanyak 275 juta penduduk atau 5,6% penduduk pernah mengkonsumsi narkoba.

Penyalahgunaan dan peredaran narkoba di Indonesia telah menjadi masalah serius dan memprihatinkan. Narkoba adalah ancaman nyata yang membutuhkan penanganan serius dan mendesak. Tantangan kian berat manakala masih banyak mitos dan informasi yang keliru tentang narkoba. Ditambah lagi kondisi wilayah Indonesia yang memiliki potensi besar menjadi sasaran daya tarik para pengedar narkoba.

Zat atau obat yang berasal dari tanaman atau bukan tanaman baik sintetis maupun semi sintetis yang dapat menyebabkan penurunan atau perubahan kesadaran, hilangnya rasa nyeri dan dapat menimbulkan ketergantungan. Jenis-jenis Narkoba misalnya seperti heroin, kokain, LSD, tembakau gorila, ganja, sabu, jamur, dan ekstasi. Penggolongan Narkotika dijelaskan berdasarkan hukum dalam Pasal 127 UU No. 35/2009. Ada beberapa efek penyalahgunaan zat narkoba yakni halusinogen, depresan, dan stimulan. Korban narkoba adalah

penyalahguna narkoba, keluarga, masyarakat, bangsa dan negara. Penyalahgunaan napza seperti halnya fenomena gunung es. Ini berarti jumlah penderita penyalahgunaan napza yang tampak di permukaan lebih kecil dibanding dengan yang tersembunyi. WHO mencatat kasus yang tersembunyi di masyarakat yaitu kasus yang termasuk *dark number* jumlahnya sepuluh kali lebih banyak daripada kasus yang terdata.

Selain penyalahgunaan NAPZA, salah satu dampak modernisasi yang tidak terkontrol pada remaja adalah penyalahgunaan minuman keras (miras). Minuman keras adalah minuman yang mengandung alkohol yang bila dikonsumsi secara berlebihan dan terus-menerus dapat merugikan dan membahayakan jasmani, rohani maupun bagi kepentingan perilaku dan cara berfikir kejiwaan sehingga akibat lebih lanjut akan mempengaruhi kehidupan keluarga dan hubungan dengan masyarakat sekitar.

B. Definisi Penyalahgunaan Napza dan Miras

1. NAPZA

Napza merupakan singkatan dari narkotika, psikotropika, dan zat adiktif lainnya baik zat alami atau sintetis. Napza dibagi menjadi tiga jenis, yaitu narkotika, psikotropika, dan bahan adiktif lainnya. Ketiga istilah tersebut mengacu pada kelompok senyawa yang dapat menyebabkan kecanduan. Contoh dari narkotika adalah opium, codein dan LSD. Kemudian jenis psikotropika diantaranya ada ekstasi, demerol, dan sabu-sabu. Sementara itu contoh dari zat adiktif adalah kafein, alkohol, dan nikotin.

Napza memiliki dua sisi, yaitu sisi baik yang sangat bermanfaat dan sisi buruk bila disalahgunakan. Manfaat dari napza banyak dipakai untuk kepentingan pengobatan, misalnya penggunaan morfin yang dapat menghilangkan rasa nyeri dan kokain yang digunakan sebagai anestetik (obat bius) lokal pada pembedahan mata, hidung, dan tenggorokan. Namun karena efeknya seperti halusinasi, meningkatkan stamina, dan menimbulkan rasa senang bagi

pemakainya, napza sering disalahgunakan bukan untuk terapi pengobatan namun hanya untuk memberikan rasa nikmat.

Penyalahgunaan NAPZA dapat menimbulkan efek negatif bagi kesehatan. Penyalahgunaan ganja dapat menyebabkan penurunan daya tahan tubuh dan memperburuk aliran darah. Penyalahgunaan kokain dapat menyebabkan anemia dan turunnya berat badan. Penyalahgunaan alkohol menimbulkan banyak komplikasi, seperti gangguan metabolisme, kanker usus, gangguan hati, gangguan pada otot jantung dan syaraf, cacat janin, dan gangguan seksual.

Penyalahgunaan NAPZA juga dapat menimbulkan efek negatif bagi mental. Pemakaian ganja yang berat dan lama dapat menimbulkan sindrom amotivasional yang ditandai dengan emosi dan gangguan fungsi ingatan. Konsumsi alkohol dapat menimbulkan perubahan pada mental emosional yang bermanifestasi pada perilaku yang tidak wajar.

2. Miras

Miras singkatan dari minuman keras. Merupakan minuman mengandung etil alkohol (MMEA) adalah minuman yang mengandung ethanol (C_2H_5OH) yang diproses melalui fermentasi bahan yang mengandung karbohidrat hasil pertanian. Contoh yang masuk dalam kategori minuman keras adalah : arak, vodka, gin, baijiu, tequila, rum, wiski, brendi.

Miras dikenakan biaya cukai karena konsumsinya perlu dikendalikan, peredarannya perlu diawasi, pemakaiannya dapat menimbulkan dampak negatif bagi masyarakat, dan pemakaiannya perlu pembebanan pungutan Negara demi keadilan dan keseimbangan.

Miras ilegal adalah miras yang tidak legal, peredarannya melanggar hukum/tidak sah menurut

hukum/tidak punya izin dari instansi terkait. Jenis miras ilegal antara lain :

- a. Miras tanpa pita cukai (kecuali miras yang mengandung alkohol dibawah 5%). Yaitu miras yang diperjualbelikan bebas ke pasaran, bermerk, tetapi kemasannya tidak dilekati pita cukai.
- b. Miras dengan pita cukai palsu. Yaitu miras yang diperjualbelikan bebas ke pasaran, bermerk, tetapi kemasannya dilekati pita cukai palsu. Indikasi awal untuk mengetahui keaslian pita cukai adalah menggunakan sinar UV yang kemudian asli atau palsunya ditetapkan oleh instansi yang berwenang.

C. Kategori NAPZA (Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif lainnya) dan Miras

1. Narkotika

Narkotika adalah zat atau obat yang berasal dari tanaman maupun bukan dari tanaman baik itu sintesis maupun semisintesis yang dapat menyebabkan penurunan dan perubahan kesadaran, mengurangi atau menghilangkan rasa nyeri, dan dapat menimbulkan ketergantungan, (UU RI No 22 / 1997). Narkotika terdiri dari tiga golongan, yaitu:

- a. **Golongan I** : Narkotika yang hanya digunakan untuk kepentingan ilmu pengetahuan dan tidak dipergunakan untuk terapi, serta memiliki potensi ketergantungan sangat tinggi, contohnya: Cocain, Ganja, dan Heroin.
- b. **Golongan II** : Narkotika yang dipergunakan sebagai obat, penggunaan sebagai terapi, atau dengan tujuan pengembangan ilmu pengetahuan, serta memiliki potensi ketergantungan sangat tinggi, contohnya : morfin, petidin
- c. **Golongan III** : Narkotika yang digunakan sebagai obat dan penggunaannya banyak dipergunakan untuk terapi, serta dipergunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan memiliki potensi ketergantungan ringan, contoh : codein.

2. Psikotropika

Psikotropika adalah zat atau obat, baik alamiah ataupun sintesis bukan narkotika, yang berkhasiat psikoaktif melalui pengaruh selektif pada susunan saraf pusat yang menyebabkan perubahan perilaku dan perubahan khas pada aktifitas mental dan dibagi menjadi beberapa golongan, yaitu:

- a. **Golongan I** : yaitu psikotropika yang di pergunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan tidak dipergunakan untuk terapi dan memiliki sindrom ketergantungan kuat, contoh : Extasi.
- b. **Golongan II** : yaitu psikotropika yang dipergunakan untuk pengobatan dan dapat digunakan sebagai terapi serta untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan memiliki sindrom ketergantungan kuat, contoh : Amphetamine.
- c. **Golongan III** : yaitu psikotropika yang digunakan sebagai obat dan banyak digunakan sebagai terapi serta untuk tujuan pengembangan ilmu pengetahuan dan memiliki sindrom ketergantungan sedang, contoh : phenobarbital.
- d. **Golongan IV** : yaitu psikotropika yang dipergunakan sebagai pengobatan dan dan banyak dipergunakan untuk terapi serta digunakan untuk pengembangan ilmu pengetahuan dan memiliki sindroma ketergantungan ringan, contoh : diazepam, nitrazepam.

3. Zat Adiktif

Zat adiktif adalah bahan atau zat yang berpengaruh psikoaktif diluar narkotika dan psikotropika, meliputi :

- a. Minuman beralkohol : mengandung etanol etil alkohol, yang berfungsi menekan susunan saraf pusat dan jika digunakan secara bersamaan dengan psikotropika dan narkotika maka akan memperkuat pengaruh di dalam tubuh. Ada tiga golongan minuman beralkohol yaitu:
 - 1) Golongan A : Kadar etanol 1-5 %
 - 2) Golongan B : Kadar etanol 5-20 %

- 3) Golongan C : Kadar etanol 20-45 %
- b. Inhalasi : adalah gas hirup dan solven (zat pelarut) mudah menguap berupa senyawa organik yang terdapat di berbagai barang keperluan rumah tangga, kantor dan sebagainya.
 - c. Tembakau : tembakau adalah zat adiktif yang mengandung nikotin dan banyak yang digunakan di masyarakat.

4. Minuman Keras

Jenis minuman keras yang digolongkan berdasarkan kadar alkoholnya sebagai berikut :

a. Golongan A

Kadar alcohol jenis ethanol (C_2H_5OH) 1%-5%. Mengonsumsi minuman keras golongan pertama belum menyebabkan mabuk, namun tetap berdampak kurang baik bagi kesehatan. Jenis minuman keras yang termasuk dalam golongan A antara lain, Shandy, Minuman ringan beralkohol, Bir/Beer, Lager, Ale, Hitam/Stout, Low Alcohol Wine, Minuman Beralkohol Berkarbonasi, Anggur Brem Bali.

b. Golongan B

Golongan B merupakan minuman beralkohol dengan kadar ethanol 5% -20%. Dengan kadar alkohol yang cukup besar, minuman jenis golongan dua bisa menyebabkan mabuk apabila dikonsumsi dalam jumlah banyak dan bagi yang belum terbiasa. Jenis minuman keras yang masuk ke dalam golongan B antara lain, Reduced Alcohol Wine, Wine, Sparkling Wine/Champagne, Carbonated Wine, Koktail Anggur/Wine Koktail, Quinine Tonic Wine, Meat Wine / Beef Wine, Malt Wine, Fruit Wine, Cider, Anggur Sari Buah Pir/Perry, Sake, Honey Wine/Mead, Koktail Anggur/Wine Koktail, Tuak/Toddy, Anggur Ginseng.

c. Golongan C

Minuman keras golongan C adalah minuman yang memiliki kadar alkohol paling tinggi yang boleh dikonsumsi. Kadar alkohol dari minuman keras golongan C sebesar 20% - 45%. Jenis minuman yang termasuk dalam minuman keras golongan C adalah Whisky/Whiskies, Rum, Gin, Geneva, Vodka. Jumlah minuman alkohol yang boleh diminum berbeda beda, tergantung dari golongannya. Untuk golongan A per hari tidak boleh lebih dari 285 ml, golongan B maksimal 120 ml dan golongan C maksimal 30 ml per hari. Meminum minuman keras dalam jumlah yang melebihi batas selain merusak otak juga berakibat buruk bagi kesehatan organ tubuh lainnya.

Indonesia memiliki beragam budaya, berikut ini beberapa minum beralkohol tradisional Indonesia yang sebaiknya dikenali dan harus dihindari :

- 1) Arak bali
- 2) Tuak Tapanuli
- 3) Moke dari Flores NTT
- 4) Sope khas Maluku
- 5) Minuman cap tikus dari Minahasa
- 6) Baram minuman suku Dayak-Kaharingan
- 7) Ciu di Jawa Tengah
- 8) Tuo Nifaro berasal dari Tuak Tapanuli Sumatra
- 9) Swansrai minuman papua
- 10) Ballo khas Sulawesi Selatan

D. Efek Penyalahgunaan Napza

Ada beberapa golongan efek NAPZA yang di tinjau selama berinteraksi antara orang yang sehat dengan pencandu narkoba, yaitu :

1. Golongan Depresan (Downer)

Merupakan jenis napza yang menyebabkan mengurangi aktifitas fungsional tubuh, sehingga membuat penggunaannya menjadi tenang dan membuat tertidur bahkan

bisa tak sadarkan diri. Contoh: opioda (morfin, heroin, dan codein), sedative (penenang), hipnotik (obat tidur), dan tranquilizer (anti cemas).

2. Golongan Stimulant (Upper)

Merupakan golongan napza yang merangsang fungsi tubuh dan meningkatkan gairah kerja, pada golongan ini membuat pengguna menjadi aktif, segar, dan bersemangat. Contoh: ampahetamine (shabu, extasi) dan kokain

3. Golongan Halusinogen :

Adalah golongan napza yang membuat penggunanya berhalusinasi yang bersifat merubah perasaan, dan pikiran sehingga perasaan dapat terganggu. Contoh : kanabis (ganja).

E. Bahaya NAPZA dan Miras

Penggunaan narkoba dapat menyebabkan efek negatif yang dapat menyebabkan gangguan mental dan perilaku, sehingga menyebabkan terganggunya sistem neuro-transmitter pada susunan saraf pusat di otak. Gangguan pada sistem neuro transmitter akan menyebabkan terganggunya fungsi kognitif (alam pikiran), afektif (alam perasaan, mood dan emosi), psikomotor (perilaku) dan aspek sosial.

Seseorang pecandu narkoba semakin lama penggunaan narkoba akan membutuhkan dosis yang lebih tinggi demi dapat merasakan efek yang sama. Inilah yang membuat pecandu narkoba ingin lagi dan ingin lagi karena zat tertentu dalam narkoba mengakibatkan seseorang cenderung bersifat pasif karena secara tidak sengaja narkoba memutus saraf-saraf dalam otak. Jika terlalu lama dan sudah ketergantungan maka lambat laun organ dalam tubuh akan rusak dan jika sudah melebihi takaran maka pengguna akan overdosis dan akhirnya kematian.

Meminum minuman keras dalam jumlah yang melebihi batas selain merusak otak juga berakibat buruk bagi kesehatan organ tubuh lainnya. Apalagi miras yang dioplos secara sembarangan dengan bahan campuran seperti spiritus/metanol (CH₃OH), obat herbal seperti obat kuat atau suplemen kesehatan, termasuk ginseng. Dampak lainnya adalah :

1. Menyebabkan iritasi pada lambung, kemudian timbul luka dan membengkak dan semakin parah.
2. Bahan campuran berupa metanol yang terkandung didalamnya bisa menyebabkan kebutaan dan bahkan kematian. Metanol adalah alkohol industri yang digunakan untuk cat, penghilang vernis, pelarut cat dan lainnya. Kandungan metanol dalam miras oplosan ini akan menyebabkan euforia, pusing, ngantuk, mual, muntah, nyeri perut, diare, pankreatitis, hepatitis akut, pendarahan pada saluran pencernaan, ataksia, disorientasi.
3. Menyebabkan gangguan jiwa yaitu dapat merusak secara permanen jaringan otak sehingga menimbulkan gangguan daya ingatan, kemampuan penilaian, kemampuan belajar dan gangguan jiwa tertentu.

F. Pemulihan Kondisi dengan Rehabilitasi

Orang yang langsung mengkonsumsi narkoba atau menjadi pecandu narkoba dapat dilakukan pemulihan dengan dilakukan rehabilitasi, adapun beberapa tahap-tahap rehabilitasi yang umumnya dilakukan, yaitu :

1. Pemeriksaan

Pemeriksaan dilakukan oleh dokter untuk melihat seberapa besar seseorang sudah kecanduan narkoba, efek samping yang sudah dialami, dan pemeriksaan depresi yang ditimbulkan dari penggunaan narkoba. Sehingga dokter akan memberikan penanganan terhadap hasil pemeriksaan tersebut untuk menghilangkan efek yang ditimbulkan.

2. Detoksifikasi

Detoksifikasi merupakan upaya pembersihan racun akibat penggunaan narkoba dimana dilakukan dengan cara pemberhentian penggunaan narkoba. Ketika berhenti menggunakan narkoba maka kemungkinan pecandu akan mengalami gejala-gejala yang ditimbulkan akibat pemberhentian penggunaan narkoba/akibat pemberhentian asupan obat yang biasanya menenangkan. Dan pecandu harus bertahan dalam keadaan tidak ada asupan obat

terlarang ini dan dokter akan membantu memberikan obat untuk mengurangi masalah/mengatasi rasa tidak nyaman yang ditimbulkan oleh efek pemberhentian penggunaan narkoba dan pecandu memerlukan cairan dan makanan yang cukup untuk membantu memulihkan kondisi tubuh.

3. Stabilisasi

Merupakan cara ketiga yang dilakukan setelah 2 tahap sudah dilewati. Dokter akan memberikan resep obat untuk pengobatan jangka panjang untuk. Pemulihan ini juga mencakup rencana-rencana kehidupan anda pada jangka panjang, serta kesetabilan mental pecandu.

4. Dukungan orang sekitar

Berkomunikasi dengan orang dekat tentang masa pemulihan dari penggunaan narkoba dapat membantu ada dalam mengalihkan keinginan untuk kembali terjerumus dalam penggunaan narkoba. Pilihlah seseorang yang dapat dipercaya, seperti : keluarga dan teman dekat yang mungkin dapat membantu anda dalam pemulihan.

G. Upaya Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA dan Miras

Narkoba sangat merugikan masyarakat dan penggunaannya yang luas di masyarakat menimbulkan kerugian bagi semua kalangan baik itu pelajar dan anak-anak. Sehingga perlu dilakukan upaya pencegahan bagi semua kalangan. Adapun upaya pencegahan yang dapat dilakukan, yaitu : berikut adalah upaya pencegahan atau tips yang dapat dilakukan untuk mencegah penggunaan narkoba / NAPZA yang dilansir dari website resmi Badan Narkotika Nasional, yaitu :

1. Jangan pernah untuk menggunakan narkoba.
2. Mengetahui berbagai dampak negatif dan bahaya penggunaan narkoba.
3. Memilih pergaulan yang baik dan menghindari pergaulan yang dapat menjerumuskan kita pada penyalahgunaan narkoba / NAPZA.

4. Mengikuti kegiatan yang bersifat positif seperti berolahraga ataupun mengikuti kegiatan organisasi yang memberikan pengaruh positif kepada kita
5. Selalu mengingatkan bahwa pengguna narkoba dan pengedar narkoba memiliki aturan hukum yang dapat menjerat pengguna maupun pengedar narkoba.
6. Menjalin hubungan interpersonal yang baik dengan pasangan maupun dengan anak-anak akan memungkinkan kita melihat gejala awal penyalahgunaan narkoba pada anak-anak, dan hubungan dan komunikasi dengan baik dengan anak-anak kita akan membuat mereka merasa nyaman dan aman.
7. Mengenal bahwa penyalahgunaan narkoba disebabkan karena dampak kurang pedulinya keluarga kepada anak-anak kita. Maka dari itu keluarga diharapkan memberikan contoh perilaku yang baik dan memberikan perhatian yang cukup pada anak-anak kita.
8. Bila mempunyai masalah maka cari jalan keluar yang baik dan tepat dan jangan jadikan narkoba sebagai jalan pelarian.

H. Penutup

NAPZA memiliki manfaat dan risiko bagi penggunaannya. Manfaat maupun risiko penggunaan NAPZA tergantung pada seberapa banyak, seberapa sering, dan cara menggunakannya. Dengan mempertimbangkan risiko yang lebih besar daripada manfaatnya, maka segala jenis NAPZA harus dihindari dan diwaspadai untuk mencegah kecanduan dan dampak buruk dari NAPZA yang berbahaya yang tidak diharapkan.

Dampak minuman keras telah terbukti menjadi penyebab dari berbagai penyakit. Dari penyakit yang sederhana sampai yang sangat berbahaya seperti liver akan merusak jaringan hati gangguan penyerapan zat makanan dan mengakibatkan kurang gizi, meningkatkan tekanan darah membuat denyut jantung menjadi tidak normal dan menurunkan nafsu seksual. Terhadap otak bisa mengakibatkan hilangnya pengendalian diri, membuat sempoyongan, mengganggu kemampuan berbicara,

menurunkan kemampuan intelektual, mengakibatkan hilangnya ingatan (blockout) menyebabkan terjadinya amnesia dan merusak jaringan saraf. Sudah seyogyanya miras tidak boleh di minum oleh remaja maupun orang dewasa karena tidak membawa manfaat.

DAFTAR PUSTAKA

- Ball, J., R. Grucza, M. Livingston, T. ter Bogt, C. Currie and M. de Looze (2023). "The great decline in adolescent risk behaviours: Unitary trend, separate trends, or cascade?" *Social Science & Medicine* 317: 115616.
- Boer, O. D., H. El Marroun and I. H. A. Franken (2022). "Brain morphology predictors of alcohol, tobacco, and cannabis use in adolescence: A systematic review." *Brain Research* 1795: 148020.
- Borissova, A., S. Soni, E. R. Aston, R. Lees, K. Petrilli, M. B. Wall, M. A. P. Bloomfield, E. Mertzani, A. Paksina, T. P. Freeman, C. Mokrysz, W. Lawn and H. V. Curran (2022). "Age differences in the behavioural economics of cannabis use: Do adolescents and adults differ on demand for cannabis and discounting of future reward?" *Drug and Alcohol Dependence* 238: 109531.
- Brunborg, G. S., J. Raninen and J. Burdzovic Andreas (2022). "Energy drinks and alcohol use among adolescents: A longitudinal study." *Drug and Alcohol Dependence* 241: 109666.
- Brunborg, G. S., J. C. Skogen and J. Burdzovic Andreas (2022). "Time spent on social media and alcohol use among adolescents: A longitudinal study." *Addictive Behaviors* 130: 107294.
- Chaffee, B. W., E. T. Couch, M. L. Wilkinson, C. D. Donaldson, N. F. Cheng, N. Ameli, X. Zhang and S. A. Gansky (2023). "Flavors increase adolescents' willingness to try nicotine and cannabis vape products." *Drug and Alcohol Dependence* 246: 109834.
- Cosma, A., F. J. Elgar, M. de Looze, N. Canale, M. Lenzi, J. Inchley and A. Vieno (2022). "Structural gender inequality and gender differences in adolescent substance use: A multilevel study from 45 countries." *SSM - Population Health* 19: 101208.
- Kamens, H. M., G. Flarend and W. J. Horton (2023). "The role of nicotinic receptors in alcohol consumption." *Pharmacological Research* 190: 106705.

- Kelly, L. M., N. Correia, M. D. H. Kearns, S. G. Lang, J. Yermash, J. Guigayoma, S. A. Helseth and S. J. Becker (2022). "From parenting skills to adolescent treatment needs: Questions elicited by parents of adolescents discharged from residential treatment." *Drug and Alcohol Dependence Reports* 5: 100110.
- Kwaning, K., A. Ullah, C. Biely, N. Jackson, K. K. Dosanjh, A. Galvez, G. Arellano and R. Dudovitz (2023). "Adolescent Feelings on COVID-19 Distance Learning Support: Associations With Mental Health, Social-Emotional Health, Substance Use, and Delinquency." *Journal of Adolescent Health* 72(5): 682-687.
- Martín-Turrero, I., R. Valiente, I. Molina-de la Fuente, U. Bilal, M. Lazo and X. Sureda (2022). "Accessibility and availability of alcohol outlets around schools: An ecological study in the city of Madrid, Spain, according to socioeconomic area-level." *Environmental Research* 204: 112323.
- Mola, R., R. C. de Araújo, S. A. Barbosa, L. S. Almeida and A. C. R. Pitangui (2023). "Trends in consuming alcoholic beverages among adolescents and young adults of school age: sexes differences." *Jornal de Pediatria* 99(1): 72-78.
- Nixon, D. E., A. K. Ferketich, M. D. Slater, D. Mays and B. Keller-Hamilton (2022). "Prospective associations between attitudes toward alcohol advertisements and alcohol use behaviors among adolescent boys." *Addictive Behaviors Reports* 15: 100428.
- Pilin, M. A., J. M. Robinson, K. Young and M. D. Krank (2022). "Cognitions mediate the influence of personality on adolescent cannabis use initiation." *Addictive Behaviors Reports* 15: 100425.
- Rouzer, S. K., J. Gutierrez, K. V. Larin and R. C. Miranda (2023). "Alcohol & cannabinoid co-use: Implications for impaired fetal brain development following gestational exposure." *Experimental Neurology* 361: 114318.

- Roversi, M., M. Martini, A. Musolino, M. Pisani, G. Zampini, L. Genuini, G. Bottari, M. Di Nardo, F. Stoppa and M. Marano (2023). "Drug self-poisoning in adolescents: a report of 267 cases." *Toxicology Reports*.
- Skumlien, M., T. P. Freeman, D. Hall, C. Mokrysz, M. B. Wall, S. Ofori, K. Petrilli, K. Trinci, A. Borissova, N. Fernandez-Vinson, C. Langley, B. J. Sahakian, H. V. Curran and W. Lawn (2023). "The Effects of Acute Cannabis With and Without Cannabidiol on Neural Reward Anticipation in Adults and Adolescents." *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging* 8(2): 219-229.
- Smailović, E., D. Pešić, B. Antić and N. Marković (2023). "A REVIEW OF FACTORS ASSOCIATED WITH DRIVING UNDER THE INFLUENCE OF ALCOHOL." *Transportation Research Procedia* 69: 281-288.
- Tomko, C., M. Olfson and R. Mojtabai (2022). "Gaps and barriers in drug and alcohol treatment following implementation of the affordable care act." *Drug and Alcohol Dependence Reports* 5: 100115.

BAB 6

KEKERASAN DAN PELECEHAN PADA REMAJA

Oleh : Lia Amalia, S.K.M., M.Kes.

Kekerasan terhadap anak/remaja merupakan masalah di semua Negara, baik negara berkembang maupun Negara maju, dan harus segera diatasi. Komitmen Dunia untuk mengatasi masalah kekerasan terhadap anak tertuang dalam beberapa Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) dan tujuan lain yang mendukung penghapusan kekerasan terhadap anak. Selanjutnya, SDGs juga mencakup beberapa aspek yang bertujuan untuk mengakhiri kekerasan terhadap anak di mana pada tahun 2030 tujuan ini harus dipenuhi (KPPA 2018).

A. Kekerasan

1. Definisi

Kekerasan adalah tindakan yang disengaja yang mengakibatkan kerusakan fisik atau tekanan emosional (Capernito-Moyet 2012). Campbell dan Humphey mendefinisikan kekerasan terhadap anak sebagai tindakan apa pun yang mungkin merugikan kesehatan dan kesejahteraan anak, yang dilakukan oleh mereka yang bertanggung jawab. Orang yang bertanggung jawab dalam hal ini adalah keluarga, teman, maupun lingkungan masyarakat disekitar anak (Hamid 2008).

Kekerasan didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebagai penggunaan kekuatan fisik dan kekuatan untuk mengancam diri sendiri, orang lain atau sekelompok orang atau masyarakat, yang dapat

mengakibatkan memar/trauma, kematian, gangguan psikologis, cacat perkembangan atau perampasan hak (Crew Ge et al., 2002). Definisi kekerasan dalam ilmu sosial memiliki dua makna utama, yaitu semua peristiwa dengan pengguna dan kekuatan yang mengancam sebagai elemen utama; benda potensi Alam (Krug et al. 2002).

2. Klasifikasi

Klasifikasi yang digunakan dalam World Report on Violence and Health membagi kekerasan menjadi tiga jenis, (Krug et al. 2002) (1) Kekerasan terhadap diri sendiri; (2) Kekerasan terhadap orang lain; (3) Spektrum kekerasan yang lebih luas. Klasifikasi tersebut membedakan antara kekerasan interpersonal, kekerasan terhadap orang atau kelompok lain, dan kekerasan terhadap kelompok yang lebih luas seperti Negara, organisasi politik, kelompok bersenjata, dan kelompok teroris.

a. Kekerasan terhadap diri sendiri

Tindakan melukai diri sendiri melalui cara-cara kekerasan biasanya disebut sebagai "kekerasan terhadap diri sendiri. Tindakan pelecehan diri mencakup perilaku melukai diri sendiri dan bunuh diri. Perilaku bunuh diri dapat dikategorikan lebih jauh ke dalam lima tahap berbeda : niat untuk mengakhiri hidup seseorang, perencanaannya, penemuan cara untuk melakukannya, upaya itu sendiri, dan pelaksanaan akhirnya.

b. Kekerasan terhadap orang lain

Kekerasan terhadap orang lain dibagi menjadi 2 sub kategori :

- 1) Kekerasan terhadap keluarga dan orang terdekat, yaitu kekerasan yang sebagian besar terjadi antara anggota keluarga dan orang terdekat, yang biasanya terjadi di rumah.
- 2) Kekerasan komunitas, yaitu kekerasan antara individu yang tidak ada hubungannya dan mungkin tidak dikenal, sering terjadi di luar rumah. Beberapa

penelitian terbaru menggolongkan katalog kekerasan di masyarakat, termasuk kekerasan terhadap remaja, kekerasan acak, pelecehan seksual, dan kekerasan yang dilakukan di institusi seperti sekolah, tempat kerja, penjara, dan panti jompo.

c. Kekerasan kolektif

Kekerasan kolektif adalah kekerasan yang dilakukan oleh beberapa orang dalam suatu kelompok terhadap kelompok lain atau anggota kelompok karena alasan politik, ekonomi atau sosial. Itu bisa banyak hal; perang bersenjata di dalam dan antar Negara, genosida, represi dan pelanggaran hak asasi manusia lainnya seperti; terorisme dan kejahatan kekerasan terorganisir.

Klasifikasi jenis kekerasan ini juga mengidentifikasi jenis kekerasan yang dapat berupa fisik, seksual, psikologis, eksploitasi atau penelantaran.

3. Kekerasan pada Remaja

Kekerasan remaja adalah perilaku berbahaya yang dapat dimulai sejak dini dan berlanjut hingga remaja dan bahkan dewasa. Remaja dapat menjadi korban, pelaku atau saksi dari kekerasan tersebut. Kekerasan terhadap remaja merupakan salah satu bentuk kekerasan yang paling terlihat di masyarakat. Pembunuhan dan penyerangan fatal dan non-fatal di kalangan remaja merupakan penyebab utama kematian dini, cedera, dan kecacatan di seluruh Dunia. Kekerasan terhadap remaja tidak hanya merugikan korban, tetapi juga keluarga, teman, dan komunitas mereka. Dampaknya tidak hanya pada kematian, penyakit dan kecacatan, tetapi juga pada kualitas hidup.

Kekerasan remaja mencakup ancaman agresif dan kekerasan fisik, tetapi yang lebih berbahaya adalah penyerangan dan pembunuhan (Alwi 2017).

4. Perkembangan Kekerasan Remaja

Pola perilaku kekerasan berubah sepanjang hidup seseorang. Masa remaja dan dewasa muda adalah periode di mana perilaku kekerasan umum terjadi, tetapi jenis perilaku lain juga diungkapkan (Alwi 2017).

Kekerasan remaja dapat berkembang dengan berbagai cara. Beberapa anak menunjukkan perilaku bermasalah sejak usia dini yang secara bertahap meningkat menjadi bentuk agresi yang lebih parah sebelum dan selama pubertas. Penelitian longitudinal telah mengidentifikasi dua lintasan yang menonjol untuk munculnya kekerasan remaja, yaitu yang memiliki early onset dan yang memiliki late onset. Anak-anak yang belum mencapai pubertas dan sudah mulai melakukan tindakan kekerasan termasuk dalam kelompok early onset, sedangkan mereka yang tidak melakukan kekerasan sebelum pubertas termasuk dalam kelompok late onset.

Pola tahap early onset, perilaku bermasalah dimulai pada usia muda dan secara bertahap meningkat menjadi perilaku berisiko, yang berpuncak pada perilaku kekerasan yang lebih parah pada awal masa remaja. Kelompok late onset ditandai dengan kejahatan yang lebih besar dan lebih serius pada masa remaja dan peningkatan kekerasan dari masa remaja hingga dewasa. Pelaku kekerasan tahap akhir sedang memasuki fase perkembangan kekerasan yang akan terus berkembang di masa mendatang. Remaja dalam kategori ini melakukan tindakan kekerasan yang serius dan berlanjut hingga dewasa. Anak muda yang melakukan kekerasan biasanya tidak memulai aktivitasnya dengan kejahatan yang serius. Beberapa penelitian pada umumnya sepakat bahwa kekerasan diawali dengan bentuk-bentuk perilaku antisosial atau kriminal. Frekuensi, tingkat keparahan, dan keragaman tindakan ini kemudian meningkat dan seringkali meningkat menjadi kekerasan yang lebih serius.

National Youth Survey di beberapa negara, seperti Amerika Serikat dan Inggris, menunjukkan bahwa kekerasan akan meningkat dari waktu ke waktu. Kebanyakan anak muda yang mengalami kekerasan serius dimulai dengan penyerangan yang semakin berbahaya, kemudian perampokan, dan akhirnya pemerkosaan. Hal ini menjadikan remaja sebagai pelaku pelanggaran yang paling sering. Remaja ini bertanggung jawab atas sebagian besar perilaku kriminal.

Kekerasan serius dikaitkan dengan banyak masalah perilaku lainnya, termasuk kejahatan properti, penyalahgunaan narkoba, kepemilikan senjata, putus sekolah, aktivitas seksual dini, dan mengemudi sembrono (Alwi 2017).

5. Faktor Risiko

a. Faktor individu

Pada tingkat individu, faktor yang mempengaruhi kemungkinan perilaku kekerasan meliputi karakteristik biologis, psikologis, dan perilaku. Faktor-faktor ini dapat muncul sejak masa kanak-kanak atau remaja dan dipengaruhi dalam berbagai tingkatan oleh keluarga dan teman sebaya, serta faktor sosial dan budaya (Krug et al. 2002).

1) Karakteristik biologi

Karakteristik biologi yang mempengaruhi kemungkinan terjadinya perilaku kekerasan mengacu pada efek informasi genetik yang ditransmisikan oleh orang tua telah berkembang pada beberapa karakteristik atau keunikan anak. Beberapa teori biologis menunjukkan bahwa agresi dapat menjadi manifestasi pengaruh genetik atau kimia dan kompatibel dengan sindrom patologis organik seperti kelainan kromosom XYY atau proses biokimia dan hormonal tertentu yang terkait dengan kadar testosteron dan noradrenalin dalam organisme. Dalam

hal ini, mungkin tidak ada orang yang terlahir dengan sifat yang keras, tetapi secara bertahap dengan bentuk agresi, beradaptasi dari waktu ke waktu dengan bentuk kekerasan yang dipahami sebagai perilaku manusia yang disengaja, yang dihasilkan melalui proses sosial, dimediasi oleh proses sosialisasi dari keluarga, sekolah, dan media massa/ ataupun media sosial (Na'im A 2010).

Sebuah studi diperoleh informasi bahwa cedera dan komplikasi yang terkait dengan kehamilan dan persalinan dapat dikaitkan dengan gangguan saraf, yang pada gilirannya dapat menyebabkan perilaku kekerasan (Krug et al. 2002).

2) Karakteristik psikologi dan perilaku

Faktor psikologis yang berhubungan dengan masalah perilaku pada masa remaja, dimana pelaku dapat diidentifikasi sebagai individu yang mudah tersinggung, yaitu rentan terhadap impulsif dan respon tiba-tiba terhadap provokasi kecil, toleransi yang rendah terhadap frustrasi, kurangnya empati, dan kebencian terhadap orang lain. Hidupnya, keinginan untuk mendominasi orang lain dan menunjukkan kekuasaan dengan cara yang tidak sopan, reputasi sosial untuk ketidaksesuaian, dan sikap negatif terhadap aturan sosial dan otoritas institusional.

b. Faktor Hubungan

1) Pengaruh keluarga

Perilaku orang tua dan lingkungan keluarga merupakan faktor utama dalam perkembangan perilaku kekerasan pada remaja. Pemantauan dan pengawasan yang kurang oleh orang tua terhadap anak dan penggunaan kekerasan dalam mendidik anak seperti menghukum anak secara fisik merupakan pemicu yang kuat terhadap perilaku kekerasan selama remaja (Krug et al. 2002).

Kekerasan pada remaja juga memiliki kaitan yang erat dengan pengalaman konflik orang tua ketika usia dini dan ikatan yang buruk antara orang tua dan anak. Faktor yang lain meliputi: banyaknya jumlah anak dalam sebuah keluarga; seorang ibu yang sudah memiliki anak pada usia remaja; dan rendahnya tingkat kedekatan kedua orang tua. Sebagian besar faktor-faktor ini, dengan tidak adanya dukungan sosial dapat mempengaruhi fungsi dan perilaku sosial serta emosional anak.

2) Pengaruh teman sebaya dan lingkungan sekolah

Pengaruh teman sebaya selama remaja umumnya dianggap positif dan penting untuk membentuk hubungan antar individu, tetapi hal itu juga bisa memiliki dampak negatif. Memiliki teman yang nakal contohnya, berkaitan dengan kekerasan pada remaja.

Telah diamati bahwa beberapa karakteristik intrinsik dari pusat pendidikan dapat mendukung perkembangan dari perilaku kekerasan di sekolah, seperti contohnya, banyaknya jumlah siswa/siswi dalam satu kelas, kurang tegasnya peraturan terhadap siswa/siswi. Tapi juga faktor umum mengenai pengaturan pendidikan ini, ada fakta lain yang lebih spesifik dalam lingkungan kelas terhadap masalah perilaku pelajar, seperti :

- a) Melakukan kegiatan yang sangat kompetitif antar siswa
- b) Saling mengucilkan antar teman
- c) Toleransi dan cara alami dimana situasi kekerasan dan penganiayaan terjadi dirasakan oleh antar sesama pelajar
- d) Kurangnya minat untuk belajar berkelompok
- e) Kurangnya pengetahuan bagaimana caranya mengubah konflik secara pasif

3) Faktor komunitas

Komunitas tempat remaja hidup bisa memberi pengaruh terhadap perilaku kekerasan yang dapat berasal dari keluarga mereka, sifat kelompok teman sebaya mereka, dan cara mereka terpapar situasi yang dapat menyebabkan timbulnya perilaku kekerasan. Secara umum, anak laki-laki di daerah perkotaan lebih mungkin terlibat dalam perilaku kekerasan dibandingkan mereka yang tinggal di daerah pedesaan. Di daerah perkotaan, mereka yang tinggal di lingkungan dengan tingkat kejahatan tinggi lebih mungkin terlibat dalam perilaku kekerasan daripada mereka yang tinggal di lingkungan lain (Krug et al. 2002).

B. Pelecehan

Pelecehan seksual adalah setiap perilaku yang memiliki makna seksual, yang dilakukan secara sepihak dan tidak diharapkan oleh sasaran serta menimbulkan reaksi negatif dan kebingungan, kemarahan, ketersinggungan dll pada korban pelecehan tersebut.

Pelecehan seksual terjadi ketika pelaku memiliki kekuatan lebih dari korban. Kekuasaan dapat berupa posisi profesional yang lebih tinggi, kekuatan finansial, "kekuasaan" satu jenis kelamin atas yang lain, jumlah yang lebih pribadi, dll.

Spektrum pelecehan seksual sangat luas dan mencakup rayuan, siulan tidak senonoh, komentar bernada seksual, humor pornografi, mencubit, mendorong, memukul atau menyentuh bagian tubuh mana pun, gerakan seksual tertentu, atau isyarat kekerasan seksual.

Pelecehan seksual adalah setiap perilaku yang memiliki makna seksual, yang dilakukan secara sepihak dan tidak diharapkan oleh sasaran serta menimbulkan reaksi negatif dan kebingungan, kemarahan, ketersinggungan dll pada korban pelecehan tersebut.

Pelecehan seksual terjadi ketika pelaku memiliki kekuatan lebih dari korban. Kekuasaan dapat berupa posisi profesional yang lebih tinggi, kekuatan finansial, "kekuasaan" satu jenis kelamin atas yang lain, jumlah yang lebih pribadi, dll.

Spektrum pelecehan seksual sangat luas dan mencakup rayuan, siulan tidak senonoh, komentar bernada seksual, humor pornografi, mencubit, mendorong, memukul atau menyentuh bagian tubuh mana pun, gerakan seksual tertentu, atau isyarat kekerasan seksual. Kekerasan seksual sering dilakukan oleh kerabat dekat seperti teman dekat, kekasih, saudara kandung, ayah (dan ayah tiri dan kandung), guru, tokoh agama, pengawas, dll.

1. Pelecehan dan kekerasan seksual pada remaja putri

Remaja merupakan aset berharga bangsa yang diharapkan dapat menjamin kelangsungan Negara. Salah satu tindakan untuk meningkatkan kesejahteraan remaja adalah melindungi remaja dari segala bentuk kekerasan dan pelanggaran hak asasi manusia guna mempersiapkan mereka menjadi orang dewasa yang sehat secara fisik, mental dan emosional.

2. Dampak dari pelecehan seksual

Kekerasan seksual memiliki banyak konsekuensi. Sebagai remaja yang sedang berkembang, hal ini meninggalkan kesan mendalam baik secara fisik maupun mental. Tingkat bunuh diri perempuan yang pernah mengalami kekerasan seksual di tangan laki-laki yang tinggal bersama mereka lima kali lebih tinggi daripada perempuan yang tidak pernah mengalaminya.

Berbagai penyakit menular seksual dapat ditularkan melalui kekerasan seksual. Meskipun pengetahuan tentang organ reproduksi sudah berkembang, namun kekerasan seksual yang dialaminya, mulai dari manipulasi organ reproduksi hingga perkosaan, dapat melukai alat kelamin dan menyebabkan infeksi, penyakit alat kelamin lainnya, kehamilan yang tidak diinginkan bahkan aborsi. Ketakutan dan kebingungan korban karena intimidasi dan budaya

komunal menyebabkan penyakit dan kehamilan tidak diketahui dan terkadang berlanjut.

Masalah psikologis remaja yang terpapar pelecehan dan kekerasan seksual dapat berupa depresi atau kecemasan jangka panjang atau gangguan stres pasca trauma. Beberapa menunjukkan mekanisme penolakan dengan beralih ke alkohol atau obat-obatan untuk menghilangkan rasa sakit. Sebagian besar dari mereka mengisolasi diri dan menarik diri dari lingkungan.

Dampak sosial yang dialami korban antara lain menurunnya prestasi akademik/profesional, meningkatnya ketidakhadiran, putus mata kuliah tertentu dari fakultas, nilai yang lebih rendah, balas dendam kepada pelaku atau teman pelaku, kehilangan kehidupan pribadi “karena rasa bersalah” seperti menjadi objek pembicaraan, hancurnya karakter/reputasi, hilangnya kepercayaan pada orang yang memiliki sejenis/status dengan pelaku, hilangnya kepercayaan pada orang dengan tipe yang serupa, hilangnya kepercayaan pada lingkungan yang sama, mengalami tekanan yang ekstrim dalam sebuah hubungan, pengucilan, pindah universitas/jurusan; kehilangan pekerjaan dan kesempatan untuk referensi, kehilangan karir. Ada juga efek psikologis/fisiologis, yaitu: depresi, serangan panik, kecemasan, susah tidur, menyalahkan diri sendiri, sulit berkonsentrasi, sakit kepala, kehilangan motivasi, membuang-buang waktu, merasa dikhianati, marah bahkan pikiran untuk bunuh diri.

3. Solusi dalam mencegah kekerasan dan pelecehan seksual
Cara-cara mencegah pelecehan seksual :
 - a. Pelajari persoalan pelecehan seksual.
 - b. Berani mengatakan tidak (menolak) dan bertindak asertif.
 - c. Menyebarkan informasi tentang pelecehan seksual.
 - d. Mau bertindak sebagai saksi.
 - e. Membantu korban.
 - f. Membentuk kelompok solidaritas.

- g. Mengkampanyekan jaminan keamanan, khususnya bagi perempuan.
- h. Mengkampanyekan penegakan hukum bagi hak-hak perempuan.

Peran yang dapat dilakukan penting dalam mencegah terjadinya kekerasan dan pelecehan seksual :

1. Orang Tua

Orang tua harus lebih memperhatikan kehidupan anaknya. Orang tua diharapkan memiliki keterampilan untuk membesarkan dan mencintai anak-anak mereka. Jangan biarkan anak-anak hidup dalam keterbatasan mental atau fisik. Sikap memarahi anak secara langsung, apalagi kekerasan (pemukulan dan kekerasan fisik) tidaklah bijak karena hanya membuat anak merasa jauh dan tidak dicintai. Akhirnya si anak merasa trauma, bahkan putus asa.

2. Guru

Peran guru dituntut untuk memahami bahwa pendidikan di Indonesia tidak hanya menjadikan anak cerdas dan pandai, tetapi juga harus mampu mencerdaskan pola pikir siswanya. Peran guru untuk memahami kondisi siswa sangatlah penting. Sikap arif, bijaksana dan toleransi sangat diperlukan. Selayaknya guru mengenal betul kepribadian anak didiknya, termasuk bagaimana status sosial orang tua muridnya, sehingga dapat bertindak dan bersikap bijaksana.

3. Masyarakat

Selain kontak dengan orang tua dan guru, anak juga tidak bisa lepas dari berbagai interaksi dengan lingkungan masyarakat tempat tinggalnya. Untuk itu diperlukan kesadaran dan kerjasama dari seluruh lapisan masyarakat untuk mendorong nuansa pendidikan yang positif bagi anak. Salah satu elemen tersebut adalah pengelola stasiun TV. Sejumlah penelitian menyimpulkan bahwa pengaruh media (khususnya televisi) terhadap perilaku anak cukup besar. Berbagai tayangan kriminalitas di berbagai stasiun TV

menampilkan penggambaran kekerasan secara tidak sadar, yang pasti akan mempengaruhi pembentukan kepribadian dan psikologi anak serta kejahatan seksual.

4. Pemerintah dan sosial worker

Pemerintahlah yang memiliki tanggung jawab penuh atas kesejahteraan rakyatnya, termasuk dalam hal ini untuk menjamin masa depan anak cucu kita. Dirasakan bahwa pemerintah sangat perlu memperbaiki undang-undang, terutama tentang hak perempuan dan anak, memperberat hukuman bagi pelaku, dan memberikan pendidikan tentang kekerasan seksual terhadap perempuan dan anak perempuan untuk menghilangkan paradigma umum tentang kekerasan dan pelecehan seksual. Masyarakat perlu bersatu dan menekan pemerintah, melibatkan pekerja sosial atau komunitas internasional yang peduli dengan kekerasan terhadap perempuan dan anak, untuk segera menanganinya.

Pekerja sosial yang fokus pada kekerasan seksual remaja dapat menyelenggarakan kegiatan-kegiatan penyadaran tentang pentingnya memahami hak asasi perempuan dan anak. Hal ini dapat dilakukan melalui penyuluhan tentang kiat-kiat pencegahan pelecehan seksual. Peran penyedia layanan kesehatan, khususnya dokter, sangat penting. Peran pemerintah dalam memberikan rasa aman ksepertinya masih kurang berdampak pada adanya kekerasan seksual.

Karena budaya dan paradigma yang tertanam dalam masyarakat tentang rendahnya status perempuan, beberapa Negara masih mengabaikan perlindungan perempuan dan anak, menganggap masalah tersebut tidak penting, atau tidak memiliki instrumen hukum yang baik untuk melindungi hak-hak perempuan, dan anak.

Beberapa langkah untuk melindungi diri dari pemerkosaan :

- a. Tunjukkan sikap tegas terhadap segala bentuk perilaku yang mencurigakan.
- b. Selalu bersikap waspada.

- c. Tidak berjalan di tempat gelap dan sunyi serta berpakaian sewajarnya.
- d. Menyediakan senjata di dalam tas, seperti misalnya korek api, deodoran semprot, dan sebagainya.
- e. Tidak mudah menerima ajakan untuk bepergian atau menginap di tempat yang belum dikenal.
- f. Tidak mudah menumpang kendaraan orang yang belum dikenal.
- g. Berhati-hati jika diberi minum orang.
- h. Memastikan selalu jendela, pintu kamar, rumah, mobil, sudah terkunci dengan baik.
- i. Mempertahankan diri ketika diserang dengan menguasai bela diri (Arianus 2016).

DAFTAR PUSTAKA

- Alwi, Muhammad Azdahar. 2017. "Kejadian Kekerasan Remaja Di Kalangan Siswa/Siswi Smk Muhammadiyah 5 Jakarta." *Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta*: 1-68.
- Arianus. 2016. "Makalah Pelecehan Seksual." : 11. <https://id.scribd.com/doc/310912217/Makalah-Pelecehan-Seksual#>.
- Capernito-Moyet. 2012. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Jakarta.
- Hamid, Achiryani. 2008. *Aspek Spritual Dalam Keperawatan*.
- KPPA. 2018. *Statistik Gender Tematik*.
- Krug, Etienne G et al. 2002. "World Report on Violence and Health Edited By."
- Na'im A, Syaputra. 2010. "Hasil Sensus Penduduk Kewarganeraan, Sukubangsa, Agama, Dan Bahasa Sehari Hari Penduduk Indonesia."

BAB

7

BULLYING DAN KEKERASAN DI SEKOLAH

Oleh : Renie Tri Herdiani, M.Pd.

A. Pendahuluan

Bullying dan kekerasan di sekolah bukanlah merupakan tindakan/perilaku asing lagi bagi kita semua. Perilaku tersebut sering kita dengar bahkan kita lihat sendiri dikalangan pelajar baik tingkat dasar, menengah bahkan tingkat atas. Di era sekarang bullying dan kekerasan di sekolah sudah sangat merajalela dan bahkan sulit untuk dihindari. Kurangnya kesadaran akan dampak dari tindakan bullying dan kekerasan di sekolah menjadikan tindakan ini sebagai kasus yang dianggap biasa-biasa saja oleh para pelakunya. Banyak orang yang meremehkan bahkan tidak sedikit pula yang menjadikan bahan becandaan. Selain itu kurangnya perhatian dan pengawasan dari sekolah maupun lingkungan sekitar juga menjadi salah satu penyebab perilaku bullying dan kekerasan sulit untuk dicegah.

Banyak para ahli yang melakukan penelitian terkait dengan tindakan bullying dan kekerasan di sekolah. Dari hasil penelitian tersebut menyebutkan banyak sekali dampak negatif yang muncul dan sangat berpengaruh terhadap perilaku korban bullying dan kekerasan tersebut. Banyak diantara pelajar yang menganggapnya sepele seperti becanda saja dan yang paling miris mereka menganggapnya sebagai tindakan/perilaku yang biasa saja, karena mereka juga sering kali melihat bahkan merasakan bullying dan kekerasan dari teman sendiri maupun dari kaka kelasnya.

Pelaku maupun korban dari bullying dan kekerasan disekolah tidak hanya dilakukan oleh teman satu kelas maupun teman satu angkatan saja tetapi bisa juga dilakukan oleh teman beda kelas maupun beda angkatan, bahkan bisa juga dilakukan oleh Guru kepada muridnya atau sebaliknya murid kepada Gurunya. Fenomena seperti ini sulit untuk dicegah kalau belum ada kesadaran dari para pelakunya, bahkan perilaku seperti ini terkesan semakin meningkat. Karena banyaknya dampak negatif yang muncul sebagai dampak dari perilaku bullying dan kekerasan disekolah maka pemerintahpun turun tangan guna mencegah perilaku tersebut melalui berbagai program-program yang telah disosialisasikan di sekolah baik tingkat dasar, menengah bahkan tingkat atas.

Untuk mencegah maupun meminimalkan perilaku bullying dan kekerasan di sekolah dibutuhkan kerjasama yang kuat antara peserta didik, orang tua, guru maupun seluruh staf dilingkungan sekolah. Sikap saling menghargai, menghormati dan menyayangi harus selalu diterapkan, hal ini dilakukan sebagai bentuk untuk mencegah dan menghindari perilaku bullying dan kekerasan disekolah. Kenyataan dilapangan memang tidak mudah karena kurangnya kesadaran akan tetapi kalau semua orang bisa saling mengingatkan kepada sesama maupun para pelaku setidaknya bisa dijadikan sebagai renungan sehingga diharapkan bisa meminimalkan perilaku/tindakan bullying dan kekerasan di sekolah tersebut.

Kecanggihan teknologi juga mempunyai andil dalam munculnya perilaku bullying dan kekerasan dalam sekolah jika kita kurang bijak dalam memanfaatkan kecanggihan tersebut, selain itu pengawasan yang tidak ketat juga menjadikan anak-anak bebas berkreatifitas di media sosial. Dalam bab 10 ini, akan dibahas bentuk-bentuk dari bullying dan kekerasan di sekolah, motif bullying dan kekerasan di sekolah, faktor yang mempengaruhi bullying dan kekerasan di sekolah, dampak-dampak negatif yang akan muncul, peran sekolah dalam mencegah perilaku /tindakan bullying dan kekerasan di sekolah. Semoga pembahasan di bab ini bisa dijadikan referensi

untuk pencegahan tindakan/perilaku bullying dan kekerasan di sekolah.

B. Bentuk Bullying dan Kekerasan di Sekolah

Perilaku/tindakan bullying identik dengan tindakan kekerasan baik kekerasan fisik maupun kekerasan psikis. Bentuk perilaku/tindakan bullying dan kekerasan di sekolah yang sering terjadi dikalangan pelajar sangat bervariasi. Pelaku bullying disekolah tidak hanya pelajar laki-laki saja tetapi pelajar perempuan pun sudah banyak yang melakukan tindakan bullying dan kekerasan. Tidak dikalangan pelajar tingkat atas saja, pelajar tingkat bawahpun juga sama. Maraknya kasus-kasus yang terjadi disekolah-sekolah dari berbagai sudut daerah, semata-mata bukanlah hal yang wajar tetapi sudah mengarah ke hal yang serius sehingga pemerintahpun ikut campur dalam menanganinya melalui berbagai program yang disampaikan ke sekolah-sekolah.

Disadari maupun tidak disadari bentuk bullying sering terjadi dan dianggap biasa sebagai bahan becandaan tanpa melihat dampak yang akan terjadi, baik dampak tersebut muncul secara langsung maupun tidak langsung. Salah satunya bisa berdampak dalam menghambat proses belajar disekolah. Oleh karena itu apapun bentuk bullying dan kekerasan yang sering terjadi di sekolah harus mendapat penanganan yang serius agar dapat dicegah sehingga tidak memunculkan dampak-dampak negatif lainnya. Bentuk perilaku/tindakan bullying secara umum dibagi menjadi 4 bentuk, yaitu :

1. Bullying Fisik

Bullying fisik merupakan perilaku/tindakan kekerasan yang langsung mengenai/menyakiti fisik korban. Dampaknya bisa terlihat secara langsung. Bullying fisik ini terbagi menjadi 2 yaitu mengenai fisik langsung dan tidak langsung. Contoh bullying fisik yang langsung mengenai fisik yaitu seperti memukul, menendang, menyekik, menampar, dan kekerasan-kekerasan fisik lainnya. Sedangkan perilaku/tindakan bullying fisik yang tidak

langsung seperti mencoret/menyobek buku, melempar tas, menendang sepatu maupun merusak properti-properti lain milik korban. Apapun bentuk perilaku/tindakannya pasti membawa dampak bagi pelaku dan korban sehingga perlu di cegah agar tidak terjadi hal-hal yang tidak diinginkan.

2. Bullying Verbal

Bullying verbal merupakan perilaku/tindakan bullying yang sering kali dilakukan karena bullying verbal ini mudah dilakukan, tanpa membekas secara fisik dan sulit untuk dideteksi. Bullying verbal ini cukup diucapkan tidak membutuhkan kekuatan fisik. Meskipun demikian bullying verbal ini sangat berbahaya bagi perkembangan psikologi korbannya. Yang termasuk perilaku/tindakan bullying verbal seperti mengancam, mengejek, memfitnah, mencela, memanggil nama dengan nama ejekan dan lain sebagainya.

3. Bullying Relasional

Bullying relasional ini merupakan perilaku/tindakan yang dilakukan pelaku terhadap relasi/seseorang yang sudah dikenal. Bentuk bullying relasional ini seperti melakukan penindasan terhadap teman sendiri, mengucilkan teman, mengabaikan dan sebagainya. Biasanya bullying ini dilakukan untuk menghindari teman yang tidak cocok sehingga ingin menjauhkan teman dari kelompoknya. Contoh bullying relasional ini seperti mencibir, mentertawakan teman secara berlebihan, memberikan tatapan/lirikan mata yang sinis, tidak menghargai apa yang disampaikan temannya, dll.

4. Cyberbullying

Cyberbullying merupakan salah satu bentuk bullying yang terjadi sebagai dampak dari kecanggihan teknologi. Ketika kecanggihan teknologi sudah bisa dirasakan oleh semua kalangan masyarakat maka dampak-dampak kecanggihan teknologi tersebut akan sangat terlihat, baik dampak yang positif maupun dampak yang negatif. Seperti salah satunya adalah cyberbullying, kebebasan berekspresi yang tidak diikuti etika dan norma-norma dalam bersosial

menjadikan berbagai bentuk cyberbullying muncul, seperti memberikan komentar-komentar yang kasar, pedas/menyakitkan, memojokkan, merendahkan, dll dalam sebuah media sosial. Inilah yang dimaksud dengan *cyberbullying*.

C. Motif Bullying dan Kekerasan di Sekolah

Semua aktifitas perilaku/tindakan bullying dan kekerasan di sekolah semata-mata terjadi karena beberapa faktor. Banyak motif yang melatarbelakangi perilaku/tindakan bullying dan kekerasan di sekolah. Disadari maupun tidak disadari mereka melakukan perilaku/tindakan bullying semata-mata karena pengaruh lingkungan. Berikut ada beberapa motif yang melatarbelakangi perilaku/tindakan bullying dan kekerasan di sekolah, diantaranya :

1. Cari Perhatian

Tidak sedikit pelajar yang melakukan bullying di sekolah semata-mata karena ingin mendapatkan perhatian baik perhatian dari teman, guru maupun orang tuanya. Ketika ia membuat ulah dengan cara membullying temannya maka dia secara langsung akan mendapatkan perhatian dari lingkungannya, dia akan merasa puas dan senang karena mendapatkan perhatian meskipun harus menyakiti/merugikan temannya sendiri.

2. Ikut-Ikutan Teman

Motif ini sering kali terjadi di lingkungan pelajar. Para pelaku biasanya kurang menyadari dampak yang akan terjadi, biasanya kehilangan kontrol akhirnya terbawa teman ikut-ikutan melakukan tindakan bullying, meskipun mungkin dia sendiri tidak menyadari/memahami mengapa harus mengikuti teman yang perbuatannya sangat merugikan bagi teman yang menjadi korban. Tidak bisa dipungkiri karena pergaulan mempunyai andil yang sangat besar dalam menentukan sikap dan perilaku.

3. Iseng

Iseng sebagai salah satu bentuk motif bullying yang merupakan sikap/tindakan yang dilakukan oleh pelajar sebagai bentuk bercanda untuk mencairkan suasana. Motif iseng ini biasanya banyak dilakukan oleh pelajar yang sudah saling mengenal. Motif iseng ini muncul karena lingkungan dan bisa juga terjadi karena sudah menjadi hal yang biasa dan sering dilakukan. Motif iseng ini biasanya dilakukan karena hanya ingin bercanda saja secara spontanitas dengan cara menjaili temannya sendiri tanpa mempertimbangkan dampak yang akan terjadi.

4. Pelampiasan Permasalahan yang Sedang Dihadapi

Untuk motif yang satu ini biasanya lebih keras lebih menguras emosi karena sebagai pelampiasan atas permasalahan yang dihadapinya. Mereka belum bisa mencari solusinya, emosi masih labil sehingga melakukan tindakan bullying maupun kekerasan sebagai salah satu bentuk pelampiasan atas permasalahannya. Motif ini biasanya lebih sulit untuk dihindari ketika si pelaku belum bisa menstabilkan emosinya.

5. Ingin Popularitas

Motif ini sering dilakukan sebagai jalan pintas untuk mendapatkan popularitas. Dengan melakukan tindakan bullying ini maka si pelaku akan menjadi pusat perhatian banyak orang sehingga merasa polularitasnya meningkat meskipun dengan cara yang salah. Mereka yang memiliki motif ini biasanya lebih sering melakukan tindakan bullying. Semakin sering melakukan tindakan bullying maka mereka menganggap popularitasnya semakin tinggi.

6. Ingin Disegani/Ditakuti

Motif ini senada dengan motif sebelumnya yaitu motif popularitas, yaitu sama-sama ingin menjadi yang spesial. Tetapi untuk motif ini biasanya cenderung untuk melakukan bullying fisik atau bullying verbal dengan sikap maupun perkataan yang lebih kasar/pedas. Karena ingin disegani/ditakuti maka ia lebih brutal dalam melakukan

tindakan bullying dan kekerasan. Dia biasanya menganggap dan berharap kebrutalannya (baik secara fisik maupun psikis) akan menjadikan orang-orang takut pada dirinya, sehingga dia akan disegani/ditakuti oleh teman-temannya.

7. Untuk Balas Dendam

Tidak sedikit pelajar bisa mengikhhlaskan terhadap apa yang sudah dia rasakan akibat perbuatan kurang menyenangkan dari temannya sehingga membuat ia melakukan balas dendam. Diperkuat lagi dengan usia yang masih labil sehingga mereka melakukan balas dendam tanpa melihat dampak yang akan terjadi. Untuk motif balas dendam ini biasanya sudah direncanakan terlebih dahulu secara matang sehingga pelaku sudah menyiapkan segala sesuatunya termasuk mencari dukungan dari teman-teman dekatnya. Motif balas dendam lebih berbahaya dibandingkan dengan motif-motif lainnya karena selain persiapan yang matang biasanya ada tim support dari temannya yang semakin memperkuat ingin balas dendam.

D. Faktor yang Mempengaruhi Bullying dan Kekerasan di Sekolah

Maraknya perilaku/tindakan bullying dan kekerasan di sekolah semata-mata disebabkan dari beberapa faktor. Faktor-faktor tersebut saling berkaitan, saling mempengaruhi dan saling berkontribusi. Secara garis besar faktor yang mempengaruhi perilaku/tindakan bullying dan kekerasan di sekolah dibagi menjadi 3 yaitu :

1. Faktor Keluarga

Yang dimaksud keluarga disini yang utama adalah orang tua. Karena orang tua menjadi role model bagi anak-anaknya. Disadari maupun tidak disadari perilaku orang tua sehari-hari akan dicontoh oleh anak-anaknya, oleh sebab itu orang tua selalu dituntut untuk selalu hidup harmonis dengan memberikan contoh-contoh perilaku yang baik, terpuji, dll. Perilaku anak merupakan cerminan dari perilaku orang tuanya.

Selain itu pola asuh orang tua juga sangat mempengaruhi perilaku anak-anak. Semua orang tua pasti ingin memberikan yang terbaik untuk anak-anaknya akan tetapi tidak sedikit orang tua yang melakukan kesalahan dalam memberikan pola asuhnya. Kesalahan dalam pengasuhan biasanya akan berdampak pada pribadi anak-anaknya yang bisa dimunculkan melalui perilaku yang nampak. Tidak sedikit orang tua yang terlalu egois, yang selalu memaksakan kehendaknya tanpa melihat kondisi dan kemampuan anaknya sehingga membuat anak merasa tertekan dan tidak nyaman dengan lingkungan rumah.

Jadi yang dimaksud faktor keluarga itu sangat kompleks, tidak hanya pola asuh orang tua saja, tetapi keharmonisan dalam keluarga, cara berkomunikasi di keluarga, perhatian dan kasih sayang yang diberikan orang tua terhadap anaknya, dll. Apabila semua ini sudah didapatkan anak dalam keluarganya, biasanya anak akan bisa menjaga perilakunya di luar rumah, begitupun sebaliknya ketika anak-anak kurang merasakan kehangatan di dalam keluarganya, biasanya anak-anak melampiaskan diluar rumah melalui berbagai bentuk tindakan yang membuat anak tersebut nyaman, meskipun terkadang tindakan/perilakunya tersebut kurang sesuai bahkan bertentangan dengan norma yang ada di masyarakat.

2. Faktor Lingkungan

Selain faktor keluarga, faktor lingkungan juga sangat penting karena mempunyai andil besar dalam pembentukan perilaku anak. Lingkungan yang dimaksud bisa lingkungan tempat tinggal (rumah), lingkungan teman bermain maupun lingkungan sekolah. Usia sekolah baik usia anak-anak maupun usia remaja biasanya sangat mudah terpengaruh oleh lingkungan yaitu teman-temannya sendiri, terutama bagi anak remaja yang sedang mencari jati dirinya. Mereka biasanya akan lebih suka mendekat, mengikuti dan mendengarkan teman sendiri dibandingkan dengan keluarganya (orang tua).

Lingkungan yang kondusif, nyaman dan sehat akan menjadikan anak berperilaku baik, begitupun sebaliknya. Oleh karena itu lingkungan dijadikan sebagai salah satu faktor penyebab perilaku/tindakan bullying disekolah. Orang tua harus selalu mengawasi lingkungan bermain anak-anaknya, dengan siapa anak bermain, bagaimana latar belakangnya, dll. Tujuannya tentu agar anak tidak terjerumus dengan tindakan/perilaku yang negatif.

3. Faktor Media Sosial

Faktor ke tiga ini juga tidak kalah pentingnya dengan ke dua faktor di atas karena semakin canggih teknologi pasti akan membawa dampak bagi penggunanya, baik dampak positif maupun dampak negatif. Pemanfaatan teknologi yang kurang tepat pasti akan membawa banyak dampak yang negatif, seperti dalam bermedia sosial. Perilaku/tindakan bullying verbal di media sosial atau yang dikenal dengan istilah cyberbullying sering kali kita lihat dan dengar, akan tetapi sepertinya sulit untuk dihindari meskipun sudah ada UU IT. Masyarakat masih menganggapnya sepele sehingga mereka seakan-akan bebas melakukan perbuatan yang kurang atau bahkan tidak menyenangkan. Kurangnya kesadaran masyarakat akan dampak negatif dari cyberbullying membuat perilaku/tindakan cyberbullying semakin merajalela.

Pengawasan orang tua harus lebih ketat karena kecanggihan teknologi dan mudahnya pelajar mengakses internet menjadikan perhatian tersendiri. Untuk mengakses internet sekarang sangat mudah dan gratis karena hampir semua fasilitas umum di sediakan wifi secara cuma-cuma.

Ketiga faktor tersebut mempunyai andil yang besar dalam pembentukan perilaku/tindakan bullying dan kekerasan disekolah. Peran orang tua sangat besar untuk mencegah terjadinya perilaku/tindakan bullying dan kekerasan di sekolah, karena anak-anak akan menunjukkan perilaku pertamanya sesuai dengan pembentukan orang tua dari rumahnya. Meskipun demikian peran sekolah dan

lingkungan pada umumnya juga tidak kalah penting karena waktunya pelajar sebagian dihabiskan disekolah, di luar bersama teman-teman dan yang paling banyak dihabiskan di rumah bersama keluarganya.

Dengan mengetahui garis besar faktor-faktor penyebab munculnya perilaku/tindakan bullying dan kekerasan di sekolah, diharapkan bisa menjadi perhatian buat kita semua dan masyarakat pada umumnya, agar perilaku tersebut bisa dicegah sejak dini sehingga tidak merugikan orang lain yang berdampak sangat luas. Kita saling bergandeng tangan untuk mengawasi perilaku/tindakan yang mengarah pada bullying dan kekerasan agar dapat terhindar. Ini merupakan tugas bersama dengan masyarakat luas, bukan hanya tugas orang tua dan guru saja.

E. Dampak Negatif Bullying dan Kekerasan di Sekolah

Setiap perilaku/tindakan yang kita lakukan pasti mempunyai dampak tersendiri, begitupun dalam perilaku/tindakan bullying dan kekerasan di sekolah. Berikut akan disampaikan beberapa dampak negatif dari perilaku/tindakan bullying dan kekerasan di sekolah :

1. Perasaan cemas hingga depresi

Korban akan menghindari orang-orang karena ada rasa ketakutan, cemas hingga depresi.

2. *Trust issue*

Korban sulit untuk mempercayai orang lain yang ada disekitarnya, meskipun orang tersebut bukanlah pelaku bullying.

3. Lebih suka menyendiri daripada bersosialisasi

Karena perasaan cemas dan trust issue selalu menghantui maka korban lebih senang menyendiri dan menghindari bersosialisasi.

4. Sulit untuk tidur

Pikiran negatif yang berlebihan menjadikan korban sulit untuk tidur, korban selalu terbayang-bayang tindakan yang menimpa dirinya.

5. Sulit untuk berkonsentrasi

Korban juga sulit berkonsentrasi karena selalu dibayangi hal-hal yang sangat tidak menyenangkan.

6. Prestasi akademik menurun

Prestasi akademik akan menurun karena tidak adanya semangat untuk belajar.

7. Nafsu makan berkurang

Mengikuti dampak-dampak sebelumnya maka menjadikan korban tidak memiliki nafsu makan

8. Munculnya penyakit-penyakit fisik

Seperti sakit kepala, sakit dada, sakit perut, terganggunya siklus menstruasi dan penyakit-penyakit lain yang berkaitan.

Dampak-dampak negatif tersebut akan selalu menempel pada korban bullying dan kekerasan di sekolah dan bisa berakibat fatal lagi apabila tidak ditangani secara cepat dan tepat. Sebagai contoh ada kasus korban bullying dan kekerasan di sekolah yang akhirnya mengalami depresi berat dan meninggal Dunia. Semoga ini menjadi perhatian buat masyarakat secara luas dan sekolah khususnya agar tidak ada korban-korban selanjutnya.

F. Peran Sekolah dalam Mencegah Perilaku Bullying dan Kekerasan di Sekolah

Kasus bullying dan kekerasan disekolah semakin hari semakin merajalela dan sangat memprihatinkan, baik di sekolah tingkat dasar sampai dengan sekolah tingkat tinggi. Terlebih lagi didukung dengan kecanggihan teknologi yang seolah-olah membantu dalam memviralkan perilaku tersebut, sebagai dalil untuk sebuah konten yang mereka anggap sangat membantu untuk meningkatkan rating. Berbagai kemungkinan penyebab sangatlah beragam dan ini menjadi perhatian berbagai pihak baik bagi orang tua, sekolah maupun pemerintah itu sendiri.

Peran sekolah sangat penting dalam mencegah perilaku bullying dan kekerasan di sekolah. Sekolah sebagai rumah ke dua bagi pelajar maka lingkungan sekolah pun juga harus kondusif jauh dari perilaku bullying dan kekerasan. Untuk menciptakan lingkungan yang nyaman dan kondusif maka dibutuhkan kerjasama yang baik dari seluruh anggota sekolah tersebut.

Selain itu semua lapisan masyarakat punya peran penting dalam memberantas perilaku/tindakan bullying dan kekerasan di sekolah, dibutuhkan kerja sama yang solid untuk saling mengawasi sehingga diharapkan bisa mencegah perilaku tersebut. Begitupun dengan pemerintah, berbagai upaya dilakukan termasuk membuat UU IT serta memberikan penyuluhan melalui berbagai program-program di sekolah-sekolah. Selain itu peran sekolah juga sangat penting guna mencegah perilaku/tindakan bullying dan kekerasan di sekolah. Berikut akan dijabarkan beberapa peran sekolah dalam mengatasi dan mencegah perilaku/tindakan bullying dan kekerasan di sekolah :

1. Memberikan edukasi secara rutin terkait dengan perilaku/tindakan bullying dan kekerasan, baik bagi pelaku maupun korban dan juga dampak-dampak negatifnya.
2. Kepala sekolah, guru maupun staf memberikan tauladan yang baik bagi peserta didiknya, seperti membiasakan perilaku sopan dan beretika serta bertutur kata yang baik terhadap peserta didik maupun semua relasi.
3. Menanggapi permasalahan dengan serius, tidak hanya pada kasus-kasus besar saja, karena kasus besar diawali dengan kasus kecil terlebih dahulu.
4. Membuat kebijakan, peraturan dan sanksi yang tegas kepada pelaku bullying dan kekerasan di sekolah.
5. Membentuk tim anti bullying yang melibatkan guru dan peserta didik.
6. Memberikan waktu dan kesempatan untuk berkonsultasi dan berkomunikasi baik dengan peserta didik maupun orang tuanya.

7. Mengembangkan dan mengoptimalkan berbagai kegiatan ekstrakurikuler, untuk menyalurkan dan mengembangkan bakat minat peserta didik.
8. Aktifkan semua peserta didik untuk mengikuti kegiatan positif seperti perlombaan atau kejuaraan sesuai dengan bakat minatnya.
9. Membuat program-program anti bullying dan kekerasan disekolah dengan melibatkan seluruh peserta
10. Ciptakan lingkungan sekolah yang aman, nyaman kondusif dan menyenangkan.

Semoga dengan berbagai upaya pencegahan serta kerjasama yang baik antara pihak sekolah, siswa dan orang tua bisa membuahkan hasil yang maksimal. Sehingga kasus bullying dan kekerasan dalam lingkungan sekolah tidak terjadi lagi atau bisa diminimalkan. Dibutuhkan ketegasan dan keseriusan dari berbagai pihak dalam menangani permasalahan seperti ini terutama dari sekolah.

DAFTAR PUSTAKA

- Aristiani, N., Kanzunnudin, M., & Fajrie, N. (2021). Perilaku Bullying pada Anak Usia Sekolah Dasar di Desa Gribig, Kudus. *Jurnal Prakarsa Paedagogia*, 4(2). <https://doi.org/10.24176/jpp.v4i2.5989>
- Armitage, R. (2021). Bullying in children: Impact on child health. In *BMJ Paediatrics Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2020-000939>
- Karyanti, & Aminudin. (2019). Cyberbullying & Body Shaming. In *K-Media*.
- Putri, E. D. (2022). Kasus Bullying di Lingkungan Sekolah : Dampak Serta Penanganannya. *Keguruan: Jurnal Penelitian, Pemikiran Dan Pengabdian*, 24–30.
- Pichel, R., Feijóo, S., Isorna, M., Varela, J., & Rial, A. (2022). Analysis of the relationship between school bullying, cyberbullying, and substance use. *Children and Youth Services Review*. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106369>

BAB

8

INFEKSI MENULAR SEKSUAL DAN HIV/AIDS

Oleh : Wa Ode Sitti Justin, S.K.M., M.Kes.

A. Pendahuluan

Infeksi menular seksual (IMS) adalah salah satu masalah kesehatan masyarakat di Negara berkembang, IMS akan menyebabkan individu rentan terhadap infeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV). Berdasarkan data Centres for Disease Control and Prevention (CDC) tahun 2014, diperkirakan terdapat sekitar 20 juta kasus IMS baru di Amerika Serikat tiap tahunnya, 50% diantaranya mengenai populasi usia muda (15-24 tahun). Infeksi menular seksual juga dapat menimbulkan berbagai komplikasi seperti infertilitas, kehamilan ektopik, abortus spontan, dan berat badan bayi lahir rendah, meningkatkan risiko terinfeksi HIV/AIDS dan kanker.

Selama dekade terakhir, insiden IMS cukup cepat meningkat di berbagai Negara, baik di Negara maju maupun Negara berkembang. Saat ini, IMS sudah tersebar secara luas dan menimbulkan dampak kesehatan, sosial, ekonomi, dan politik. 3,4 bagi Negara berkembang seperti Indonesia, IMS menimbulkan permasalahan yang cukup besar karena terbatasnya sumber daya manusia. Kegagalan menemukan dan mengobati IMS pada stadium dini dapat menimbulkan komplikasi serius dan berbagai gejala sisa. Infeksi Menular Seksual diketahui juga mempermudah penularan HIV yang selanjutnya dapat berkembang menjadi AIDS dengan tingkat kematian yang tinggi. Saat ini di Indonesia, prevalensi IMS termasuk HIV belum akurat, disebabkan sistem pencatatan dan

pelaporan kasus masih belum lengkap (Windari & Wiraguna, 2015).

Salah satu target global, termasuk Indonesia adalah SDGs (*Sustainable Development Goals*). Pada bidang Kesehatan, seluruh isu kesehatan diintegrasikan dalam tujuan nomor 3, yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan mendorong kesejahteraan bagi semua orang di segala usia mencakup 38 target yang perlu diwujudkan. Salah satu permasalahan yang belum tuntas ditangani diantaranya yaitu pengendalian penyakit HIV/AIDS. Serta berbagai penyakit progresif yang berdampak pada ODHA, termasuk Infeksi Oportunistik. Secara global, 37,9 juta orang hidup dengan HIV, dengan 1,7 juta infeksi baru ditahun yang sama. Indonesia merupakan Negara urutan ke-5 paling berisiko HIV/AIDS di Asia, sehingga epidemi HIV/AIDS menjadi permasalahan pula di Indonesia.

Epidemi HIV/AIDS secara global telah memasuki kondisi yang kritis. Sampai pada tahun 2020, jumlah pengidap HIV/AIDS di Indonesia sebesar 61% pada perempuan dan 39% dari laki-laki. Epidemi HIV/AIDS terus menjadi salah satu penyakit yang paling menghancurkan dalam sejarah manusia meskipun ada kemajuan ilmiah baru dan intervensi kesehatan masyarakat yang serius. Stadium lanjut pada infeksi HIV dikenal sebagai AIDS, salah satu tandanya yakni infeksi oportunistik atau IO. (Puji, 2022)

B. Infeksi Menular Seksual (IMS)

1. Definisi

Penyakit menular seksual (PMS) adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri, virus, parasit atau jamur, yang penularannya terutama melalui hubungan seksual dari seseorang yang terinfeksi kepada mitra seksualnya. Penyakit Menular Seksual (PMS) merupakan salah satu dari sepuluh penyebab pertama penyakit yang tidak menyenangkan pada dewasa muda laki- laki dan penyebab kedua terbesar pada dewasa muda perempuan di negara berkembang (Belakang, 2015)

Penyakit menular seksual (PMS) adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri, virus, parasit atau jamur, yang penularannya terutama melalui hubungan seksual dari seseorang yang terinfeksi kepada mitra seksualnya. Penyakit Menular Seksual (PMS) merupakan salah satu dari sepuluh penyebab pertama penyakit yang tidak menyenangkan pada dewasa muda laki- laki dan penyebab kedua terbesar pada dewasa muda perempuan di negara berkembang. (Mongan & Sinaga, 2019)

Infeksi Menular Seksual (IMS) adalah penyakit infeksi yang penularannya terutama melalui hubungan seksual. Infeksi Menular Seksual (IMS) sampai saat ini masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di seluruh Dunia, baik di Negara maju (industri) maupun di Negara berkembang. (Kora et al., 2016).

2. Jenis - Jenis IMS

a. Jenis - jenis IMS dan cara penularannya

	Asal-Usul	Cara Penularan	Contoh
Infeksi Endogen	Organisme yang biasanya ditemukan di vagina	Biasanya tidak ditularkan dari seseorang ke orang lain, tetapi pertumbuhan yang berlebihan dapat mengarah timbulnya gejalagejala	Infeksi jamur, infeksi vagina yang disebabkan oleh bakteri (vaginosis bacterial)
Infeksi yang	Pasangan seks yang	Hubungan seks yang	Gonore, klamidiosis,

	Asal-Usul	Cara Penularan	Contoh
ditularkan melalui hubungan seksual	menderita IMS	pasangannya sudah menderita IMS	sifilis, chancroid, trikomoniasis, herpes genital, dan HIV
Infeksi iatrogenik	Di dalam tubuh atau di luar tubuh : Endogen (vagina) IMS (Serviks atau vagina) Pencemaran Luar	Melalui prosedur medis atau setelah pemeriksaan atau intervensi selama kehamilan, persalinan, dan masa nifas.	Penyakit radang panggul (Pelvic Inflammatory Diseases/PID) setelah terjadi keguguran atau prosedur transgenital.

(Depnakertrans, 2005)

b. Jenis - jenis IMS

1) Gonorrhoe



Penyebab : *Neisseria gonorrhoeae*

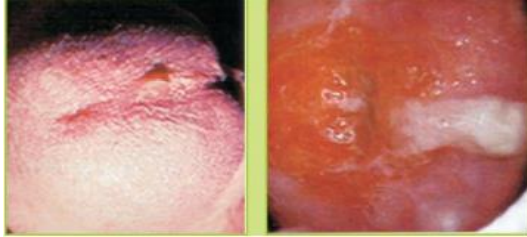
Gejala Klinis:

Pria: duh tubuh uretra, kental, putih kekuningan atau kuning, kadang mukoid atau mukopurulen

Wanita : Seringkali asimtomatik

Pencegahan: Tidak berhubungan intim, setia pada pasangan dan menggunakan kondom

2) Chlamidia



Gejala Klinis

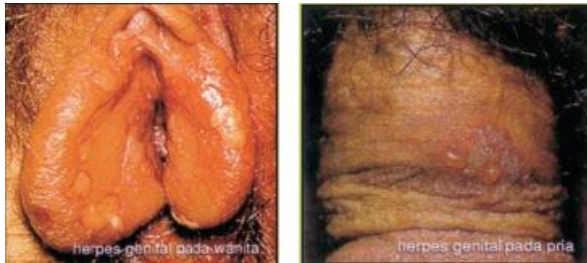
Pria : Duh tubuh uretra, serosa atau seropurulen, kadang-kadang purulen, dapat disertai eritema meatus.

Wanita : duh tubuh serviks purulen, ektopia serviks, serviks mudah berdarah

Pencegahan :

Tidak berhubungan intim, setia pada pasangan

3) Herpes Genitalia



Gejala Klinis

Herpes Genital Pertama :

diawali dengan bintil, luka/erosi berkelompok, di atas dasar kemerahan, sangat nyeri

Herpes genital kambuhan :

timbul bila ada faktor pencetus (daya tahan menurun, faktor stress pikiran, senggama berlebihan, kelelahan)

Pencegahan :

Tidak berhubungan intim, setia pada pasangan, menggunakan kondom dan hindarkan faktor pencetus

4) Sifilis (Raja Singa)



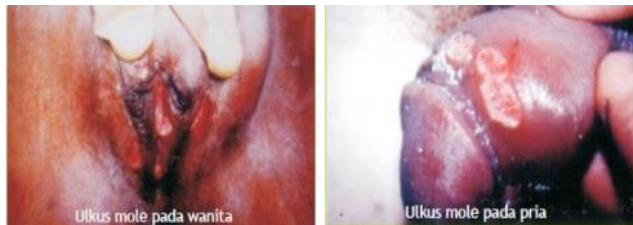
Gejala Klinis

Luka atau koreng, jumlah biasanya satu, bulat atau lonjong, dasar bersih, teraba kenyal sampai keras, tidak ada rasa nyeri pada penekanan. Kelenjar getah bening dilipat paha bagian dalam membesar, kenyal, juga tidak nyeri pada penekanan.

Pencegahan :

Tidak berhubungan intim, setia pada pasangan, menggunakan kondom

5) Ulkus Mole



Gejala Klinis :

Luka atau koreng, jumlah biasanya satu, bulat atau lonjong, dasar bersih, teraba kenyal sampai keras, tidak ada rasa nyeri pada penekanan. Kelenjar getah bening dilipat paha bagian dalam membesar, kenyal, juga tidak nyeri pada penekanan.

Pencegahan :

Tidak berhubungan intim, setia pada pasangan, menggunakan kondom

6) Limfogranuloma Vereneum



Gejala Klinis

Kelainan kulit awal berupa lecet/luka jarang terlihat. Pembesaran kelenjar getah bening lipat paha bagian dalam, dengan tanda radang akut.

Pencegahan :

Tidak berhubungan intim, setia pada pasangan, menggunakan kondom

7) Trikomoniasis



Gejala Klinis

Duh tubuh vagina banyak, kuning-kehijauan, kadang-kadang berbusa, berbau seperti ikan busuk, dapat disertai gatal.

Pencegahan:

Jaga kebersihan alat kelamin. Tidak berhubungan intim, setia pada pasangan dan menggunakan kondom

8) Kondiloma Akuminata (Kutil Kelamin)



Gejala Klinis

Bintil-bintil menonjol berbentuk seperti kutil terutama pada daerah yang lembab. Pada wanita dapat menimbulkan kanker mulut rahim

Pencegahan : Jaga kebersihan alat kelamin. Tidak berhubungan intim, setia pada pasangan dan menggunakan kondom (Matahari, 2023).

3. Epidemiologi IMS

Insiden dan prevalensi IMS ditentukan oleh adanya perubahan demografi dan sosial ekonomi. Data Maret tahun 2021, jumlah seluruh kasus IMS di Indonesia dengan penegakan diagnosa berdasarkan pendekatan sindrom berjumlah 7.364 kasus, sedangkan berdasarkan pemeriksaan laboratorium berjumlah 11.133 kasus. Jumlah kasus IMS terbesar berdasarkan kelompok risiko secara berurutan adalah; Pasangan Risti (3.063), LSL (2.036); WPS (1.496); Pelanggan PS (909); Waria (142); PPS/Pria Pekerja Seks (13), dan Penasun (5) sedangkan jumlah kasus PIMS berdasarkan pendekatan pemeriksaan laboratorium yang dilaporkan, yaitu sifilis dini 2.976 kasus, sifilis lanjut 892 kasus, gonore 1.482 kasus, urethritis gonore 1.004 kasus, urethritis non-GO 1.250 kasus, servisititis proctitis 3.031 kasus, LGV 13 kasus, trikomoniasis 342 kasus, dan herpes genital 143 kasus. (Indonesia Ministry of Health, 2021).

C. HIV/AIDS

Mencegah dan mengobati IMS dapat mengurangi risiko penularan HIV melalui hubungan seksual, terutama pada populasi yang memiliki banyak pasangan seksual, misalnya penaja seks dan pelanggannya. Keberadaan IMS dengan bentuk inflamasi atau ulserasi akan meningkatkan risiko masuknya infeksi HIV saat melakukan hubungan seksual tanpa pelindung antara seorang yang telah terinfeksi IMS dengan pasangannya yang belum tertular. Ulkus genitalis atau seseorang dengan riwayat pernah menderita ulkus genitalis diperkirakan meningkatkan risiko tertular HIV 50-300 kali setiap melakukan hubungan seksual tanpa pelindung.(Windari & Wiraguna, 2015).

HIV adalah singkatan dari *Human Immunodeficiency Virus*, sebuah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia. AIDS singkatan dari *Acquired Immune Deficiency Syndrome*. AIDS muncul setelah virus (HIV) menyerang sistem kekebalan tubuh kita selama lima hingga sepuluh tahun atau lebih. Sistem kekebalan tubuh menjadi lemah, dan satu atau lebih penyakit dapat timbul. Karena lemahnya sistem kekebalan tubuh tadi, beberapa penyakit bisa menjadi lebih berat daripada biasanya. (Kristiono & Astuti, 2019).

Semua golongan usia beresiko tertular HIV tetapi remaja dan dewasa muda berusia 15- 25 tahun lebih beresiko tertular. Menurut WHO dan *the Joint United Nations Program on HIV/AIDS*, remaja lebih beresiko tertular HIV sebagai akibat dari kurangnya informasi (*knowledge*), terlibat dalam perilaku beresiko, dan kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan terutama mengenai kesehatan reproduksi. Setiap hari 5.000 anak muda berusia 15-25 tahun terinfeksi HIV, atau sekitar 2 juta infeksi baru pertahun. (Parut, 2016).

Manifestasi klinis penderita HIV/AIDS tidak secara langsung. Namun biasa dirasakan oleh penderita antara lain yaitu berkeringat secara berlebihan di malam hari, diare menerus, adanya pembengkakan pada kelenjar getah bening, flu yang terus menerus, menurunnya nafsu makan, pada saat fase

AIDS imunitas akan semakin menurun, sehingga dapat menyebabkan berbagai penyakit lain timbul, hal ini disebut infeksi oportunistik yaitu kanker khusus sariawan, kanker kulit (sarcoma Kaposi), infeksi paru dan takikardi, infeksi usus dan infeksi pada otak yang menyebabkan kekacauan mental dan sakit kepala. (et al Justin, 2022).

Pemeriksaan diagnosis dapat dilakukan dengan melakukan uji Western blot (untuk mendeteksi antibody HIV pada serum, plasma, cairan mukosa, darah kering, atau urin), Rapid test, tes ELISA (W. O. S. Justin, 2023). Diagnosa infeksi HIV dilakukan berdasarkan deteksi antibodi terhadap HIV dalam sampel darah, serum atau plasma pada penderita infeksi HIV. Klasifikasi diagnosa dapat dibedakan menjadi 3 yaitu metode *Enzym linked immunoassay* (ELISA), metode Western blot, metode imunokromatografi (*Rapid test*) (Kemenkes RI, 2012), Viral load HIV dengan metode Polymerase chain reaction (PCR). (W. O. S. Justin, 2023).

Imunokromatografi (Rapid test) dan ELISA dengan berbagai macam reagenya adalah prosedur pemeriksaan diagnostik penting, sehingga pemilihan reagen yang tepat akan didapatkan hasil yang baik. Deteksi anti HIV yang tepat ditentukan oleh sensitivitas, spesifisitas dan nilai prediksi. Pemilihan reagen untuk deteksi anti HIV diatur oleh SK Menkes no 241/Menkes/SK/IV/2006 yaitu bahwa pemilihan reagen anti HIV harus terdaftar di kemenkes, telah dievaluasi Laboratorium Rujukan nasional RSCM. Metode yang digunakan adalah metode EIA dan Rapid test, yang telah memiliki sensitivitas dan spesifisitas yang sesuai dengan tujuan pemeriksaan. Pemeriksaan imunoasai menggunakan metode imunokromatografi adalah pemeriksaan yang efektif dan dapat digunakan untuk *screening test*. (Firmansyah, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Belakang, A. L. (2015). *Kiki Gustini, 2015 Gambaran Pengetahuan Siswa Siswi Kelas XI Tentang Penyakit Menular Seksual DI SMA Negeri 24 Bandung Universitas Pendidikan Indonesia | repository.upi.edu | perpustakaan.upi.edu.*
- Depnakertrans. (2005). *Pedoman Bersama ILO/WHO Tentang Pelayanan Kesehatan dan HIV/AIDS.*
- Firmansyah, D. (2020). *Prevalensi Kejadian Infeksi HIV Pada Komunitas Homoseksual dan Wanita Pekerja Seks dengan Metode Immunokromatografi (Rapid Test) Di Kota Kediri Prevalence of HIV Infection Toward Homosexual and Female Sex Worker Communities Using Immunocromatography Method (Rapid Test) In Kediri City.* 1(April), 9–15.
- Indonesia Ministry of Health. (2021). *Report on the Progress of HIV AIDS & Sexually Transmitted Infectious Diseases (Laporan Perkembangan HIV AIDS & Penyakit Infeksi Menular Seksual (PIMS) Triwulan I Tahun 2021).* *Indonesia Ministry of Health,* 4247608(021).
https://siha.kemkes.go.id/portal/perkembangan-kasus-hiv-aids_pims#
- Justin, et al. (2022). *Peningkatan Kapasitas dan Deteksi Dini HIV/AIDS Pada Remaja di Kota Baubau.* *Abdimas Universal,* 4(2), 253–259.
- Justin, W. O. S. (2023). *MENOPAUSE DAN GANGGUAN REPRODUKSI.*
- Kora, F. T., Dasuki, D., & Ismail, D. (2016). *Pengetahuan tentang Infeksi Menular Seksual dengan Perilaku Seksual Tidak Aman pada Remaja Putri Maluku Tenggara Barat di Daerah Istimewa Yogyakarta.* *Jurnal Kesehatan Reproduksi,* 3(1), 50.
<https://doi.org/10.22146/jkr.13880>
- Kristiono, N., & Astuti, I. (2019). *Mengenal Hiv Dan Aids.* <https://www.researchgate.net/publication/337049851>, June, 80.

- Matahari, R. dkk. (2023). Kata Pengantar. In *Jetri: Jurnal Ilmiah Kesehatan*. <https://doi.org/10.25105/jetri.v20i2.16144>
- Mongan, E. A., & Sinaga, H. (2019). Pemeriksaan Infeksi Menular Seksual (IMS) Pada Ibu Hamil di Puskesmas Kotaraja Kota Jayapura Papua. *Global Health Science*, 4(2), 59–63.
- Parut, A. A. (2016). Hubungan Pengetahuan tentang HIV/AIDS dengan Stigma terhadap ODHA pada Siswa Kelas XI SMK VI Surabaya. *JURNAL NERS LENTERA*, 4(2), 106–113. <http://journal.wima.ac.id/index.php/NERS/article/view/874>
- Puji, R. (2022). *BUKU HIV IO 150822 SISTEM INFORMASI KESEHATAN INFEKSI OPORTUNISTIK PENYINTAS HIV / AIDS Penulis : Fenita Purnama Sari Indah Lela Kania Rahsa Puji ISBN: Editor: Frida Kasumawati Tri Okta Ratnaningtyas Penyunting: Nurwulan Adi Ismaya Desain sampul dan Ta. September.*
- Windari, M. M., & Wiraguna, A. (2015). Pencegahan Penularan dan Infeksi Menular Seksual dan Human Immunodeficiency Virus. *Wiraguna, AAGP*, 1–27.

BAB 9

KONSEP LANJUT USIA

Oleh : dr. Fika Tri Anggraini, M.Sc., Ph.D.

A. Pendahuluan

Lanjut usia, yang dikenal dengan singkatan lansia merupakan "tahap kehidupan yang ditandai dengan penurunan fungsi fisik dan mental, yang pada umumnya dimulai pada usia 60 tahun atau lebih" (World Health Organization, 2021) . Namun, penentuan "lansia" tidak hanya didasarkan pada umur biologis, tetapi juga faktor sosial, ekonomi, dan kesehatan. Di banyak masyarakat, usia tua dianggap sebagai tanda kebijaksanaan dan dihormati. Namun, penuaan juga bisa membawa tantangan, termasuk penurunan kesehatan, peningkatan ketergantungan, dan isolasi sosial (Palmore, 2015). Untuk itu, penelitian dan pemahaman yang mendalam tentang konsep lanjut usia dan berbagai isu terkait menjadi penting.

Pada bab ini, kita akan mengeksplorasi berbagai aspek lanjut usia, termasuk definisi, teori proses menua, tanda-tanda penuaan, perubahan fisiologis pada lansia, perubahan psikologis pada lansia, serta konsep lansia sehat dan kesimpulan.

B. Definisi Lanjut Usia (Lansia)

Definisi dari "lansia" menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) adalah individu yang telah mencapai usia 65 tahun atau lebih. Akan tetapi, WHO menekankan bahwa definisi ini mungkin tidak berlaku di semua konteks di beberapa negara. Sebagai contoh, seseorang dapat dianggap sebagai "tua" berdasarkan peran sosial atau status kesehatannya, bukan

berdasarkan usianya. Selain itu, WHO juga membuat pembagian usia lanjut menjadi "usia lanjut muda" (60-74 tahun), "usia lanjut" (75-90 tahun), dan "usia lanjut sangat tua" (di atas 90 tahun).

Definisi lanjut usia atau lansia bisa berbeda-beda tergantung pada konteksnya, termasuk perspektif biologis, sosial, dan kesehatan. Dari perspektif biologis, lansia diartikan sebagai tahap dalam siklus kehidupan manusia di mana terjadi penurunan alami dalam berbagai fungsi fisik dan mental. Penurunan ini meliputi perubahan pada sel, jaringan, dan organ baik pada struktur dan fungsinya, serta kemampuan untuk beradaptasi dengan stres fisik dan penyakit (López-Otín and others, 2013).

Dalam konteks sosial dan budaya, lansia sering ditentukan oleh bagaimana status serta peran yang dimiliki seseorang dalam masyarakat. Di banyak masyarakat, seseorang dianggap lanjut usia ketika mereka pensiun dari pekerjaan atau mengambil peran yang baru, seperti telah memiliki cucu sehingga peran berubah menjadi kakek atau nenek di keluarga (Hareven, 2000).

Sementara itu, dari perspektif kesehatan, lansia sering ditentukan oleh keberadaan kondisi kesehatan kronis atau penurunan dalam kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

C. Teori Proses Menua

Proses penuaan adalah fenomena alami dan kompleks yang mempengaruhi setiap individu. Sejumlah teori telah dikembangkan oleh ilmuwan dan peneliti untuk menjelaskan proses ini. Artikel ini akan membahas beberapa teori utama tentang penuaan, mencakup aspek biologis, psikologis, dan sosial.

1. Teori Biologis Penuaan

Teori biologis penuaan berfokus pada proses biologis yang terjadi di dalam tubuh seiring bertambahnya usia. Salah satu teori biologis paling terkenal adalah Teori Kerusakan Molekuler. Teori ini mengatakan bahwa penuaan disebabkan

oleh akumulasi kerusakan molekuler dan seluler sepanjang waktu, termasuk kerusakan pada DNA dan protein (López-Otín and others, 2013).

2. Teori Psikologis Penuaan

Teori psikologis penuaan menekankan pada perubahan kognitif dan emosional yang terjadi seiring bertambahnya usia. Teori *Selective Optimization with Compensation* (SOC) oleh Baltes dan Baltes (1990) mengemukakan bahwa individu cenderung memilih dan fokus pada aktivitas dan hubungan yang paling penting bagi mereka seiring bertambahnya usia, dan menggunakan strategi kompensasi untuk mengatasi penurunan kapabilitas.

3. Teori Sosial Penuaan

Teori sosial penuaan berfokus pada perubahan peran dan status sosial yang terjadi seiring bertambahnya usia. Salah satu teori yang terkenal adalah Teori Disengagement oleh (Cumming and Henry, 1961)). Teori ini berargumen bahwa penuaan secara alami melibatkan penarikan dari aktivitas dan hubungan sosial, dan ini merupakan bagian dari proses penuaan yang sehat dan normal.

D. Tanda-Tanda Penuaan

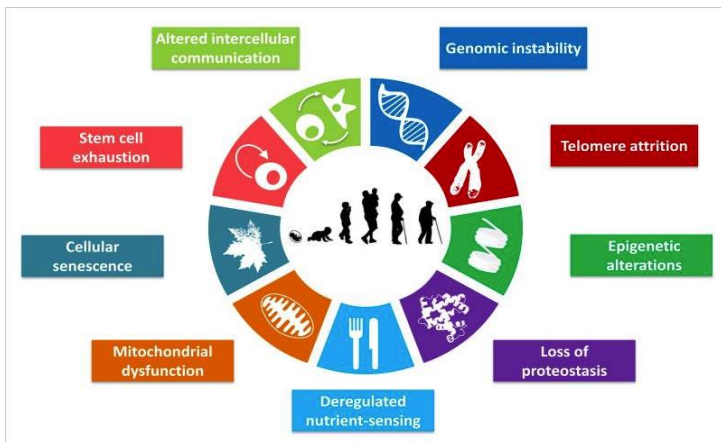
López-Otín et al (2013) dalam artikel yang berjudul "The Hallmarks of Ageing" (Gambar 13.1) merangkum sepuluh tanda-tanda penuaan, sebagai berikut :

1. **Ketidakstabilan Genomik:** Ketidakstabilan genomik, yang diakibatkan oleh kerusakan DNA, dianggap sebagai salah satu tanda utama penuaan. Hal ini dapat mengarah pada mutasi dan penurunan stabilitas genetik, yang dapat memainkan peran penting dalam proses penuaan dan penyakit terkait usia (López-Otín and others, 2013).
2. **Pemendekan Telomer :** Telomer melindungi ujung kromosom dari kerusakan. Saat sel membelah, telomer menjadi lebih pendek, yang pada akhirnya menyebabkan sel menjadi *senescent* atau apoptosis ketika telomer mencapai panjang yang kritis. Proses pemendekan telomer ini erat

kaitannya dengan penuaan dan penyakit terkait usia (López-Otín and others, 2013).

3. **Perubahan Epigenetik:** Penuaan dikaitkan dengan perubahan pada epigenom, dalam pengaturan ekspresi gen tanpa mengubah urutan dasar DNA. Perubahan ini dapat memengaruhi berbagai proses biologis, berkontribusi terhadap penuaan dan timbulnya penyakit terkait usia (López-Otín and others, 2013).
4. **Hilangnya Proteostasis:** Proteostasis melibatkan pemeliharaan keseimbangan sintesis protein, lipatan, dan degradasi. Dengan bertambahnya usia, keseimbangan ini dapat terganggu, yang mengarah pada lipatan protein yang salah dan agregasi, yang merupakan fitur umum dari banyak penyakit terkait usia, seperti penyakit Alzheimer dan Parkinson (López-Otín and others, 2013).
5. **Disregulasi Sensing Nutrien:** Penuaan dikaitkan dengan deregulasi sensing nutrien. Misalnya, jalur sinyal insulin dan IGF-1, yang sangat penting untuk regulasi metabolisme dan pertumbuhan, sering menjadi deregulasi dengan usia, berkontribusi terhadap penuaan dan penyakit terkait usia (López-Otín and others, 2013).
6. **Disfungsi Mitokondria :** Mitokondria memproduksi energi yang dibutuhkan untuk fungsi seluler. Namun, dengan bertambahnya usia, fungsi mitokondria dapat menjadi terganggu, yang mengarah ke produksi energi yang berkurang dan peningkatan produksi spesies oksigen reaktif, yang dapat menyebabkan kerusakan sel dan berkontribusi terhadap penuaan dan penyakit terkait usia (López-Otín and others, 2013).
7. **Senescence Seluler:** *Senescence* seluler adalah keadaan di mana sel kehilangan kemampuan untuk membelah. Meskipun ini adalah mekanisme perlindungan terhadap kanker, akumulasi sel senescent dapat mengganggu struktur dan fungsi jaringan, berkontribusi terhadap penuaan dan penyakit terkait usia (López-Otín and others, 2013).

8. **Kelelahan Sel Punca.:** Penuaan dikaitkan dengan penurunan jumlah dan fungsi sel punca, yang mengarah pada kapasitas pembaruan dan regenerasi jaringan yang berkurang, berkontribusi pada penuaan dan timbulnya penyakit terkait usia (López-Otín and others, 2013).
9. **Perubahan Komunikasi Antar Sel :** Penuaan dapat memengaruhi komunikasi antar sel, misalnya, melalui perubahan tingkat hormon dan peningkatan sinyal inflamasi, yang dapat mengarah pada disfungsi jaringan dan mempromosikan penuaan dan penyakit terkait usia (López-Otín and others, 2013).
10. **Inflamasi Kronis :** Penuaan dikaitkan dengan inflamasi kronis, berintensitas rendah, sering disebut sebagai "inflammaging". Hal ini dapat berkontribusi pada perkembangan banyak penyakit terkait usia, termasuk penyakit jantung, diabetes, dan penyakit neurodegeneratif (Franceschi and others, 2000).



Gambar 13.1 Penanda Penuaan (López-Otín, 2013)

E. Perubahan Fisiologis pada Lanjut Usia

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memandang lansia sehat sebagai suatu kondisi yang mencakup aspek fisik, mental, dan sosial, bukan hanya absennya penyakit atau kelemahan. Lansia sehat bukan hanya tentang bertahan hidup, tetapi juga

tentang kualitas hidup yang baik dan partisipasi aktif dalam masyarakat pada setiap usia.

Penuaan merupakan suatu proses alami yang dialami oleh setiap individu dan mengakibatkan berbagai perubahan pada tubuh. Perubahan ini mencakup aspek-aspek fisik dan mental yang dapat memengaruhi kualitas hidup seorang lansia.

Salah satu perubahan fisiologis yang paling sering ditemui pada lansia adalah perubahan dalam sistem kardiovaskular. Penurunan elastisitas dan peningkatan penebalan pada dinding pembuluh darah, serta penurunan fungsi jantung sering terjadi seiring bertambahnya usia. Hal ini bisa menyebabkan peningkatan risiko penyakit jantung dan hipertensi (Lakatta and Levy, 2003). Perubahan ini seringkali disertai oleh penurunan kapasitas fisik dan stamina, yang bisa memengaruhi mobilitas dan kemandirian lansia.

Selain itu, sistem saraf juga mengalami perubahan signifikan selama proses penuaan. Penurunan fungsi kognitif, seperti memori dan konsentrasi, sering terjadi pada lansia (Salthouse, 2010). Selain itu, penurunan fungsi saraf motorik juga bisa menyebabkan gangguan koordinasi dan keseimbangan, yang bisa meningkatkan risiko jatuh. Meski begitu, perlu dicatat bahwa tingkat penurunan kognitif dan motorik sangat bervariasi di antara individu dan banyak faktor yang memengaruhinya, termasuk gaya hidup dan status kesehatan umum.

Perubahan fisiologis lain yang sering terjadi pada lansia adalah penurunan fungsi sistem pencernaan. Proses ini bisa mengakibatkan berbagai masalah kesehatan, seperti konstipasi, malabsorpsi, dan penurunan nafsu makan (Moss, 2012). Penurunan fungsi sistem pencernaan ini bisa memengaruhi status nutrisi dan kesehatan umum lansia.

Meski demikian, penelitian menunjukkan bahwa gaya hidup sehat, termasuk nutrisi yang baik, aktivitas fisik teratur, dan interaksi sosial positif, bisa memperlambat proses penuaan dan menjaga kualitas hidup lansia (Lara and others, 2013). Karena itu, penting bagi lansia untuk terus menjaga gaya hidup

sehat dan melakukan pemeriksaan kesehatan rutin untuk mendeteksi dan mengelola kondisi kesehatan yang mungkin timbul.

Selain itu, dukungan dari keluarga dan masyarakat juga sangat penting dalam membantu lansia menghadapi perubahan yang terjadi. Hal ini termasuk memberikan informasi yang tepat tentang penuaan dan perubahan yang mungkin terjadi, serta mendorong partisipasi lansia dalam berbagai aktivitas fisik dan sosial (World Health Organization, 2021) Dengan demikian, lansia bisa terus menjalani kehidupan yang aktif dan bermakna, meskipun menghadapi berbagai perubahan fisiologis yang diakibatkan oleh proses penuaan.

F. Perubahan Psikologis pada Lanjut Usia

Perubahan psikologis merupakan bagian integral dari proses penuaan. Proses ini mencakup perubahan dalam fungsi kognitif, regulasi emosi, dan kesejahteraan psikologis.

1. Perubahan Fungsi Kognitif

Seiring bertambahnya usia, terjadi perubahan alami dalam berbagai fungsi kognitif. Misalnya, penelitian telah menunjukkan bahwa memori kerja dan kecepatan pemrosesan cenderung menurun seiring bertambahnya usia. Ini berarti bahwa individu lanjut usia mungkin membutuhkan waktu lebih lama untuk memproses informasi baru dan mungkin memiliki kesulitan dalam mengingat informasi baru atau melakukan beberapa tugas sekaligus (Park et al., 2002).

Namun, tidak semua fungsi kognitif menurun seiring bertambahnya usia. Misalnya, pengetahuan dan kebijaksanaan – yang terkait dengan pengalaman hidup dan pemahaman mendalam tentang kehidupan – seringkali meningkat seiring bertambahnya usia (Baltes and Staudinger, 2000).

2. Regulasi Emosi dan Paradoks Penuaan Emosional

Dalam konteks emosi, penelitian telah menemukan bahwa individu lanjut usia cenderung lebih baik dalam mengelola emosi dan menghadapi stres, fenomena yang dikenal sebagai "paradoks penuaan emosional". Paradoks ini merujuk pada fakta bahwa meskipun penuaan sering dihubungkan dengan penurunan dan kehilangan, namun banyak lansia yang memiliki kepuasan hidup yang sama atau bahkan lebih tinggi dibandingkan dengan yang lebih muda (Carstensen and others, 2011).

3. Kesejahteraan Psikologis

Perubahan dalam kesejahteraan psikologis juga sering terjadi seiring bertambahnya usia. Meskipun beberapa lansia mungkin mengalami penurunan dalam kesejahteraan psikologis mereka karena faktor-faktor seperti penurunan kesehatan atau kehilangan pasangan atau teman sebaya, banyak lansia yang melaporkan tingkat kebahagiaan dan kepuasan hidup yang tinggi. Hal ini mungkin disebabkan oleh peningkatan kemampuan untuk mengelola emosi, penekanan pada aspek positif hidup, dan adaptasi yang berhasil terhadap perubahan yang terjadi seiring bertambahnya usia (Jopp and others, 2015). Di sisi lain, faktor-faktor seperti penurunan kesehatan fisik, hilangnya orang yang dicintai, dan tantangan ekonomi dapat berdampak negatif pada kesejahteraan psikologis lansia, menjadikan pentingnya dukungan psikososial dan intervensi kesehatan mental yang ditargetkan untuk populasi ini (Steptoe et al., 2015).

4. Hubungan Sosial dan Keterlibatan

Pada tahap lanjut usia, penting untuk mempertahankan hubungan sosial yang aktif dan berarti, serta keterlibatan dalam aktivitas yang berarti. Hubungan sosial dan keterlibatan dapat memiliki dampak positif pada kesejahteraan psikologis dan kognitif. Menurut teori aktivitas (Havighurst, 1961), partisipasi aktif dalam aktivitas sosial dan produktif dapat membantu orang lanjut usia merasa

lebih bahagia, lebih sehat, dan lebih puas dengan hidup mereka.

5. Adaptasi dan Resiliensi

Dengan bertambahnya usia, individu juga harus beradaptasi dengan berbagai perubahan dalam hidup mereka, termasuk penurunan kesehatan fisik, kehilangan orang yang dicintai, dan perubahan dalam peran sosial mereka. Kemampuan untuk beradaptasi dengan perubahan ini seringkali menentukan sejauh mana individu tersebut merasa bahagia dan puas dengan hidup mereka di usia lanjut. Konsep ini sering disebut sebagai "resiliensi," yang merujuk pada kemampuan seseorang untuk memulihkan diri atau berkembang di tengah-tengah stres dan tantangan (Hildon and others, 2010).

G. Konsep Lansia Sehat

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memandang lansia sehat sebagai suatu kondisi yang mencakup aspek fisik, mental, dan sosial, bukan hanya absennya penyakit atau kelemahan. Lansia sehat bukan hanya tentang bertahan hidup, tetapi juga tentang kualitas hidup yang baik dan partisipasi aktif dalam masyarakat pada setiap usia.

1. Kesehatan Fisik

Menurut WHO, kesehatan fisik mencakup kemampuan untuk melakukan fungsi harian, seperti merawat diri sendiri, berjalan, dan menyelesaikan tugas sehari-hari lainnya. Untuk mencapai dan mempertahankan kesehatan fisik, lansia perlu menjaga gaya hidup sehat, yang mencakup diet seimbang, olahraga teratur, tidur yang cukup, dan pemeriksaan kesehatan rutin (World Health Organization, 2021).

2. Kesehatan Mental

Kesehatan mental adalah komponen penting dari konsep lansia sehat. Hal ini mencakup kesejahteraan emosional, kognitif, dan psikologis, dan melibatkan kemampuan untuk berpikir jernih, belajar, dan membuat

keputusan yang baik. Lansia sehat harus memiliki akses ke layanan kesehatan mental dan dukungan sosial untuk menjaga kesejahteraan mental mereka (World Health Organization, 2017).

3. Partisipasi Sosial

Bagian penting lainnya dari konsep lansia sehat adalah partisipasi sosial, yang mencakup keterlibatan dalam aktivitas sosial, budaya, dan masyarakat. Partisipasi aktif dalam masyarakat dapat membantu lansia merasa dihargai, menjaga kesehatan mental mereka, dan meningkatkan kualitas hidup mereka (World Health Organization, 2015).

H. Kesimpulan

Penuaan adalah proses alami yang membawa berbagai perubahan fisiologis, psikologis dan sosial. Meski perubahan ini bisa menantang, dengan pemahaman yang tepat dan dukungan yang baik, lansia bisa menghadapi perubahan ini dengan positif dan terus menjalani kehidupan yang sehat dan memuaskan. Harapannya, penelitian terus dilakukan untuk memahami lebih baik proses penuaan dan bagaimana kita bisa menjalani kehidupan yang lebih panjang dan lebih sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Baltes PB and Staudinger UM (2000) Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. *American Psychologist* 55(1): 122.
- Carstensen LL and others (2011) Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging* 26(1): 21.
- Cumming E and Henry WE (1961) *Growing Old, the Process of Disengagement*. Basic Books.
- Franceschi C and others (2000) Inflamm-aging. An evolutionary perspective on immunosenescence. *Annals of the New York Academy of Sciences* 908(1): 244–254.
- Hareven TK (2000) The history of the family and the complexity of social change. *The American Historical Review* 96(1): 95–124.
- Havighurst RJ (1961) Successful Aging. *The Gerontologist* 1(1): 8–13.
- Hildon Z and others (2010) Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is 'right' about the way we age? *The Gerontologist* 50(1): 36–47.
- Jopp D and others (2015) How could lay perspectives on successful aging complement scientific theory? Findings from a U.S. and a German life-span sample. *The Gerontologist* 55(1): 91–106.
- Lakatta EG and Levy D (2003) Arterial and cardiac aging: major shareholders in cardiovascular disease enterprises: Part I: aging arteries: a 'set up' for vascular disease. *Circulation* 107(1): 139–146.
- Lara J and others (2013) Towards measurement of the Healthy Ageing Phenotype in lifestyle-based intervention studies. *Maturitas* 76(2): 189–199.

- López-Otín C and others (2013) The hallmarks of aging. *Cell* 153(6): 1194–1217.
- Moss C (2012) Gastrointestinal disorders in the elderly. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 26(5): 679–692.
- Palmore E (2015) Facts on Aging: A Short Quiz. *The Gerontologist* 55(5): 691–704.
- Park DC, Lautenschlager G, Hedden T, et al. (2002) Models of visuospatial and verbal memory across the adult life span. *Psychology and Aging* 17(2): 299.
- Stephoe A, Deaton A and Stone AA (2015) Psychological wellbeing, health and ageing. *The Lancet* 385(9968): 640–648.
- World Health Organization (2015) World report on ageing and health. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=4BDF6CDD6168DD0E8908796319A42B50?sequence=1.
- World Health Organization (2017) Mental health of older adults. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
- World Health Organization (2021) Ageing and health. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.

BAB 10

POSYANDU LANZIA

Oleh : Tantri Wenny Sitanggang, S.S.T., M.Kes.

A. Definisi Posyandu Lansia

Posyandu lansia merupakan pelayanan terpadu bagi lansia di suatu wilayah tertentu yang disepakati dan dibimbing agar lansia dapat menerima dan memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai. Posyandu lansia merupakan salah satu kebijakan pemerintah untuk mengembangkan pelayanan kesehatan bagi lanjut usia, dengan melaksanakan program puskesmas melibatkan lansia, anggota keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi sosial (Bruno, 2019).

Posyandu lansia merupakan pelayanan lansia di suatu daerah wilayah tertentu yang disepakati dan dikendalikan oleh masyarakat di mana mereka dapat mengakses layanan kesehatan. Posyandu lansia merupakan pembangunan dan kebijakan pemerintah melalui pelayanan kesehatan bagi lanjut usia yang dilaksanakan di bawah program Puskesmas yang melibatkan lanjut usia, keluarga, tokoh masyarakat dan organisasi sosial dalam pelaksanaannya (Sunaryo, Rahayu Wijayanti, 2015).

Proses pembentukan dan pelaksanaan posyandu lansia dilakukan oleh masyarakat bersama dengan Lembaga Swadaya Masyarakat, Lintas Sektor Pemerintah, non pemerintah, organisasi sosial dan lembaga lainnya yang kegiatan pelayanan kesehatan dititikberatkan pada upaya promotif dan preventif (Rauf et al., 2021).

Posyandu lansia merupakan pusat pelayanan lanjut usia dalam suatu masyarakat yang ada berfokus pada pelayanan kesehatan, psikologis, spiritual dan implementasi gizi bagi lansia agar mampu memenuhi kebutuhannya dan menjamin kesejahteraan sosial yang memadai (Sundariningsih, 2020).

B. Tujuan Posyandu Lansia

Tujuan didirikannya posyandu lansia diantaranya meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan lansia di masyarakat, sehingga pelayanan kesehatan dapat memenuhi kebutuhan lansia. Selain itu, bertujuan untuk mendekatkan layanan, meningkatkan keterlibatan sektor publik dan swasta dalam layanan kesehatan dan meningkatkan komunikasi antara lansia (Bruno, 2019).

Menurut Kholifah, Tujuan posyandu lansia yaitu (Kholifah SN, 2016) :

1. Tujuan Umum

Meningkatkan kesehatan lansia agar dapat hidup bahagia dan produktif dalam keluarga dan masyarakat di hari tua.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatkan kesadaran lansia untuk bisa meningkatkan kesehatan secara mandiri.
- b. Meningkatkan kapasitas dan partisipasi masyarakat dalam pengelolaan masalah kesehatan pada lanjut usia secara optimal
- c. Meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan bagi lanjut usia
- d. Meningkatkan jenis dan mutu pelayanan kesehatan bagi lanjut usia.

C. Manfaat Posyandu Lansia

Manfaat posyandu lansia diantaranya (Depkes RI, 2017) :

1. Kesehatan fisik lansia dapat terjaga dengan baik.
2. Dapat memelihara Kesehatan rekreasi.
3. Mampu menyalurkan minat dan bakat untuk mengisi waktu luang.

4. Meningkatkan pengetahuan lansia sehingga dapat membentuk sikap, minat dan rasa percaya diri lansia di masa tuanya.

D. Sasaran Posyandu Lansia

Sasaran **Posyandu** Lansia meliputi sasaran langsung dan tidak langsung. Sasaran langsung adalah pra lansia pada usia 45-59 tahun, lansia pada usia 60-69 tahun dan lansia yang termasuk dalam kelompok risiko tinggi pada usia di atas 70 atau lebih dari 60 dengan masalah kesehatan. Sedangkan untuk sasaran tidak langsungnya adalah keluarga di tempat tinggal lansia, masyarakat di sekitar lansia, organisasi sosial, tenaga kesehatan dan masyarakat luas (Sunaryo, Rahayu Wijayanti, 2015).

E. Kegiatan Posyandu Lansia

Upaya yang dapat dilakukan untuk melakukan perbaikan dan peningkatan kesehatan masyarakat di posyandu lansia diantaranya (KOMNAS, 2010):

1. Promosi, adalah upaya peningkatan kesehatan, seperti pendidikan kesehatan atau penyuluhan gaya hidup sehat, diet sehat atau gizi bagi lansia untuk meningkatkan kondisi fisik.
2. Preventif adalah upaya pencegahan penyakit, deteksi dini penyakit dengan KMS lansia
3. Kuratif adalah upaya untuk mengobati penyakit yang diderita oleh para lansia.
4. Rehabilitasi adalah upaya mengembalikan kepercayaan diri lansia.
5. Pengukuran tekanan darah dengan menggunakan alat ukur tekanan darah (tensimeter dan stetoskop) dan melakukan pemeriksaan denyut nadi selama satu menit.
6. Pemeriksaan gula darah dalam urine untuk deteksi dini penyakit Diabetes.

7. Penyuluhan dapat berlangsung secara sesuai dengan masalah kesehatan dihadapi oleh individu dan/atau kelompok lanjut usia.

F. Mekanisme Pelayanan Posyandu Lansia

Dalam memberikan pelayanan Kesehatan yang prima pada lansia, mekanisme pelayanan posyandu lansia yang diterapkan adalah sebagai berikut (Sudargo et al., 2021).

1. Meja 1 : Melakukan pendaftaran atau registrasi data demografi dan data kesehatan lansia.
 - a. Lansia melakukan pendaftaran atau registrasi data di meja 1.
 - b. Registrasi didampingi oleh kader, meliputi pencatatan nomor urut, nomor registrasi, nama, jenis kelamin, umur dan alamat.
2. Meja 2 : Melakukan pemeriksaan status kesehatan dan indeks massa tubuh.
 - a. Lansia menuju meja 2 dengan membawa kartu status kesehatan untuk selanjutnya dilakukan pemeriksaan oleh kader Kesehatan. Pemeriksaan yang dilakukan meliputi :
 - 1) Pengukuran tinggi badan, penimbangan berta badan, serta dilakukan pengukuran IMT.
 - 2) Pengukuran TTV diantaranya tekanan darah, suhu, nadi dan pernafasan.
 - 3) Pemeriksaan fisik diantaranya pemeriksaan gigi, mulut, paru dan jantung.
 - 4) Anamnesis terkait keluhan kesehatan lansia.
 - b. Seluruh hasil pemeriksaan dicatat dalam kartu status Kesehatan lansia dan disertai dengan tanda tangan pemeriksa.
 - c. Pengisian KMS dilakukan oleh petugas Kesehatan.
 - d. Selanjutnya lansia membawa kartu status Kesehatan dan KMS menuju meja 3 untuk dilakukan penilaian kemandirian.

3. Meja 3 : Melakukan penilaian indeks Katz atau kemandirian lansia.
 - a. Lansia menuju meja 3 untuk dilakukan penilaian kemandirian.
 - b. Pencatatan dilakukan berdasarkan hasil pemeriksaan tingkat kemandirian di kartu status Kesehatan lansia.
 - c. Petugas menginformasikan hasil penilaian kemandirian kepada lansia dan selanjutnya akan diberikan Pendidikan Kesehatan (health education) jika terdapat ketidakmandirian lansia di bidang tertentu.
 - d. Selanjutnya lansia membawa kartu status Kesehatan dan KMS menuju meja ke-4 untuk dilakukan penyuluhan dan pemberian makanan tambahan
4. Meja 4 : Melakukan penyuluhan dan pemberian makanan tambahan pada lansia.
 - a. Lansia menuju meja ke-4 untuk dilakukan penyuluhan dan diberikan makanan tambahan oleh kader Kesehatan.
 - b. Pendidikan kesehatan diberikan kepada lansia secara individual sesuai dengan permasalahan lansia dan berdasarkan hasil pemeriksaan tingkat kemandirian lansia.
 - c. Lansia selanjutnya menuju meja ke-5 untuk diberikan pelayanan kesehatan yaitu pengobatan.
5. Meja 5 : Pelayanan Kesehatan (pengobatan lansia)
 - a. Lansia menuju meja ke-5 untuk mendapatkan pengobatan berdasarkan hasil pemeriksaan yang tercantum di kartu status Kesehatan lansia
 - b. Petugas Kesehatan akan memberikan obat sesuai dengan keluhan lansia.
 - c. Petugas menyimpan kartu status kesehatan sedangkan KMS dibawa oleh lansia.

G. Bentuk Pelayanan Posyandu Lansia

Bentuk pelayanan Posyandu Lansia antara lain dilakukan pemeriksaan kesehatan fisik dan mental emosional dilanjutkan dengan melakukan pencatatan dan pemantauan melalui

Kartu Menuju Sehat (KMS) yang bertujuan untuk mendeteksi dini penyakit mendesak (deteksi dini) atau adanya gangguan kesehatan. Sementara itu, pelayanan kesehatan lansia di Posyandu Lansia meliputi penjarangan aktivitas sehari-hari, termasuk aktivitas hidup dasar seperti makan/minum, berjalan, mandi, berpakaian, bangun dan tidur, buang air besar/buang air kecil (Rauf et al., 2021).

Kegiatan pelayanan di posyandu lansia diantaranya (Rauf et al., 2021) :

1. Pemeriksaan aktifitas sehari-hari seperti makan/minum, berjalan, melepaskan dan menggunakan pakaian, buang air besar dan kecil, naik turun dari tempat tidur dan kegiatan lainnya.
2. Pemeriksaan status mental dan emosional dengan menggunakan pedoman metode 2 menit.
3. Pemeriksaan status gizi dengan melakukan penimbangan berat badan dan melakukan pengukuran tinggi badan dilanjutkan dengan pencatatan pada grafik Indeks Masa Tubuh (IMT).
4. Pemeriksaan tekanan darah dengan menggunakan tensimeter dan stetoskop serta penghitungan denyut nadi selama satu menit.
5. Pemeriksaan kadar Haemoglobin dengan menggunakan alat pengukur Hb.
6. Pemeriksaan gula dalam urine untuk melakukan deteksi awal adanya penyakit gula.
7. Pemeriksaan protein dalam urine untuk melakukan deteksi awal penyakit ginjal.
8. Pelaksanaan rujukan ke Puskesmas jika ada keluhan dan atau ditemukan kelainan pada salah satu pemeriksaan.
9. Penyuluhan Kesehatan

Kegiatan lain yang dapat dilakukan sesuai kebutuhan dan kondisi setempat seperti Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dengan memperhatikan aspek kesehatan dan gizi lansia dan kegiatan olahraga, seperti senam lansia dan gerak jalan santai untuk meningkatkan kebugaran (Sulistyorini, 2010).

Dalam pelaksanaan kegiatan posyandu lansia, dibutuhkan sarana, prasarana dan penunjang diantaranya tempat kegiatan (Gedung, ruangan atau tempat terbuka), meja, kursi, alat tulis, buku pencatatan rekam Kesehatan untuk lansia, timbangan dewasa, alat pengukur berat badan dan tinggi badan, stetoskop, tensimeter, peralatan pemeriksaan laboratorium sederhana (HB dan urine), thermometer, Kartu Menuju Sehat lansia, lembar laporan ke Puskesmas dan buku administrasi atau pendokumentasian kegiatan posyandu lansia (Untari et al., 2016).

H. Pemeriksaan Kesehatan Dasar Lansia di Posyandu Lansia

Pemeriksaan Kesehatan dasar lansia di posyandu diantaranya (Untari et al., 2016) :

1. Pemeriksaan Aktivitas Sehari-Hari (*Activity Daily Living*)

Activity Daily Living atau disingkat dengan ADL merupakan aktivitas atau kegiatan untuk melakukan perawatan diri yang dilakukan setiap hari-hari untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan hidup sehari-hari. Pemeriksaan ADL pada lansia meliputi :

- a. Makan
- b. Minum
- c. Berjalan
- d. Mandi
- e. Berpakaian
- f. Naik atau turun tempat tidur
- g. Buang air besar dan kecil
- h. Berbelanja
- i. Mencari nafkah
- j. Arisan
- k. Pengajian
- l. Kegiatan lainnya

Pada saat melakukan pemenuhan kebutuhan aktifitas sehari-hari sangat diperlukan perhatian serius di tengah keluarga dan di masyarakat. Hal ini dikarenakan, lansia memiliki keterbatasan waktu, dana, tenaga dan kemampuan

untuk merawat diri, sehingga diperlukan pemeriksaan untuk aktivitas sehari-hari yang dilakukan oleh lansia.

Terdapat 3 kategori dari hasil pemeriksaan Aktivitas Sehari-Hari (*Activity Daily Living*) diantaranya :

- a. Kategori A : apabila lansia masih mampu melakukan kegiatan sehari-hari tanpa bantuan sama sekali (Mandiri)
- b. Kategori B : apabila lansia mengalami gangguan dalam lekaukannya secara mandiri, sehingga terkadang butuh bantuan orang alin (ada gangguan)
- c. Kategori C : apabila lansia sama sekali tidak dapat melakukan kegiatan sehari-hari sehingga sangat tergantung kepada orang lain (ketergantungan).

2. Pemeriksaan Status Mental

Persiapan yang perlu dilakukan oleh petugas Kesehatan dalam melakukan pemeriksaan status mental meliputi :

- a. Menciptakan lingkungan dan suasana yang nyaman agar lansia betah saat dilakukan pemeriksaan.
- b. Sikap ramah dan penuh perhatian akan kebutuhan lansia secara menyeluruh sehingga mempermudah hubungan yang terbuka dan komunikasi menjadi lebih lancar antara lansia dengan petugas Kesehatan.
- c. Ajukan pertanyaan dengan ramah dan tanpa menyinggung perasaan lansia.

Pemeriksaan status mental pada lansia yang tercantum pada KMS lansia dilakukan dengan pedoman metode 2 menit melalui 2 tahap pertanyaan diantaranya :

a. Pertanyaan Tahap 1

Tabel Pertanyaan Tahap 1

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Apakah anda mengalami sukar tidur?		
2	Apakah anda sering merasa gelisah?		
3	Apakah anda sering murung dan atau menangis sendiri?		

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
4	Apakah anda khawatir merasa waswas atau khawatir?		

Bila terdapat 1 atau lebih jawaban “Ya”, maka lanjutkan pada pertanyaan tahap 2

b. Pertanyaan Tahap 2

Tabel Pertanyaan Tahap 2

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Apakah lama keluhan lebih dari 3 bulan atau lebih dari 1 kali dalam sebulan?		
2	Apakah anda mempunyai masalah atau banyak pikiran?		
3	Apakah anda mempunyai gangguan atau masalah dengan keluarga atau orang lain?		
4	Apakah anda menggunakan obat tidur atau penenang atas anjuran dokter?		

Bila terdapat 1 atau lebih jawaban “Ya”, maka Lansia dapat dinyatakan memiliki masalah emosional.

3. Pemeriksaan Kognitif

Pemeriksaan kognitif digunakan untuk melakukan screening lansia terkait fungsi kognitif. Salah satu gangguan fungsi kognitif yang sering dialami lansia yaitu kepikunan. Lansia yang mengalami kepikunan akan mempengaruhi lansia dalam melakukan aktifitas sehari-hari, sehingga diperlukan screening untuk pencegahan dan deteksi dini.

Instrument yang dapat digunakan yaitu Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) yang terdiri dari 10 pertanyaan mengenai orientasi, Riwayat pribadi, memori dalam hubungannya dengan kemampuan perawatan diri, memori jauh dan kemampuan matematis.

Tabel Instrument
Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

No	Pertanyaan	Jawaban	
		Ya	Tidak
1	Tanggal berapa hari ini?		
2	Hari apakah hari ini?		
3	Apakah nama tempat ini?		
4	Berapa usia anda?		
5	Kapan anda lahir?		
6	Siapakah nama presiden sekarang?		
7	Siapakah nama ibu anda?		
8	5 + 6 =		
9	Hitunglah mundur angka 100 dikurangi 7 : 100, 93, 86, 79, 72, 65, 58, 51, 44, 37, 30, 23, 16, 7, 2.		
10	Ejaan tulisan "P-A-N-T-I" dari urutan ke belakang		

Interpretasi :

Salah 0-3 : fungsi intelektual utuh

Salah 4-5 : fungsi intelektual kerusakan ringan

Salah 6-8 : fungsi intelektual kerusakan sedang

Salah 9-10 : fungsi intelektual kerusakan berat

4. Pemeriksaan Status Gizi

Seiring bertambahnya usia seseorang, kemungkinan kerusakan anatomis dan fungsional organ mereka meningkat. Gangguan fungsional organ-organ ini berkontribusi pada perkembangan masalah kesehatan pada lansia. Banyaknya perubahan fisiologis juga mempengaruhi masalah gizi yang sering terjadi pada lansia, oleh karena itu diperlukan kajian status gizi. Pemeriksaan status gizi dengan menimbang dan mengukur tinggi badan yang tercatat pada grafik KMS IMT/Body Mass Index (BMI) lansia bertujuan untuk menentukan apakah lansia kelebihan berat badan, kekurangan berat badan atau normal.

Indeks Masa Tubuh menggunakan grafik warna diKMS Lansia ditentukan dengan mencari titik temu antara garis bantu yang menghubungkan berat badan yang sudah diukur dengan tinggi badan.

- a. L (LEBIH/*OVERWEIGHT*) : Bila titik temu terdapat pada daerah grafik dengan warna merah
- b. N (NORMAL): Bila titik temu terdapat pada daerah grafik dengan warna hijau.
- c. K (KURANG/*UNDERWEIGHT*) : Bila titik temu terdapat pada daerah grafik dengan warna kuning

5. Pemeriksaan Tekanan Darah

Tekanan darah adalah ukuran seberapa kuatnya jantung memompa darah ke seluruh tubuh. Pada umumnya orang dewasa yang sehat, memiliki tekanan darah normal dibawah atau setara 120/80 mmHg. Angka 120 menunjukkan tingkat tekanan saat jantung memompa darah ke seluruh tubuh, atau tekanan sistolik, sedangkan angka 80 menunjukkan tingkat tekanan saat jantung beristirahat sejenak sebelum memompa lagi, atau tekanan diastolik. Indikator ini tidak mutlak karena tekanan darah normal bisa naik atau turun tergantung dari aktivitas fisik yang dilakukan dan kondisi emosional. Sehingga tidak perlu panik jika memperoleh tekanan darah yang berbeda, asal angka tersebut konsisten tinggi atau rendah dalam waktu yang lama.

Tabel Klasifikasi Hipertensi Menurut WHO

Kategori	Systole (mmHg)	Diastole (mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Tingkat 1 (Hipertensi ringan)	140 - 159	90 - 99
Tingkat 2 (hipertensi sedang)	160 - 179	100-109
Tingkat 3 (hipertensi berat)	≥ 180	≥ 110

6. Pemeriksaan Denyut Nadi

Denyut Nadi adalah jumlah denyutan jantung per satuan waktu, biasanya per menit. Denyut nadi sering diambil di pergelangan tangan untuk memperkirakan denyut jantung. Cara menghitung denyut nadi dengan cara menempelkan dan menekan (Jangan terlalu keras) tiga jari (telunjuk, tengah, manis) salah satu tangan pada pergelangan tangan yang lain. Temukan titik denyut nadi kemudian setelah itu, barulah memulai menghitung denyut nadi selama 1 menit penuh.

Titik nadi atau yang disebut dengan daerah yang denyutannya paling keras yaitu nadi karotis di cekungan bagian pinggir leher kira-kira 2 cm di kiri/ kanan garis tengah leher (kira-kira 2 cm disamping jakun pada laki-laki), nadi radialis di pergelangan tangan di sisi ibu jari.

7. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan meliputi pemeriksaan:

- a. Darah (Haemoglobin)
- b. Pemeriksaan Protein Urine d
- c. Pemeriksaan Glukosa Urine

DAFTAR PUSTAKA

- Bruno, L. (2019). Lanjut Usia. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
[http://eprints.umm.ac.id/45744/3/BAB II.pdf](http://eprints.umm.ac.id/45744/3/BAB%20II.pdf)
- Depkes RI. (2017). Pedoman Umum Pelayanan Posyandu. In *Kemntrian Kesehatan RI (Vol. 5, Issue 2)*.
- Kholifah SN. (2016). *Keperawatan Gerontik*. Kemenkes RI.
- KOMNAS. (2010). *Pedoman Pelaksanaan Posyandu Lanjut Usia*.
- Rauf, S., Malawat, R., & Zahir Makayaino. (2021). *Pandu Lansia*. Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Sudargo, T., Aristasari, T., 'Afifah, A., Prameswari, A. A., Ratri, F. A., & Putri, S. R. (2021). *Asuhan Gizi pada Lanjut Usia*. UGM PRESS.
- Sulistiyorini, C. I. (2010). *Posyandu dan Desa Siaga*. Nuha Medika.
- Sunaryo, Rahayu Wijayanti, dkk. (2015). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Andi Offset.
- Sundariningsih, S. (2020). DIKLUS: Jurnal Pendidikan Luar Sekolah Sumbangan Posyandu Lansia Delima dalam Meningkatkan Kepedulian Sosial di Widoro Kidul. *Journal.Uny.Ac.Id*, 2(September), 169–177.
<https://journal.uny.ac.id/index.php/jurnaldiklus/article/view/32683>
- Untari, I., Wijayanti, Wardani, D. P. K., & Kusudaryati, D. P. D. (2016). *Buku Kader Menuju Lansia Sehat dan Mandiri*.

BAB 11

PROMOSI KESEHATAN UNTUK KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DAN LANSIA

Oleh : Dewi Anggraini, S.ST., M.K.M.

A. Definisi Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan adalah segala upaya yang dilakukan oleh individu atau kelompok untuk meningkatkan pengetahuan dengan harapan dapat merubah perilaku kesehatan di masyarakat. Terdapat beberapa definisi promosi kesehatan menurut beberapa sumber, diantaranya :

1. Pendidikan Kesehatan adalah segala kombinasi dari pengalaman pembelajaran yang dirancang untuk memfasilitasi perubahan perilaku yang kondusif untuk kesehatan (*any combination of learning's experiences designed to facilitate voluntary adaptations of behavior conducive to health*) (Green, 1980).
2. Promosi kesehatan lainnya yaitu suatu proses yang mampu membuat seseorang mampu meningkatkan kontrol dan memperbaiki kesehatannya (*Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health*) (WHO, 1998).
3. Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat, melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai sosial budaya setempat yang didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan (Depkes RI, 2006).

4. Berdasarkan Piagam Ottawa yang dihasilkan pada Konferensi Internasional di Ottawa, Canada pada tahun 1988, mendefinisikan promosi Kesehatan adalah proses yang memungkinkan individu mengendalikan dan memperbaiki kesehatannya. Sedangkan menurut Depkes adalah gabungan antara pendidikan kesehatan yang didukung oleh kebijakan publik berwawasan kesehatan, karena disadari bahwa gabungan kedua upaya ini akan memberdayakan masyarakat sehingga mampu mengontrol determinan Kesehatan (Susilowati, 2016).

B. Definisi Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi menurut beberapa sumber adalah :

1. 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 (PPRI, 2014).
2. Kondisi sehat secara psikis, sosial, dan fisik, yang berhubungan dengan fungsi, proses, dan sistem reproduksi, baik pada pria maupun wanita untuk bisa bertanggung jawab dalam memelihara dan menjaga organ reproduksi (Kemenkes, 2018).

C. Promosi Kesehatan Reproduksi Remaja

Remaja adalah masa transisi antara masa anak dan dewasa, dimana terjadi pacu tumbu (*growth spurt*), timbul ciri-ciri seks sekunder, tercapai fertilitas dan terjadi perubahan – perubahan psikologik serta kognitif (BKKBN, 2001). Departemen Kesehatan Republik Indonesia mengklasifikasikan remaja dalam 2 kategori, yaitu remaja awal berusia 12-16 tahun dan remaja akhir berusia 17-25 tahun (Muamala, 2018).

Promosi Kesehatan Reproduksi pada Remaja adalah proses pemberian pendidikan Kesehatan untuk meningkatkan kontrol dan memperbaiki Kesehatan remaja, baik secara fisik, mental maupun sosial yang berhubungan dengan Kesehatan reproduksinya. Remaja merupakan sasaran Primer (*primary*

target) dalam pelaksanaan promosi Kesehatan terutama Kesehatan reproduksi (Tumurang, 2018).

Tujuan Promosi Kesehatan Reproduksi Remaja adalah untuk meningkatkan pengetahuan dan kemampuan remaja dalam menjaga Kesehatan reproduksinya baik secara fisik, mental maupun sosial. Promosi Kesehatan pada remaja dapat dilakukan di sekolah, dan melalui sosial media berupa pesan digital sehingga mudah di akses oleh remaja.

Pengetahuan remaja perempuan maupun laki-laki tentang pentingnya menjaga Kesehatan reproduksi untuk menambah pengetahuan dan mencegah perilaku menyimpang seperti terjadinya pernikahan dini, kehamilan tidak diinginkan, Konsumsi rokok dan minuman beralkohol, serta infeksi menular seksual pada remaja, sehingga perlu dilakukan promosi kesehatan reproduksi yang meliputi organ reproduksi, kesehatan reproduksi, NAPZA dan Penyakit Menular Seksual (PMS) (Maksima *et al.*, 2020).

1. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Reproduksi Remaja

Masa remaja tidak luput dari kemungkinan terjadinya beragam risiko yang menghampiri, sehingga perlu adanya kewaspadaan pada masa-masa tersebut. hal yang mungkin terjadi seperti, Kekerasan dan pemerkosaan, kehamilan yang tidak diinginkan sehingga dapat berujung pada tindakan aborsi yang tidak aman. Angka mortalitas dan morbiditas karena terjadinya gangguan sistem reproduksi pada remaja (Fatkhayah, Masturoh and Atmoko, 2020).

Ruang lingkup pelayanan Kesehatan reproduksi pada remaja diantaranya :

a. Tumbuh kembang remaja

Pertumbuhan pada remaja secara biologis ditunjukkan melalui terjadinya pertumbuhan tinggi badan, berat badan, komposisi tubuh dan jaringan serta adanya tanda seks primer dan sekunder yang diakibatkan oleh perubahan kadar hormon yang pada remaja (Soetjiningsih, 2004).

Perubahan organ reproduksi yang terjadi pada remaja perempuan :

- 1) Payudara : Payudara membesar, areola melebar, dan papilla menonjol.
- 2) Rambut Pubis : rambut pubis mulai tumbuh, menebal dan semakin banyak
- 3) Ciri-ciri sekunder pada remaja perempuan diantaranya bokong dan pinggul mulai membesar, kulit terlihat lebih halus, serta berat dan tinggi badan yang bertambah, keringat bertambah banyak, rambut ketiak dan kelamin juga mulai tumbuh (Fatkhayah, Masturoh and Atmoko, 2020).

Perubahan Organ Reproduksi yang terjadi pada remaja laki-laki :

- 1) Penis : mulai membesar, dan ukurannya semakin Panjang
- 2) Testis : Skrotum membesar, dan warna hitam
- 3) Rambut Pubis : semakin banyak, menghitam, dan mulai keriting
- 4) Pertumbuhan sekunder yang terjadi pada remaja laki-laki seperti, tumbuhnya jakun, suara mulai terdengar berat, penambahan berat dan tinggi badan, Pundak dan dada bertambah bidang, tumbuhnya rambut ketiak, kelamin dan dada, kelenjar keringat semakin aktif dan banyak, serta penis dan testis tumbuh semakin besar (Fatkhayah, Masturoh and Atmoko, 2020).

b. Menstruasi

Menstruasi adalah pelepasan dinding Rahim (endometrium) yang disertai perdarahan setiap bulan kecuali terjadi kehamilan. Menstruasi yang terjadi setiap bulan secara terus menerus disebut dengan siklus menstruasi, namun pada beberapa perempuan memiliki siklus menstruasi yang tidak teratur, hal tersebut bisa menjadi indikasi terjadinya permasalahan kesuburan. Tanda dan gejala menstruasi seperti kram perut, nyeri

payudara, perubahan suasana hati, timbulnya jerawat, sakit punggung, sakit kepala, kelelahan dan sulit berkonsentrasi (Putri *et al.*, 2022).

Pada remaja juga dapat terjadi gangguan menstruasi yang akan menimbulkan rasa tidak nyaman dalam menjalani aktifitas sehari-hari. Sehingga perlu dilakukan tindakan pencegahan agar gangguan tersebut dapat diminimalisir baik keluhan maupun angka kejadiannya dengan cara melakukan promosi Kesehatan.

c. Infeksi Menular Seksual dan HIV/AIDS

Infeksi Menular Seksual adalah infeksi yang ditularkan melalui hubungan seksual, baik melalui vaginal, anal maupun oral. Jenis infeksi menular seksual yang dapat terjadi diantaranya, *gonorrhoea*, *sifilis*, *chlamydia*, *herpes genitalis*, *trichomoniasis*, *candiloma acuminata*, *ulcus mole* dan HIV-AIDS. (Putri *et al.*, 2022).

HIV-AIDS adalah infeksi yang disebabkan oleh human immunodeficiency virus. remaja merupakan kelompok usia yang rentan terhadap penularan HIV-AIDS. Penyebab utama terjadinya penularan virus tersebut pada remaja adalah karena gaya hidup remaja (Putri *et al.*, 2022).

Infeksi tersebut selain dapat terjadi pada orang dewasa, namun dapat terjadi kepada remaja, sehingga penting sekali remaja diberikan Pendidikan Kesehatan berupa penyuluhan/ promosi Kesehatan agar dapat mencegah terjadinya penyebaran infeksi menular seksual pada remaja.

d. Kehamilan Tidak Diinginkan (KTD) dan Aborsi tidak aman

KTD adalah kehamilan yang dialami oleh seorang Wanita yang belum menginginkan atau bahkan tidak menginginkan terjadinya kehamilan. Kehamilan ini biasanya terjadi karena pola hubungan suami istri yang tidak seimbang, yang mengakibatkan terjadinya kehamilan yang sering kali pihak Wanita yang harus

menanggungnya (Jalilah and Prapitasari, 2020). Berbagai penyebab terjadinya kehamilan tidak diinginkan pada remaja diantaranya pengetahuan yang minim tentang perilaku seksualitas sehingga bisa menimbulkan terjadinya kehamilan, tidak menggunakan alat kontrasepsi/ kegagalan penggunaan kontrasepsi, pemerkosaan, dan pergaulan bebas.

Adapun pengaruh/ dampak terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan baik secara fisik, psikologis dan sosial diantaranya (Jalilah and Prapitasari, 2020) :

- 1) Secara fisik : perdarahan, komplikasi, kehamilan yang bermasalah, kecacatan janin yang dilahirkan, dsb
- 2) Secara psikologis : stress, malu, tidak percaya diri
- 3) Secara sosial : dikeluarkan dari sekolah (*Drop out*), dikucilkan teman, keluarga dan masyarakat sekitar, dsb

Kehamilan pada remaja juga berdampak negative terhadap Kesehatan remaja dan bayinya, keadaan sosial dan ekonominya. Risiko kehamilan yang terjadi pada remaja seperti kelahiran premature, BBLR, perdarahan saat persalinan, serta aborsi tidak aman.

Hasil survei SDKI menyatakan bahwa sebanyak 23% remaja perempuan dan 19% remaja laki-laki mengetahui tentang aborsi dari teman yang pernah melakukan aborsi, serta sebanyak 1% diantara mereka mempengaruhi atau mempengaruhi agar menggugurkan kandungannya (Dartiwen and Aryanti, 2022). Selain itu terjadinya aborsi tidak aman juga dikarenakan perasaan malu sebagai dampak kehamilan baik dirasakan oleh remaja itu sendiri maupun keluarganya tanpa memikirkan dampak lain yang akan terjadi bila melakukan aborsi yang dilakukan tanpa didampingi oleh petugas Kesehatan. Maka dari itu, penting sekali untuk meningkatkan pengetahuan remaja dan keluarganya agar dapat menghindari hal yang tidak diinginkan serta meminimalisir risiko yang akan terjadi.

e. Pengaruh NAPZA terhadap Remaja

NAPZA adalah singkatan dari Narkotika, Psikotropika, dan Zat Adiktif, yaitu zat atau bahan bila masuk kedalam tubuh manusia dapat menimbulkan/mengganggu Kesehatan fisik, psikis, dan sosial yang bisa berpengaruh terhadap perasaan, tingkah laku dan pikiran penggunaannya. Sebagian besar penyalahgunaan NAPZA dilakukan oleh kelompok usia remaja, yang didasarkan oleh keingintahuan dan pencarian jati diri yang bisa dipengaruhi oleh teman sebayanya (Putri *et al.*, 2022).

Pengaruh penyalahgunaan NAPZA pada remaja secara fisik dapat menimbulkan terjadinya penurunan berat badan dan timbulnya komplikasi berbagai macam penyakit, secara psikologis berupa psikotik, atensi dan berbagai gangguan yang menimbulkan perubahan perilaku penggunaannya, sedangkan dampak sosial dapat mengganggu kehidupan sosialnya seperti menarik diri dari masyarakat/ kurang bersosialisasi, tindakan kejahatan dan kekerasan yang terjadi dimasyarakat (Putri *et al.*, 2022).

2. Promosi Kesehatan pada Remaja

- a. Promosi Kesehatan terhadap tumbuh kembang remaja, diantaranya :
 - 1) Melakukan promosi Kesehatan di sekolah dan di masyarakat
 - 2) Melakukan promosi Kesehatan melalui cetak maupun media elektronik
- b. Promosi Kesehatan pada remaja tentang menstruasi diantaranya :
 - 1) Gangguan yang terjadi saat menstruasi
 - 2) Tanda gejala menstruasi
- c. Promosi Kesehatan pada remaja tentang infeksi menular seksual dan HIV-AIDS diantaranya :
 - 1) Jenis- jenis infeksi menular seksual

- 2) Pencegahan dan penanganan infeksi menular seksual dan HIV-AIDS
- d. Promosi Kesehatan pada remaja tentang Kehamilan tidak diinginkan dan Aborsi tidak aman diantaranya :
 - 1) Pencegahan Kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja
 - 2) Pengaruh Kehamilan yang tidak diinginkan pada remaja
 - 3) Perilaku seksual pra nikah dan akibatnya pada remaja
 - 4) Pencegahan Aborsi yang tidak aman pada remaja
 - 5) Pengaruh aborsi yang tidak aman pada remaja
- e. Promosi Kesehatan pada remaja tentang NAPZA diantaranya :
 - 1) Pencegahan penyalahgunaan NAPZA pada remaja
 - 2) Pengaruh penyalahgunaan NAPZA pada remaja
- f. Sasaran Promosi Kesehatan

Adapun Sasaran promosi Kesehatan diantaranya, Siswa/i, Guru, seluruh karyawan sekolah, anak remaja, orang tua, dan tokoh masyarakat. Tujuan promosi Kesehatan adalah untuk menambah pengetahuan remaja, guru dan masyarakat luas tentang :

- 1) Pertumbuhan dan perkembangan remaja serta akibatnya
- 2) Proses menstruasi pada remaja dan akibatnya
- 3) Infeksi menular seksual pada remaja dan akibatnya
- 4) Kehamilan pada remaja dan akibatnya
- 5) Aborsi yang tidak aman
- 6) Penyalahgunaan NAPZA dan akibatnya

D. Promosi Kesehatan Reproduksi Lanjut Usia (Lansia)

Lansia adalah suatu proses pada seseorang yang terjadi secara alamiah karena sudah memasuki tahap akhir fase kehidupan. Pada fase ini terjadi secara berkesinambungan ketika sorang lansia mengalami perubahan yang berpengaruh terhadap fungsi serta kemampuan tubuh yang disesut dengan penuaan. Menurut undang-undang kesehatan no. 23 tahun 199,

lansia adalah seseorang yang karena usianya mengalami perubahan secara biologis, kejiwaan dan sosial, yang akan berpengaruh terhadap kehidupan dan kesehatannya. menurut Depkes RI lansia dibagi dalam tiga kelompok yaitu virilitas (*prasenium*) usia 55-59 tahun, usia lanjut dini (*senescen*) usia 60-64 tahun, dan lansia berisiko tinggi berusia diatas 65 tahun (Riadi, 2020). Lansia adalah periode seorang telah mencapai masa kematangan dalam kehidupan, serta telah menunjukkan kemunduran fungsi organ tubuh sejalan dengan waktu yang dimulai sejak umur 55 tahun.

1. Ruang Lingkup Pelayanan Kesehatan Reproduksi Lansia

a. Menopause

Menopause adalah proses yang alami terjadi pada setiap Wanita yang sudah bertambah tua, karena seiring bertambahnya usia maka indung telur semakin sedikit memproduksi hormon kewanitaan dan melepaskan sel telur sehingga menstruasi akan berhenti. Masa menopause tidak hanya terjadi proses berhentinya menstruasi, namun juga terjadi perubahan lain seperti keadaan fisik, psikologis, seksualitas dan kesuburan (Jalilah and Prapitasari, 2020).

Gejala dan tanda menopause diantaranya perubahan siklus menstruasi, penampilan fisik, psikologis, seksualitas, dan perubahan fisik serta lebih berisiko mengalami penyakit jantung dan osteoporosis (Jalilah and Prapitasari, 2020).

b. Andropouse

Pengertian Andropouse menurut Indrianto adalah berhentinya proses fisiologis pada pria, dan merupakan sindrom pada pria paruh baya/ lansia karena pengaruh penurunan hormon testoteran sehingga menimbulkan penurunan fungsi fisik, seksual dan psikologis (Jalilah and Prapitasari, 2020).

2. Promosi Kesehatan pada Lansia

Promosi Kesehatan yang dapat diberikan kepada lansia diantaranya :

- a. Tanda gejala Menopause dan andropouse
- b. Persiapan menghadapi masa Lansia
- c. Persiapan meghadapi masa menopause dan andropouse
- d. Dampak terjadinya menopause dan andropouse
- e. Pencegahan menopause dan andropouse secara dini
- f. Penanganan menpouse dan andropouse

3. Sasaran Promosi Kesehatan Lansia

Sasaran promosi Kesehatan Lansia antara lain, Wanita pra menopause/ laki-laki pra andropouse, Lansia laki-laki dan perempuan, keluarga lansia, dan masyarakat secara umum. Promosi Kesehatan pada lansia dapat dilakukan di Puskesmas, Posbindu, Majelis ta'lim, atau tempat perkumpulan masyarakat lainnya yang berkaitan dengan lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- BKKBN (2001) *Remaja Mengenai Dirinya*.
- Dartiwen and Aryanti, M. (2022) *Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Remaja dan Perimenopause*. Digital. Edited by W. N. Cahyo. Yogyakarta: Deepublish Publisher. Available at: <https://play.google.com/books/reader?id=HJZnEAAAQBAJ&pg=GBS.PR3&hl=id>.
- Depkes RI (2006) 'Panduan Integrasi Promosi Kesehatan (Dalam Program-Program Kesehatan Di Kabupaten/Kota) Jilid 1', in. Jakarta, pp. 1-54. Available at: https://promkes.kemkes.go.id/pub/files/files34039panduan-integrasi-promosi-kesehatan-di-kab_kota.pdf.
- Fatkhayah, N., Masturoh, M. and Atmoko, D. (2020) *Edukasi Kesehatan Reproduksi Remaja, Jurnal Abdimas Mahakam*. doi: 10.24903/jam.v4i1.776.
- Green, L. W. (1980) *Health Education Planning*. New York: The John Hopkins University: Mayfield Publishing Co.
- Jalilah, N. H. and Prapitasari, R. (2020) *KESEHATAN REPRODUKSI DAN KELUARGA BERENCANA*. Pertama, *Indramayu*. Pertama. Edited by Abdul. Indramayu: Adab (CV.Adanu Abimata). Available at: <https://play.google.com/books/reader?id=LXMTEAAAQBAJ&pg=GBS.PR4>.
- Kemenkes (2018) *Pentingnya Menjaga Kesehatan Reproduksi Saat Mentruali, Jakarta Selatan*. Available at: <https://promkes.kemkes.go.id/pentingnya-menjaga-kesehatan-reproduksi-saat-mentruasi>.
- Maksima *et al.* (2020) 'Remaja Sehat (RESEH) Sebagai Upaya Promosi Kesehatan Reproduksi Remaja', *Call for Paper ...*, pp. 34-43. Available at: <http://jurnal.unw.ac.id:1254/index.php/semnasbidan/article/view/817>.

- Muamala, T. (2018) *Kategori Umur Menurut WHO & Depkes yang Belum Banyak Diketahui Masyarakat* | *Muamala Net*. Available at: <https://muamala.net/kategori-umur-menurut-who/> (Accessed: 26 May 2023).
- PPRI (2014) *PP No.61 Tahun 2014, Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Putri, N. R. *et al.* (2022) *Kesehatan Reproduksi Remaja - Google Play Buku*. Pertama. Edited by Oktavianis. Padang, Sumatera Barat: PT. Global Eksekutif Teknologi. Available at: <https://play.google.com/books/reader?id=60Z9EAAAQBAJ&pg=GBS.PR3&hl=id> (Accessed: 29 May 2023).
- Riadi, M. (2020) *Lansia (Pengertian, Batasan, Kelompok dan Teori Penuaan)*, April 05, 2020. Available at: <https://www.kajianpustaka.com/2020/04/lansia-pengertian-batasan-kelompok-dan-teori-penuaan.html> (Accessed: 1 June 2023).
- Soetjiningsih (2004) *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta: Sagung Seto.
- Susilowati, D. (2016) *Modul Bahan Ajar Cetak keperawatan "Promosi Kesehatan"*. Jakarta Selatan: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Pusdik SDM kesehatan.
- Tumurang, M. N. (2018) *Promosi Kesehatan*. Sidoarjo: Indomedika Pustaka.
- WHO (1998) *Health promotion*. Available at: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1.

TENTANG PENULIS

Bd. Haryati Astuti, S.SiT., M.Kes. Lahir di Bone Putra, 12 Juni 1983



dari pasangan H. Muhammad Aziz dan Hj. Siti Syaidah, menikah dengan Kopol. Bachtiar, S.H., M.H. dan dikaruniai 2 orang putra (Hafizh Alhami dan Zhafran Yasykur). Pendidikan yang telah ditempuh SDN 042 KM 8 Kempas lulus 1996, MTS Nurul Ulum Kempas Jaya lulus 1999, SPK Garuda Putih Kesdam II Sriwijaya Jambi lulus 2002, D3 Kebidanan Akademi Kebidanan Poltekkes Jambi lulus tahun 2005, D4 Bidan pendidik di Poltekkes Padang lulus tahun 2007, S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat “Peminatan Kesehatan Reproduksi” STIKes Hangtuah Pekanbaru lulus tahun 2013 dan menyelesaikan pendidikan Profesi Bidan di STIKes Guna Bangsa Yogyakarta lulus tahun 2022. Pengalaman bekerja sebagai Perawat Rumah Sakit Detasemen Kesehatan Tentara (DKT) Jambi tahun 2002- 2003, sebagai Bidan di Klinik PT ASI Kecamatan Kempas Kab,Inhil Riau tahun 2005–2010, Bidan Praktik Mandiri tahun 2009- 2016 sebagai staf laboratorium di Akademi Kebidanan Husada Gemilang (2005-2008), Sebagai Dosen tetap di STIKes Husada Gemilang (2008-Sekarang), sebagai Pudir III (Bidang Kemahasiswaan) (2008-2017), Sebagai Sekretaris Penjaminan Mutu Internal (2017-2020) Sebagai Direktur Akademi Kebidanan Husada Gemilang (2020-2021), sebagai Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Gemilang (2021- sekarang). Penelitian Publikasi International yang terakhir “Challenges for Midwives in Remote areas: an ethnography study, (Pakistan Journal of Medical & Health Sciences) 2021, Penelitian OJS Terakhir “ The Effect of Back Massage Techniques on Pain Intensity in Primigravida Maternity Mothers in Active Phase 1 during the COVID-19 Pandemic and the New Normal, (Maternal & Neonatal Health Journal) 2022.Pengabdian Masyarakat terakhir; “Health Counseling and Implementation of Complementary Therapies for Pregnant Women in the New Normal Period, (PUNDIMAS: Publikasi Kegiatan Abdimas) 2022. Beberapa organisasi yang diikuti diantaranya Ikatan Bidan Indonesia (IBI),

ADPERTISI (Asosiasi Dosen Perguruan Tinggi Swasta Indonesia), AIPKIND (Asosiasi Pendidikan Kebidanan Indonesia) dan HPTKes (Himpunan Perguruan Tinggi Kesehatan Indonesia).

dr. Kumalasari, M.Kes., Epid. Lahir di Semarang, pada 28 Agustus



1980. Penulis merupakan Staff pengajar pada Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Jakarta I. Jenjang akademik penulis diawali dengan menempuh pendidikan di Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang lulus pada tahun 2005, pada tahun 2015 penulis menyelesaikan pendidikannya diprogram Pasca sarjana program studi Epidemiologi Universitas Diponegoro Semarang. Pengalaman kerja diawali pada tahun 2006 sebagai dokter PTT di Puskesmas Punggur Kabupaten Pontianak Kalbar, pada tahun 2009 sebagai Dokter di Kantor Kesehatan Pelabuhan kelas II Samarinda Kaltim, tahun 2014 sebagai Dokter di Kantor Kesehatan Pelabuhan Kelas II Semarang. Pengalaman di dunia profesional penulis dimulai dengan menjadi staf pengajar di Poltekkes Kemenkes Medan sejak tahun 2017, penulis pernah menjabat sebagai Ka.Unit Klinik Pratama Poltekkes Kemenkes Medan, Anggota Tim Komisi etik penelitian kesehatan Poltekkes Kemenkes Medan dan sejak tahun 2021 hingga sekarang sebagai pengajar di Poltekkes Kemenkes Jakarta I.

dr. Nina Indriyani Nasruddin, M.Kes., M.Gizi. Adalah seorang



profesional di bidang kesehatan dan penulis yang lahir pada tanggal 20 Desember 1986 di Kota Kendari, ibu kota provinsi Sulawesi Tenggara. Ia merupakan anak kedua dari lima bersaudara dari pasangan H.Nasruddin Habib, SE., MM dan Hj. Sinarsi, S.Pd., M.Pd. Pada usia remaja, ia sudah menunjukkan kecakapan dan ketekunan dalam belajar, yang membantu memperoleh beasiswa untuk kuliah di Fakultas Universitas Halu Oleo (UHO), di mana ia mendalami berbagai aspek kesehatan

masyarakat, termasuk epidemiologi, kebijakan kesehatan, dan promosi kesehatan. Selain itu, Nina juga meraih gelar Magister Gizi Klinik di Universitas Indonesia (UI), yang memperdalam pemahamannya tentang gizi dan peranannya dalam kesehatan. Ia berkomitmen untuk memberikan kontribusi yang berarti bagi masyarakat dalam upaya mencapai kesehatan yang lebih baik dan peningkatan kualitas hidup.

Ns. Thika Marlina, M.Kep., Sp.Kep.J. Lahir di Jakarta, pada 2



Maret 1984. Ia tercatat sebagai lulusan Ners Spesialis Jiwa di FIK Universitas Indonesia. Saat ini sedang menempuh pendidikan Doktor di Universitas Indonesia. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap di Universitas Respati Indonesia (URINDO) Jakarta Timur. Ibu dari 3 anak ini aktif menulis buku diantaranya Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial Pada Bencana

(2018), Berlatih Asertif untuk Pencegahan Penyalahgunaan NAPZA pada remaja (2019), Pedoman DKJPS pada Pandemi COVID-19 (2020), Protokol Tata Kelola Upaya Pelayanan Kesehatan Jiwa Bersama Kemenkes (2020) Keperawatan Jiwa Dasar (2021), Keperawatan Jiwa Lanjutan (2021), Petunjuk Teknis Pencegahan dan Pengendalian Gangguan Mental Emosional bersama Kemenkes (2021), Petunjuk Teknis Layanan Depresi bersama Kemenkes (2021), Panduan Praktis Bagi Pendamping Lansia di Komunitas (2021), Buku Ajar Gerontologi (2022). Selain penulis buku-buku ilmiah, ia juga menulis 5 buku populer leguty media bersama sang anak. Selain menjadi seorang pendidik ia juga aktif sebagai terapis pada aplikasi teman curhat.id yang bisa di unduh pada playstore, founder Sahabat Jiwa, peneliti yang sudah published nasional maupun internasional, dan trainer tersertifikasi BNSP untuk hypnotherapy, NLP, Coaching, TOT Skema 2 dan 3.

Lia Amalia, S.K.M., M.Kes. Lahir di Soppeng, 29 Nopember 1979.



Menyelesaikan studi S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin tahun 2002 dan melanjutkan studi di Program Pasca Sarjana Magister Kesehatan Universitas Hasanuddin pada tahun 2007 dan selesai di tahun 2009 Saat ini aktif mengajar pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Olahraga dan Kesehatan Universitas Negeri Gorontalo sejak tahun 2011.

Renie Tri Herdiani, M.Pd., lahir di Kota Tegal, pada tanggal 25 Mei



1983, menyelesaikan pendidikan Sarjana Psikologi pada Fakultas Psikologi UMS, Sarjana BK di UPS Tegal dan pendidikan Magister BK di UNNES. Menjadi dosen di UPS Tegal sejak tahun 2009 sampai sekarang. Selain menjalankan tri dharma perguruan tinggi, saat ini sedang mendapat amanah sebagai KaLab Bimbingan dan Konseling UPS Tegal.

Dewi Angraini, S.ST., M.K.M., Lahir di Kota Jember, Jawa Timur



pada tahun 1990. Ia adalah lulusan Master Kesehatan Masyarakat (Kesehatan Reproduksi) Universitas Indonesia tahun 2017. Penulis kerap disapa dengan panggilan Dawi ini sudah pernah mendapatkan hibah penelitian dari Kemenristek Dikti pada tahun 2020 sebagai Ketua Peneliti bersama dengan tim Dosen STIKes IMC Bintaro (saat ini Universitas Ichsan Satya) dan sudah mempublikasi beberapa artikelnya dalam jurnal Nasional Terakreditasi dan jurnal Internasional.

Wa Ode Sitti Justin, S.K.M., M.Kes., lahir di Baubau tanggal 3



Oktober 1985. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Haluoleo tahun 2010 dan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Timur pada tahun 2013. Sebagai kontribusi penulis pada Tri Dharma Perguruan Tinggi, penulis aktif pada penelitian baik yang didanai Internal Perguruan Tinggi dan ada pula dari Kemendikbud. Penulis melaksanakan pengabdian pada masyarakat diantaranya mengikuti LSM *Orc Noid* pada Program Penanggulangan Narkoba Kota Baubau, Ketua IAKMI Pengcab Buton Tengah dari tahun 2019 sampai sekarang, Koordinator IAKMI SULTRA pada "*Indonesia HIV Response : Eliminating The AIDS Epidemic in Indonesia by 2030 program*". Penulis bertekad untuk tetap meningkatkan keilmuan dan pengalaman agar menjadi seorang dosen profesional yang berguna bagi Nusa dan Bangsa. Email Penulis: justinmanis@rocketmail.com

dr. Fika Tri Anggraini, M.Sc., Ph.D. lahir di Jakarta, pada tanggal



27 November 1984. dr. Fika tercatat sebagai lulusan S1-Proresi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta pada tahun 2009 dan melanjutkan program Magister (*M.Sc in Physiology*) serta Doktorat (*Ph.D in Physiology*) di *Department of Physiology, Wayne State University, United States of America (2012-2017)*. dr. Fika adalah anak ketiga dari Ibu Dra. Hj. Nielyar Wisma, dan Bapak H. Arfizar Indramaharaja, dan saat ini telah menjadi ibu dari 5 orang anak bersama dr. Rozi Abdullah (suami). dr. Fika merupakan staf pengajar di Departemen Fisiologi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas, Padang, Sumatera Barat, Indonesia sejak tahun 2009.

Tantri Wenny Sitanggang, S.ST.,M.Kes, Lahir di Sibolga pada



tanggal 23 Maret 1987, merupakan Dosen Prodi DIII Kebidanan Universitas Ichsan Satya yang mengajar Mata Kuliah Kesehatan Reproduksi, Keterampilan Dasar Klinik Kebidanan dan Kebidanan Komunitas serta Promosi Kesehatan. Penulis lulus dari Program D4 Kebidanan Universitas Padjajaran

tahun 2009 dan menyelesaikan pendidikan S2 Program Studi Promosi Kesehatan Konsentrasi Kesehatan Reproduksi dan HIV/AIDS Universitas Diponegoro Semarang Pada Tahun 2014. Pada tahun 2007 sampai dengan 2008 Penulis pernah menjadi Bidan Pelaksana di RS Borromeus Bandung, tahun 2010 sampai dengan 2016 bekerja sebagai Dosen di AKBID Bogor Husada Bogor, dan tahun 2017 hingga sekarang penulis bekerja di STIKes Ichsan Medical Centre Bintaro yang kini bertransformasi menjadi Universitas Ichsan Satya dan dipercaya menjadi Sekretaris Program Studi selanjutnya menjadi Ketua Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Ichsan Satya. Penulis telah mempublikasikan banyak artikel penelitian dan pengabdian masyarakat pada jurnal bereputasi. Pada tahun 2020, penulis telah mendapatkan hibah penelitian dari Kementerian Riset, Teknologi dan Pendidikan Tinggi (Kemendikristekdikti) pada SKIM Penelitian Dosen Pemula. Selain menjalankan perannya sebagai dosen, penulis juga berperan sebagai Trainer Care Giver tahun 2018 dan selanjutnya menjadi Assesor BNSP (bidang Care Giver) sejak tahun 2020. Penulis juga mendapatkan kesempatan dan Amanah sebagai Fasilitator Sekolah Penggerak Angkatan II. Dengan tugas sebagai Fasilitator salah satunya yaitu mewujudkan Visi Misi Pendidikan Indonesia dalam Implementasi Kurikulum Merdeka.