

Bunga Rampai

POKOK-POKOK PENTING ILMU KEBIDANAN

PENULIS

Linda K Telaumbanua, SST., M.Keb

Hainun Nisa, SST., M.Kes

Nurmah, SST., M.Kes

Puri Kresna Wati, SST., M.KM

Rotua Suriyany, M.Kes

Dr. Tetty Rina A.S., SST., M.Keb

Penerbit
Suluh Indomedia Press



Bunga Rampai

POKOK-POKOK PENTING ILMU KEBIDANAN

PENULIS

Linda K Telaumbanua, SST., M.Keb

Hainun Nisa, SST., M.Kes

Nurmah, SST., M.Kes

Puri Kresna Wati, SST., M.KM

Rotua Surianny, M.Kes

Dr. Tetty Rina A.S., SST., M.Keb

Penerbit
Suluh Indomedia Press
2020



Bunga Rampai
Pokok-Pokok Penting Ilmu Kebidanan
Kategori Buku: Kebidanan

Oleh Linda K Telaumbanua dkk
Hak Cipta © 2020, Linda K Telaumbanua dkk

Penerbit:
Suluh Indomedia Press
Jl. Abdul Hamid No. 1-B, Medan
Telp/ Fax: +62 61 4151453
e-mail: suluhindomedia.press@gmail.com

Cetakan Pertama: Juli 2020

ISBN:

Daftar Isi

Kata Pengantar

<i>Cahaya Matahari Pagi dan Pengendalian Berat Badan (Linda K Telaumbanua)</i>	<i>:</i>	<i>1</i>
<i>Memahami Dismenore (Hainun Nisa)</i>	<i>:</i>	<i>19</i>
<i>Penanggulangan BBLR dan Anemia, Sebuah Pendekatan Komprehensif (Nurmah)</i>	<i>:</i>	<i>45</i>
<i>Pentingnya Peran Suami dalam Persalinan (Puri Kresna Wati)</i>	<i>:</i>	<i>63</i>
<i>Memaksimalkan Pencegahan HIV/AIDS Melalui Kampanye Kondom (Rotua Suriany)</i>	<i>:</i>	<i>89</i>
<i>Penerapan Hak-Hak Konsumen KB dan Kepuasan Pelayanan Kontrasepsi (Tetty Rina A. S)</i>	<i>:</i>	<i>111</i>
<i>Tentang Para Penulis</i>		

Kata Pengantar

Puji dan Syukur kepada Tuhan Yang Maha Kuasa, karena berkah dan ridho-Nya buku Bunga Rampai yang merupakan kumpulan tulisan dari dosen-dosen STIKes Medistra Indonesia telah terselesaikan dengan baik. Buku ini memuat berbagai informasi terkini seputar Ilmu Kebidanan.

Buku ini membahas hal-hal yang menyangkut upaya-upaya peningkatan kesehatan ibu dan anak dari berbagai aspek diantaranya, kesehatan reproduksi membahas mengenai masalah menstruasi, alternatif cara penurunan berat badan sehat, upaya menjalani persalinan yang nyaman dengan adanya peran suami, pencegahan HIV/AIDS dan Keluarga Berencana. Topik-topik dalam tulisan ini merupakan hal-hal penting yang menjadi isu penting bagi mereka yang ingin mendalami kesehatan ibu dan anak atau praktisi dalam bidang tersebut.

Buku ini disusun berdasarkan telaahan literatur, dokumen, serta diperkaya dengan hasil-hasil diskusi para dosen dengan para praktisi kesehatan, masukan dari pakar kesehatan dan hasil penelitian para dosen. Keenam tulisan ini tergabung menjadi satu kesatuan, dan menjadi sumbangsih bagi kemajuan ilmu pengetahuan dan peningkatan layanan Kebidanan di tengah-tengah masyarakat. Ilmu pengetahuan terus bergerak. Karena itu,

kritik dan saran sangat kami butuhkan untuk penyempurnaan buku ini di masa yang akan datang.

Terimakasih yang sebesar-besarnya kepada para dosen yang menyumbangkan tulisannya dalam buku ini dan kepada semua pihak yang terlibat dan berpartisipasi dalam penerbitan buku ini. Semoga dengan adanya buku ini memberikan manfaat yang sebesar-besarnya kepada para pembaca.

Bekasi, Juli 2020

a.n. Tim Penulis

Linda K Telaumbanua

1

Cahaya Matahari Pagi dan Pengendalian Berat Badan

Linda K Telaumbanua, SST., M.Keb

Obesitas didefinisikan sebagai akumulasi lemak abnormal atau berlebihan yang menghadirkan risiko bagi kesehatan. Penyebab mendasar obesitas karena ketidakseimbangan energi antara kalori yang dikonsumsi dan kalori yang digunakan sehingga terjadi kelebihan energi yang disimpan dalam bentuk jaringan lemak. Obesitas dikenal merupakan

salah satu faktor risiko penyakit metabolik, penyakit jantung, kanker dan berbagai gangguan kesehatan lainnya sehingga menimbulkan konsekuensi kesehatan yang bervariasi mulai dari kematian dini sampai kualitas hidup yang rendah.

Prevalensi kelebihan berat badan dan obesitas meningkat sangat tajam diseluruh dunia dan mencapai tingkatan yang membahayakan. Badan organisasi kesehatan dunia WHO melaporkan bahwa tahun 2005 sekitar 1,6 miliar orang di seluruh dunia yang kelebihan berat badan dan setidaknya 400 juta orang dewasa yang obesitas. Obesitas juga dikaitkan dengan peningkatan risiko kematian.

Menurut data prevalensi di negara maju maupun negara berkembang obesitas umumnya lebih sering terjadi pada wanita dibanding pria. Data riskesdas di Indonesia melaporkan prevalensi obesitas pada wanita dewasa >18 tahun menunjukkan peningkatan dari tahun ke tahun dan lebih tinggi dari obesitas pada laki-laki. Riskesdas tahun 2013 mencatat prevalensi obesitas wanita dewasa sebesar 32,9%, naik 18,1 persen dari tahun 2007 (13,9%) dan 17,5 persen dari tahun 2010 (15,5%). Beberapa faktor yang mungkin berkaitan dengan tingginya persentase obesitas pada perempuan, antara lain adalah konsumsi makanan berlemak, minuman manis, aktivitas olahraga yang jarang dilakukan, yang mungkin lebih sering dibandingkan dengan laki-laki. Bagi perempuan dewasa yang telah menikah, pemakaian alat kontrasepsi hormonal seperti susuk, pil,

dan suntikan menimbulkan efek samping bertambahnya berat badan.

Dalam jangka panjang, obesitas wanita dikaitkan dengan peningkatan risiko diabetes melitus dan penyakit kardiovaskular seumur hidup untuk wanita dan peningkatan risiko obesitas untuk anaknya. Penelitian Sebire, et al (2001) melaporkan, dibandingkan dengan wanita dengan BMI normal risiko kehamilan signifikan lebih umum terjadi pada perempuan hamil dengan obesitas. Ditemukan juga bahwa obesitas maternal yang sangat parah (obesitas kelas III BMI > 39,9 kg / m²) menimbulkan tantangan teknis utama untuk layanan persalinan, dimana akses intravena lebih sulit. Fasilitas standar rumah sakit dan peralatan sering tidak memadai untuk mengelola perempuan dengan obesitas berat dengan demikian obesitas menempatkan seorang wanita dalam status gizi yang berisiko terhadap fungsi reproduksinya, dimana status gizi dikenal sebagai salah satu determinan penyebab kematian ibu.

Penyebab obesitas multifaktorial, dipengaruhi oleh genetik dan faktor lingkungan, antara lain aktivitas, gaya hidup, sosioekonomi, dan asupan zat gizi. Terjadinya obesitas secara umum berkaitan dengan keseimbangan energi dalam tubuh. Keseimbangan energi ditentukan oleh asupan energi yang berasal dari zat gizi penghasil energi yang meliputi karbohidrat, lemak, protein serta kebutuhan energi yang ditentukan oleh kebutuhan energi basal, dan aktivitas fisik dan energi yang diperlukan untuk mengolah zat gizi.

Keseimbangan energi yang senantiasa berlangsung dalam tubuh tidak terlepas dari peran otak, neuropeptida dan hormon yang mengatur asupan makan dan pengeluaran energi tubuh. Hormon dan komponen genetik dalam sekian banyak penelitian telah dihubungkan dengan etiologi dan penatalaksanaan dari obesitas. Sejumlah neurohormon yang terlibat dalam pengaturan nafsu makan dan berat badan antara lain insulin, leptin, ghrelin, melatonin, dan serotonin. Peran hormon-hormon tersebut telah banyak diteliti berhubungan dengan metabolisme tubuh yang terkait dengan berat badan, komposisi lemak tubuh, dan asupan makan.

Beberapa penelitian merekomendasikan cahaya matahari pagi memiliki peran dalam metabolisme dan regulasi berat badan, dan dapat dijadikan sebagai terapi kombinasi penurunan berat badan pada penderita obesitas. Penelitian menemukan bahwa cahaya matahari pagi berhubungan dengan penurunan berat badan, lemak tubuh dan nafsu makan. Salah satu kemungkinan mekanisme yang menghubungkan cahaya langsung ke indeks massa tubuh dan asupan kalori adalah pengaruh cahaya pada ekspresi dan sekresi hormon yang melalui mekanisme mata-otak manusia. Alasan cahaya penting adalah karena berfungsi sebagai sinkronisasi master jam sistem sirkadian tubuh. Master jam ini adalah sekelompok sel di otak yang disebut *suprachiasmatic nuclei* (SCN) mempengaruhi efek sintesis serotonin pada siang hari dan melatonin pada malam hari. Cahaya diketahui juga dapat memodulasi konsentrasi leptin yang berdampak pada pengurangan asupan makanan.

Reseptor neurohormon termasuk leptin dan serotonin, adalah target utama untuk nafsu makan yang dipengaruhi cahaya dan dengan demikian menjadi sasaran untuk pengembangan terapi untuk memerangi obesitas.

Manusia mengambil cahaya juga tidak hanya melalui mata tetapi juga melalui kulit. Manfaat yang paling terkenal dari sinar matahari yaitu kemampuan untuk meningkatkan pasokan vitamin D tubuh. Beberapa kasus kekurangan vitamin D telah ditemukan pada penderita obesitas. Penelitian Patrick RP (2014) menemukan adanya hubungan serotonin dengan hormon vitamin D bahwa vitamin D dengan jumlah yang memadai diperlukan untuk menghasilkan serotonin pada otak. Penelitian Kathryn J.Reid,et al (2014) pada orang dewasa normal menemukan bahwa paparan cahaya dengan intensitas sedang dapat mempengaruhi berat badan. Penurunan BMI hanya terjadi secara signifikan untuk intensitas >500 lux. Dalam sebuah studi oleh Danilenko,et al menemukan paparan cahaya pagi pukul 6-9 *am* (45 menit) dengan 1300 lux selama 3 minggu pada wanita obesitas mengakibatkan penurunan lemak tubuh dan nafsu makan setelah 2 minggu tindakan. Penelitian oleh Dunai A, et al (2013) memberikan perlakuan kepada subjek obesitas dengan olah raga ringan dikombinasi dengan paparan cahaya buatan (5000 lux) memberikan hasil penurunan BMI yang signifikan setelah 6 minggu program kegiatan. Dari hasil penelitian Dunai A, et al memperlihatkan penurunan BMI yang signifikan setelah 6 minggu belum dapat mengubah status obesitas subjek menjadi normal. Akan tetapi terapi cahaya tetap

diperlukan untuk dikombinasikan dengan terapi obesitas lainnya.

Terapi dengan cahaya menjadi penting ketika mekanisme dampak yang dihasilkan cahaya memainkan peranan pada modulasi hormon di tubuh penderita obes. Penelitian Mariana GF. adalah yang pertama untuk menunjukkan bahwa cahaya pagi dapat memodulasi konsentrasi leptin dan ghrelin, yang bisa berdampak pada pengurangan kelaparan yang menyertai kurang tidur. Paparan cahaya di pagi hari mengandung panjang gelombang lebih pada spektrum biru dapat meningkatkan leptin dan mengurangi konsentrasi ghrelin. Paparan cahaya biru itu cukup untuk memodulasi konsentrasi leptin. Dampak cahaya pagi lebih kuat pada konsentrasi leptin dari pada konsentrasi ghrelin. Disebutkan juga bahwa kekurangan cahaya, baik karena waktu yang tidak tepat, spektrum kurang optimal atau intensitas tidak cukup, dapat menyebabkan kondisi medis yang berhubungan dengan gangguan sistem sirkadian.

Cahaya Matahari

Cahaya adalah suatu bentuk energi radiasi yang mempunyai sifat sebagai gelombang dan partikel. Pencahayaan alami adalah sumber pencahayaan yang berasal dari sinar matahari. Matahari menyediakan kehangatan, diperlukan untuk fotosintesis, mengatur bioritme, dan mempromosikan perasaan kesejahteraan,

dan sinar matahari sangat penting untuk sintesis vitamin D dalam kulit.

Terik sinar matahari tidak selalu berdampak negatif. Paparannya di pagi hari memiliki manfaat bagi kesehatan tulang karena menjadi sumber vitamin D. Paparan sinar matahari yang baik adalah sinar matahari pagi hari, sebelum pukul 08.00. Pada jam tersebut, matahari akan memberikan sinar yang bermanfaat bagi tubuh. Sinar ultraviolet mengubah simpanan kolesterol di bawah kulit menjadi vitamin D.

Cahaya pagi mengandung panjang gelombang lebih di bagian spektrum biru, yang dikenal memiliki efek paling kuat pada sistem sirkadian. Para ilmuwan telah menemukan bahwa bangun lebih awal dan menikmati cahaya pagi membantu lemak tubuh lebih rendah karena 'cahaya biru' mempengaruhi metabolisme tubuh. Dalam studi Kathryn, et al menyebutkan orang yang sebagian besar terpapar cahaya di pagi hari secara signifikan memiliki *Body Mass Indeks* (BMI) lebih rendah daripada mereka yang sebagian besar paparan cahaya mereka di siang dan sore hari. Paparan harian rata-rata di atas 500 lux pada awal hari berhubungan dengan BMI yang lebih rendah. Mariana GF, et al (2012) juga mengemukakan bahwa paparan cahaya biru, itu cukup untuk memodulasi konsentrasi leptin.

Cahaya matahari adalah sumber ultraviolet primer untuk kebanyakan manusia dan telah digunakan selama puluhan tahun untuk mengobati penyakit. Terapi cahaya juga telah berhasil diterapkan pada pengobatan gangguan

tidur serta fase sirkadian gangguan tidur. Mekanisme yang diduga paling menonjol dipromosikan yang mendasari efek terapi cahaya ini adalah penghambatan dan pergeseran produksi melatonin pada kelenjar pineal otak, yang mungkin pada gilirannya menginduksi terapi disregulasi irama sirkadian. Paparan cahaya terang di retina juga mampu mengubah fungsi neurotransmitter di sejumlah sirkuit otak. Misalnya, paparan tersebut secara langsung mempengaruhi omset serotonin di otak.

Cahaya Matahari Pagi dan Berat badan

Mekanisme cahaya dengan SCN, serotonin, dan melatonin

Penelitian endokrin oleh Kenji O dkk (2012) mengemukakan bahwa proyeksi langsung cahaya dari retina ke sebuah wilayah yang kaya dalam neuron serotonergik menjelaskan efek cahaya terang pada produksi serotonin. Serotonin sebelumnya telah diketahui merupakan prekursor melatonin. Ketika orang yang terkena cahaya matahari di pagi hari atau cahaya buatan yang sangat terang, produksi melatonin nokturnal mereka terjadi cepat dan mereka masuk ke dalam tidur lebih mudah di malam hari. Serotonin biasanya diproduksi pada siang hari dan serotonin hanya mengkonversi melatonin pada malam hari.

Dalam penelitian Helen CT dkk (2009) mengutip bahwa *melanopsin photopigment* yang terletak di retina manusia berperan penting dalam mediasi respon terhadap cahaya. Sensitivitas spektrum melanopsin diketahui

terbesar untuk cahaya biru di sekitar 480 nm. Secara spesifik, SCN menerima input informasi cahaya dari sel ganglion pada retina mata yang mengandung *fotopigmen* melanopsin melalui jalur yaitu *retinohypotalamic tract* (RHT). Selanjutnya sinyal tersebut menuju ke badan pineal. Dalam kondisi cahaya gelap, sinyal di kelenjar pineal selanjutnya akan melepaskan norepinefrin untuk memulai sintesis melatonin. Di kelenjar pineal, serotonin akan dikonversi menjadi *N-acetyl-serotonin* oleh enzim *N-acetyltransferase* (NAT). Kemudian *N-acetyl-serotonin* akan dimetilasi menjadi melatonin. Melatonin disekresi langsung ke dalam sirkulasi dan didistribusikan ke seluruh tubuh.

Cahaya memodulasi leptin

Penelitian Mariana GF adalah yang pertama untuk menunjukkan bahwa cahaya pagi dapat memodulasi konsentrasi leptin dan ghrelin, yang bisa berdampak pada berkurangnya kelaparan yang menyertai kurang tidur. Paparan cahaya di pagi hari dapat meningkatkan leptin dan mengurangi konsentrasi ghrelin. Paparan cahaya biru pagi hari cukup untuk memodulasi konsentrasi leptin. Dampak cahaya pagi lebih kuat pada konsentrasi leptin dari pada konsentrasi ghrelin. Disebutkan juga bahwa kekurangan cahaya, baik karena waktu yang tidak tepat, spektrum kurang optimal atau intensitas tidak cukup, dapat menyebabkan kondisi medis yang berhubungan dengan gangguan sistem sirkadian.

Akan tetapi, jalur mana tidak diketahui bahwa cahaya mampu memodulasi konsentrasi leptin dan ghrelin. Dalam penelitian ini, konsentrasi melatonin tidak diukur, sehingga tidak mungkin untuk membuat *link* langsung antara efek pengamatan cahaya pada konsentrasi leptin, ghrelin dan melatonin. Sehingga peneliti dalam studi ini menyarankan penelitian pada hewan harus dilakukan untuk menentukan jalur melalui mana cahaya modulasi *biomarker* ini dan jika cahaya dapat mengubah resistensi leptin pada hewan obesitas.

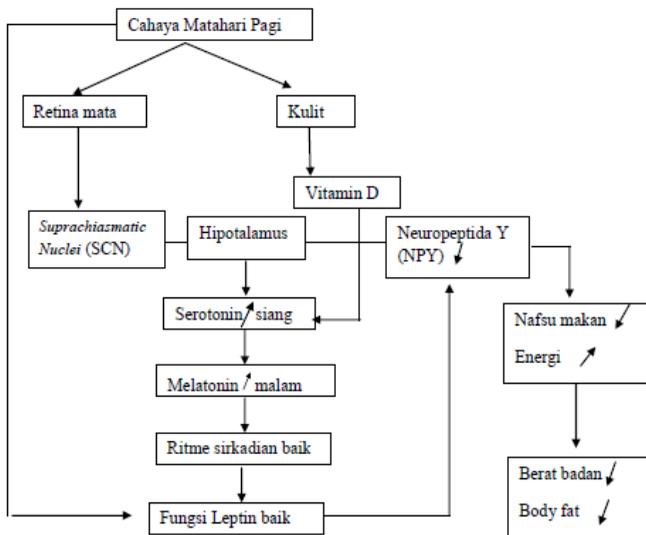
Pengaruh Cahaya pada jalur kulit, vitamin D dan serotonin

Manusia mengambil cahaya tidak hanya melalui mata tetapi juga melalui kulit. Manfaat yang paling terkenal dari sinar matahari yaitu kemampuan untuk meningkatkan pasokan vitamin D tubuh. Sebagian besar kasus kekurangan vitamin D adalah karena kurangnya paparan sinar matahari. Jalur alternatif untuk modulasi dengan cahaya adalah melalui kulit. Christy BT.et al (2013) melaporkan hasil studi bahwa kekurangan vitamin D sangat umum pada anak-anak yang kelebihan berat badan dan anak-anak obesitas. Prevalensi sangat tinggi pada anak obesitas berat. Prevalensi defisiensi vitamin D pada anak dengan berat sehat, berat lebih, obesitas, dan obes berat adalah 21% (20% -22%), 29% (27% -31%), 34% (32% -36%), dan 49% (45% -53%).

Lebih dari 90% dari kebutuhan vitamin D bagi kebanyakan orang berasal dari paparan sinar matahari. Kulit memiliki kapasitas besar untuk memproduksi vitamin D. Pengaruh sinar matahari dalam pembentukan Vitamin D

bagi manusia melalui pengaruh sinar ultraviolet B . Sinar tersebut menembus kulit dan mengubah 7-*dehydrocholesterol* mempunyai struktur kimia yang mirip dengan kolesterol menjadi provitamin D3 yang kemudian segera berubah menjadi vitamin D3. Kemudian vitamin D3 dimetabolisme di hati menjadi 25-dyhydroxy vitamin D. Seterusnya 25-dyhydroxy vitamin D diubah menjadi 1,25-dyhydroxy vitamin D (vitamin D yang aktif) di ginjal, tulang, usus halus dan jaringan lainnya.

Baru-baru ini telah ditemukan hubungan vitamin D dengan sintesis serotonin dalam sebuah penelitian yang dilakukan oleh Rhonda P. et.al (2014) Penelitian menyatakan bahwa serotonin salah satu hormon otak yang mempengaruhi perilaku sosial diaktifkan oleh hormon vitamin D. Hormon vitamin D membuat gen yang memproduksi enzim *triptofan hidrosilase 2* menjadi aktif dan mengubah tryptophan asam amino esensial menjadi senyawa neurotransmitter yaitu serotonin dalam otak. Hal ini menunjukkan bahwa vitamin D dengan jumlah yang memadai diperlukan untuk menghasilkan serotonin pada otak di mana ia membentuk struktur dan jaringan otak yang bertindak sebagai neurotransmitter, dan mempengaruhi perilaku sosial. Untuk mendapatkan vitamin D tersebut melalui kulit bisa terhambat oleh pakaian, tabir surya dan pigmen melanin pada kulit.



Penelitian baru-baru ini oleh Linda, dkk (2014) menemukan adanya penurunan nafsu makan secara konsisten memberi hasil berbeda secara bermakna ($p < 0,001$) pada kelompok wanita dengan obesitas yang mendapat perlakuan berjemur di bawah cahaya matahari pagi. Diperoleh skor rata-rata nafsu makan kelompok perlakuan pada awalnya sebesar 14,6(1,4) menjadi 13,4 (1,5) pada akhir/post perlakuan, sedangkan pada kelompok kontrol mengalami peningkatan. Pada penelitian ini pengukuran nafsu makan menggunakan *Simplified Nutrition Appetite Questionnaire* (SNAQ). Komponen nafsu makan yang ditanyakan pada kuesioner ini adalah Penilaian diri sendiri terhadap nafsu makan, Kapan merasa kenyang, Selera makan dan Frekuensi makan. Penurunan nafsu makan ini tidak diikuti oleh perbedaan persentase

penurunan asupan energi subjek. Asupan energi kelompok perlakuan dan kontrol sama-sama mengalami penurunan. Akan tetapi lebih besar penurunan pada kelompok perlakuan sebesar 10,31% dibanding kelompok kontrol sebesar 0,07%. Asupan energi diperoleh dari wawancara *food recall* 24 jam.

Subjek penelitian ini adalah 32 orang wanita dewasa dengan rata-rata umur 19 tahun dengan obesitas dibagi dalam dua kelompok yaitu kelompok perlakuan dan kelompok kontrol. Dari hasil pengukuran awal baik umur, berat badan, body fat, tinggi badan, IMT, asupan energi, aktivitas, nafsu makan dan stress sebelum intervensi diberikan, tampak semua variabel menunjukkan ada perbedaan yang bermakna. Dari hasil pengukuran aktivitas pada data awal terlihat bahwa rata-rata tingkat aktivitas kedua kelompok adalah aktivitas dengan kategori sedang. Jenis aktivitas kedua kelompok yang dilaporkan oleh subjek dari kedua kelompok didominasi kegiatan kuliah, belajar, main perangkat elektronik/*gadget*, menonton tv, mengobrol dengan teman, praktik laboratorium, dan mengerjakan tugas. Kegiatan kerja didominasi dengan pekerjaan seperti menyapu, mengepel, membersihkan kamar mandi, mencuci pakaian, dan menyetrika.

Intensitas cahaya matahari pagi pada saat paparan setiap harinya cukup tinggi sebesar 13.249 lux (lebih dari 1300 lux) namun tidak sampai menyengat di kulit dan di mata para peserta. Program paparan dilaksanakan selama 21 hari tersebut di bawah kondisi cuaca cerah sebanyak 19 hari dan kondisi cuaca mendung sebanyak 3 hari (rata-rata

intensitas cuaca mendung sebesar 8.230 lux). Rata-rata intensitas cahaya lingkungan subjek berada yakni dalam ruangan (*indoor*) asrama : 369,5 lux dan Lingkungan indoor kampus : 305,5 lux. Jumlah intensitas lingkungan indoor tersebut bersumber dari pencahayaan lampu dan cenderung tetap, atau tidak pernah mencapai di atas 1300 lux walaupun pada kondisi cuaca cerah. Untuk lingkungan outdoor yang sering dilewati oleh para peserta seperti halaman kampus, jalan raya, dianjurkan para peserta mengenakan jaket dengan warna yang memantulkan cahaya (berwarna putih) dan tidak berlama-lama di tempat tersebut. Jumlah intensitas cahaya di luar ruangan tanpa atap atau pelindung sifatnya mengikuti jumlah intensitas cahaya matahari yaitu semakin tinggi di siang hari dan semakin rendah menjelang sore hari.

Paparan cahaya pada kelompok perlakuan dilakukan pada pukul 06.45-07.30 WIB. Pada jam tersebut, matahari akan memberikan sinar yang bermanfaat bagi tubuh karena mengandung ultraviolet yang dibutuhkan tubuh. Waktu yang cukup di bawah sinar matahari memberikan beberapa manfaat :

1. Mendorong serotonin, suatu neurotransmitter yang mengatur nafsu makan, tidur, memori dan suasana hati
2. Mendukung ritme sirkadian , yang mengarahkan ke tidur yang lebih baik-cahaya matahari "mematikan" produksi melatonin setiap pagi, yang merupakan hormon yang membuat merasa mengantuk seiring semakin gelapnya malam hari.
3. Produksi Vitamin D

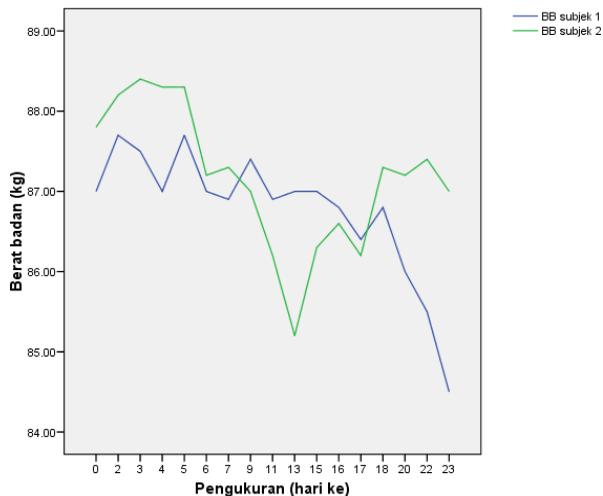
Pengaruh cahaya matahari pagi terhadap penurunan berat badan dan *body fat*

Selama penelitian berlangsung, pengukuran harian berat badan dan *body fat* diambil dari 2 orang subjek yang mewakili dari kelompok perlakuan. Adapun hasil pengukuran harian tersebut digambarkan pada grafik 1.

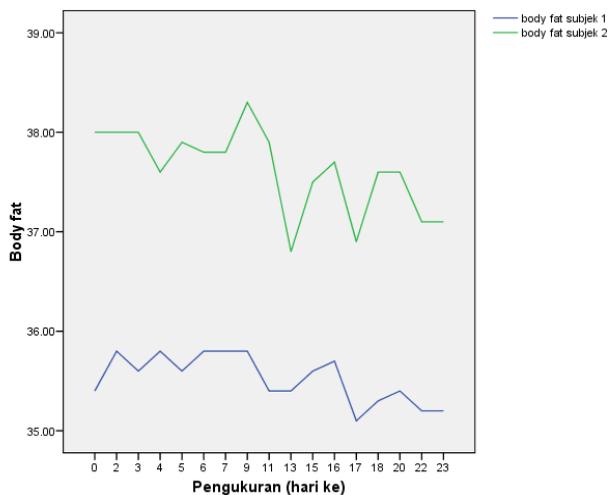
Dari grafik menggambarkan bahwa baik subjek 1 maupun subjek 2, berat badan cenderung menurun secara fluktuatif, akan tetapi berat badan akhir atau post program (hari ke 23) tidak kembali lagi ke berat badan awal pada kedua subjek. Demikian halnya pada grafik terlihat bahwa baik subjek 1 maupun subjek 2 mengalami penurunan *body fat* secara fluktuatif, akan tetapi *body fat* akhir tidak kembali ke ukuran *body fat* awal.

Kesimpulan

Paparan Cahaya matahari pagi berpengaruh kepada penurunan nafsu makan yang berdampak pada penurunan Berat badan dan *body fat* pada obesitas



Grafik 1. Penurunan berat badan 2 orang subjek kelompok terpapar cahaya matahari pagi



Grafik 2. Penurunan *body fat* 2 orang subjek kelompok terpapar cahaya matahari pagi

Kepustakaan

- Christy B.Turer, Hua Lin, Glenn Flores. Prevalence of vitamin D deficiency among overweight and obese US children. *Pediatrics* 2013;131:e152
- Dang M.N, Hashem B.E. The Epidemiology of obesity. *Gastroenterol Clin North Am.*2010;39(1):1-7
- Danilenko KV, Svetlana VM, Ekaterina AP. Bright Light for Weight Loss: Results of a Controlled Crossover Trial. *Obesity Facts.* 2013;6:28-38.
- Dhody MA, Nanik P, Nisa R.Penurunan berat badan pada obesitas melalui pengaturan diri. *Jurnal penelitian humaniora.*2009:10(2):199-211
- Dunai A, Marta N, Sharon AC, dkk. Moderate Exercise and Bright Light Treatment in Overweight and Obese Individuals. *Obesity.* 2007;15(7):1749-57
- Helen CT, Kay HJ, Stuart PP, dkk. Daily and Seasonal Variation in the spectral composition of light exposure in humans. *Chronobiology International.* 2009;26(5): 854-866.
- Katherine MF., Carrol MD, Ogden CL, Curtin LR. Prevalence and trends in obesity among US adults,1999-2008. *JAMA* 2010;303(3):235-241
- Kathryn JR, Giovanni S, Kelly GB, Jhon W, Joseph K, Phyllis CZ. Timing and Intensity of Light Correlate with Body Weight in Adult. *PLOS ONE.* 2014;9(4):1-11
- Kenji O, Keigo S, Junko I, dkk. Positive Effect of Daylight Exposure on Nocturnal Urinary Melatonin Excretion in the Elderly: A Cross-Sectional Analysis of the HEIJO-KYO Study,*J Clin Endocrinol Metab.* 2012;97:11
- Litbangkes. Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesmas) Indonesia tahun 2013 Jakarta; 2014
- Mariana G.F, Barbara P, Mark SR. Light Modulates Leptin and Ghrelin in Sleep-Restricted Adults. *Hindawi International Journal of Endocrinology.* 2012:6 pages
- Rhonda P.P., Bruce N.A. Vitamin D hormone regulates serotonin synthesis. Part 1: relevance for autism. *The FASEB Journal.*2014:28
- Rian Diana, Indah Yuliana, Ghaida Y, Hardiansyah. Faktor risiko kegemukan pada wanita dewasa Indonesia. *Jurnal Gizi dan Pangan.* 2013;8(1):1-8

- Sandjaja, Sudikno. Prevalensi Gizi Lebih dan Obesitas Penduduk Dewasa di Indonesia, *Gizi Indon* 2005:31
- Sebire Nj, Jolly M, Harris JP, et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287213 pregnancies in London. *International Journal of Obesity*. 2001;25:1175-1182
- Sophie JB. Ultraviolet Radiation : A Hazard to Children and Adolescent. *Pediatrics* 2011;127:e791
- Soegih Rachmad, Wiramihardja, editor. *Obesitas permasalahan dan terapi praktis*. Jakarta: Sagung Seto; 2009.
- WHO. Obesity and Overweight. (diunduh Agustus 2014) tersedia dari <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>
- W.Sunil. Pathophysiology of obesity: Focused, cause-driven approach to control the epidemic. *GARJPP* 2013: 2(1),002-012

2

Memahami Dismenore

Hainun Nisa, SST., M.Kes

Dismenore sering terjadi pada wanita. Dampaknya pada kesehatan dan kondisi sosial seorang wanita cukup signifikan. Sebanyak 596 orang wanita berusia 19 tahun ditanyakan mengenai pengalaman dismenore-nya, dan ternyata ditemukan 72,4 persen mengalami hal tersebut. Ketika ditelusuri, sebagian mengalami gangguan aktifitas

dan tidak dapat diatasi meskipun telah mengkonsumsi obat anti rasa sakit(Andersch dan Milsom, 1982). Osayande dan Mehulic (2014) bahkan berpendapat bahwa dismenore adalah penyebab tersering dari nyeri pinggul. Dismenore dapat menyebabkan dampak negatif pada kualitas hidup penderitanya dan tak jarang memberikan dampak pada aktifitas keseharian wanita

Apa yang sebenarnya harus diketahui tentang dismenore ini? Untuk menjelaskannya maka perlu diketahui terlebih dahulu penjelasan tentang menstruasi atau haid. Menstruasi adalah sinyal penting bagi setiap perempuan bahwa siklus masa suburnya telah dimulai. Pada saat mengalami menstruasi, tingkat kesuburan seorang wanita mencapai puncaknya. Ini juga berarti bahwa seorang wanita secara seksualitas telah siap untuk memiliki keturunan. Proses menstruasi terjadi secara alamiah. Singkat kata, lapisan dalam dinding rahim mengalami peluruhan, lalu keluar dalam bentuk yang lazimnya dikenal sebagai "darah menstruasi". Dalam keadaan normal, masa reproduksi dimulai ketika sudah terjadi pengeluaran sel telur yang matang (ovulasi) pada siklus menstruasi (Proverawati, 2009).

Hal lain apa yang bisa dipahami dari istilah menstruasi ini? Hendrik (2006) menjelaskan bahwa menstruasi atau haid juga diartikan sebagai perdarahan periodik, yaitu pada waktu-waktu tertentu, tetapi juga sekaligus perdarahan siklik, yang secara berulang-ulang, dari uterus seorang wanita, disertai dengan deskuamasi, yaitu proses

perontokan atau peluruhan atau pelepasan jaringan tubuh dari lapisan endometrium uterusnya.

Dalam proses menstruasi terdapat banyak hal yang seharusnya dimengerti. Diantaranya adalah panjang siklus haid. Panjang siklus haid ini berada dalam rentang antara tanggal mulainya haid yang lalu dan mulainya haid berikutnya. Sementara itu, hari pertama siklus adalah hari mulainya perdarahan. Hanifa (2009) menjelaskan bahwa karena jam mulainya haid diperhitungkan sementara tepatnya waktu keluarnya haid dari ostium uteri eksternum tidak dapat diketahui, maka panjang siklus haid sebenarnya mengandung kesalahan sebanyak lebih kurang 1 hari (Hanifa, 2009).

Normalnya, siklus haid normal berlangsung selama 28 hari. Tetapi siklus haid ini sangat bervariasi antar wanita, bahkan pada wanita yang sama. Artinya pada seorang wanita, siklus haidnya bisa tidak sama sepanjang tahun. Demikian juga pada kakak beradik, termasuk saudara kembar sekalipun, siklusnya tidak ada yang harus sama. Namun berdasarkan perhitungan, rata-rata panjang siklus seorang gadis berusia 12 tahun adalah 25,1 hari. Sementara itu wanita berusia 43 tahun memiliki siklus haid sekitar 27,1 hari. Wanita usia 55 tahun memiliki siklus haid yang jauh lebih panjang, yaitu sekitar 51,9 hari. Maka dengan demikian, panjang siklus haid 28 hari itu sebenarnya bukan angka yang kerap ditemukan (Hanifa, 2009). Hendrik (2006) menyatakan bahwa 25 sampai dengan 32 hari adalah siklus panjang haid yang umum pada masa reproduksi.

Evelyn (2009) menjelaskan bahwa dalam perdarahan haid, terdapat empat fase yang terjadi. Keempat fase itu adalah sebagai berikut:

1. Fase poliferasi.

Fase ini menunjukkan waktu (masa) ketika ovarium beraktivitas membentuk dan mematangkan folikel-folikelnya serta uterus beraktivitas menumbuhkan lapisan endometriunya yang mulai pulih dan dibentuk pada fase regenerasi atau pasca haid. Pada siklus haid klasik, fase poliferasi berlangsung setelah perdarahan haid berakhir, dimulai dari hari ke-5 sampai 14 (terjadinya proses ovulasi).

2. Fase luteal.

Fase ini adalah fase yang menunjukkan waktu (masa) ketika ovarium beraktivitas membentuk korpus luteum dari sisa-sisa folikel-folikel matangnya (folikel de Graaf) yang sudah mengeluarkan sel ovumnya pada saat terjadinya ovulasi dan menghasilkan hormon progesteron yang akan digunakan sebagai penunjang lapisan endometrium uteri untuk bersiap-siap menerima hasil konsepsi (jika terjadi kehamilan) atau melakukan proses deskuamasi dan penghambatan masuknya sel sperma (jika tidak terjadi kehamilan). Pada hari ke-14 (Setelah terjadinya proses ovulasi) sampai hari ke-28, berlangsung fase luteal. Pada fase ini mempunyai ciri khas tertentu, yaitu terbentuknya korpus luteum ovarium seperti berkelok-kelok.

3. Fase menstruasi atau fase haid.

Fase inilah yang ditandai dengan terjadinya proses deskuamasi pada lapisan endometrium uteri disertai pengeluaran darah dari dalam uterus dan dikeluarkan melalui vagina. Pada akhir fase luteal terutama saat menjelang terjadinya perdarahan haid terjadi peningkatan hormon estrogen yang dapat kembali menyebabkan perubahan sekretorik pada dinding uterus dan vagina, berupa peningkatan produksi dan penurunan konsentrasi getah yang dikeluarkan dari serviks uteri dan vagina serta peningkatan konsentrasi glikogen dalam serviks uteri dan vagina.

4. Fase terakhir adalah fase regenerasi atau fase pasca haid.

Fase ini adalah proses awal pemulihan dan pembentukan kembali lapisan endometrium uteri setelah mengalami proses deskuamasi sebelumnya. Bersamaan dengan proses regenerasi atau deskuamasi dan perdarahan haid pada fase menstruasi tersebut, lapisan endometrium uteri juga melepaskan hormon prostaglandin, yang akan mengakibatkan berkontraksinya lapisan endometrium uteri sehingga banyak pembuluh darah yang terkandung di dalamnya mengalami vasokonstriksi, akhirnya akan membatasi terjadinya proses perdarahan haid yang sedang berlangsung.

Dismenore

Dismenore dalam bahasa Indonesia adalah nyeri haid, dengan sifat dan derajat rasa nyeri ini bervariasi setiap individu, mulai dari ringan sampai dengan berat. Keadaan yang hebat dapat mengganggu aktifitas sehari-hari, sehinggamemaksa penderita untuk istirahat dan meninggalkan pekerjaan atau kegiatan sehari-hari untuk beberapa jam bahkan dalam waktu beberapa hari. Hampir semua wanita mengalami rasa tidak enak pada perut bagian bawah saat menstruasi. Namun, istilah dismenore hanya dipakai bila nyeri begitu hebat sehingga mengganggu aktifitas (Astuti, 2005).

Dismenore adalah nyeri haid yang timbul menjelang atau selama haid. Dikatakan nyeri haid (dismenorea) bila nyeri yang ditimbulkan sampai membuat wanita tidak dapat bekerja atau melakukan aktifitas rutin dan tidur. Nyeri yang terjadi seringkali bersamaan dengan rasa mual, sakit kepala, perasaan mau pingsan, dan mudah marah (Kusmiran, 2011).

Dismenore atau nyeri haid mungkin merupakan suatu gejala yang paling sering menyebabkan wanita-wanita muda pergi ke dokter untuk konsultasi dan pengobatan, karena gangguan ini sifatnya subyektif, berat atau intensitasnya sukar dinilai. Walaupun frekuensi dismenore cukup tinggi dan penyakit ini sudah lama dikenal, namun sampai sekarang patogenesisnya belum dapat dipecahkan dengan memuaskan (Caroline, 2011).

Oleh karena hampir semua wanita mengalami rasa tidak enak diperut bawah sebelum dan selama haid dan sering kali rasa mual maka istilah dismenore hanya dipakai jika nyeri haid demikian hebatnya, sehingga memaksa penderita untuk istirahat dan meninggalkan pekerjaan atau cara hidupnya sehari-hari, untuk beberapa jam atau beberapa hari (Kumalasari, 2012).

Terjadinya dismenore biasanya dimulai pada saat seorang wanita berumur 2-3 tahun setelah menarche dan mencapai maksimalnya pada usia 15 dan 25 tahun. Frekuensinya menurun sesuai dengan pertambahan usia dan biasanya berhenti setelah melahirkan (Wiknjosastro, 2007).

Nyeri kram (tegang) daerah perut mulai terjadi pada 24 jam sebelum terjadinya perdarahan haid dan dapat bertahan selama 24-36 jam meskipun beratnya hanya berlangsung selama 24 jam pertama saat terjadinya perdarahan haid. Kram tersebut terutama dirasakan di daerah perut bagian bawah, tetapi dapat menjalar ke punggung atau ke permukaan dalam paha (Wiknjosastro, 2007).

Dismenore menyebabkan nyeri pada perut bagian bawah, yang menjalar ke punggung bagian bawah, paha dan tungkai, nyeri yang dirasakan ditandai dengan kram pada perut bagian bawah yang hilang timbul. Nyeri terjadi mulai sesaat sebelum atau selama menstruasi, mencapai puncaknya dalam waktu 24 jam dan setelah 2 hari akan menghilang dengan sendirinya. Dismenore juga sering

disertai sakit kepala, mual, sembelit atau diare dan sering berkemih, kadang sampai terjadi muntah (Tarski, 2012).

Menurut (Tarski, 2012) gejala dismenore dapat diperoleh dari data subjektif atau gejala pada saat ini dan data objektif sebagai berikut:

a. Data Subjektif

Nyeri abdomen dapat mulai beberapa jam sampai 1 hari mendahului keluarnya darah haid. Nyeri biasanya paling kuat sekitar 12 jam setelah mulai timbul keluarnya darah, saat pelepasan endometrium maksimal. Nyeri cenderung bersifat tajam dan kolik biasanya dirasakan di daerah suprapubis.

b. Data Objektif

Pemeriksaan fisik abdomen dan pelvis. Pada pemeriksaan abdomen biasanya lunak tanpa adanya rangsangan peritonium atau suatu keadaan patologik yang terlokalisir dan bising usus normal. Sedangkan pada pemeriksaan pelvis, pada kasus- kasus dismenore primerpemeriksaan pelvis adalah normal dan pada dismenore sekunderpemeriksaan pelvis dapat menyingkap keadaan patologis.

3. Klasifikasi Dismenore

Dismenore dikelompokkan menjadi dua macam yaitu dismenore primer dan dismenore sekunder. Disminore primer (esensial, intrinsik, idiopatik), tidak terdapat hubungan dengan kelainan ginekologik, sedangkan

dismenore sekunder (ekstrinsik, yang diperoleh, *acquired*), disebabkan oleh kelainan ginekologik (salpingitis kronika, endometriosis, adenomiosis utero, stenosis, servisitis uteri, dan lain-lain) (Karen, 2013).

a. Dismenore Primer

Dismenore Primer yaitu nyeri menstruasi yang terjadi tanpa adanya kelainan ginekologik yang nyata. Penyebab pasti dari Dismenore belum bisa diketahui. Akan tetapi, diduga faktor fisik dan psikis dalam hal ini sangat berperan terhadap timbulnya nyeri. Dismenore umumnya dijumpai pada wanita dengan siklus haid berovulasi. Pada fase sekresi dijumpai kadar prostaglandin yang tinggi dalam endometrium (Natara, 2010).

Dismenore primer nyeri haid yang terjadi sekitar waktu periode menstruasi yang pertama kali mulai pada wanita muda yang sehat. Nyeri ini tidak dikaitkan dengan suatu masalah tertentu dengan rahim atau organ panggul lainnya. Akan tetapi kondisi nyeri yang terjadi akibat peningkatan hormon prostaglandin yang diproduksi di dalam rahim secara berlebihan (Nathan, 2005).

b. Dismenore Sekunder

Dismenore sekunder biasanya terjadi beberapa tahun setelah menarche, dapat juga dimulai sejak usia 25 tahun. Nyeri dimulai sejak 1-2 minggu sebelum menstruasi dan terus berlangsung hingga beberapa hari setelah menstruasi. Pada dismenore sekunder dijumpai kelainan ginekologis seperti endometriosis, adenomiosis, kista

ovarium, mioma uteri, radang pelvis, dan lain-lain. Dapat juga disertai dengan dispareuni, kemandulan, dan pendarahan yang abnormal. (Annurogo, 2008).

Faktor yang paling sering menyebabkan terjadinya dismenore sekunder adalah karena endometriosis. Timbulnya jaringan endometrium diluar endometrium dan infeksi kronik genitalia interna. Wanita yang mengalami endometriosis biasanya merasakan nyeri ketika bersenggama dan buang air besar, bahkan biasanya sulit memiliki anak (infertil). Kadang-kadang pada wanita tertentu dijumpai endometriosis diparu, mata, dan dipusar. Setiap mengalami haid wanita tersebut akan mengeluarkan darah dari paru-paru, mata, atau dari pusar(Nataria, 2010).

3. Etiologi

Dismenore terjadi akibat endometrium mengalami peningkatan prostaglandin dalam jumlah tinggi, di bawah pengaruh progesteron selama fase luteal haid, endometrium yang mengandung prostaglandin meningkat mencapai tingkat maksimum pada awitan haid. Prostaglandin menyebabkan kontraksi miometrium yang kuat dan mampu menyempitkan pembuluh darah sehingga mengakibatkan iskemia, disintegrasi endometrium dan nyeri. Peningkatan kontraksi miometrium bersama dengan aliran darah uterus menyebabkan iskemia. Nyeri berasal dari aktivitas uterus yang abnormal, iskemia uterus, dan sensitisasi ujung-ujung saraf oleh prostaglandin (Morgan, 2009).

Faktor lain yang memegang peranan penting terhadap terjadinya dismenore antara lain:

a. Faktor kejiwaan.

Pada gadis-gadis yang secara emosional tidak stabil, apalagi jika mereka tidak mendapat informasi yang baik tentang proses haid, mudah timbul dismenore.

b. Faktor konstitusi.

Faktor ini, yang erat hubungannya dengan faktor tersebut diatas, dapat juga menurunkan ketahanan terhadap rasa nyeri. Faktor-faktor seperti anemia, penyakit menahun, dan sebagainya dapat mempengaruhi timbulnya dismenore.

c. Faktor obstruksi kanalis servikalis.

Salah satu teori yang paling tua untuk menerangkan terjadinya dismenore primer ialah stenosis kanalis servikalis. Pada wanita dengan uterus dalam hiperantefleksi mungkin dapat terjadi stenosi kanalis servikalis, akan tetapi hal ini sekarang tidak dianggap sebagai faktor yang penting sebagai penyebab dismenore, banyak wanita menderita dismenore tanpa stenosis servikalis dan tanpa uterus dalam hiperretrofleksi. Mioma submukosum bertangkai atau polip endometrium dapat menyebabkan dismenore otot-otot uterus berkontraksi keras dalam usaha untuk mengeluarkan kelainan tersebut.

d. Faktor endokrin.

Pada umumnya ada anggapan bahwa kejang yang terjadi pada disminore primer disebabkan oleh kontraksi uterus yang berlebihan. Faktor endokrin mempunyai hubungan dengan soal tonus dan kontraktilitas otot usus. Novak dan Reynold yang melakukan penelitian pada uterus kelinci berkesimpulan bahwa hormon estrogen merangsang kontaktilitas uterus, sedangkan hormon progesteron menghambat atau mencegahnya. Tetapi, teori ini tidak dapat menerangkan fakta mengapa tidak timbul rasa nyeri pada perdarahan disfungsi anovulator, yang biasanya bersamaan dengan kadar estrogen yang berlebihan tanpa adanya progesteron. Penjelasan lain diberikan oleh Clitheroe dan Pickles, mereka menyatakan bahwa karena endometrium dalam fase sekresi memproduksi Prostaglandin yang menyebabkan kontraksi otot-otot polos. Jika jumlah Prostaglandin yang berlebihan dilepaskan kedalam peredaran darah, maka selain dismenore, dijumpai juga efek umum, seperti diarea, nausea, muntah, *flushing*.

e. Faktor alergi.

Teori ini dikemukakan setelah memperhatikan adanya asosiasi antara dismenore dengan urtikaria, migraine atau asma bronkhiale. Smith menduga bahwa sebab alergi ialah toksin haid. Penyelidikan dalam tahun-tahun terakhir menunjukkan bahwa peningkatan kadar prostaglandin memegang peranan penting dalam etiologi dismenore (Hanifa, 2009).

Faktor risiko

1. Faktor Fisik

a. Umur Menarche

Menstruasi pertama atau yang biasa disebut dengan menarche yang menandakan kematangan reproduksi wanita. Menarche akan terjadi pengeluaran darah, lendir, dan jaringan sel yang hancur dari uterus secara berkala, yang akan terjadi kira-kira setiap 28 hari. Pada perkembangan seks sekunder ditandai dengan tumbuhnya rambut pubis disekitar kemaluan dan ketiak, bertambahnya ukuran buah dada, pinggul yang membesar, kulit menjadi halus, dan juga ditandai dengan suaranya menjadi penuh dan lebih semakin merdu (Hurlock, 2007).

Pada dasarnya usia menarche satu individu dengan lainnya tidak sama hal ini karena dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti adanya perbedaan status gizi, status ekonomi, pendidikan, genetik dan juga karena keadaan lingkungan. Menarche yang terjadi lebih awal kurang dari umur 10 tahun merupakan tanda dari pubertas dini hal ini dikarenakan karena hormon gonadotropin diproduksi sebelum anak berumur 8 tahun. Hormon ini merangsang ovarium sehingga timbul ciri-ciri kelamin sekunder, sehingga kemampuan reproduksi terdapat sebelum waktunya. Menarche yang terjadi lebih dari usia normal 14 sampai 16 tahun dianggap pubertas terlambat (Wiknjastro, 2005). Usia menarche dapat menggambarkan aspek kesehatan dalam suatu populasi terutama mengenai kesehatan reproduksi pada

perempuan. Alat reproduksi wanita harus berfungsi sebagaimana mestinya, namun bila menarcheterjadi pada usia yang lebih dini dimana alat reproduksi belum siap untuk mengalami perubahan dan masih terjadi penyempitan pada leher rahim maka akan timbul rasa sakit ketika menstruasi (Shanon, 2006 dalam Nataria, 2011).

Umur menarche sebagian besar pada usia antara 12–13 tahun atau Menarchepada usia lebih awal menyebabkan alat-alat reproduksi belum berfungsi secara optimal dan belum siap mengalami perubahan-perubahan sehingga timbul nyeri ketika menstruasi. Kejadian Dismenore sangat dipengaruhi oleh usia wanita. Rasa sakit yang dirasakan beberapa hari sebelum menstruasi dan saat menstruasi biasanya karena meningkatnya sekresi hormon prostaglandin. Semakin tua umur seseorang, semakin sering ia mengalami menstruasi dan semakin lebar leher rahim maka sekresi hormon prostaglandin akan semakin berkurang. Selain itu, dismenore nantinya akan hilang dengan makin menurunnya fungsi saraf rahim akibat penuaan (Nataria, 2010).

Hasil penelitian Wijayakusuma (2003) bahwa menarche pada usia lebih awal dapat meningkatkan kejadian dismenore primer, sedangkan hasil penelitian ini menunjukkan bahwa pada umur menarche yang normal masih cukup banyak mengalami dismenore primer. Hasil penelitian ini berbeda dengan pendapat Widjanarko (2006) yang menyatakan bahwa menarche pada usia lebih awal merupakan faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian dismenore. Dikatakan juga bahwa alat reproduksi

wanita harus berfungsi sebagaimana mestinya. Namun bila menarche terjadi pada usia yang lebih awal dari normal, dimana alat reproduksi belum siap untuk mengalami perubahan dan masih terjadi penyempitan pada leher rahim, maka akan timbul rasa sakit ketika menstruasi.

b. Faktor Keturunan

Faktor keturunan juga salah satu penyebab terjadinya dismenore karena biasa dialami oleh wanita yang dalam keluarganya ada riwayat dismenore. Riwayat keluarga merupakan faktor risiko yang dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya dismenore yaitu dua dari tiga wanita yang menderita dismenore mempunyai riwayat dismenore pada keluarganya. Banyak gadis yang menderita dismenore dan sebelumnya mereka sudah diperingatkan oleh ibunya bahwa kemungkinan besar akan menderita dismenore juga seperti ibunya (Coleman, 1991 dalam Novia, 2008).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ternyata ada pengaruh riwayat keluarga atau keturunan terhadap kejadian dismenore primer, responden yang mengalami dismenore sebagian besar mempunyai riwayat keluarga dengan dismenore (Ayu, 2008).

c. Konsistensi Pendarahan Haid

Jumlah darah, bahkan warna dan konsistensi darah haid setiap siklus dapat bervariasi, dan hal tersebut lebih sering hal yang biasa/normal. Dalam siklus haid, lapisan endometrium (dinding bagian dalam rahim) menebal dan

pada saat menstruasi dikeluarkan bersama dengan darah haid. Banyak wanita yang haidnya mengandung gumpalan darah, gumpalan darah dapat berwarna merah terang atau merah gelap kehitaman dan biasanya keluar pada saat darah haid terbanyak. Bila gumpalan- gumpalan darahnya banyak, darah haid akan terlihat lebih gelap warnanya (Annurogo dalam artikel kesehatan wanita, 2013).

Normal cairan menstruasi antara 30-180 ml (rata-rata 50 ml) setiap satu periode. Setengah sampai tiga perempatnya adalah darah bercampur mucus, jaringan endometrium, dan epitel vagina yang terlepas. Normal cairan menstruasi tidak menggumpal, kecuali tertahan di dalam uterus dan vagina dalam waktu yang lama. Hal ini didasarkan pada keyakinan bahwa endometrium yang terlepas, beku-bekuan besar dalam cairan menstruasi merupakan hal yang dapat menyebabkan nyeri sewaktu haid (Astuti, 2005).

Gejala- gejala haid, haid biasanya teratur. Jumlah dan lamanya perdarahan bervariasi. Banyak pasien menghubungkan nyeri dengan pasase bekuan darah atau campakan endometrium. Gejala- gejala lain seperti mual, muntah dan diare mungkin dihubungkan dengan haid yang nyeri. Gejala- gejala seperti ini dapat disebabkan oleh peningkatan prostaglandin yang beredar yang merangsang hiperaktivitas otot polos usus (Harunriyanto, 2008).

Pada sebagian wanita dengan dismenore, terjadi peningkatan sekresi endometrial dari menstruasi dari prostaglandin selama fase menstruasi. Pelepasan prostaglandin ke cairan menstruasi terjadi secara

berkesinambungan ataupun tidak berkesinambungan sehingga jumlah cairan menstruasi ataupun prostaglandin bervariasi (Harunriyanto, 2008).

d. Lama Haid

Lama haid biasanya antara 3-7 hari diikuti darah sedikit-sedikit kemudian, dan ada yang sampai 7-8 hari. Pada setiap wanita biasanya lama haid itu tetap (Astuti, 2005). Lama menstruasi normalnya 3-7 hari namun banyak wanita yang lama menstruasinya lebih dari batas normal. Lama menstruasi atau pendarahan haid yang lebih banyak dari normal atau lebih lama dari normal (lebih dari 8 hari) sering disebut juga hipermenore. Hal ini dikarenakan adanya kelainan kondisi dalam uterus (Wiknjosastro, 2005).

Perempuan yang mengalami menstruasi lebih lama dari normal maka akan mengalami nyeri pada saat menstruasi. Semakin lama menstruasi terjadi maka semakin sering uterus berkontraksi sehingga akibatnya semakin banyak prostaglandin yang dikeluarkan, akibat produksi prostaglandin yang berlebihan maka timbul rasa nyeri, selain itu, kontraksi uterus yang terus-menerus juga menyebabkan suplai darah ke uterus berhenti sementara sehingga terjadilah dismenore (Shanon, 2006).

Lama menstruasi merupakan salah satu faktor risiko seorang wanita menderita dismenore primer. Lama menstruasi yang normal adalah 3-7 hari, jika lebih dari itu maka dikatakan mengalami dismenore primer lebih berat. Lama menstruasi lebih dari normal (7 hari), menstruasi

menimbulkan adanya kontraksi uterus, terjadi lebih lama mengakibatkan uterus lebih sering berkontraksi, dan semakin banyak prostaglandin yang dikeluarkan. Produksi prostaglandin yang berlebihan menimbulkan rasa nyeri, sedangkan kontraksi uterus yang terus menerus menyebabkan suplai darah ke uterus terhenti dan terjadi disminore (Nataria, 2010).

e. Kebiasaan Olahraga

Tidak pernah berolahraga adalah salah satu faktor risiko. Kejadian disminore akan meningkat dengan kurangnya aktifitas selama menstruasi dan kurangnya olahraga, hal ini dapat menyebabkan sirkulasi darah dan oksigen menurun. Dampak pada uterus adalah aliran darah dan sirkulasi oksigen pun berkurang dan menyebabkan nyeri. Kurang atau tidak pernah olahraga akan meningkatkan kemungkinan terjadinya dismenore. Kurang atau tidak pernah berolahraga menyebabkan sirkulasi darah dan oksigen menurun, akibatnya aliran darah dan oksigen menuju uterus menjadi tidak lancar dan menyebabkan sakit dan produksi endorphin otak akan menurun sehingga dapat meningkatkan stres sehingga secara tidak langsung dapat meningkatkan dismenore (Nataria, 2010).

Olahraga berfungsi mengurangi stres, meningkatkan produksi endorphin otak, dan meningkatkan penawar sakit alami tubuh. Terapi alternatif sebagai aromaterapi dan pijatan ringan melingkar dengan telunjuk pada perut bagian bawah membantu mengurangi nyeri (Akmal, 2010).

Menurut Tjokronegoro (2006), kejadian dismenore akan meningkat dengan kurangnya olahraga, sehingga ketika terjadi dismenore, oksigen tidak dapat tersalurkan ke pembuluh-pembuluh darah di organ reproduksi yang saat itu terjadi vasokonstriksi sehingga menyebabkan timbulnya rasa nyeri tetapi bila seseorang teratur melakukan olahraga, maka dia dapat menyediakan oksigen hampir 2 kali lipat per menit sehingga oksigen tersampaikan ke pembuluh darah yang mengalami vasokonstriksi. Hal ini akan menyebabkan terjadinya penurunan dismenore.

Adapun olahraga yang benar haruslah memenuhi kriteria frekuensi 3-5 kali seminggu dan lama 30-60 menit. Dari suatu penelitian telah disimpulkan bahwa latihan paling sedikit 3 kali per minggu, hal ini disebabkan ketahanan atau stamina seseorang akan menurun setelah 48 jam tidak melakukan latihan. Jadi usahakan sebelum stamina menurun harus berlatih lagi (Fajaryati, 2012).

2. Faktor Psikis (Stress)

Stress menimbulkan penekanan sensasi saraf-saraf pinggul dan otot-otot punggung bawah sehingga menyebabkan dismenore. Stres adalah respon fisiologik, psikologik, dan perilaku seseorang individu dalam menghadapi penyesuaian diri terhadap tekanan yang bersifat internal maupun eksternal.

Stres adalah kondisi ketika seseorang mengalami ketidaknakan karena harus menyesuaikan diri dengan keadaan yang tidak dikehendaki (stresor). Stres akut

biasanya terjadi disebabkan adanya pengaruh stresor yang sangat berat, yang datang tiba-tiba, tidak terduga, tidak dapat mengelak serta menimbulkan kebingungan untuk mengambil tindakan. Stres merupakan respons alami tubuh dari jiwa ketika mengalami tekanan dari lingkungan. Dampak dari stres pun beraneka ragam. Di satu sisi dapat mempengaruhi kesehatan mental maupun fisik, disisi lain memiliki dampak positif (*eustress*). Dampak dari stres ialah: stres berkepanjangan akan menyebabkan ketegangan dan kekhawatiran terus menerus, orang yang sedang stres akan lebih sensitif dibandingkan orang yang tidak dalam kondisi stres. Orang stres cenderung mengaitkan segala sesuatu dengan dirinya. Akibatnya, orang stres lebih banyak menarik diri dari lingkungan, tidak lagi mengikuti kegiatan yang biasa dilakukan, dan mudah emosi (Akmal, 2010).

Kunci untuk memicu munculnya respons relaksasi ternyata sederhana, yaitu pertama, memikirkan hal-hal yang menyenangkan dan bernapas dengan tenang secara teratur. Hal ini bermanfaat mengatasi stres dengan cepat dan mengurangi jumlah kejadian yang dipersepsikan sebagai stresor. Kedua, aromaterapi. Ketiga, keluar dari stresor atau pemicu stres serta putuskan lingkaran stres. Keempat, seimbangkan pola makan. Untuk melakukan diet sehat konsumsilah makanan bergizi tinggi, rendah lemak dan kolesterol, banyak serat, tidak mengandung pengawet, kurangi *junkfood* serta banyak minum air putih. Kelima, tidur yang berkualitas. Dan Keenam, hindari alkohol dan merokok. Hal ini disebabkan karena mereka

berpenghasilan rendah. Tingkat pendidikan, status ekonomi dan lingkungan sosial kultural dari seseorang merupakan faktor yang harus dipertimbangkan dalam pengembangan program kesehatan masyarakat (Tarski. 2012).

Mengatasi dismenore

Ada beberapa cara yang bermanfaat untuk mengurangi atau mengatasi rasa nyeri pada saat haid (dismenore). Cara-cara tersebut adalah sebagai berikut :

1. Latihan aerobik, berjalan kaki, bersepeda, atau berenang, membantu memproduksi bahan alami yang dapat menghambat rasa sakit dan untuk melancarkan aliran darah pada otot sekitar rahim, sehingga rasa nyeri dapat teratasi atau berkurang.
2. Pakai kompres panas atau dingin pada daerah perut jika nyeri terasa. Hal tersebut dilakukan untuk meringankan kram abdomen. Panas bekerja dengan pedoman meningkatkan vasodilatasi dan otot relaksasi, saat menurunnya iskemik uterus.
3. Pastikan tidur yang cukup sebelum dan selama periode haid. Berikan kesempatan waktu istirahat bila terasa nyeri dan berikan posisi yang nyaman; misal waktu tidur, belakangnya dipasang bantal kecil. Istirahat akan merelaksasi semua jaringan sehingga akan meningkatkan kenyamanan. Selain itu istirahat yang cukup dapat menurunkan stress dan meningkatkan kenyamanan.

4. Latihan relaksasi atau yoga dan senam dismenore dapat membantu menanggulangi sakit. Teknik relaksasi merupakan salah satu teknik dalam memberikan kondisi yang nyaman dan rileks pada remaja saat mengalami dismenore dengan melakukan senam dismenorre gerakan sederhana minimal selama 3 hari sebelum relaksasi setiap pagi atau sore hari, senam tersebut memberikan efek dalam mengurangi dan mencegah dismenorre, karena senam dapat menyebabkan tubuh menjadi rileks dengan menghasilkan hormon endorfin. Hormon ini berfungsi sebagai obat penenang alami yang diproduksi dalam tubuh untuk mengurangi rasa nyeri pada saat kontraksi.
5. Menjalankan pola hidup sehat seperti melakukan olahraga ringan, mengkonsumsi buah-buahan, dan sayuran, hindari merokok dan minum kopi, selanjutnya terapkan pola hidup sehat secara terus-menerus sebagai gaya hidup sehari-hari. Menurut Fajaryati (2012), pendekatan dengan menggunakan nonfarmakologi lainnya telah menunjukkan keefektifan dalam mengurangi nyeri. Tingkat dismenore yang melakukan olahraga teratur mempunyai skala nyeri sedang (50%), yang tidak melakukan olahraga secara teratur mempunyai skala nyeri sedang (55,6%)
6. Pertahankan perilaku tenang, bantu pasien untuk kontrol diri dengan menggunakan pernapasan lebih lambat dan dalam, untuk menurunkan bahkan menghilangkan stres. Hal ini diyakini bahwa stres akan

memperparah tingkat nyeri yang terjadi dan merupakan faktor risiko terjadinya nyeri pada saat menstruasi.

Penanganan dismenore

1. Pendidikan Kesehatan

Untuk mengatasi dismenore dapat berupa mendapatkan pemahaman yang benar tentang haid terutama untuk para gadis yang belum memahaminya. Seperti makan makanan sehat, istirahat yang cukup dan olahraga juga berguna untuk mengurangi rasa sakit.

2. Terapi Alternatif (Kusmiran, 2011)

- a. Kompres dengan botol panas (hangat) pada bagian yang terasa kram (bisa diperut atau pinggang bagian belakang)
- b. Mandi air hangat, boleh juga menggunakan aroma terapi untuk menenangkan diri
- c. Mengonsumsi minuman hangat yang mengandung kalsium tinggi
- d. Menggosok-gosok perut atau pinggang yang sakit
- e. Ambil posisi menungging sehingga rahim tergantung kebawah. Hal tersebut dapat membantu relaksasi
- f. Tarik nafas dalam-dalam secara perlahan untuk relaksasi
- g. Obat-obatan yang digunakan harus berdasarkan pengawasan dokter. Boleh minum analgesik (penghilang rasa sakit) yang banyak dijual ditoko obat, tetapi dosisnya tidak lebih dari tiga kali sehari.

Kesimpulan

Dalam proses menstruasi terdapat banyak hal yang seharusnya dimengerti salah satunya dismenore atau nyeri haid yang dapat menyebabkan dampak negatif pada kualitas hidupenderitanya dan tak jarang memberikan dampak pada aktifitas keseharian wanita. Penyebab pasti tentang dismenore sampai saat ini belum diketahui namun beberapa hal yang penyebabnya adalah faktor fisik dan psikologis akan tetapi penyebab tersebut dapat diatasi dengan cara memulai pola hidup sehat, rajin berolah raga atau latihan dan mempertahankan pengelolaan stress yang baik.

Kepustakaan

- Akmal M. Dkk. (2010). Ensklopedia Kesehatan Untuk Umum. Yogyakarta: arr-ruzz Media
- Annurogo. (2008). Segala Sesuatu tentang NyeriHaid. [Http://www.kabariindonesia.com](http://www.kabariindonesia.com).
- Ayu Kusuma. (2008). Hubungan Riwayat Keluarga dan Keadaan Stres dengan Terjadinya Dismenore Primer pada Mahasiswa FKM Unair
- Astuti.(2005). Menangkal Rasa Sakit Menjelang Haid. <http://www.community.um.ac.id>.
- Caroline. A. (2011). Evidence Based Complementary and Alternative Medicine. Original Article: Hindawi Publisng Corporation. <http://www.hindawi.com>. (04 Januari 2014)
- Evelyn, Pearce, (2009). Anatomi Dan Fisiologi Untuk Paramedis. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Fajaryati,N. (2012). "Hubungan kebiasaan olah raga dengan dismenore primer". e-journal.akbid purworejo.ac.id/article/view/62/60.(12 Januari 2014).
- Hanifa, W., dkk. 2009. Ilmu Kandungan. Jakarta: Tridasa Printer.

- Harunriyanto, (2008). Dismenore masih sering membayangi wanita. Diakses 2 Maret 2013.
- Hendrik, (2006). Problema haid: tinjauan syariat islam dan medis. Cetakan 1. Solo: PT Tiga Serangkai Pustaka Mandiri
- Karen, JB. (2013). Pain Clinical Updates. International Association for the study of pain (IASP). USE: Program in Neuroscience Florida State University
- Kumalasari, I., dkk. (2012). KesehatanReproduksi. Jakarta: Salemba Medika.
- Kusmiran. E. (2011). Kesehatan Reproduksi Remaja dan wanita. Jakarta: Salemba Medika
- Morgan. GH. (2009). Obstetri dan Gynecology. Panduan Praktik. Jakarta: EGC
- Nataria, D. (2010). Faktor-faktor yang berhubungan dengan Kejadian Dismenore.
<http://journal.lib.unair.ac.id/index.php/IJPH/article/view/771/770>. (04 Januari 2014).
- Nataria, D. (2011). Hubungan Status Gizi Dan Usia Menarche Terhadap Dismenore Primer Pada Siswi Kelas IX SMPN 87 Jakarta.
- Nathan, A. (2005). Primary dysmenorrhoea. Practice Nurse Minor Ailments. Diperoleh 25 Pebruari 2013
- Tarski (2012). Nyeri Haid.
<http://infopemanasanglobal.wordpress.com/tag/dismenoreaprimer/> (05 Januari 2014).
- Wiknjosastro H, Saifuddin, Abdul B, Rachmhadhi, Trijatmo, editors. Ilmu kandungan. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2007.
- Widjanarko, B. (2006). Dismenore tinjauan terapi pada dismenore primer. Volume 5, No. 1. Jakarta: Bagian Ilmu Kebidanan dan Penyakit Kandungan Fakultas Kedokteran Rumah Sakit Unika Atma Jaya
- Wijayakusuma.(2003). Mengatasi Sakit Menstruasi.
<http://www.mediasina.com>

3

Penanggulangan BBLR dan Anemia, Sebuah Pendekatan Komprehensif

Nurmah, SST., M.Kes

Apakah kondisi yang disebut sebagai Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) itu? Menurut World Health Organization (WHO, 1961) BBLR didefinisikan sebagai bayi yang lahir dengan berat kurang dari 2500 gram. Demikian juga, Saifuddin (2001) menyebutkan bahwa bayi BBLR adalah bayi baru lahir yang berat badannya saat lahir kurang dari

2.500 gram (sampai dengan 2.499 gram). Sementara itu, Depkes RI (1996) menyatakan bahwa bayi BBLR adalah bayi yang lahir dengan berat badan 2.500 gram atau kurang tanpa memerhatikan usia kehamilan (Syafudin & Hamidah, 2009). Bayi yang berat badannya kurang dari 2500 gram pada saat lahir itulah yang dinamakan sebagai BBLR (Karlina dkk, 2016). Manuaba (2007) menyatakan berat bayi lahir rendah (BBLR) adalah istilah lain untuk bayi premature, yaitu istilah yang masih dipakai sampai dengan tahun 1961. Selanjutnya istilah bayi premature diubah karena tidak semua bayi dengan berat badan lahir rendah lahir secara premature. WHO sendiri mengubah istilah bayi premature (*premature baby*) menjadi berat bayi rendah (*low birth weight*) dan juga mengubah kriteria BBLR yang sebelumnya ≤ 2500 gram menjadi < 2500 gram (Sylvi Wafda, 2019).

Kosim dkk (2014) dalam Hernawati & Kamila (2017) menyebutkan bahwa BBLR dibagi 2 macam yaitu a) bayi yang kurang bulan sekitar umur kehamilan 37 minggu dan b) bayi kecil masa kehamilan (KMK) yaitu bayi yang dilahirkan kurang dari percentil ke-10 kurva pertumbuhan janin. Maka dengan demikian, kategori bayi BBLR dapat dibagi menjadi:

- a. Bayi berat lahir rendah (BBLR) : 1500-2499 gram
- b. Bayi Berat Lahir Sangat Rendah (BBLSR) : <1500 gram
- c. Bayi Berat Lahir Ekstrim Rendah (BBLER) : <1000 gram

Menurut Sylvi Wafda (2019) kondisi bayi berat lahir rendah dapat terjadi pada bayi kurang bulan (*premature*) dan bayi cukup bulan (*dismatur*). Penjelasanannya adalah sebagai berikut:

a. Prematur murni

Prematur murni adalah neonatus dengan usia kehamilan kurang dari 37 minggu dan mempunyai berat badan yang sesuai dengan masa kehamilan atau disebut juga neonatus preterm atau BBLR. Beberapa faktor penyebab persalinan premature:

1) Faktor Kehamilan

Persalinan premature dapat terjadi akibat hamil ganda, hamil dengan hidramnion, perdarahan antepartum, serta komplikasi hamil misalnya preeklampsia, eklampsia, dan ketuban pecah dini.

2) Faktor Ibu, beberapa diantaranya adalah karena,

- a) Kurang gizi saat hamil
- b) Sebelumnya ibu pernah melahirkan secara premature
- c) Umur ibu terlalu muda atau terlalu tua yaitu umur kurang dari 25 tahun atau diatas 35 tahun.
- d) Jarak hamil dan bersalin yang dekat
- e) Ibu memiliki riwayat penyakit menahun misalnya hipertensi, jantung atau gangguan pembuluh darah (perokok).
- f) Ibu memiliki pekerjaan yang terlalu berat
- g) Primigravida

h) Pernah mengalami perdarahan antepartum, hidroamnion, dan kelainan uterus.

3) Faktor janin

4) Faktor kebiasaan

5) Faktor lain yang belum terdeteksi

Secara umum, bayi premature murni memiliki karakteristik sebagai berikut:

- Berat badan kurang dari 2500 gram, panjang badan kurang dari 45 cm, lingkar kepala kurang dari 33 cm, lingkar dada kurang dari 30 cm.
- Gerakan kurang aktif otot masih hipnotis.
- Umur kehamilan kurang dari 37 minggu.
- Kepala lebih besar dari badan, rambut tipis dan halus.
- Tulang-tulang tengkorak lunak, *fontanela* besar dan *sutura* besar.
- Telinga sedikit tulang rawannya dan berbentuk sederhana.
- Jaringan payudara tidak ada puting susu kecil.
- Pernafasan belum teratur dan sering mengalami serangan *apneu*.
- Kulit tipis dan transparan, *lanugo* (bulu halus) banyak terutama di dahi, pelipis dahi dan lengan.
- Lengan *subkutan* kurang.
- Genitalia belum sempurna, pada waktu *labia minora* belum tertupi *labia mayora*.
- Reflek mengisap dan menelan serta reflek batuk masih lemah

Bayi *premature* mudah sekali mengalami infeksi karena daya tahan tubuh masih lemah, kemampuan *leukosit* masih kurang dan pembentukan antibodi belum sempurna. Oleh karena itu tindakan *preventif* sudah dilakukan sejak antenatal sehingga tidak terjadi persalinan dengan prematuritas (BBLR).

b. Dismatur

Dismature (IUGR) merupakan bayi yang memiliki berat badan kurang dari berat badan seharusnya untuk masa kehamilan. Hal itu dikarenakan janin mengalami gangguan pertumbuhan saat dalam kandungan (Maryunani dan Eka, 2013 dalam Sylvi Wafda, 2019). Renfield (dalam Maryunani dan Eka, 2013) menyatakan ada dua jenis IUGR yaitu :

1) Proportionate IUGR

Proportionate IUGR adalah menderita *distress* lama yang mengganggu pertumbuhan berlangsung berminggu-minggu hingga berbulan-bulan. Sebelum bayi lahir telah memiliki berat, panjang dada dan lingkaran kepala dalam proporsi yang seimbang tetapi secara keseluruhan masih dibawah masa gestasi yang sesungguhnya. Akibat retardasi pada janin sebelum terbentuknya *adipose tissue*, maka bayi tidak menunjukkan adanya *wasted* (Sylvi Wafda, 2019).

2) Disproportionate IUGR

Sementara itu, *dispropotinate IUGR* adalah janin yang terjadi karena *distress sub akut* gangguan terjadi beberapa minggu sampai beberapa hari janin lahir. Bayi memiliki

panjang dan lingkar kepala normal tetapi beratnya tidak sesuai dengan masa gestasi. Bayi terlihat *wasted* ditandai dengan sedikitnya jaringan lemak dibawah kulit, kulit kering keriput, bayi tampak kurus dan lebih panjang.

Menurut Sylvi Wafda (2019), beberapa faktor yang mempengaruhi BBLR pada *dismatur* adalah:

a. Faktor Ibu

BBLR dapat terjadi karena ibu mengidap hipertensi, gagal ginjal kronik, perokok, menderita *diabetes melitus*, *toksemia*, *hipoksia* ibu, gizi buruk, peminum alkohol, dan sebagainya.

b. Faktor Janin

BBLR dapat terjadi karena janin memiliki kelainan kromosom, gemelli, infeksi dalam kandungan (*toxoplasmosis*, *rubella*, *herpes*, dan *sifilis*), cacat bawaan dan sebagainya.

c. Faktor Uteri dan Plasenta

BBLR dapat terjadi karena faktor *uteri* dan plasenta yaitu akibat kelainan pembuluh darah (*hemangioma*), *insersi* tali pusat yang tidak normal, *uterus bicornis*, *infark plasenta*, sebagian plasenta terlepas, dan tranfusi dari kembar yang satu dan kembar yang lain.

d. Penyebab lain

BBLR dapat disebabkan oleh kondisi sosial ekonomi yang rendah serta kondisi lain yang belum diketahui.

Masalah Yang Timbul Akibat BBLR

Beragam masalah muncul sebagai akibat dari BBLR. Mendri dan Prayogi (2017) menyebutkan sebagai berikut:

- a) Bayi memiliki kadar oksigen rendah saat lahir
- b) Ketidakmampuan untuk mempertahankan suhu tubuh
- c) Mengalami kesulitan makan dan memiliki masalah berat badan
- d) Lebih mudah terkena infeksi
- e) Mengalami masalah pernapasan seperti *sindrom gangguan pernapasan bayi* (penyakit pernapasan prematuritas disebabkan oleh paru-paru yang belum matang)
- f) Masalah *neurologis* seperti perdarahan *intraventricular* (perdarahan didalam otak)
- g) Masalah pencernaan seperti *necrotizing enterocolitis* (penyakit serius pada usus bayi *premature*)
- h) Sindrom kematian bayi mendadak

Pengkajian Perawatan

Untuk dapat melakukan perawatan pada BBLR, diperlukan pengkajian yang meliputi riwayat kesehatan yaitu riwayat antenatal yang meliputi hal-hal berikut :

- 1) Keadaan ibu selama hamil dengan anemia, hipertensi, gizi buruk, merokok, ketergantungan obat-obatan, atau dengan penyakit seperti DM, *kardiovaskuler* dan paru.
- 2) Kehamilan dengan resiko *preterm* misalnya kelahiran *multiple*, kelainan *kongenital*, dan riwayat persalinan *preterm*.

- 3) Pemeriksaan kehamilan yang tidak kontinu atau periksa tetapi tidak teratur dan pemeriksaan kehamilan tidak pada petugas kesehatan.
- 4) Hari pertama dan hari terakhir tidak sesuai dengan usia kehamilan (kehamilan *postdate* atau *preterm*)

Selain itu perlu juga diketahui riwayat komplikasi natal antara lain

- 1) Kala I : perdarahan *antepartum* baik *solusio plasenta* maupun *plasenta previa*
- 2) Kala II: persalinan dengan tindakan bedah *cesar*, karena pemakaian obat penenang (*narkose*) yang dapat menekan sistem saraf pernapasan.

Riwayat Postnatal juga perlu diketahui yaitu,

- 1) *Apgar* skor bayi baru lahir 1 menit pertama dan 5 menit kedua AS (0-3) *asfiksia* berat, AS (4-6) *asfiksia* sedang, dan AS (7-10) *asfiksia* ringan.
- 2) Berat badan lahir *preterm* atau BBLR <2500 gram, aterm \geq 2500 gram, lingkar kepala kurang atau lebih dari normal (34-36 cm).
- 3) Adanya kelainan kongenital seperti *ancephaly*, *hidrocephalus*

Selain itu, diperlukan pemeriksaan fisik meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi serta riwayat kebiasaan sehari-hari meliputi pola nutrisi, pola eliminasi, latar belakang sosial budaya, dan hubungan psikologis. (Mendri dan Prayogi, 2017)

Penatalaksanaan

- a. Bayi sangat kecil atau berat bayi lahir sangat rendah (BBLSR)

BBLSR adalah bayi yang memiliki berat ≤ 1500 gram atau kurang dari 32 minggu. Permasalahan bayi sangat kecil secara umum adalah pernapasan yang terganggu, pemberian minum sulit, mengalami *ikterus* berat, rentan mengalami infeksi, dan rentan *hipotermi* jika bayi tidak ditempatkan dalam inkubator. Sebagaimana disebutkan oleh Sylvi Wafda (2019), asuhan kebidanan yang dapat diberikan pada bayi sangat kecil yaitu:

- 1) Berikan kehangatan pada bayi dengan membungkusnya menggunakan kain halus, kering, selimut dan pakaikan penutup kepala.
- 2) Bila pada riwayat ibu memiliki kemungkinan infeksi bakteri maka beri dosis pertama antibiotika *gentamisin* 4 mg/kg BB IM (atau *kanamisin*) ditambah *ampisilin* 100 mg/kg BB IM.
- 3) Jika bayi tampak biru (*sianosis*) atau mengalami gangguan pernapasan (frekuensi <30 atau >60 kali permenit, tarikan dinding dada ke dalam atau merintih), maka berilah oksigen 0,5 L/menit lewat kateter hidung atau *nasal prong*.
- 4) Jika kondisi bayi tidak kunjung membaik, segeralah rujuk ke pelayanan kesehatan yang sesuai.

b. Bayi Premature Sedang (BBLR)

Bayi premature sedang adalah bayi yang lahir pada 33-38 minggu atau BBLR mencapai 1500-2500 gram. Bayi *premature* dengan berat sedang ini memiliki kemungkinan bermasalah segera setelah lahir. Asuhan kebidanan bayi *premature* sedang (BBLR) adalah sebagai berikut:

- 1) Bila bayi tidak mengalami gangguan pernapasan, jagalah kehangatannya dengan metode kangguru.
- 2) Bila bayi sulit bernapas (frekuensi <30 atau 60 kali/menit dengan tarikan dinding dada ke dalam atau merintih) atau tampak biru (*sianosis*), berilah oksigen 0,5 L/menit lewat kateter hidung atau *nasal prong*.
- 3) Hangatkan bayi segera jika suhu aksiler menurun hingga <35°C.

Pemantauan

Menurut Sylvi Wafda (2019), pemantauan neonatus dengan BBLR dilakukan saat perawatan maupun setelah pulang adalah sebagai berikut:

Pemantauan Neonatus dengan BBLR saat Perawatan	Pemantauan Neonatus dengan BBLR setelah pulang
a. Terapi Jika diperlukan terapi untuk penyulit terus diberikan (kolaborasi)	a. Mengetahui perkembangan bayi Pantau perkembangan bayi dan usaha untuk mencegah atau mengurangi kemungkinan komplikasi setelah pulang dari tempat perawatan yaitu pada hari ke-2, ke-10, ke-20, ke-30 serta dilakukan pemantauan tiap bulan.

b. Tumbuh Kembang Pantauah berat badan secara berkala (7-10 hari meningkat 10% BBL \geq 1500 gram dan peningkatan 15% bayi berat lahir < 1500 gram)	b. Lakukan penilaian Lakukan penilaian terhadap pertumbuhan, BB,PB, dan lingkar kepala.
c. Kemampuan menghisap Perhatikanlah kemampuan menghisap bayi	c. Tes Perkembangan dasar Salah satu tes perkembangan yang digunakan yaitu Denver Development Screening Test (DDST). Tes ini berguna bagi orang tua untuk mengidentifikasi masalah dini yang mengancam tumbuh kembang anak, buka sebagai pengganti evaluasi diagnostic dan pemeriksaan fisik anak.
d. Peningkatan Konsumsi ASI Sarankan pada ibu untuk terus menyusui dan meningkatkan jumlah ASI ml/kg/hari hingga mencapai 180 ml/kg/hari	d. Awasi kelainan Bawaan Awasi perkembangan bayi jika ditemukan adanya kelainan bawaan
e. Ukur Badan Bayi Ukurlah Berat Badan (BB) setiap hari, sedangkan panjang badan (PB) dan lingkar kepala diukur setiap minggu	

Sumber : Sylvi Wafda (2019)

Anemia dalam Kehamilan Sebagai Faktor Risiko BBLR

Anemia dalam kehamilan merupakan salah satu faktor risiko terjadinya BBLR. Anemia merupakan penyakit kekurangan sel darah merah. Apabila jumlah sel darah merah berkurang, asupan oksigen dan aliran darah menuju otak juga semakin berkurang (Sutanto dkk, 2018 dalam Arantika dan Fatimah, 2019). Sel darah merah mengandung hemoglobin yang berfungsi membawa oksigen keseluruh jaringan tubuh. Apabila kadar hemoglobin berkurang seseorang dapat merasakan pusing bahkan pingsan (Proverawati, 2017 dalam Arantika dan Fatimah, 2019).

Anemia dalam kehamilan adalah kondisi ibu dengan kadar hemoglobin (Hb) <11 gr% pada trimester I dan III sedangkan pada trimester II kadar hemoglobin <10,5 gr%. Anemia kehamilan disebut sebagai "*potential danger to mother and child*" (potensi membahayakan ibu dan anak), karena itulah yang memerlukan perhatian serius dari semua pihak yang terkait dalam kesehatan (Manuaba, 2014 dalam Arantika dan Fatimah, 2019).

Pada kehamilan relatif terjadi anemia karena darah ibu hamil mengalami *hemodilusi* (pengenceran) dengan peningkatan volume 30% sampai 40% yang puncaknya pada kehamilan 32 sampai 34 minggu. Jumlah peningkatan sel darah 18 sampai 30%, dan hemoglobin sekitar 19%. Bila hemoglobin ibu sebelum hamil sekitar 11 g%, dengan terjadinya hemodilusi akan mengakibatkan anemia hamil fisiologis, dan Hb ibu akan menjadi 9,5 sampai 10 g%. Setelah persalinan dengan lahirnya plasenta dan perdarahan ibu akan kehilangan zat besi sekitar 900 mg. Saat laktasi, ibu masih memerlukan kesehatan jasmani yang optimal sehingga dapat menyiapkan ASI untuk pertumbuhan dan perkembangan bayi. Dalam keadaan anemia, laktasi tidak mungkin dapat dilaksanakan dengan baik (Manuaba, 2014).

Tanda dan Gejala Anemia

Sindrom anemia antara lain rasa lemah, lesu, cepat lelah, telinga berdengung, mata berkunang-kunang, kaki terasa dingin dan sesak napas. Pada pemeriksaan pasien tampak

pucat yang terlihat dari konjungtiva, mukosa mulut, telapak tangan, dan jaringan dibawah kuku. Pada ibu hamil gejala yang paling mudah terlihat adalah cepat merasa lelah, sering merasa pusing, mata berkunang-kunang, adanya luka pada lidah, nafsu makan berkurang, konsentrasi berkurang bahkan hilang, napas pendek, dan keluhan mual dan muntah yang lebih hebat pada usia kehamilan muda (Arantika dan Fatimah, 2019).

Faktor Resiko Anemia

Faktor resiko kejadian anemia paling utama adalah umur. Umur ibu hamil berhubungan erat dengan alat-alat reproduksi wanita. Umur reproduksi yang ideal adalah 20-35 tahun. Ibu hamil yang berusia kurang dari 20 tahun dan lebih dari 35 tahun dapat berisiko mengalami anemia. Hal ini karena pada usia kurang dari 20 tahun secara biologis emosi ibu hamil belum stabil sehingga kurang memperhatikan pemenuhan kebutuhan zat gizi bagi dirinya selama kehamilan. Ibu hamil yang berusia lebih dari 35 tahun daya tahan tubuhnya semakin menurun dan rentan terhadap penyakit (Arantika dan Fatimah, 2019).

Klasifikasi Anemia dalam kehamilan

Anemia dalam kehamilan dibagi menjadi beberapa tipe yaitu (Prawirohardjo, 2013 dalam Arantika dan Fatimah, 2019)

a. Anemia Defisiensi Besi

Anemia ini paling banyak dijumpai pada kehamilan. Anemia defisiensi besi berarti anemia akibat kekurangan zat besi. Kekurangan ini disebabkan kurangnya pasokan unsur besi dalam makanan, gangguan *reabsorpsi*, terlampaui banyak zat besi yang keluar dari badan misalnya perdarahan. Tanda dan gejala anemia tipe ini adalah rambut rapuh dan halus, kuku tipis dan mudah patah, lidah tampak pucat, licin dan mengkilat, berwarna merah daging, pecah-pecah yang disertai kemerahan disudut mulut.

b. Anemia Megaloblastik

Dalam kehamilan anemia jenis ini disebabkan oleh *defisiensi asam folat*. Gejala yang tampak adalah malnutrisi, *glossitis* berat, diare dan kehilangan nafsu makan.

c. Anemia Hipoplastik

Anemia hipoplastik pada ibu hamil terjadi akibat sumsum tulang belakang kurang mampu membuat sel-sel darah biru.

d. Anemia Hemolitik

Anemia hemolitik disebabkan oleh penghancuran sel darah merah yang berlangsung lebih cepat dari pada pembuatannya. Ibu dengan *anemia hemolitik* biasanya sulit hamil, biasanya akan terjadi anemia berat

Komplikasi

Wiknjosastro (2009) mengemukakan bahwa anemia dalam kehamilan berdampak negatif pada ibu hamil, baik bagi kehamilannya, persalinan, nifas, maupun masa selanjutnya. Berbagai penyulit akibat anemia diantaranya terjadi *abortus*, persalinan *premature*, persalinan yang lama karena terjadi *inersia uteri*, perdarahan *postpartum* karena *atonia uteri*, syok, infeksi *intrapartum*, dan infeksi *postpartum*. Sementara pada anemia yang sangat berat dengan Hb kurang dari 4 gr/100 ml dapat menyebabkan *dekompensasi kordis*. Selain itu, anemia kehamilan juga berhubungan dengan meningkatnya angka kesakitan ibu pada saat melahirkan (Soebroto, 2009 dalam Arantika dan Fatimah, 2019).

Bahaya anemia selama kehamilan seperti dapat terjadi *abortus*, persalinan *prematunitas*, hambatan tumbuh kembang janin dalam rahim, mudah terjadi infeksi, ancaman *dekompensasi kordis* (Hb <6 g%), *mola hidatidosa*, *hyperemesis gravidarum*, dan ketuban pecah dini (KPD). Pada persalinan bahaya anemia yang dapat terjadi seperti gangguan his, kala I memanjang, kala II memanjang, *retensio plasenta*, perdarahan *postpartum* karena *atonia uteri*, kala IV dapat terjadi perdarahan sekunder dan *atonia uteri*. Pada kala nifas bahaya yang ditimbulkan seperti *subinvolusi uteri*, memudahkan infeksi *puerperium*, pengeluaran ASI berkurang, anemia kala nifas dan mudah terjadi infeksi *mamae* (Manuaba, 2014).

Anemia pada kehamilan dapat berakibat buruk baik pada ibu maupun janin. Anemia pada kehamilan akan menyebabkan terganggunya oksigenasi maupun suplai nutrisi dari ibu terhadap janin. Akibatnya janin akan mengalami gangguan penambahan berat badan sehingga terjadi BBLR. Menurut Manuaba, anemia ringan akan mengakibatkan kelahiran *prematuur* dan BBLR, sedangkan anemia berat selama masa kehamilan akan meningkatkan risiko *mortalitas* dan *morbiditas* baik pada ibu maupun pada janin (Siti dan Iseu, 2018).

Penatalaksanaan dan Pencegahan

Ibu hamil dengan anemia dapat diberikan suplemen Fe dosis rendah 30 mg pada trimester III, sedangkan pada ibu hamil dengan *defisiensi* besi dapat diberikan suplemen *sulfat* 325 mg sebanyak 1-2 kali dalam sehari. Anemia yang disebabkan oleh *defisiensi asam folat*, dapat diberikan asam folat 1 mg/hari atau vitamin B12 dengan dosis 100-200 mg/hari (Budiarti, 2009 dalam Arantika dan Fatimah, 2019:86-87).

Pencegahan dapat dilakukan dengan mengatur pola makan yaitu dengan mengkombinasikan makanan serta mengonsumsi buah dan sayuran yang mengandung vitamin C (seperti tomat, jeruk, jambu), mengandung zat besi (sayuran berwarna hijau tua seperti bayam). Kopi dan teh adalah jenis minuman yang dapat menghambat penyerapan zat besi sehingga dianjurkan untuk tidak dikonsumsi (Arantika dan Fatimah, 2019:87).

Untuk menghindari terjadinya anemia sebaiknya ibu hamil melakukan pemeriksaan sebelum hamil sehingga dapat diketahui data-data dasar kesehatan umum calon ibu tersebut. Dalam pemeriksaan kesehatan disertai pemeriksaan laboratorium, termasuk pemeriksaan feses sehingga diketahui adanya infeksi parasite. Pengobatan infeksi untuk cacing relatif murah dan mudah. Pemerintah telah menyediakan preparat besi untuk dibagikan kepada masyarakat sampai ke posyandu. Contoh preparat Fe diantaranya Barralat, Biosanbe, Iberet, Vitonal, dan Hemaviton. Semua praparate tersebut dapat dibeli dengan bebas (Manuaba, 2014:240).

Kesimpulan

BBLR adalah kejadian yang kerap ditemukan dan hal tersebut erat kaitannya dengan kondisi anemia pada masa kehamilan. Pencegahan secara dini sangat diperlukan untuk mencegah kehilangan potensi masa depan baik ibu maupun bayi yang dilahirkannya.

Kepustakaan

- Aisyah, I. S. & S. N., 2018. Hubungan Anemia Pada Ibu Hamil dan BBLR di RS Singaparna Medical Center (SMC) Tahun 2015. <http://www.jurnal.unsil.ac.id>, Volume 4.
- Amelia, S. W., 2019. Asuhan Kebidanan Kasus Kompleks Maternal dan Neonatal. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Aryanti, M., 2017. Determinan BBLR di RSUD Indramayu Jawa Barat Tahun 2016. *Jurnal Kesehatan Indra Husada*, Volume 5, p. 2.

- Faatih, M., Satriadji, K., Susanti, I. & Putri, R. R., 2017. Penggunaan Alat Pengukur Hemoglobin di Puskesmas, Polindes, dan Pustu. Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan, 1(1).
- Haryanti, S. Y., Pangestuti, D. R. & Kartini, A., 2019. Anemia dan KEK Pada Ibu Hamil Sebagai Faktor Risiko Kejadian Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR) di Puskesmas Juwana Kabupaten Pati. Jurnal Kesehatan Masyarakat (e-Jurnal) Undip, 7(1).
- Hastono, S. P., 2016. Analisis Data Pada Bidang Kesehatan. Depok: PT Rajagrafindo Persada.
- Hernawati, E. & Kamila, L., 2017. Buku Ajar Bidan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Manuaba, I. A. & dkk, 2014. Ilmu kebidanan penyakit kandungan dan kb untuk pendidikan bidan edisi 2. jakarta: kedokteran EGC.
- Mendri, N. K. & Prayogi, A. S., 2017. Asuhan Keperawatan Pada Anak Sakit dan Bayi Resiko Tinggi. Yogyakarta: Pustaka BARU Press.
- Notoatmodjo, S., 2014. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- Pratiwi, A. & F., 2019. Patologi Kehamilan: Memahami Berbagai Penyakit dan Komplikasi Kehamilan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Wardani, I. K. F., 2018. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR) di RSUD Kota Bekasi Tahun 2018. <http://jurnal.imds.ac.id>.
- WHO, 2018. Global Nutrition Report. [Online] Available at: <http://www.who.int>[Accessed 25 Februari 2019].

4

Pentingnya Peran Suami dalam Persalinan

Puri Kresna Wati, SST., M.KM

Jika dilihat menurut definisinya, sebuah persalinan disebut normal jika proses persalinan terjadi pada usia kehamilan cukup bulan yaitu 37 minggu tanpa disertai adanya penyakit (APN, 2008). Sementara itu, persalinan normal menurut definisi yang disampaikan oleh Old dan Ladewig (2006) adalah proses pengeluaran hasil konsepsi yang

dapat hidup dari dalam uterus melalui vagina ke luar uterus, bayi lahir presentasi belakang kepala dan tidak menggunakan alat/penolong tertentu kurang dari 24 jam.

Sebagaimana disampaikan oleh Rothman (2009), persalinan dan kelahiran sesungguhnya merupakan suatu proses fisiologis normal yang terjadi setelah melewati masa kehamilan. Akan tetapi, walaupun persalinan merupakan proses normal, terdapat banyak hal penting yang harus diketahui karena berperan sangat penting dalam proses tersebut. Reader dan Martin (2011) menguraikan bahwa terdapat empat hal yang sangat menentukan:

a. Palsegeway atau jalan lahir

Secara anatomis, jalan lahir terdiri dari panggul ibu bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus vagina. Bagian tulang padat pada panggul ibu merupakan bagian penting dari jalan lahir karena janin harus dapat menyesuaikan diri untuk bisa melewati bagian ini. Hal tersebut yang membuat pengukuran panggul menjadi sangat penting dilakukan saat proses persalinan hendak dimulai (Reader & Martin, 2011).

b. Passenger atau janin

Janin adalah *passenger* utama yang melewati jalan lahir. Maka bagian janin yang penting untuk disesuaikan terhadap jalan lahir yang akan dilalui janin adalah kepala janin. Secara normal bagian pertama janin yang dilahirkan adalah bagian kepala. Untuk itu maka dalam persalinan,

komponen penting dalam bagian janin pada proses persalinan adalah letak, presentasi, posisi, dan variasi (Varney, 2007).

c. *Power* atau kekuatan persalinan

His atau kontraksi pada saat persalinan akan menyebabkan pembukaan dan penipisan di samping adanya tekanan dari air ketuban pada permulaan kala I dan selanjutnya kepala janin yang bersifat keras dan sudah masuk ke rongga panggul akan melakukan tekanan ke serviks hingga pembukaan menjadi lengkap (Prawirohardjo, 2009).

Kekuatan persalinan akan memberikan dorongan pada janin dan plasenta untuk keluar dari uterus. Terdapat dua kekuatan dalam persalinan, yaitu kekuatan primer dan kekuatan sekunder. Kekuatan primer yaitu terdiri dari kontraksi uterus secara involunter yang menjadi tanda dari awal dimulainya persalinan kala satu. Kontraksi primer membuat serviks menipis (*effacement*) dan berdilatasi hingga turunnya bagian terendah janin. Munculnya kontraksi ini bertujuan untuk membantu proses pengeluaran janin dan plasenta. Kontraksi involunter merupakan tanda dimulainya persalinan kala satu. Kontraksi pada kala satu yang berawal dari titik pemicu akan dihantarkan menuju uterus lalu diselingi oleh periode istirahat singkat. Sedangkan kekuatan sekunder adalah kekuatan mengejan maternal yang menambah kontraksi involunter dalam upaya yang terkoordinasi. Upaya volunter yang muncul dari kekuatan sekunder, timbul sebagai

respon terhadap keinginan kuat untuk mendorong dan secara umum hanya efektif terjadi di kala II persalinan.

Setelah bagian terbawah janin mencapai dasar panggul, sifat kontraksi akan berubah menjadi mendorong yang membuat wanita inpartu merasakan keinginan meneran. Kontraksi volunter tidak mempengaruhi dilatasi serviks, tetapi saat dilatasi serviks sudah lengkap maka kekuatan ini akan menjadi penting untuk mendorong bayi keluar dari uterus dan vagina. Jika pada saat bersalin terjadi usaha volunter atau mengedan terlalu dini maka hal itulah yang dapat menyebabkan rasa kelelahan dan trauma serviks pada ibu bersalin (Reader & Martin, 2011).

d. Psychologic Respons atau respons psikologis

Respons psikologi yang ditunjukkan oleh ibu terhadap pengalaman persalinan sangat bervariasi dan dipengaruhi oleh banyak faktor. Namun, salah satu faktor yang berpengaruh adalah latar belakang wanita dan budaya. Latar belakang budaya yang berbeda membentuk sikap terhadap persalinan yang berbeda juga, termasuk kehadiran pendamping pada saat proses persalinan.

Penelitian yang pernah dilakukan oleh Lutwak (1988) dan Khazoyan (1994) sebagaimana disampaikan oleh Reader dan Martin (2011) menunjukkan konteks budaya ini. Penelitian yang dilakukan pada wanita Yahudi misalnya, membuat larangan kehadiran suami untuk mendampingi pada saat persalinan berdasarkan ajaran kesopanan pada kepercayaan mereka. Sedangkan penelitian Khazoyan pada wanita Latin dewasa

memperlihatkan bahwa wanita yang hendak bersalin sebenarnya lebih menginginkan kehadiran suami agar menemani sepanjang proses persalinan dan kelahiran, sebagai ungkapan rasa “cinta” dan agar dapat melihat kesabaran serta pengertian suami mereka.

Respon psikologis ibu pada saat proses persalinan berlangsung ini penting untuk diperhatikan. Sebab kecemasan pada wanita pada saat persalinan dapat diakibatkan karena adanya nyeri saat proses bersalin. Wanita akan merasa takut dan kesakitan karena tidak adanya persiapan teknik relaksasi untuk mengatasi masalah tersebut. Sehingga banyak dari ibu menangis dan bergerak tak terkendali di tempat tidur karena kontraksi yang tidak dapat dikendalikannya (Varney, 2007).

Kecemasan, ketakutan dan panik dapat berdampak negatif bagi ibu sejak masa kehamilan hingga persalinan. Secara psikologis, ibu yang tidak tenang dapat menurunkan kondisi tersebut kepada bayinya sehingga bayi lebih mudah gelisah, akhirnya akan berdampak pada kesehatannya seiring ia tumbuh besar. Bagi wanita yang sudah mempersiapkan diri untuk menghadapi proses persalinan, akan lebih lebih tenang, sehingga munculnya perasaan cemas dan ketakutan dapat dikurangi. Persiapan psikis wanita untuk menghadapi proses persalinan sangat penting sehingga memerlukan dukungan dari orang terdekat mereka terutama suami. (Andriana, 2011 ; Varney, 2007). Pada saat proses persalinan ibu tidak akan mengutarakan berbagai kekhawatiran jika ditanya karena mereka jarang secara spontan dapat menceritakan apa yang dirasakannya.

Padahal berbagai macam kekhawatiran sesungguhnya dimiliki oleh wanita yang akan bersalin. Beberapa pertanyaan yang sering muncul diantaranya adalah "Apakah bayi saya akan baik-baik saja? Apakah saya dapat bertahan dalam persalinan ini? Apakah persalinan saya akan berlangsung lama? Bagaimana saya harus bertindak? Apakah saya memerlukan obat? Apakah obat itu akan berkhasiat? Apakah pasangan saya ada untuk mendukung saya? (Bobak dkk, 2004).

Pertanyaan dan ketakutan saat bersalin adalah hal umum yang biasa terjadi pada wanita hamil. Semakin tua usia kehamilan, maka kecemasan pun menjadi meningkat. Perasaan cemas yang muncul seperti perasaan takut, panik, dan gugup, akan timbul, bahkan perasaan menyendiri pun dapat datang. Ibu yang mempunyai tingkat stress tinggi akan merasakan ketakutan pada kehamilan dan persalinan berikutnya, sehingga lebih memilih operasi caesar untuk menghindari rasa nyeri pada saat bersalin. Pengalaman masa lalu saat bersalin merupakan salah satu faktor utama yang paling berpengaruh pada stress menghadapi persalinan (Tsui dkk, 2006).

Sebuah penelitian dengan menggunakan desain penelitian kohor menunjukkan bahwa munculnya rasa takut pada saat hamil mempunyai efek negatif pada kesehatan emosional wanita selama hamil hingga proses persalinan. Sebaliknya, wanita yang tidak memiliki kecemasan saat persalinan lebih memungkinkan untuk melahirkan secara normal. Stress pada saat persalinan dapat meningkatkan hormon stress pada ibu dan mengurangi

suplai darah ke janin. Penelitian yang dilakukan Gunning (2008) menunjukkan bahwa peningkatan hormon stres bersifat toksik bagi ibu dan janin sehingga stres dapat menjadi salah satu faktor penghambat dalam kemajuan persalinan (Heines dkk, 2012).

Pada saat ibu menjalani proses persalinan dan muncul rasa takut menghadapi persalinan, maka secara otomatis otak mengatur dan mempersiapkan tubuh untuk merasa sakit. Akibatnya rasa sakit saat proses persalinan menjadi lebih terasa. Tingkat kecemasan pada wanita saat bersalin akan meningkat juga ketika ibu tidak memahami apa yang terjadi pada dirinya atau apa yang disampaikan kepadanya. Mereka dapat menjadi panik dan berdiam diri atau menjadi kasar secara fisik terhadap individu yang ingin melakukan sesuatu kepadanya, karena ibu menganggap tindakan tersebut dapat membahayakan bagi diri ataupun bayi mereka. Fakta menunjukkan bahwa sekitar 86% perempuan yang bersalin menghendaki suaminya yang mendampinginya (Oloyemi dkk, 2009).

Hal tersebutlah yang membuat pentingnya pendamping persalinan bagi ibu. Melalui dukungan suami ibu dapat mengatasi kecemasan dan merasa lebih bersemangat untuk menghadapi proses persalinan (Danuatmaja, 2008).

Selain keempat hal di atas, persalinan juga melibatkan proses yang jamak dikenal sebagai kala. Pembagian kala dalam persalinan dibagi menjadi 4 yaitu kala I, kala II, kala III, dan kala IV.

a. Kala 1

Kala 1 persalinan memiliki tiga fase yaitu fase laten, fase aktif, dan fase transisi. Fase laten dimulai dari saat yang serviks keras dan tertutup mulai melunak, serta diameter pada ostium eksterna atau pembukaan serviks meningkat. Dilatasi serviks yang terjadi pada fase laten hingga 3-4 cm. Pada fase aktif terjadi peningkatan intensitas dan lama kontraksi uterus dan berakhir hingga dilatasi serviks mencapai sekitar 7 cm. Selanjutnya adalah fase transisi yang dimulai ketika serviks mengalami dilatasi lengkap yaitu 8-10 cm dan dicirikan dengan kontraksi uterus yang intens setiap 2-3 menit (Reader & Martin, 2011; Murray & Huelsmann, 2013).

Seiring dengan berlangsungnya persalinan kala 1 pada fase aktif, maka ketakutan pada wanita bersalin semakin meningkat. Pada saat kontraksi menjadi semakin kuat, lebih lama, dan lebih sering semakin terlihat kondisi tersebut berada diluar kendali mereka. Wanita menginginkan adanya pendamping karena muncul perasaan takut ditinggal sendiri dan tidak mampu untuk mengatasi kontraksi yang dialami. Wanita merasakan takut dan tidak nyaman tetapi terkadang tidak dapat menjelaskannya kepada penolong persalinan, oleh sebab itulah maka kehadiran pendamping persalinan menjadi hal yang sangat penting (Varney, 2007).

b. Kala II

Kala II persalinan dimulai dengan pembukaan serviks lengkap (10cm) dan berakhir dengan kelahiran bayi.

Kontraksi uterus semakin meningkat pada persalinan kala II. Saat kontraksi terjadi maka wanita akan mengejan dan otot abdomen menjadi menegang. Saat kontraksi berlangsung, wanita akan mengejan dengan seluruh kekuatannya sehingga dibutuhkan banyak energi. Menurut Corner (1993) dalam Reader & Martin (2011) terdapat tekanan yang jelas pada area perineum dan rectum, dan desakan untuk mengejan biasanya diluar dari kontrol wanita. Desakan pada saat proses mengejan lebih dipengaruhi oleh letak janin dibandingkan dengan dilatasi serviks.

Maka kehadiran orang terdekat ibu dibutuhkan pada persalinan kala II. Biasanya siapa yang akan mendampingi sudah dipersiapkan dan didiskusikan sejak awal kala I. Tidak semua tempat bersalin dapat membebaskan kehadiran pendamping persalinan. Ada beberapa dari mereka yang membatasi jumlah pendamping atau bahkan tidak memperbolehkan sama sekali. Beberapa tempat bersalin seperti rumah sakit terkadang membatasi jumlah pendamping persalinan satu atau dua orang saja, tergantung dari seberapa besar tempat bersalin.

Aktivitas orang terdekat selama persalinan kala II bergantung pada kemampuan dan harapan orang tersebut serta seberapa banyak partisipasi yang ditunjukkan oleh pendamping persalinan yang disetujui oleh ibu. Sebagai contoh adalah pasangan dapat melakukan aktivitas yang mereka lakukan juga di kala I persalinan seperti mengusap punggung ibu, memimpin pernapasan, menghitung kontraksi, dan mengipasi ibu saat merasakan panas.

Sedangkan secara khusus suami dapat membantu mendorong, menyemangati, membasuh wajah, hingga memotong tali pusat bayi pada persalinan kala II (Varney, 2007).

c. Kala III

Kala III persalinan dimulai dengan kelahiran bayi dan berakhir dengan pengeluaran plasenta. Menurut Murray dan Huelsmann (2013), tiga langkah aktif penatalaksanaan kala III yaitu pemberian suntikan oksitosin, penegangan tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri. Kala III persalinan ini biasanya hanya berlangsung rata-rata antara 5 dan 10 menit, meski rentang waktu hingga 30 menit masih dapat dikatakan normal. Maka perlu diperhatikan bahwa risiko perdarahan dapat meningkat apabila kala III berlangsung dalam waktu lebih lama dari 30 menit (Varney, 2007).

Kala III terdiri dari fase pelepasan dan pengeluaran plasenta. Proses tersebut terjadi karena adanya kontraksi yang sempat terhenti singkat setelah kelahiran bayi. Pemberian oksitosin 10 unit pada kala III biasanya dilakukan untuk mengurangi perdarahan yang mungkin akan terjadi dari akibat tidak berkontraksinya uterus (Murray & Huelsmann, 2013; Reader & Martin, 2011).

d. Kala IV

Kala IV persalinan dimulai dengan kelahiran plasenta dan berlangsung sekitar 2 jam lamanya. Kala IV persalinan biasa juga disebut dengan "periode pemulihan". Observasi

tanda-tanda vital, jumlah darah yang keluar, serta keadaan bayi akan dilakukan pada fase ini. Periode ini penting untuk pembentukan awal hubungan ibu-bayi dan konsolidasi unit keluarga. Adanya interaksi awal antara orang tua dan bayi mereka pada fase ini dipercaya akan mempengaruhi kualitas hubungan mereka selanjutnya. Oleh sebab itu melibatkan suami atau anggota keluarga dekat lainnya adalah hal yang sangat penting sehingga dapat meningkatkan perasaan bahagia bagi ibu (Murray & Huelsmann, 2013; Reader & Martin, 2011; Varner, 2007).

Suami dan Pendampingan Persalinan

Telah lama disadari mengenai pentingnya pendamping persalinan ini. Melalui adanya pendampingan persalinan, dapat diberikan dukungan kepada ibu selama bersalin. Dukungan keluarga atau suami adalah dukungan yang terdiri dari pemberian informasi atau nasihat secara verbal ataupun non verbal, bantuan atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial dan didapat karena kehadiran mereka dan mempunyai manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima (Nursalam & Kurniawati, 2007).

Menurut Kemenkes (2009) pendampingan adalah perbuatan mendampingi, menemani, dan menyertai dalam suka dan duka. Satu faktor yang mempengaruhi rasa nyeri saat persalinan adalah *support system* yang dapat diberikan oleh pendamping persalinan (Handerson, 2006). Penelitian yang pernah dilakukan oleh Dipenegoro dan

Hastuti (2009) pada ibu hamil primigravida menjelaskan bahwa terdapat perbedaan yang sangat kentara antara ibu yang didampingi oleh suami dibandingkan dengan yang selain suami mereka (ibu kandung, ibu mertua, atau saudara perempuan).

Suami berpengaruh positif terhadap kelancaran persalinan kala II. Waktu persalinan kala II menjadi lebih pendek dan proses pengeluaran janin menjadi lebih cepat tanpa adanya komplikasi. Penelitian yang pernah dilakukan oleh Wijaya (2015) mendapatkan perbedaan bermakna antara ibu bersalin yang didampingi oleh suami dengan yang tidak. Rata-rata kala II pada ibu bersalin yang mendapatkan pendampingan hanya sekitar 105 menit sedangkan yang tidak lebih lama yaitu sekitar 156 menit. Hal ini terjadi karena suami dapat menjadi tim persalinan dengan baik melalui pemberian dukungan bagi ibu saat bersalin. Sedangkan jika orang lain yang mendampingi mereka hanya berperan sebagai penunggu tanpa memberikan dorongan yang berarti.

Banyak pria yang menyatakan kekhawatiran pada saat kehamilan istri dimulai hingga menyambut proses persalinan. Beberapa pria menunjukkan kepedulian kepada istri mereka, tetapi masih ada juga yang menganggap bahwa hamil hingga bersalin hanya merupakan milik ibu saja. Bukan hanya wanita yang perlu menyiapkan diri untuk kehamilan dan persalinan, pria sesungguhnya juga perlu melakukan perencanaan serta diberikan informasi mengenai bagaimana seharusnya keterlibatannya mulai dari masa kehamilan. Sehingga kesiapan psikologis bukan

hanya diperlukan oleh ibu saja, tetapi juga kepada pasangan mereka (Hunt & Symonds, 2006). Masalah yang sering muncul adalah seringnya pria berada di tempat kerja saat ibu memeriksakan kehamilan, kelas antenatal, hingga proses persalinan terjadi.

Pria dengan kecemasan saat menghadapi persalinan sering merasakan takut untuk menemani istri dalam proses persalinan. Program antenatal yang melibatkan suami penting untuk dilakukan untuk dapat mempersiapkan diri menjadi pendamping persalinan. Sama seperti ibu, ayah mempunyai harapan terhadap kehamilan yang terjadi pada pasangan mereka. Pasangan biasanya melakukan diskusi tentang kehamilan dan persalinan, seperti nama anak dan masa depan anak mereka (Berstrom dkk, 2013).

Peran Suami dalam Pendampingan Persalinan

Asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu bersalin, bertujuan untuk mengupayakan kelangsungan hidup dan mencapai derajat kesehatan yang tinggi bagi ibu dan bayi dengan memperhatikan asuhan sayang ibu. Menurut Kemenkes (2008), salah satu prinsip asuhan sayang ibu adalah dengan menghadirkan suami saat proses persalinan.

Pada saat kehamilan dan persalinan, sikap ayah penting karena pengaruhnya terhadap sikap ibu. Sebagaimana disampaikan oleh Nurdiansyah (2011), ayah yang hadir pada saat persalinan memiliki kecenderungan

untuk memiliki pandangan yang lebih positif terhadap bayinya. Bahkan kehadiran ayah pada saat proses persalinan menguatkan ibu dalam menjalani proses persalinan tersebut sehingga perasaan takut dan sakitnya berkurang.

Suami yang hadir saat persalinan dapat memberikan dukungan baik secara fisik, emosional, ataupun advokasi. Oleh Henderson (2006), dukungan suami dapat berbentuk fisik yang dapat diberikan melalui adanya kontak mata, memegang tangan, dan menggosok punggung. Selain itu, dukungan emosional yang diberikan berupa rasa cinta, rasa percaya, pengertian, keterbukaan serta kerelaan suami untuk membantu masalah-masalah yang dihadapi ibu saat proses persalinan (Sari, 2010). Sedangkan dukungan dalam hal advokasi berhubungan dengan pengambilan keputusan, pemberian informasi mengenai prosedur dan kemajuan persalinan (Adams & Bianchi, 2008; Dunne, 2012).

Menurut Muskibin (2012) beberapa hal yang dapat dilakukan suami saat berada di ruangan bersalin adalah :

- a. Suami dapat memberikan bantuan untuk menghitung waktu kontraksi.
- b. Suami dapat menenangkan istri yang sedang merasa takut dan cemas.
- c. Suami dapat menceritakan hal-hal lucu yang membuat istri dapat merasa terhibur.
- d. Suami dapat membantu istri untuk melakukan relaksasi dengan melatih pernafasan.

- e. Suami dapat memberikan dukungan dan dorongan dalam bentuk kata-kata yang menyenangkan perasaan ibu.
- f. Suami juga seharusnya tidak merasa tersinggung saat istri menyalahkannya karena semua rasa sakit yang dirasakannya, karena apa yang dikatakan istri hanya luapan dari emosi akibat rasa sakit yang dirasakan.
- g. Suami dapat memberikan usapan ke bagian belakang tubuh istri dengan lembut agar ibu dapat merasakan nyaman.
- h. Selain itu, suami dapat memberikan pujian atas semua usaha yang telah dilakukan untuk melahirkan bayinya serta memberikan ucapan terima kasih.

Sedangkan menurut Hamilton (1995), peran suami sebagai pendamping persalinan selama proses persalinan adalah:

- a. Mengatur posisi ibu. Suami dapat membantu ibu agar dapat tidur miring atau sesuai dengan keinginan ibu disela-sela kontraksi dan mendukung posisi ini agar ibu dapat mengedan secara efektif saat relaksasi.
- b. Membantu ibu sehingga ibu dapat mengatur napas. Suami dapat membimbing ibu mengatur nafas saat kontraksi dan beristirahat saat relaksasi.
- c. Suami dapat memberikan tindakan yang dilakukan dengan penuh kelembutan, diantaranya dengan menghapus keringat ibu, memegang tangan,

memberikan pijatan, atau mengelus perut ibu dengan lembut.

- d. Suami dapat memberi informasi kepada ibu tentang kemajuan persalinan.
- e. Suami dapat menciptakan suasana kekeluargaan dan rasa aman.
- f. Suami dapat membantu ibu ke kamar mandi.
- g. Suami dapat memberi cairan dan nutrisi sesuai keinginan ibu.
- h. Suami dapat juga memberikan dorongan spiritual dengan berdoa.
- i. Suami dapat memberi dorongan semangat mengedan saat kontraksi, sekaligus memberikan pujian atas kemampuan ibu saat mengedan.

Akan tetapi, tidak semua ibu menginginkan bentuk dukungan yang sama saat proses persalinan. Beberapa dari pendamping persalinan mengambil banyak peran saat persalinan namun ada pula yang hanya memberikan dukungan secara pasif. Beberapa budaya menganggap bahwa partisipasi aktif suami dalam persalinan belum merupakan hal yang penting. Peran yang dapat dilakukan suami dalam pendampingan tergantung pada kenyamanan ibu terhadap kehadiran tersebut. Suami dapat memberikan usapan pada punggung ibu saat kontraksi jika ibu memintanya. Disisi lain terdapat ibu yang hanya menginginkan kehadiran suami hanya sebagai penunggu pada saat proses bersalin (Murray & McKinney, 2007).

Kehadiran pendamping persalinan oleh suami atau keluarga dapat menimbulkan perasaan senang pada ibu saat bersalin. Adanya pendampingan persalinan diharapkan dapat mengurangi kecemasan dan rasa sakit saat bersalin dan ibu dapat tenang dalam proses persalinan. Guyton (2007) meneliti bahwa kehadiran pendamping persalinan dapat menurunkan kecemasan pada ibu bersalin. Sebagian besar responden yang mengalami kecemasan sedang akan menurun menjadi kecemasan ringan, dan yang mengalami kecemasan ringan menjadi tidak merasakan kecemasan saat bersalin persalinan kala I. Rasa senang karena kehadiran pendamping akan menjadi impuls ke neurotransmitter ke system limbic kemudian diteruskan ke amiglada lalu kehipotalamus sehingga terjadi perangsangan pada nukleus ventromedial dan area sekelilingnya yang dapat menimbulkan perasaan tenang dan akhirnya kecemasan menurun. Selain itu munculnya rasa nyaman maka kadar katekolamin dalam darah menjadi normal dan membuat otot polos menjadi rileks dan vasodilatasi pembuluh, sehingga suplai darah dan oksigen ke uterus meningkat membuat rasa sakit pada ibu saat kontraksi persalinan juga berkurang.

Akan tetapi, upaya untuk meningkatkan peran suami juga membutuhkan kesiapan dan dukungan lainnya.

a. Pemberi pelayanan dan faktor struktural

Keterbatasan ruangan persalinan memberikan batasan bagi suami untuk menemani istri selama proses bersalin.

Sebenarnya mengikut sertakan suami dalam proses kehamilan dan persalinan merupakan salah satu program yang sudah ditentukan oleh pemerintah melalui pemberian pendidikan tentang segala hal yang terhait kehamilan dan persalinan yang aman. Suami merupakan sasaran primer dalam promosi pemeriksaan kehamilan dan persalinan aman, salah satunya adalah melalui keikutsertaan dalam persalinan ibu (USAID, 2014).

Beberapa negara maju sudah membedakan ruangan yang akan digunakan untuk persalinan dengan kamar melahirkan. Pada kala I wanita akan berada di kamar bersalin dan boleh ditemani oleh suami. Setelah kala II wanita tersebut akan dibawa ke kamar melahirkan tanpa ditemani suami, kecuali atas izin dokter. Jika di Indonesia kamar bersalinan dan kamar melahirkan dijadikan menjadi satu (Farrer, 2006).

b. Faktor sosial budaya dan agama

Beberapa budaya menganggap bahwa suami tidak pantas untuk ikut berpartisipasi dalam ruangan bersalin. Salah satu budaya yang ada di Iran menganggap bahwa suami tidak sewajarnya untu hadir di ruangan bersalin, sehingga mereka tidak mempunyai tradisi suami harus menemani istri selama proses persalinan (Nejad, 2005).

c. Kesiapan suami

Kecemasan yang muncul pada saat mendekati persalinan bukan hanya dialami oleh ibu hamil saja. Suami akan merasakan hal sama berupa munculnya perasaan cemas

dan takut yang akan semakin terlihat mendekati hari persalinan (Martin, 2008). Sebuah penelitian yang dilakukan di Nepal menunjukkan bahwa muncul rasa keraguan dari suami saat akan masuk ke dalam ruangan bersalin untuk menemani ibu menjalankan proses persalinan (Kobayashi & Takase, 2010). Perasaan ragu tersebut dapat muncul karena kurangnya informasi mengenai peran sebagai pendamping persalinan. Masih banyak suami yang tidak mengetahui pentingnya kehadiran mereka dalam persalinan sehingga banyak dari suami yang tidak dapat berperan aktif dalam proses bersalin ibu (Kaye dkk, 2014).

Upaya Peningkatan Peran Suami

Kelas Ibu Hamil

Kegiatan Kelas Ibu Hamil (KIH) merupakan suatu sarana yang digunakan untuk melakukan pembelajaran kelompok tentang kesehatan bagi ibu hamil, dalam bentuk tatap muka yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu mengenai kehamilan, perawatan nifas, dan perawatan bayi baru lahir melalui praktik dengan menggunakan buku KIA (JICA, 2008).

Indikator keberhasilan dari KIH salah satunya adalah peningkatan jumlah suami atau anggota keluarga yang hadir saat ibu mengikuti KIH. Kehadiran suami dalam KIH dapat lebih memberikan pengetahuan kepada suami dan meningkatkan keinginan suami dalam mendampingi istri selama proses persalinan. Pada KIH kehadiran suami

diharapkan dapat terlibat minimal satu kali selama keikutsertaan ibu sehingga suami dapat mengetahui materi penting mengenai persiapan persalinan. Dengan cara itu, suami dapat mengetahui apa yang harus dilakukan selama ibu bersalin terutama jika terjadi kegawatdaruratan.

Tempat Persalinan

Penelitian yang pernah dilakukan oleh Juwita (2014) menunjukkan bahwa tidak semua tempat pelayanan kesehatan memperbolehkan suami untuk mendampingi istri saat persalinan berlangsung. Beberapa rumah sakit hanya memberikan izin pendampingan pada kala I saja. Hal ini terjadi juga di kota Depok, dimana beberapa puskesmas dan rumah sakit umum masih melarang keluarga atau suami untuk ikut mendampingi ibu saat persalinan karena keterbatasan ruangan dalam kamar bersalin.

Meski amat jarang memberikan tempat kepada suami untuk mendampingi istri ketika bersalin, penelitian di Nepal memberikan bukti bahwa peran suami amat penting bagi istri. Sapkota dkk (2012) menjelaskan bahwa dengan adanya suami, istri menjadi lebih terarah di dalam melaksanakan persalinan.

Terdapat banyak pilihan tempat bersalin untuk ibu seperti rumah, rumah sakit, klinik bidan, dan Puskesmas. Salah satu negara yang memperbolehkan persalinan di rumah adalah Inggris. Negara maju seperti Inggris memiliki team obstetri "terbang" yang dapat membantu persalinan di rumah tetapi sudah tidak terlalu dianjurkan terutama pada ibu primipara. Bagi ibu yang sudah bersalin anak

berikutnya, persyaratan tertentu harus dipenuhi sebelum mereka diperbolehkan bersalin di rumah.

Dukungan Petugas Kesehatan

Pemberian informasi yang baik penting dilakukan oleh petugas kesehatan kepada pasangan suami istri yang akan melalui proses persalinan. Sebagian besar rumah sakit ataupun klinik sudah banyak menyediakan media seperti leaflet dan poster untuk menambah pengetahuan suami seputar proses persalinan. Informasi yang diberikan harus dimulai sejak awal kehamilan agar suami dapat mempersiapkan diri dengan baik pada saat mendampingi ibu bersalin (Farrer, 2001).

Penelitian yang pernah dilakukan oleh Ekstrom dkk (2013) mendapatkan hasil bahwa suami mempunyai keinginan kuat untuk mendampingi istrinya dalam proses persalinan dan memiliki keinginan untuk berpartisipasi secara aktif terutama saat melewati rasa sakit. Namun, ketidakjelasan mengenai peran mereka dalam ruang bersalin serta kurangnya dukungan bidan atau tenaga kesehatan lain membuat suami merasa asing di dalam ruang bersalin dan tidak mempunyai kepercayaan untuk melakukan perannya.

Profil Suami

Penelitian yang pernah dilakukan oleh Adenike dkk (2008) menjelaskan bahwa laki-laki yang mempunyai usia dewasa yaitu 20-39 tahun lebih aktif dan memiliki kesadaran yang tinggi mengenai kesehatan maternal pasangannya.

Sedangkan di Indonesia menurut BKKBN (2017) usia menikah ideal untuk laki-laki adalah 25-40 tahun, karena dianggap sudah matang secara medis dan psikologisnya. Usia yang lebih dewasa tentunya akan memberikan peluang yang lebih besar untuk terlibat dalam upaya mendampingi persalinan istri.

Selain usia, faktor lain adalah pendidikan. Penelitian yang pernah dilakukan di Taiwan membuktikan bahwa pria yang mempunyai pendidikan lebih tinggi lebih mungkin untuk mendampingi istri mereka dalam menghadiri kelas hamil dan proses persalinan (Hung dkk, 1997). Hal ini juga dibuktikan oleh Nejad (2005) bahwa suami dengan pendidikan yang tinggi yaitu sudah tamat dari sekolah menengah atas sebanyak 82,1% memiliki sikap positif dalam pendampingan persalinan. Pendidikan ini barangkali berhubungan erat dengan pengetahuan suami yang semakin luas. Penelitian yang pernah dilakukan oleh Galuh (2010) mendapatkan hasil bahwa suami yang memiliki pengetahuan tinggi terhadap persalinan mempunyai kemungkinan yang lebih besar untuk hadir saat istrinya bersalin.

Penelitian yang pernah dilakukan oleh Chan dan Brown (2002) mengemukakan hal menarik lain. Mereka menemukan bahwa seorang suami yang menjadi ayah untuk pertama kali memiliki pandangan yang sangat positif terhadap proses persalinan sehingga ibu yang didampingi akan lebih merasa puas dengan dukungan yang diberikan suaminya tersebut. Sementara menurut Widiyaningsih (2012) suami yang memiliki anak kedua dan berikutnya

lebih dapat mendampingi istrinya saat bersalin karena suami sudah memiliki kepercayaan diri dan pengalaman dari persalinan anak sebelumnya.

Kesimpulan

Dari pemaparan di atas terlihat jelas bahwa peran suami sangat penting dalam persalinan. Untuk itu maka suami harus diberikan pemaparan mengenai peran ini sejak dini sehingga selain persiapan ibu bersalin, suami juga dapat mempersiapkan diri sebagai pendamping persalinan.

Kepustakaan

- Morhason-Bello, I. O. et al. (2008) 'Attitude and preferences of Nigerian antenatal women to social support during labour', *Journal of Biosocial Science*. doi: 10.1017/S0021932007002520.
- Sapkota, S., Kobayashi, T. and Takase, M. (2012) 'Husbands' experiences of supporting their wives during childbirth in Nepal', *Midwifery*. Elsevier, 28(1), pp. 45–51. doi: 10.1016/j.midw.2010.10.010.
- Andriana, E. 2011. *Melahirkan Tanpa Rasa Sakit dengan Metode Relaksasi HypnoBirthing*. Jakarta : PT Bhuana Ilmu Populer
- Adams, E.D., Bianchi, A.L. (2008). A Practical Approach to Labour support. *Journal of Obstetric, Gynecology, & Neonatal Nursing*, 37: 106-115.
- Bergström, M., Rudman, A., Waldenström, U., & Kieler, H. (2013). Fear of childbirth in expectant fathers, subsequent childbirth experience and impact of antenatal education: subanalysis of results from a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 92(8), 967-973. Diakses Januari 2017
- Bobak IM, Lowdermilk DL, Jensen MD. (2004). *Buku Ajar Keperawatan Maternitas*. Edisi 4. Jakarta : EGC
- Chan, Karen K.L., Brown, Sara P. (2002). How do Fathers Feel After Accompanying Their Partners in Labour and Delivery?. *Journal of*

- Obstetrics and Gynaecology, 22 (1): 11-15
- Danuatmaja, Bonny. (2008). *Persalinan Normal Tanpa Rasa Sakit*. Jakarta: Puspa Swara
- Departemen Kesehatan RI. (2008). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK-KR
- Dipenogero, A & Hastuti Budi, S F. (2009) Pengaruh Dukungan Suami Terhadap Lama Persalinan Kala II pada Ibu Primigravida. *Jurnal Psikologi Universitas Ahmad Dahlan*
- Ekström, A., Arvidsson, K., Falkenström, M., dan Tronkenstron, S. (2013). Father's feeling and experience during pregnancy and childbirth: A qualitative study. *J Nusr Care*, 2 (2). (Diunduh tanggal 16 Juni 2014).
- Farrer, Helen. (2001). *Perawatan Maternitas*. Jakarta: EGC
- Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F., & Hildingsson, I. (2012). The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 55. Dalam doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-12-55> diunduh Januari 2016
- Hamilton, P, M. (1995). *Dasar-Dasar Keperawatan Maternitas*. Jakarta: EGC
- Handerson, C., & Jones, K. (2006). *Buku Ajar Konsep Kebidanan*. Jakarta : EGC
- Sheila Hunt & Anthea Symonds. (2006). *Konsep Sosial Kebidanan*. EGC. Jakarta
- Martin , C, J, H. (2008). A tool to measure father's attitudes and needs in relation to birth. *British Journal of Midwifery*, 16(7): 432-437. Dalam <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ea3b9618-11ea-4e6b-8137-b7cd635a5197%40sessionmgr4008&vid=5&hid=4207>. Diunduh 15 Oktober 2016.
- Murray L & Huelsmann M Gayle. (2013). *Persalinan dan Melahirkan*. Jakarta: EGC
- Murray, S.S & McKinney, E.S. (2007). *Foundations of Maternal-Newborn Nursing*. Singapore: Saunders Elsevier
- Muskibin. (2012). *Persiapan Menghadapi Persalinan*. Yogyakarta : Mitra Pustaka
- Nurdiansyah, Nia. (2011). *Buku Pintar Ibu & Bayi*. Jakarta: Bukune
- Nursalam, Kurniawati D.(2007), *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi HIV/AIDS*. Jakarta: Salemba Medika

- Olayemi, O., Bello, F.A., Aimakhu, C.O., Obajimi, G.O. And Adekunle, A.O., 2009. Male Participation In Pregnancy And Delivery In Nigeria: A Survey Of Antenatal Attendees. *Journal Of Biosocial Science*, 41(4), Pp. 493-503.
- Old, S.B., London, M.L., & Ladewig, P.W. (2000). *Maternal-newborn nursing: A family and community-based approach*. (6th ed.), New Jersey: Prentice Hall Health.
- Prawirohardjo, Sarwono. (2009). *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Reeder, Martin, Koniak-Griffin. (2011). *Keperawatan Maternitas kesehatan Wanita, Bayi, & Keluarga*, Edisi 18. Jakarta: EGC
- Rothman, B. (2009). *Birth Support*. <http://birthsupport.nl/>. Diunduh pada Desember 2016
- Sari, Novita. (2010). Hubungan Deukungan Suami dengan Lama Persalinan Kala II di RB Annisa Surakarta. Dalam <http://eprints.uns.ac.id/9081/1/149661708201011091.pdf> diakses April 2017
- Tsui, M, H, dkk. (2006). Maternal fear associated with pregnancy and childbirth in Hong Kong Chinese women. *Women & Health*, 44(4): 79-92. Dalam www.cinahl.com/cgi-bin/refsvc?jid=335&accno=2009588641. Diunduh Desember 2016
- U.S Agency for International Development.Measuring The Effects of The Siaga Behavior Changer Campaign in Indonesia with Population-Based Survey Result . diakses http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnada613.pdf diunduh November 2016.
- U.S Agency for International Development .Kelola Persalinan Aman: Seri Pemberlajaran dari USAID-KINERJA. Diakses pada <http://www.kinerja.or.id/pdf/b583809b-15bf-40b3-9702-1f00804fa7f3.pdf> diunduh Januari 2017
- Varney, H. (2007). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4*. Jakarta: EGC
- Widyaningsih, R. (2012). *Sikap Suami terhadap Pendampingan Persalinan*. Skripsi: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Depok.
- Wijaya, D. E., Rillyani, Wandini, R., & Wardiyah, A.(2015). Pengaruh Pendampingan Suami Terhadap Lamanya Persalinan Kala II di Ruang Delima RSUD DR.H. Abdul Moeloek Lampung. *Jurnal Keperawatan*, 6,6-14

5

Memaksimalkan Pencegahan HIV/ AIDS Melalui Kampanye Kondom

Rotua Suriany S, M.Kes

AIDS atau *acquired immunodeficiency syndrome* pertama kali didefinisikan di Amerika Serikat pada tahun 1981 (Sunarto, 2001). Dalam waktu singkat, perubahan pada lingkungan fisik dan sosial yang dipicu oleh kemajuan ilmu pengetahuan, komunikasi dan teknologi yang berjalan begitu cepat, kemudian mendorong penyakit yang disebabkan oleh virus HIV (*human immunodeficiency*

virus) ini menyebar ke berbagai penjuru dunia sehingga menjadi pandemi global. Maka dampak dari penyakit ini begitu nyata. Kematian terjadi di segala kalangan, baik ibu dan anak, sehingga menyebabkan dampak sosial lain berupa anak-anak yang menjadi yatim-piatu, angka harapan hidup memurun, serta kelangsungan hidup angkatan kerja yang terancam akibat banyaknya kasus HIV/ AIDS di temukan di kalangan usia produktif.

AIDS adalah sindrom atau kumpulan gejala penyakit yang disebabkan oleh retrovirus yang menyerang sistem kekebalan tubuh/pertahanan tubuh. Pertama kali didiagnosis pada tahun 1981 di Amerika Serikat dan sampai saat ini telah menyerang sebagian besar negara di dunia (pandemi) baik negara maju maupun negara berkembang. Penyakit ini telah menjadi masalah Internasional karena dalam waktu relatif cepat terjadi peningkatan jumlah penderita dan melanda semakin banyak negara. Masih belum ditemukannya metode pengobatan yang efektif terhadap AIDS menyebabkan keresahan dan keprihatinan di seluruh dunia selama bertahun-tahun sampai dengan saat ini.

Penyebaran HIV/ AIDS ini begitu mengkhawatirkan karena banyak orang yang sesungguhnya telah terinfeksi HIV, tetapi tidak menunjukkan gejala apapun. Mereka merasa sehat dan juga dari luar nampak sehat-sehat saja, beraktifitas seperti biasa, tidak ada keluhan, namun mereka yang telah terinfeksi HIV ini akan menjadi pembawa dan penular HIV kepada orang lain. Secara umum, menurut

Mantra (1994), kelompok orang-orang tanpa gejala ini dapat dibagi atas 2 kelompok yaitu:

- a. Kelompok yang sudah terinfeksi HIV, tetapi tanpa gejala dan tes darahnya negatif. Pada tahap dini ini antibodi terhadap HIV belum terbentuk. Waktu antara masuknya HIV ke dalam peredaran darah dan terbentuknya antibodi terhadap HIV disebut sebagai *window period* yang bisa berlangsung antara 15 hari sampai 3 bulan setelah terinfeksi HIV.
- b. Kelompok yang sudah terinfeksi HIV, tanpa gejala, tetapi tes darah positif. Keadaan tanpa gejala ini bisa berlangsung selama 5 tahun atau lebih.

Mekanisme penyebaran virus HIV ini telah diketahui, yaitu melalui 4 jenis cairan tubuh manusia: darah, sperma, cairan vagina, dan air susu ibu (ASI). Maka beruntunglah kita karena virus HIV ini tidak hidup di dalam cairan tubuh lainnya seperti air ludah (air liur), air mata, maupun keringat. Dengan mengetahui konsep tersebut di atas, maka dapat dijelaskan mekanisme penularan yang berisiko karena mengandung cairan tubuh di atas. Mekanisme tersebut menurut Riono (1999) adalah,

- a. Melalui hubungan seksual (baik homoseksual dan heteroseksual) yang tidak terlindungi dengan seseorang yang mengidap HIV.
- b. Melalui transfusi darah atau transplantasi organ yang telah tercemar oleh HIV. Melalui mekanisme transfusi

darah yang tercemar HIV secara langsung, akan menularkan HIV ke dalam sistem peredaran darah dari si penerima.

- c. Melalui jarum suntik atau alat tusuk lainnya (akupuntur, tindik, tato) yang tercemar oleh HIV. Maka tidak heran jika pemakaian jarum suntik secara bersama-sama (umumnya di kalangan pecandu narkoba suntik) akan mudah menularkan HIV diantara mereka, apabila salah satu di antara mereka adalah pengidap HIV.
- d. Melalui penularan ibu hamil yang terinfeksi HIV kepada anak yang dikandungnya. Penularan dapat terjadi selama kehamilan atau persalinan atau selama menyusui

Dengan demikian, masih menurut Riono (1999), orang-orang yang berisiko lebih besar untuk tertular HIV adalah:

- a. Individu-individu yang aktif secara seksual, terlebih yang sering berganti-ganti pasangan seksual.
- b. Pekerja seksual komersil (PSK) dan pelanggan-pelanggannya.
- c. Pengguna jarum suntik secara bersamaan (bergantian).
- d. Bayi yang dikandung oleh ibu yang telah terinfeksi HIV.
- e. Orang-orang yang memerlukan transfusi darah secara teratur (thalasemia, haemofili) bila darah donor tidak dilakukan skrining.

Faktanya, menurut Riono (1999) beberapa hal yang kurang tersosialisasikan mengenai penularan HIV ini adalah sebagai berikut:

- 1) Resiko penularan seksual dari pria ke wanita justru lebih besar daripada dari wanita ke pria. Hal ini bisa terjadi karena dalam melakukan hubungan seksual, wanita disebut sebagai resipien partner (pasangan penerima).
- 2) Seks melalui dubur memiliki risiko yang jauh lebih tinggi daripada seks melalui vagina. Ini terjadi karena daerah dubur mudah mengalami perlukaan.

Data yang ada menunjukkan bahwa penularan infeksi HIV melalui hubungan seksual yang paling banyak terjadi. Menurut Wirawan (1991) dalam Ditjen PPM & PLP Depkes (1991), kelompok berisiko tinggi tertular HIV/AIDS mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

- a. Aktif dalam perilaku seksualnya. Semakin aktif secara seksual, maka semakin tinggi risiko untuk terkena penularan. Jika dirinci, golongan yang sangat aktif secara seksual ini adalah kelompok wanita pekerja seks (WPS), pria tuna susila (PTS), dan pelanggan dari WPS/PTS.
- b. Ditinjau dari usianya, maka kelompok yang mempunyai kemungkinan tertinggi untuk berperilaku seksual aktif adalah orang-orang berusia remaja ke atas.
- c. Kaum biseksual maupun homoseksual. Khusus kelompok homoseksual, makin sering melakukan praktik homoseksual, makin tinggi risikonya.
- d. Mereka yang suka atau pernah melakukan hubungan seksual dengan orang yang berasal dari daerah-daerah dimana insiden AIDS tinggi. Saat ini mobilitas manusia berlangsung dengan mudah sehingga memungkinkan perilaku seksual pun terjadi di wilayah dimana saja.

Penanggulangan dan Pencegahan

HIV/AIDS

Sebagaimana disampaikan Riono (1999), masalah HIV/AIDS dan masalah Infeksi Menular Seksual (IMS) merupakan dua hal sering dikerjakan secara bersama-sama untuk melakukan penanggulangan HIV/ AIDS. Hal ini mudah dimengerti, yaitu karena:

- a. HIV/AIDS dan IMS lainnya sama-sama ditularkan utamanya melalui hubungan seksual.
- b. HIV/AIDS dan IMS umumnya dapat dicegah dengan cara yang sama, termasuk khalayak sasaran pencegahannya.
- c. Adanya IMS pada seorang penderita akan memudahkan tertular HIV berlipat kali dibanding orang yang tidak menderita IMS (disebut sebagai co-faktor penularan HIV/AIDS). Maka dengan demikian, diagnosis IMS dan pengobatan yang efektif terhadap IMS merupakan strategi yang sangat penting untuk melakukan pencegahan penularan HIV.
- d. Peningkatan penderita IMS dapat dijadikan indikator dari adanya perubahan perilaku seksual.

Upaya-upaya dalam program penanggulangan HIV/AIDS menurut Depkes (2002) meliputi hal-hal sebagai berikut :

- a. Upaya untuk meningkatkan gaya hidup sehat (*reducing vulnerability of specific population*)
- b. Upaya untuk mempromosikan perilaku seksual aman (*promoting safer sexual behavior*)
- c. Upaya untuk mempromosikan dan mendistribusi kondom (*promoting and distributing condom*)
- d. Upaya pencegahan dan pengobatan IMS
- e. Upaya penyediaan darah transfusi yang aman
- f. Upaya pengurangan dampak buruk NAPZA suntik (*promoting of safer drug infection behavior*).
- g. Upaya pengobatan dan perawatan ODHA (orang hidup dengan HIV/AIDS).
- h. Upaya meningkatkan dukungan sosial dan ekonomi ODHA (*mitigating the impacton people infected and affected by HIV/AIDS*).
- i. Revisi peraturanperundang-undangan menyangkut HIV/AIDS
- j. Peningkatan dan manajemen surveilens
- k. Pendidikan dan latihan.
- l. Penelitian dan pengembangan.
- m. Kerjasama internasional

Konsep *Vulnerable Population*

Setiap penyakit memiliki populasi yang rentan untuk tertular. *Vulnerable population* adalah kelompok sosial yang memiliki risiko relatif yang jauh lebih besar, lebih rentan, terhadap hasil yang dapat merugikan kesehatan (Stanhope & Lanchaster, 2004 ; Allender, et al, 2010).

Melissa (2006) menyampaikan bahwa *vulnerable population* adalah kelompok yang memiliki kemungkinan atau peluang yang lebih besar untuk terjadinya gangguan kualitas hidup karena adanya kondisi sosial, lingkungan, kesehatan, atau ekonomi kondisi ataupun kebijakan dari kelompok lainnya.

Maka dengan demikian, *vulnerable population* akan jauh lebih mudah mengalami masalah kesehatan, sehingga mengakibatkan kondisi atau rentang kehidupan yang lebih pendek akibat semua kondisi tersebut. Maurer dan Smith (2010) menjelaskan lebih lanjut bahwa seseorang atau kelompok yang mempunyai faktor kekurangan atau risiko yang lebih besar untuk mengalami status kesehatan yang buruk dari pada orang lain yang berada pada kondisi *at-risk* yang sama dapat digolongkan kepada *vulnerable population*.

Kerentanan sebuah kelompok terhadap masalah kesehatan tertentu adalah akibat dari terpajannya kelompok tersebut pada resiko atau akibat buruk dari masalah kesehatan daripada keseluruhan populasi. Kerentanan ini terjadi sebagai akibat dari interaksi faktor internal dan eksternal. Maka dalam *vulnerable population*, anggota kelompok tersebut rentan memiliki risiko kumulatif yang membuat mereka menjadi lebih sensitif terhadap penyakit tertentu (Stanhope & Lancaster, 2010).

Waria sebagai Kelompok *Vulnerable*

Menurut Stanhope & Lancaster (2004), penyebab *vulnerable* meliputi faktor sosial ekonomi, risiko kesehatan, status kesehatan dan marginalisasi. Faktor sosial ekonomi pada populasi waria yang menyebabkan *vulnerable* adalah pendidikan dan keterampilan waria yang terbatas (Angela, 2010). Data Survei Terpadu Biologis dan Perilaku (STBP) yang ada misalnya memperlihatkan bahwa dari sekitar 3.500 jiwa jumlah waria di DKI Jakarta, 58.8% waria hanya memiliki pendidikan SD hingga SMP. Pendidikan waria yang terbatas menyebabkan banyak waria yang merasa kesulitan memperoleh pekerjaan, pendidikan, maupun terhambat dalam proses interaksi sosial. Sebagai akibatnya, waria banyak yang menjual seks untuk memenuhi kebutuhan hidupnya (Depsos, 2008). Hal ini diperkuat dengan data STBP yang menunjukkan bahwa lebih dari 80% waria di empat dari lima kota melaporkan untuk memenuhi kebutuhan ekonominya mereka menjual seks kepada pelanggan pria dalam satu tahun terakhir (STBP, 2007).

Menurut Karinina (2007), faktor sosial lainnya adalah waria mengalami kesulitan dalam menjalankan ibadahnya dan keinginan untuk berkeluarga. Kegiatan ibadah dirasakan sulit terutama jika kegiatan ibadah tersebut harus dilakukan secara bersama-sama di tempat ibadah seperti kegiatan ibadah sholat Jumat, sholat Id ataupun lainnya. Jika waria sholat di tempat wanita, ia lahir secara fisik sebagai laki-laki, tetapi jika ia sholat di tempat laki-

laki, ia merasa sholatnya tidak sah karena berpakaian tidak menutup aurat selayaknya perempuan. Waria juga merasa kesulitan jika memiliki keinginan untuk menikah. Jika waria menikah dengan laki-laki, dalam jaran agama dan hukum di Indonesia hal tersebut sama sekali tidak dibenarkan, tetapi jika ia menikah dengan perempuan, waria merasakan seperti pernikahan sejenis.

Penelitian yang dilakukan di kalangan waria di Jakarta oleh Aditya memperlihatkan hal-hal yang mencengangkan. Dalam komunikasinya dengan salah seorang informan, misalnya, Aditya mendapatkan informasi bahwa faktor risiko kesehatan yang menyebabkan *vulnerable* pada kelompok waria usia remaja, yaitu bahwa para waria hanya memikirkan bagaimana cara menarik perhatian laki-laki. Para waria berusaha keras untuk mendapatkan pasangan dan juga memberikan kepuasan kepada pasangannya. Perilaku berlomba-lomba untuk mendapatkan pasangan yang banyak dan juga melakukan hubungan seks berganti-ganti pasangan amat jamak di kalangan waria. Dan waria sangat bangga jika anusny luka akibat melakukan hubungan anal seks. Menurut mereka, jika anusny luka itu menunjukkan bahwa "kegadisan" mereka telat terenggut, dengan kata lain mereka sudah tidak "virgin" lagi (Aditya, 2012).

Layanan seks yang ditawarkan oleh waria telah meningkat di kota-kota besar di Indonesia. Terdapat peningkatan yang sangat tajam infeksi HIV di kalangan waria dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya. Berdasarkan laporan, prevalensi HIV di kalangan waria

telah mencapai angka 13 persen, jauh meningkat dari situasi pada tahun 2009 dimana prevalensinya hanya sekitar 9 persen (Kana dkk 2016). Peningkatan tajam juga terjadi di kelompok-kelompok lain yang sering melakukan seks anal tanpa menggunakan proteksi apapun. Saat ini, diperkirakan bahwa ada 15.000 waria dan sekitar 2.500 pekerja seks laki-laki.

STBP juga menunjukkan waria yang menggunakan kondom dan pelicin secara konsisten selama seks anal masih rendah, yaitu sebesar 13% di Jakarta sampai 48% di Bandung. Pemakaian kondom yang konsisten dengan pasangan tidak tetap, sedikit lebih rendah dibandingkan dengan klien komersial di lima kota. Proporsi waria yang membawa kondom dan pelicin pada saat wawancara survei IBBS berkisar antara 41% sampai 51% di empat dari lima kota yang disurvei.

Faktor marginalisasi yang menyebabkan vulnerable pada kelompok waria adalah kenyataan di lapangan bahwa waria sering menjadi bahan ejekan (Karinina, 2007). Memang tidak dapat dihindari bahwa waria menampilkan peran gender yang bertentangan dengan kodrat yang dimilikinya sejak lahir. Maka bisa ditebak jika seorang remaja yang mengungkapkan bahwa dirinya mengalami penyimpangan identitas kepada orang tuanya akan banyak menemukan masalah pada masa remaja awal atau pubertas. Orang tua menganggap perilaku mereka adalah hal yang sangat menyimpang, memalukan dan menjadi aib bagi keluarga. Orang tua juga sering melakukan tindakan kekerasan kepada anaknya, seperti mencaci maki,

memukul bahkan tidak jarang mengusirnya dari rumah jika melihat mereka menampilkan dirinya seperti wanita. Semua itu dilakukan oleh orangtua agar anak laki-lakinya "cepat sembuh" dan "kembali ke kodratnya". Russel (2010) menjelaskan bahwa sikap penolakan orang tua terhadap anak laki-lakinya yang berpenampilan dan berperilaku seperti wanita tersebut dapat menimbulkan masalah kesehatan mental serta menimbulkan risiko masalah penggunaan zat adiktif di kalangan waria remaja.

Keberadaan kaum waria di lingkungan masyarakat juga masih sulit untuk diterima. Masyarakat menganggap kaum waria memiliki kelainan jiwa. Penampilan kaum waria yang genit, pakaian yang minim, serta bicara dengan bahasa yang tidak biasanya sering menjadi bahan ejekan masyarakat. Banyak pula masyarakat yang takut dan menghindar untuk berkomunikasi dan berinteraksi dengan kaum waria. Mallon & DeCrescens (2006) mengungkapkan stigmatisasi masyarakat dan sikap masyarakat yang mendiskriminasikan waria menyebabkan waria mengalami harga diri yang rendah dan perasaan tersebut akan terus berkembang hingga waria dewasa. Kondisi-kondisi ini menjadi situasi awal dari kerentanan yang terjadi pada kelompok waria.

Kondom dan Pencegahan HIV/ AIDS

Secara universal pencegahan HIV mengenai tiga strategi umum yang diformulasikan sebagai strategi ABC. A adalah *abstinence* atau berpantang seks alias tidak melakukan

hubungan seks sama sekali. B adalah *be faithful* atau setia pada satu pasangan. Dan strategi yang ketiga adalah C. C artinya *condom* alias menggunakan kondom secara konsisten pada setiap hubungan seks berisiko apabila strategi A dan B tidak sesuai atau gagal dilakukan.

Strategi ini digunakan untuk penularan HIV melalui transmisi seksual. Sementara untuk mode of transmission lain seperti penggunaan jarum suntik tidak steril secara bergantian di kalangan *injecting drug user* (IDU), penularan dari ibu positif HIV ke bayinya dan pencegahan melalui transfusi darah dan transplantasi organ membutuhkan cara lain yang berbeda.

Strategi ABC digunakan untuk segmen populasi yang berbeda. Umumnya strategi A dipromosikan kepada remaja atau orang muda yang belum aktif secara seksual. Sementara bagi mereka yang telah mempunyai pasangan tetap disarankan untuk melakukan strategi B. Strategi C digunakan bagi mereka yang mempunyai pasangan seks lebih dari satu atau sering berganti-ganti pasangan. Segmen populasi ini biasanya disebut MARP (*most at risk populations*). MARP untuk setiap regional atau negara bisa berbeda. Menurut KPA (2010), untuk konteks Indonesia, MARP:

- a. Para Pekerja seks perempuan
- b. Para lelaki yang berhubungan seks dengan lelaki, kerap dikenal sebagai LSL, termasuk di dalamnya pekerja seks laki-laki
- c. Para waria

- d. Para laki-laki klien pekerja seks
- e. *Injecting drug users*

KPA memasukkan kelompok-kelompok tersebut sebagai MARP atas dasar fakta bahwa epidemi HIV di Indonesia memang digerakkan oleh perilaku berisiko pada populasi tersebut. MARP inilah yang mengontrol jalannya epidemi HIV di Indonesia. Sebagian besar penularan HIV terjadi diantara MARP ini yang membuat Indonesia termasuk dalam kategori *concentrated level epidemic country* (UNAIDS, 2007).

Pekerja seks waria yang melayani klien adalah sub-populasi dan bagian dari MARP. Pekerjaan mereka yang menyediakan jasa layanan seks menempatkan mereka pada posisi berisiko tinggi terhadap penularan HIV, baik ditulari ataupun menularkan.

Penelitian yang dilakukan oleh Cai (Cai dkk, 2016) di kalangan LSL misalnya menemukan bahwa prevalensi HIV pada kelompok tersebut adalah 9 persen, sementara pada pelaku seks sesama jenis maupun yang berlawanan, prevalensinya sekitar 7 persen. Hubungan seks di kalangan ini sangat aktif (yang diukur dalam frekuensi melakukan hubungan seks dalam enam bulan terakhir) dan biasanya tanpa menggunakan kondom. Bai menemukan bahwa sirkulasi seks yang terjadi ini mudah terjadi karena kebiasaan berganti-ganti pasangan (Bai dkk, 2011). Pada situasi seperti ini, penggunaan kondom menjadi keniscayaan untuk digunakan secara konsisten pada setiap

hubungan seks sebagai cara pencegahan HIV yang murah dan efektif.

Efektifitas kondom sebagai alat pencegah HIV menurut beberapa studi mencapai 98,7% (Glanz & Rinner, 2002). Namun cara penyimpanan yang tidak tepat, kegagalan negoisasi dengan klien dan cara penggunaan yang tidak benar dapat mengurangi efektivitas kondom sebagai alat pencegah penularan HIV. Salah seorang waria misalnya dalam penelitian Li dkk (2015) menjelaskan persoalan yang dialaminya,

Pada bulan Juli, di T Sauna, seorang yang baru saya kenal berjumpa dan memaksa saya *ngamar*. Dia menggunakan *lubricant*, tetapi bukan kondom (saat berhubungan seks). Pada bulan Agustus, di K Sauna, pada awalnya kami menggunakan kondom. Tetapi kemudian dia berkata bahwa ia lebih nyaman dan kemudian melepaskan kondom itu. Pada bulan September, seorang laki-laki ingin melakukan penetrasi. Tetapi karena tidak ada kondom di ruangan sauna, kami tidak menggunakan kondom untuk melakukan hubungan seks.

Kegagalan melakukan negosiasi menyebabkan waria berisiko tertular HIV. Padahal kondom telah dikenal luas sebagai metode *dual protection*, mencegah kehamilan dan mencegah penularan HIV.

Menurut data UNAIDS (2007) dalam konteks program pencegahan HIV, penggunaan kondom secara konsisten menjadi salah satu indikator outcome yang penting. Peningkatan penggunaan kondom secara konsisten bagi MARP diasumsikan akan menurunkan insiden baru infeksi

HIV dan dalam jangka panjang menahan laju epidemi HIV. Penggunaan kondom secara konsisten yang dimaksud dalam penelitian ini adalah penggunaan kondom dalam setiap hubungan seks yang dilakukan oleh waria terutama dengan klien komersial mereka.

Jadi dapat dikatakan bahwa salah satu indikator perubahan perilaku terpenting dalam hampir semua Intervensi Perubahan Perilaku (IPP) untuk pencegahan HIV adalah peningkatan penggunaan kondom secara konsisten pada setiap hubungan seks berisiko. Hubungan seks berisiko adalah hubungan seks penetratif yang berganti-ganti pasangan dan tidak menggunakan pengaman atau kondom. Penggunaan kondom adalah *barrier method* untuk mencegah terjadinya pertukaran cairan sperma, sebagaimana telah dijelaskan di bagian awal tadi.

Program pencegahan dengan penggunaan kondom belum kelihatan efektif pada WPS, pelanggan, waria dan LSL. Beberapa kendala upaya pencegahan melalui transmisi seksual selama ini adalah tidak adanya jaminan kepastian dana untuk penyediaan kondom oleh pemerintah, masih belum adanya kebijakan yang mendukung dan tingginya penolakan masyarakat dalam isu kondom sebagai alat pencegah penularan HIV, serta terbatasnya promosi secara luas tentang penggunaan kondom di masyarakat. Kestinambungan program dapat dilihat dari berbagai aspek, antara lain peraturan dan kelembagaan serta anggaran belanja.

Uraian di atas menunjukkan bahwa penggunaan kondom merupakan salah satu strategi di dalam penanggulangan HIV/ AIDS ini. Namun promosi penggunaan kondom sering menghadapi kendala. Diantaranya bahwa masih banyak kelompok masyarakat yang khawatir promosi kondom akan mendorong sebagian masyarakat untuk berperilaku seksual yang berisiko. Demikian juga masih banyaknya mitos atau pendapat keliru yang mendorong rendahnya penggunaan kondom pada pria yang melakukan hubungan seksual berisiko, misalnya mengurangi kenikmatan seksual, tidak praktis, dan kondom tidak bermanfaat (Riono, 1999).

Berdasarkan informasi dari Ditjen PPM & PL (2003) hasil survei menunjukkan bahwa penjualan kondom melalui *social marketing* mencapai hasil yang baik dan terus meningkat. *Social marketing* kondom yang dilakukan telah berhasil mendapatkan pangsa pasar penjualan sejumlah 2-3 juta kondom perbulan di tahun 2001. Disamping itu, pemerintah secara nasional mendistribusikan kondom melalui BKKBN dengan program multifungsi kondom yaitu selain untuk pencegahan kehamilan, juga untuk pencegahan penularan HIV/AIDS dan IMS. Pemerintah pun secara insidental juga menyediakan kondom.

Pada kelompok resiko tinggi khususnya waria, salah satu alternatif perilaku positif dalam mencegah HIV/AIDS agar tidak tertular dan menularkan kepada pelanggan maupun individu lain dalam melakukan hubungan seksual

dengan melaksanakan salah satu cara seks aman (Djoerban, 2003), yaitu :

- a. Mewajibkan pelanggan untuk memakai kondom
- b. Memakai kondom khusus untuk dirinya sendiri (*female condom*)
- c. Memakai kondom kedua-duanya

Kajian Strategi dan Kebijakan

Pencegahan HIV

Intervensi Perubahan Perilaku (IPP) merupakan salah satu pendekatan dan strategi intervensi pencegahan HIV. Intervensi ini mengkombinasikan tipe-tipe intervensi pada level individu, kelompok dan komunitas. Pendekatan ini adalah pendekatan kesehatan masyarakat berbasis komunitas (*community-based behavior change intervention*), bukan berbasis layanan kesehatan yang biasanya hanya mengusung *biomedic intervention*. Pelaksanaan utama IPP adalah organisasi non pemerintah seperti LSM, CBO (*Community Based Organization*) dan FBO (*Faith Based Organization*). Sebagai lembaga yang terbiasa erhadapan dengan MARP yang biasanya termarginalkan secara sosial, kultural dan geografis, lembaga-lembaga ini lebih mampu memperoleh akses ke dalam kelompok-kelompok. Mereka telah lama terlibat di dalam melakukan pendidikan kesehatan termasuk distribusi kondom dan media KIE serta rujukan ke layanan terkait IMS, HIV dan AIDS.

Tipe intervensi yang menjadi platform biasanya adalah *outreach* dan *peer outreach* atau penjangkauan dan pendampingan, dilakukan petugas lapangan dari LSM yang langsung menjangkau dan mendampingi MARP di tempat mereka biasa berada (bar, pub, karaoke, panti pijat, warung remang, pelabuhan, stasiun, terminal, taman kota, mall dan hotspot atau tempat-tempat nongkrong khas lain). *Outreach* biasanya dilakukan secara individual dan kelompok (2-8 orang).

Kesimpulan

HIV/ AIDS pada kelompok waria sebagai populasi berisiko sudah sampai pada tahap yang menguatirkan. Penggunaan kondom dalam melakukan hubungan seks harus dipromosikan secara intens sehingga penyebaran virus HIV dapat dicegah.

Kepustakaan

- Aditya, E (2012). Perilaku Penggunaan Kondom Secara Konsisten Untuk Pencegahan HIV: Suatu Studi Kualitatif Pada Pekerja Seks Laki-Laki Berbasis Panti Pijat di Jakarta. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Bai, H. et al. (2011) 'A survey of HIV infection and related high-risk factors among men who have sex with men in Suzhou, Jiangsu, China', *Journal of Biomedical Research*. doi: 10.1016/S1674-8301(11)60002-X.
- Cai, A. J. et al. (2016) 'HIV infection and associated factors in men who have sex with men and also with women in Urumqi from 2010 to 2014', *Zhonghua liu xing bing xue za zhi = Zhonghua liuxingbingxue zazhi*. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2016.11.015.
- Depkes RI., 2007. Situasi HIV / AIDS di Indonesia. Jakarta.

- Depkes RI. (2010). Situasi dan Respon Pengendalian HIV dan AIDS di Indonesia. Paparan dr. Endang Rahayu Sedyaningsih, MPH, DR.PH Menteri Kesehatan RI pada Rapat Pleno Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Jakarta. Departemen Kesehatan.
- Ditjen PPM & PL Depkes RI. Pedoman Nasional - Perawatan, dukungan dan pengobatan bagi ODHA. Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2003.
- Djauzi S, Djoerban Z. 2003. Penatalaksanaan Infeksi HIV di Pelayanan Kesehatan Dasar, Pokdisus AIDS FKUI/RSCM dan Yayasan Pelita Ilmu, Jakarta
- Glanz, Lewis, dan BK. Rinner. Health Behavior and Health Education. San Fransisco: Jossey-Bass, 1997.
- Kana, I. M. ., Nayoan, C. R. and Limbu, R. (2016) 'GAMBARAN PERILAKU PENCEGAHAN HIV DAN AIDS PADA LELAKI SUKA LELAKI (LSL) DI KOTA KUPANG TAHUN 2014', Unnes Journal of Public Health. doi: 10.15294/ujph.v5i3.10995.
- Karinina, 2007.. Penyimpangan Identitas Dan Peran Jender: Pendekatan Penelitian Masalah Kesejahteraan Sosial Waria. Sosio Informa. Puslitbangkesos.
- KPA Jawa Barat., 2010. Strategi Penanggulangan HIV AIDS Jawa Barat Tahun 2001-2008, Bandung.
- Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. Strategi dan rencana Aksi Nasional Penanggulangan HIV dan AIDS 2010-2014. Jakarta : KPAN, 2010.
- Mantra, LB. 1994. AIDS dan Wanita. Jakarta: Pusat PKM, Depkes.
- Mallon, Gerald. P & Decrescenz, Teresa. (2006). Transgender Children and Youth: A Child Welfare Practice Perspective. <http://proquest.umi.com/pdf/>. Diakses tanggal 20 November 2013
- Mellisa, (2006). Data Collection with Vulnerable Populations: Issues and Practice Tips. <http://www.evaluationcanada.ca>, diakses tanggal 20 November 2013.
- Riono, P. 1999. Gambaran Singkat Gejala Penyakit Menular Seksual. Center for Health Research University of Indonesia, Jakarta.
- Russell, Stephen T. (2010). Contradictions and Complexities in the Lives of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Youth. <http://www.TPRonline.org> The Prevention Researcher, diakses tanggal 20 November 2013.
- Saiful, Jazant & Riono, Pandu. (2004). The Current Situation of the HIV/AIDS Epidemic in Indonesia. New York.

- <http://proquest.umi.com/pqdweb>. Diakses tanggal 20 November 2013.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2004). *Community and Public Health Nursing*. 6th edition. USA: Mosby.
- Sunarto., 2001. *Buku Pedoman Komisi Penanggulangan HIV/AIDS Provinsi Kabupaten Kota*, Jakarta.
- Surveilans Terpadu Biologis Perilaku (STBP) pada kelompok berisiko tinggi di Indonesia (2007). *Rangkuman Surveilans Waria*. <http://www.aidsindonesia.or.id>. Diakses tanggal 20 November 2013.
- United Nations on AIDS. *A Framework for Monitoring and Evaluating HIV Prevention Programme for Most At Risk population*. Geneva: UNAIDS, 2007.
- Wirawan, S. 1991. *Aspek Perilaku Dalam Penularan AIDS*. Dalam Ditjen PPM & PL, 1991. *AIDS, Petunjuk untuk Petugas Kesehatan*. Ditjen PPM & PL, Depkes, Jakarta.

6

Penerapan Hak-Hak Konsumen KB dan Kepuasan Pelayanan Kontrasepsi

Dr.Tetty Rina A.S.,SST., M.Keb

Hak-hak Konsumen Keluarga

Berencana (KB)

Rumusan hak-hak konsumen KB disadur dari hak-hak klien yang diterbitkan oleh *International Planned Parenthood Federation (IPPF)*, kemudian rumusan ini diolah kembali dalam sebuah lokakarya “Peningkatan Kualitas Pelayanan Kontrasepsi: Upaya memenuhi Kebutuhan Konsumen” yang diadakan di Yogyakarta pada tahun 1997.

Hak Informasi

Hak informasi adalah hak untuk mengetahui segala manfaat dan keterbatasan pilihan metoda perencanaan keluarga. Setiap metode kontrasepsi alamiah maupun modern, masing-masing memiliki kelebihan dan kekurangan. Cukup banyak memang manfaat yang akan dirasakan dari setiap metode tersebut namun jangan lupa ada pula keterbatasannya. Oleh karena itu sudah semestinya apabila konsumen mengetahui hal tersebut, sebagai pemenuhan salah satu haknya. Selama ini konsumen KB kurang memperoleh informasi yang lengkap mengenai alat kontrasepsi yang ada. Apa kehebatannya atau kelebihan spiral, *Cooper-T*, suntikan, *norplant*, kondom, tablet. Disamping juga karakteristik alat kontrasepsi tersebut cocok untuk konsumen seperti apa dan resiko *side effect* yang mungkin akan ditimbulkannya, resiko kegagalan dan juga biayanya. Informasi yang paling dasar tersebut perlu diberikan kepada siapapun calon konsumennya, baik mereka yang membayar alat dan jasa KB maupun mereka yang tidak membayarnya. Tidak ada atau kurangnya informasi secara langsung akan merugikan konsumen

disamping juga akan sangat mungkin dapat memberikan image kurang baik terhadap program KB.

Hak Akses

Hak Akses adalah hak untuk memperoleh pelayanan tanpa membedakan jenis kelamin, agama, kepercayaan, suku, status perkawinan dan lokasi. Maksudnya bahwa pelayanan KB mestinya dinikmati oleh siapa saja sebagai pelaksanaan dari pemenuhan hak reproduksi bagi setiap individu. Adanya perbedaan jenis kelamin, agama dan kepercayaan, suku, status perkawinan dan lokasi yang berbeda-beda seharusnya tidak menghambat pemberian pelayanan yang sebaik-baiknya.

Hak Pilihan

Hak pilihan adalah hak untuk memutuskan secara bebas dalam memilih dan menerapkan metode KB. Pada dasarnya setiap orang memiliki kebebasan untuk menentukan pilihan dengan alat yang mana ia akan ber-KB. Setiap individu berhak menentukan apakah akan memakai kontrasepsi atau tidak dan mempunyai hak untuk bebas memilih jenis kontrasepsi apa yang hendak dipakai, sepanjang memenuhi persyaratan medis dengan mempertimbangkan penggunaan kontrasepsi rasional. Hak untuk memilih ini berkaitan dengan hak untuk menghentikan dan mengganti cara atau jenis kontrasepsi. Penghentian dan penggantian cara kontrasepsi ini berkaitan dengan problem kesehatan terkait, pengalaman atau efek samping yang kurang menyenangkan pada pemakai serta perubahan situasi pada konsumen. Selain itu konsumen juga berhak memilih tempat pelayanan sesuai dengan keinginannya.

Hak Keamanan

Hak keamanan adalah hak untuk memperoleh pelayanan yang aman dan efektif. Masalah pelayanan KB ini sangat berkaitan erat dengan pelayanan medis. Dalam pelayanan medis prosedur pelayanan telah diatur cukup ketat agar keamanan konsumen dan keefektifan pelayanan dapat terjaga. Aman berarti pelayanan yang diberikan dapat meminimalkan efek samping yang dapat muncul serta mengurangi kelemahan-kelemahannya. Efektif berarti pelayanan yang diberikan dapat mengoptimalkan hasil yang diharapkan, sehingga konsumen sebenarnya dapat berfikir kritis dan memberikan penilaian apakah pelayanan yang diberikan cukup aman serta efektif.

Hak Privasi

Hak privasi adalah hak untuk mendapatkan privasi dalam konseling dan pelayanan KB. Secara sederhana konseling digambarkan sebagai suatu proses komunikasi yang melibatkan dua pihak di mana masing-masing pihak mempunyai peran yang berbeda. Satu pihak disebut sebagai konselor dan pihak lain disebut sebagai klien. Suasana yang diharapkan tercipta dalam konseling tersebut adalah komunikasi yang terjadi bersifat dua arah dan konselor tidak mendikte atau menggurui kliennya. Dalam bekerja konselor diikat oleh kode etik tertentu yang harus dipatuhi. Pelanggaran terhadap kode etik ini tentu salah satunya akan berdampak buruk bagi kliennya. Salah satu kode etik yang harus dipatuhi oleh konselor adalah menjaga privasi klien. Maksudnya pada saat konselor mengadakan konseling, klien harus diberi situasi yang dapat membuat klien secara psikologis merasa aman sehingga klien leluasa untuk mengungkapkan pikiran dan pertanyaan-pertanyaan.

Untuk menciptakan situasi tersebut idealnya konseling dilakukan di tempat tertutup. Namun jika tidak memungkinkan orang lain dapat melakukan intervensi, mendengarkan ataupun mengerti isi konseling yang tengah berlangsung. Selain hak privasi dalam konseling konsumen juga berhak atas privasi dalam pelayanan KB. Pelayanan KB sangat berkaitan erat dengan pelayanan medis khususnya menyangkut pemasangan alat-alat kontrasepsi modern. Dalam pemasangan alat-alat kontrasepsi tersebut sangat diperlukan suasana yang dapat menjamin privasi seseorang. Misalnya IUD jelas tidak mungkin di pasang ditempat kerja yang terbuka atau tertutup tetapi masih dapat disaksikan oleh orang lain selain petugas.

Hak Kerahasiaan

Hak kerahasiaan adalah hak mendapatkan jaminan bahwa informasi pribadi yang diberikan akan dirahasiakan. Satu lagi hak bagi konsumen sekaligus merupakan kode etik yang harus dipatuhi oleh penyedia layanan. Hak kerahasiaan ini cukup penting karena pelayanan KB secara langsung berhubungan dengan alat-alat reproduksi yang dimiliki oleh manusia. Alat-alat reproduksi tersebut masih mempunyai arti yang khusus bagi setiap orang, karenanya berbagai masalah yang berkaitan dengannya juga perlu mendapat perlakuan khusus. Penyedia layanan sangat dituntut untuk mematuhi hal ini. Dia tidak boleh mengatakan pada orang lain alat KB yang sering dipakai oleh klien-kliennya. Dia juga tidak boleh menceritakan pada orang lain mengapa si A tidak mau memakai alat X tapi Y atau mengapa si B tidak mau memakai alat kontrasepsi apapun ataupun mengapa si C sekarang hamil lagi. Sikap profesional jelas harus dimiliki oleh penyedia layanan untuk menegakkan hak bagi konsumen.

Hak Harkat

Hak harkat adalah hak untuk mendapatkan pelayanan secara manusiawi, penuh penghargaan dan perhatian. Adalah kewajiban bagi setiap individu yang terlibat sebagai penyedia layanan (termasuk konselor KB) untuk memberikan pelayanan yang manusiawi, menunjukkan sikap menghargai dan memberikan perhatian yang sama tanpa membedakan. Sekalipun secara subjektif penyedia layanan mempunyai penilaian dan kesan yang berbeda pada setiap orang, perbedaan perlakuan harus diminimalkan dalam rangka bersikap profesional.

Hak Berpendapat

Hak berpendapat adalah hak untuk menyatakan pendapat secara bebas terhadap pelayanan yang ditawarkan. Konsumen tentu berhak menyatakan pendapat dan sikap atas penawaran yang diberikan kepadanya tentu saja dengan alasan-alasan yang cukup masuk akal. Dengan hak ini konsumen sangat mungkin menyatakan pendapatnya jika mereka tidak setuju dengan pelayanan yang diberikan atau sebaliknya sangat menginginkan pelayanan tertentu. Komentar atas pelayanan ini harus diterima lapang dada sebagai bahan bagi upaya peningkatan mutu pelayanan. Sikap kritis dan pengetahuan yang memadai tentang berbagai metode kontrasepsi sangatlah diperlukan agar konsumen dapat mempergunakan hak yang satu ini.

Hak Kenyamanan

Hak kenyamanan adalah hak untuk memperoleh kenyamanan dalam pelayanan, meskipun penyediaan sarana secara fisik tidak dipungkiri dapat menciptakan kenyamanan bagi konsumen penyedia layanan seringkali terlupa bahwa bukan hanya itu satu-satunya cara untuk

menciptakan keamanan. Ada hal lain yang juga harus diperhatikan yaitu kenyamanan psikologis yang harus diciptakan oleh penyedia layanan melalui pemenuhan beberapa hak yang telah diuraikan sebelumnya bagi konsumen pada penyedia layanan sehingga mereka pun merasa nyaman. Jadi kenyamanan dalam pelayanan meliputi dua hal sekaligus yaitu nyaman yang tercipta dari sarana fisik dan nyaman secara psikologis yang tercipta dari pelayanan yang baik.

Hak Keberlangsungan

Hak keberlangsungan adalah hak untuk mendapatkan jaminan ketersediaan metoda KB secara lengkap dan pelayanan berkesinambungan selama diperlukan. Sudah menjadi konsekuensi yang harus ditanggung oleh penyedia layanan untuk menyediakan segala sarana dan prasarananya ketika metode KB terutama alat-alat kontrasepsi modern ditawarkan. Faktor yang ditekankan bukan hanya pada saat pertama kali alat dikonsumsi oleh konsumen, namun perlu juga dipikirkan mengenai ketersediaan alat sesuai dengan kebutuhan dan keinginan konsumen serta kesinambungannya. Dalam masalah penggunaan alat kontrasepsi ini penyedia layanan cukup tahu bahwa tidak mudah untuk begitu saja mengganti alat yang berbeda bagi konsumen yang sudah cocok menggunakan jenis tertentu. Seharusnya cukup banyak pertimbangan yang harus dipikirkan ketika menawarkan penggantinya.

Hak Ganti Rugi

Hak ganti rugi adalah hak untuk mendapatkan ganti rugi apabila terjadi pelanggaran terhadap hak konsumen. Sebagaimana disebutkan dimuka ternyata efek samping

atau resiko penggunaan alat kontrasepsi tidak saja berupa materi tetapi juga gangguan kesehatan serta keselamatan jiwa konsumen disamping juga kerugian psikologis. Adapun bentuk kerugian yang dialami konsumen harus diberikan kompensasi atau ganti rugi sesuai hak yang dilanggar. Seperti jika terjadi kehamilan pada saat akseptor memakai alat atau metoda kontrasepsi dengan baik dan benar maka akan di beri ganti rugi berupa uang.

Kepuasan Pelayanan Kontrasepsi

Faktor terpenting yang saat ini perlu diperhatikan adalah kepuasan pasien. Jika pasien tidak puas dia akan menghentikan hubungannya dengan kita. Semua usaha perlu dilakukan untuk mencapai kualitas pelayanan yang terbaik, dan memberikan pelayanan yang unggul tidak ada artinya sama sekali jika tidak berusaha memuaskan pasien.

Philip Kotler (2007), menyatakan bahwa: Kepuasan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang muncul setelah membandingkan antara persepsi/kesannya terhadap kinerja (atau hasil) suatu produk dan harapan-harapannya.

Menurut Gerson (2004) mendefinisikan bahwa: "Kepuasan pelanggan adalah persepsi pelanggan bahwa harapannya telah terpenuhi atau terlampaui". Sedangkan menurut Gundersen dkk dalam Dwi Suhartanto (2001) dari studi yang telah dilakukan mendefenisikan sabagai berikut:

"Customer satisfifaction is a post consumption evaluate judgement concerning a specific product or services"

Kepuasan adalah perasaan senang seseorang karena pelayanan yang didapatkan sama atau melebihi dari yang diharapkan. Jadi jasa yang bisa memuaskan adalah jasa yang memberikan sesuatu yang dicari oleh konsumen sampai pada tingkat cukup. Dalam konteks "customer behaviour" kepuasan lebih banyak didefinisikan dari perspektif pengalaman konsumen setelah menggunakan atau mendapatkan pelayanan / jasa. Salah satu definisinya seperti dikemukakan oleh Oliver R (1980) "Kepuasan adalah respon pemenuhan dari konsumen". Kepuasan adalah harapan pelanggan yang dapat dibentuk oleh pengalaman masa lampau, komentar dari kerabatnya serta janji dan informasi pemasar dan saingannya .

Kepuasan bisa diartikan sebagai upaya pemenuhan sesuatu akan membuat sesuatu memadai. Menurut Oliver kepuasan adalah tanggapan pelanggan atas terpenuhinya kebutuhan; sedangkan menurut Kottler (1997) mendefinisikan kepuasan pelanggan adalah kepuasan atau kekecewaan yang dirasakan oleh konsumen setelah membandingkan antara harapan dengan kenyataan yang ada. Robert F. Lusch et al (1987) berpendapat bahwa, kepuasan konsumen tumbuh apabila yang dirasakan lebih tinggi dari harapan yang didapatkan setelah memakai atau menggunakan suatu produk, sedangkan ketidakpuasan konsumen adalah jika tampilan lebih rendah dari harapan yang didapatkan setelah menggunakan suatu produk.

Tjiptono (1998) menerangkan bahwa "Kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian (disconfirmation) yang dirasakan antara harapan sebelumnya atau harapan kinerja lainnya dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah memakainya. Dari batasan batasan di atas, jelas tercermin bahwa setelah membeli suatu produk, pelanggan

membandingkan dengan harapannya. Setelah itu, pelanggan mengungkapkan perasaan puas atau tidak puas. Jika pelanggan merasa tidak puas, institusi pemasar harus memutuskan bahwa hal itu disebabkan oleh harapan pelanggan yang terlalu tinggi dibandingkan dengan apa yang diperolehnya.

Dimensi kepuasan konsumen KB

Dimensi kepuasan dapat dibedakan atas dua macam:

Pertama, kepuasan yang mengacu pada penerapan kode etik serta standar pelayanan profesi kebidanan. Kepuasan yang dimaksud pada dasarnya mencakup penilaian terhadap kepuasan pasien mengenai:

a) Hubungan bidan dengan pasien.

Hubungan antara pasien dan bidan yang baik karena kepekaan, kepedulian dan perhatian bidan terhadap pasien yang memungkinkan bidan dapat memberikan penjelasan terhadap semua informasi tindakan yang diperlukan pasien. Pasien mengerti, menerima dan menyetujuinya.

b) Kenyamanan pelayanan

Menyelenggarakan suatu pelayanan yang nyaman adalah salah satu dari kewajiban etik.

c) Kebebasan melakukan pilihan

Suatu pelayanan kebidanan yang bermutu apabila kebebasan memilih ini dapat diberikan oleh bidan.

d) Pengetahuan dan kompetensi teknis (scientific knowledge dan technical skill)

Makin tinggi pengetahuan dan tingkat kemampuan teknis bidan akan lebih meningkatkan mutu pelayanan kebidanan.

e) Efektivitas pelayanan (effectiveness)

Makin efektif pelayanan yang diberikan oleh bidan, makin tinggi mutu pelayanannya.

Kedua, kepuasan yang mengacu pada penerapan semua persyaratan pelayanan kebidanan. Suatu pelayanan dikatakan bermutu bila penerapan semua persyaratan pelayanan kebidanan dapat memuaskan pasien. Ukuran pelayanan kebidanan yang bermutu adalah:

- a) Ketersediaan pelayanan kebidanan (available).
- b) Kewajaran pelayanan kebidanan (appropriate).
- c) Kesenambungan pelayanan kebidanan (continue).
- d) Penerimaan jasa pelayanan kebidanan (acceptable).
- e) Ketercapaian pelayanan kebidanan (accessible).
- f) Keterjangkauan pelayanan kebidanan (affordable).
- g) Efisiensi pelayanan kebidanan (efficient).
- h) Mutu pelayanan kebidanan (quality).

Terciptanya kualitas layanan tentunya akan menciptakan kepuasan terhadap pengguna layanan. Kualitas layanan ini pada akhirnya dapat memberikan beberapa manfaat, di antaranya terjalinnya hubungan yang harmonis antara penyedia barang dan jasa dengan pelanggan, memberikan dasar yang baik bagi terciptanya loyalitas pelanggan dan membentuk suatu rekomendasi dari mulut ke mulut (*word of mounth*) yang menguntungkan bagi penyedia jasa tersebut.

Menilai suatu kualitas jasa, konsumen membandingkan antara *expected service* dengan *perceived service*. Dalam proses penilaian tersebut “*customers evaluate service by comparing the service they perceive they had received with their expectation of what should have received.*” *Expected service* menunjuk pada harapan konsumen terhadap suatu pelayanan yang merupakan fungsi dari *personel need, word of mouth communication, past experience* dan *external communication to customers*. Adapun pengertian “*expectations*” menurut Parasuraman dan Berry (1990) adalah merupakan standar perbandingan yang biasa digunakan dalam dua cara yang berbeda yaitu: “*What customer believe will occur in a service encounter (predictions) and what customers want to occur (desires)*”, yang berarti apa yang akan dipikirkan pelanggan dalam menghadapi pelayanan (persepsi) dan apa yang ingin dipikirkan pelanggan (keinginan).

Kualitas jasa merupakan segala sesuatu yang memfokuskan pada usaha untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan konsumen yang disertai dengan ketepatan dalam menyampaikannya sehingga tercipta kesesuaian yang seimbang dengan harapan konsumen. Kepuasan konsumen akan kualitas jasa dapat didefinisikan dengan membandingkan antara persepsi layanan yang diterimanya dengan ekspektasi layanan yang dirasakannya. Sesuai atau tidaknya jasa yang disampaikan oleh penyedia jasa akan menciptakan suatu perilaku tertentu dari konsumen. Berdasarkan penjelasan dari beberapa ahli diatas, maka dapat diartikan bahwa kepuasan pasien merupakan fungsi dari persepsi/kesan atas kinerja dan harapan. Jika kinerja pelayanan berada dibawah harapan para klien maka pasien tidak merasa puas. Jika kinerja melebihi harapan,

kebutuhan pasien terpenuhi dari pelayanan kontrasepsi, maka pasien merasa puas dan senang.

Konsumen adalah mereka yang memanfaatkan hasil dari suatu badan, perusahaan, institusi, atau sering juga disebut sebagai orang yang mau membelanjakan uangnya untuk membeli suatu yang ditawarkan oleh suatu badan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Zeithaml et al (1990) disimpulkan bahwa kepuasan konsumen dalam bisnis pelayanan diukur dari kesenjangan antara ekspektasi dan persepsi pelanggan tentang pelayanan yang akan diterima. Sebagian besar selisih ini adalah negatif. Semakin kecil negatifnya, semakin baik. Biasanya perusahaan dengan tingkat pelayanan yang baik, akan mempunyai gap yang lebih kecil dari $-(\text{minus}) 1.0$. Ekspektasi pelanggan mempunyai dua pengertian:

1. Apakah yang pelanggan harapkan akan terjadi pada saat layanan disampaikan (prediksi)
2. Apakah yang diinginkan pelanggan untuk terjadi (harapan).

Secara tradisional pengertian kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan merupakan perbedaan antara harapan (*expectation*) dan persepsi atau kinerja yang dirasakan (*perceived performance*). Pengertian ini didasarkan pada "*disconfirmation paradigm*" dari Oliver (1997) yaitu kinerja pemberi jasa sekurang-kurangnya sama dengan yang diharapkan pelanggan. Selain itu, Engel et al (1995) mendefinisikan, kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan merupakan nilai purna pembelian di mana alternatif yang dipilih sekurang-kurangnya sama atau melampaui harapan pelanggan.

Kotler (1997) mendefinisikan kepuasan pelanggan adalah kepuasan atau kekecewaan yang dirasakan oleh

konsumen setelah membandingkan antara harapan dengan kenyataan yang ada. Robert F. Lusch et al (1987) berpendapat bahwa, kepuasan konsumen tumbuh apabila yang dirasakan lebih tinggi dari harapan yang didapatkan setelah memakai atau menggunakan suatu produk, sedangkan ketidakpuasan konsumen adalah jika tampilan lebih rendah dari harapan yang didapatkan setelah menggunakan suatu produk.

Tjiptono (1998) menerangkan bahwa “Kepuasan atau ketidakpuasan pelanggan adalah respon pelanggan terhadap evaluasi ketidaksesuaian (*disconfirmation*) yang dirasakan antara harapan sebelumnya atau harapan kinerja lainnya dan kinerja aktual produk yang dirasakan setelah memakainya. Dari batasan batasan di atas, jelas tercermin bahwa setelah membeli suatu produk, pelanggan membandingkan dengan harapannya. Setelah itu, pelanggan mengungkapkan perasaan puas atau tidak puas. Jika pelanggan merasa tidak puas, institusi pemasar harus memutuskan bahwa hal itu disebabkan oleh harapan pelanggan yang terlalu tinggi dibandingkan dengan apa yang diperolehnya. Adapun pengertian “*expectations*” menurut Parasuraman dan Berry (1990) adalah merupakan standar perbandingan yang biasa digunakan dalam dua cara yang berbeda yaitu: “*What customer believe will occur in a service encounter (predictions) and what customers want to occur (desires)*”, yang berarti apa yang akan dipikirkan pelanggan dalam menghadapi pelayanan (persepsi) dan apa yang ingin dipikirkan pelanggan (keinginan).

Di dalam memberikan pelayanan jasa tidak dapat dipisahkan dengan kegiatan operasional layanan. Dengan demikian, terbentuknya harapan atas layanan (*expected service*) dari para pelanggan dipengaruhi oleh berbagai

kegiatan produksi seperti pengajaran dan distribusi bahan, pemasaran seperti iklan, promosi, penjualan dan harga. Dari kutipan tersebut di atas, jelaslah bahwa lembaga perlu mengetahui perspektif konsumen karena dengan adanya perspektif konsumen, lembaga dapat mengukur tingkat kepuasan, kesetiaan, retensi dan keuntungan konsumen.

Banyak survey hasil penelitian di luar negeri menunjukkan bahwa pelanggan yang puas umumnya akan menceritakan kepada sekitar 2-4 orang. Sebaliknya apabila mereka tidak puas akan menceritakan pada 8-12 orang. Di Indonesia hasil survey frontier menunjukkan bahwa pelanggan yang puas dan tidak puas menceritakan pada orang lain hampir sama banyaknya.

Mengukur Kepuasan Pelanggan

Ada beberapa metode yang bisa dipergunakan setiap perusahaan untuk mengukur kepuasan pelanggan. Kotler, dkk (2004) mengidentifikasi empat metode untuk mengukur kepuasan pelanggan, yaitu :

a. Sistem Keluhan dan Saran

Setiap organisasi yang berorientasi pada pelanggan (*customer-oriented*) memberikan kesempatan yang luas kepada pelanggannya untuk menyampaikan saran dan keluhan. Misalnya dengan cara menyediakan kotak saran, kartu komentar, customer hot lines, e-mail, atau halaman web. Semua informasi yang mengalir tersebut memberikan perusahaan banyak ide-ide bagus dan membuat mereka mampu bereaksi secara cepat dalam menyelesaikan masalah pelanggan.

b. *Ghost shopping*

Salah satu cara memperoleh gambaran mengenai kepuasan pelanggan adalah dengan cara mengerjakan beberapa orang untuk berperan atau bersikap seperti pembeli potensial. Selanjutnya, mereka harus melaporkan temua-temuannya. Baik yang positif maupun negatif tentang produk perusahaan dan produk pesaing. Selain itu para ghost shopper juga mengamati cara penanganan setiap keluhan.

Selain menyewa, manager perusahaan itu sendiri juga dapat melakukan pengamatan langsung terhadap perusahaan pesaing. Karena dia tidak dikenal oleh pesaing, maka dia akan diterima sebagai konsumen biasa. Dan varian dari tool ini adalah : manajer menelpon kepada perusahaannya sendiri, lalu menyampaikan keluhan. Tujuannya, manajer ingin mengetahui bagaimana cara penanganan terhadap keluhan tersebut.

c. *Lost customer analysis*

Sedapat mungkin perusahaan seyogyanya menghubungi para pelanggan yang berhenti membeli produk perusahaan atau pindah pesaing untuk mengetahui dengan pasti apa penyebabnya dengan mengadakan *exit interview*. Selain itu *customer loss rate* juga harus secara kontinyu dimonitor. Peningkatan customer loss rate menunjukkan kegagalan perusahaan dalam memuaskan pelanggan.

d. *Survei Kepuasan Pelanggan*

Hasil studi menyatakan bahwa meskipun konsumen merasa tidak puas, tetapi kurang dari 5% dari mereka yang melakukan komplain/mengeluh. Tindakan yang umum adalah membeli lebih sedikit atau pindah ke produk pesaing. Dengan perkataan lain, tingkatan komplain bukan

merupakan indikator yang baik untuk mengukur kepuasan pelanggan. Perusahaan yang responsif mengukur secara langsung kepuasan pelanggan dengan cara mengadakan survey secara periodik. Caranya dengan menggunakan kuesioner atau telepon. Perusahaan juga meminta tolong pembeli untuk mengungkapkan cara pandang mereka terhadap kinerja pesaing.

Gerson Richard (2004) menyatakan tujuh alasan utama mengapa perlu dilakukan pengukuran kepuasan :

- a. Mempelajari persepsi pasien karena pasien mempunyai sifat individual.
- b. Menentukan kebutuhan, keinginan, persyaratan dan harapan pasien.
- c. Untuk menutupi kesenjangan.
- d. Memeriksa apakah peningkatan mutu pelayanan dan kepuasan pasien sesuai harapan atau tidak.
- e. Peningkatan kinerja membawa peningkatan laba.
- f. Untuk mempelajari apa yang harus dilakukan kemudian.
- g. Untuk menerapkan proses perbaikan yang berkesinambungan.

Pengaruh Penerapan Hak-hak Konsumen KB terhadap Kepuasan Pelayanan Kontrasepsi

Tingkat kepuasan konsumen terhadap pemenuhan hak informasi oleh bidan belum memenuhi harapan konsumen, skor tingkat kepuasan pada bidan delima mencapai 86% dan non delima 77% sedangkan tingkat kepuasan

konsumen bidan non delima belum mencapai harapan konsumen dengan skor 87%. Temuan ini mengindikasikan adanya kondisi dimana informasi yang diberikan tentang jenis-jenis kontrasepsi, cara kerja kontrasepsi yang dipakai, kemungkinan efek samping, kelebihan dan kekurangan setiap alat kontrasepsi pada sebagian konsumen belum terpenuhi.

Tingkat kepuasan konsumen terhadap pemenuhan hak pilihan sudah mencapai harapan konsumen, skor tingkat kepuasannya 100% sedangkan tingkat kepuasan konsumen bidan non delima belum mencapai harapan konsumen dengan skor 87%. Temuan ini mengindikasikan adanya kondisi dimana pilihan terhadap metode kontrasepsi sudah terpenuhi meskipun masih belum sempurna.

Tingkat kepuasan konsumen terhadap pemenuhan hak privasi sudah mencapai harapan konsumen, skor tingkat kepuasannya 102% sedangkan tingkat kepuasan konsumen bidan non delima hampir mendekati harapan konsumen dengan skor 95%. Pemenuhan hak privasi pada saat konseling berlangsung digambarkan sebagai suatu proses komunikasi yang melibatkan dua pihak di mana masing-masing pihak mempunyai peran yang berbeda.

Tingkat kepuasan konsumen terhadap pemenuhan hak harkat sudah mencapai harapan konsumen dimana skor tingkat kepuasannya 103% sedangkan tingkat kepuasan konsumen bidan non delima hampir mendekati harapan konsumen dengan skor 92%. Temuan ini mengindikasikan adanya kondisi dimana pemenuhan terhadap hak harkat saat pelayanan kontrasepsi sudah terpenuhi dengan petugas cukup ramah dan menghargai ibu di samping penjelasan yang di berikan petugas juga dapat di mengerti walaupun kadang-kadang sikap petugas terkesan seperti menggurui, tetapi hal tersebut tidak terlalu menonjol.

Tingkat kepuasan konsumen terhadap pemenuhan hak kenyamanan sudah hampir mencapai harapan konsumen dimana skor tingkat kepuasannya 97% sedangkan tingkat kepuasan konsumen bidan non delima belum mencapai harapan konsumen dengan skor 87%. Temuan ini mengindikasikan adanya kondisi dimana konsumen merasa nyaman saat konsultasi, petugas dirasa cukup sabar, walaupun kadang-kadang petugas tidak punya cukup waktu.

Tingkat kepuasan konsumen terhadap pemenuhan hak berpendapat sudah hampir mencapai harapan konsumen dimana skor tingkat kepuasannya 99% sedangkan tingkat kepuasan konsumen bidan non delima belum mencapai harapan konsumen dengan skor 90%. Temuan ini mengindikasikan adanya kondisi dimana petugas tidak mempersilahkan akseptor untuk bertanya dan bidan tidak selalu menanggapi pendapat konsumen dengan baik. Kemungkinan yang lain adalah dari pihak konsumen lebih senang di beritahu daripada bertanya.

Skor tingkat kepuasan konsumen KB bidan delima lebih tinggi dibandingkan dengan bidan non delima. Dengan kata lain konsumen KB bidan delima lebih merasa puas pada pelayanan KB yang dilakukakan oleh bidan. Hasilnya dapat diketahui bahwa nilai p value untuk semua hak konsumen KB memiliki nilai $< 5\%$. Hal ini mengindikasikan bahwa terdapat perbedaan tingkat kepuasan yang signifikan. Artinya konsumen KB pada bidan delima dan bidan non delima memiliki tingkat kepuasan yang berbeda.

Bidan delima adalah suatu program terobosan strategis yang mencakup: Pembinaan peningkatan kualitas pelayanan bidan dalam lingkup Keluarga Berencana (KB) dan Kesehatan Reproduksi. Hal ini sesuai dengan penelitian

Setiarini D. S dan Nurseto S. (2017) dimana kualitas pelayanan memiliki pengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan. Hasil penelitian Kaihatu T.S (2012) menjelaskan bahwa kualitas layanan berpengaruh secara positif dan signifikan terhadap kepuasan konsumen dan brand image, akan tetapi brand image berpengaruh secara positif namun tidak signifikan terhadap kepuasan konsumen, sehingga brand image tidak terbukti sebagai variabel perantara bagi kualitas layanan dan kepuasan konsumen.

Faktor yang sangat berpengaruh terhadap kepuasan konsumen adalah pemenuhan hak informasi. Hal ini bisa dilihat dari nilai signifikansi hak informasi sebesar 0 dan nilai p value dari hak harkat sebesar 0,001. Konsumen KB bidan delima dan non delima akan sangat puas jika hak informasi mereka dipenuhi. Sadli (1995) dalam penelitiannya di Cilindak menemukan bahwa pemberi layanan seringkali mengalami kesulitan memberikan informasi kepada klien karena mereka tidak memiliki informasi tertulis mengenai KB dan alat peraga yang dapat dipergunakannya dan mengabaikan hak-hak klien untuk memiliki informasi mengenai pelayanan KB yang akan diberikan.

Penelitian Wilopo(1995) juga menemukan bahwa petugas sering tidak menguasai ketika klien menanyakan beberapa hal yang berkaitan dengan kontrasepsinya. Dari sudut pandang pemberi layanan, penelitian di Bali dan NTT menemukan bahwa petugas sering enggan memberikan informasi yang lengkap kepada klien karena takut informasi yang lengkap menjadi bumerang dan membuat calon peserta takut dan ragu-ragu untuk menggunakan metode yang disarankan (Dwiyanto, 1996).

Survei yang dilakukan oleh Widaningrum (1997) di dua komunitas miskin di Yogyakarta secara rinci melaporkan bahwa sebagian besar klien mengatakan bahwa para petugas tidak menjelaskan bagaimana alat kontrasepsi mereka bekerja, cara penggunaannya, kemungkinan efek samping dan cara mengatasinya, dan tidak memperlihatkan contoh kontrasepsi dan materi KIE. Bahkan, klien yang merasa memperoleh penjelasan mengenai berbagai aspek di atas, juga tidak tahu apakah mereka telah memperoleh informasi yang lengkap dari petugas. Sebagaimana temuan Wilopo, Widaningrum juga menunjukkan bahwa klien justru memperoleh informasi yang lebih banyak mengenai kontrasepsi dari sumber-sumber lain diluar petugas.

Kesimpulan

Penerapan hak-hak konsumen pengguna layanan kontrasepsi memerlukan penyempurnaan secara terus menerus sesuai kebutuhan konsumen, tidak fokus hanya pada pelayanan untuk pencegahan atau penundaan kehamilan tetapi untuk mewujudkan pelayanan kesehatan reproduksi secara komprehensif. Pemenuhan Hak-Hak Konsumen KB khususnya pada pelayanan kontrasepsi di Bidan Praktik Mandiri akan meningkatkan kepuasan konsumen KB Terhadap pelayanan KB sebagai salah satu kunci kesuksesan Program KB di Indonesia.

Kepustakaan

Dwi Suhartanto, (2001), "Kepuasan pelanggan : pengaruhnya terhadap perilaku konsumen di industri perhotelan," USAHA WAN, No.7, Th.XXX

- Dwiyanto, Agus. (1996) "Keluarga berencana di Indonesia: dari target ke kualitas" dalam Agus Dwiyanto, et al, eds., *Penduduk dan pembangunan*. Yogyakarta: Pusat Penelitian Kependudukan, Universitas Gadjah Mada.
- Engel. James.F.Roger. D.Black Well And Paul. W. Miniard, (1995). *Perilaku*
- Gerson R. (2004). *Mengukur Kepuasan Pelanggan*. Jakarta: PPM. 21 – 25
- Gerson, Richard. F. (2004). *Mengukur Kepuasan Pelanggan*, PPM, Jakarta.
- Kaihatu T. S. (2012) *Kepuasan Konsumen yang Dipengaruhi oleh Kualitas Layanan dengan Brand Image Sebagai Variabel Perantara: Studi Kasus pada Konsumen Rumah Sakit Swasta di Kota Surabaya*. *Jurnal Mitra Ekonomi dan Manajemen Bisnis*, Vol.3, No. 2, Oktober 2012, 200-210 ISSN 2087-1090200
- Konsumen*. Jakarta. Bina Rupa Aksara. Hal. 3.
- Kotler, Philip. (1997). *Manajemen Pemasaran : Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Pengendalian*. Jilid 1 dan 2. Jakarta PT. Prenhallindo.
- Kotler, Philip (2004). *Marketing Management, The Millenium Edition*. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall.
- Oliver RL. (1997) *Satisfaction : A Behavioral Perspective on the Consumer*. New York: McGraw-Hill. 177
- Oliver, Richard L. (1980). *A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions*, *Journal of Marketing Research*, Vol.17 (11): P.460-469.
- Parasuraman A, valarie A. Zeithmal, Leornard L. Berry, (1990), "Delivering Quality Service : Balancing Customer Perception and Expectations" (The Free Press).
- Philip Kotler, (2007), *Manajemen Pemasaran, Analisis Perencanaan, Pengendalian*, Prentice Hall, Edisi Bahasa Indonesia, Salemba Empat, Jakarta.
- PP IBI. *Bidan Delima. Memberikan Pelayanan Berkualitas Akan Memberikan Pelayanan Prima*. Edisi No. 60. Jakarta : PP. IBI. 2004.
- Robert F. Lusch, James A. Narus,(1987), *Book Review*, University of Oklahoma, Case Western Reserve University Cleveland, First Published October 1, Volume: 51 issue: 4, page(s): 141-143, <https://doi.org/10.1177/002224298705100413>
- Sadli, Saporinah. (1995) "Mutu pelayanan keluargaberencana di Indonesia", paper seminar Hak dan Kesehatan Reproduksi, di

- Yogyakarta oleh Pusat Penelitian Kependudukan, UniversitasGadjahMadabersama TheFordFoundation.
- Setiarini D. S dan Nurseto S. (2017) The Effect Of Service Quality And Customer Value To Customer Satisfaction (Case Study on Simpedes Savings Products Customer of BRI Unit Tugu Semarang), Diponegoro Journal Of Social And Politic, Hal. 1-10 <http://ejournals1.undip.ac.id/index.php/>
- Tjiptono, Fandy. (1998). "Strategi Pemasaran" Yogyakarta: Andi Offset.
- Widaningrum. (1997).Kualitas Pelayanan Keluarga Berencana Perspektif Klien kasus di dua komunitas miskin di Yogyakarta. Yogyakarta: PPK UGM. 1997. 1- 42
- Wilopo, (1995). Dari konsep ke persepsi wanita terhadap kualitas pelayanan kontrasepsi: studi kasus di Yogyakarta. Jakarta: Pusat Penelitian Pranata Pembangunan, Universitas Indonesia

Tentang Para Penulis

Linda Kristiani Telaumbanua adalah seorang Dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes) Medistra Indonesia. Sejak tahun 2003 hingga sekarang mengabdikan di Program Studi Kebidanan. Lulusan Pasca Sarjana Program Studi Magister Kebidanan UNPAD tahun 2015 ini pernah mendapatkan Beasiswa Pendidikan Pascasarjana Dalam Negeri (BPPDN) pada tahun 2013. Pernah mengabdikan sebagai Ketua Program Studi Kebidanan D3, Wakil Ketua 3 bidang Kemahasiswaan dan kini sebagai Ketua STIKes Medistra Indonesia periode 2019-2024. Ia pernah menjadi pembicara pada forum ilmiah tingkat nasional.

Hainun Nisa, pernah menempuh pendidikan SPK di Serang Banten, pernah bekerja di RS Dinas Kesehatan Tentara Serang Banten dan Klinik Spesialis Anak dan Klinik 24 jam Kennedys sampai tahun 2001. Ia menyelesaikan pendidikan di Akademi Kebidanan Karya Husada Pare Kediri pada tahun 2003. Pada tahun 2004 bergabung di STIKes Medistra Indonesia Bekasi. Pada tahun 2007 melanjutkan Program Bidan Pendidik (D4 Pendidik) di Poltekkes Jakarta III. Pada tahun 2008-2016 menjabat sebagai Ketua Program Studi Kebidanan sambil melanjutkan Program Pascasarjana di Universitas Respati Indonesia dan lulus pada tahun 2014. Sejak tahun 2016 sampai saat ini menjabat sebagai Wakil Ketua 3 Bidang Kemahasiswaan. Ia telah menjadi pembicara seminar nasional dan rutin memberikan bimbingan motivasi kepada mahasiswa. Sebelumnya ia telah bergabung dalam penulisan 2 buah buku ajar kebidanan dengan judul “Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui” (2020) dan “Mengenai Terapi Komplementer Dalam Kebidanan Pada Ibu Nifas, Ibu Menyusui, Bayi Dan Balita” (2020). Saat ini telah menyelesaikan penelitian tentang relawan minat mahasiswa D3 Kebidanan menjadi relawan menghadapi COVID-19.

Nurmah, lulus D3 Kebidanan angkatan pertama STIKes Medistra Indonesia tahun 2005. Pernah bekerja di RSIA Permata Cibubur, melanjutkan pendidikan D4 Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung dan lulus pada tahun 2007. Menyelesaikan pendidikan Pasca Sarjana di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju tahun 2017. Pernah bekerja di STIKes Bani Saleh dan Akademi Kebidanan Prestasi Agung. Pada tahun 2013 bergabung dengan STIKes Medistra sampai dengan saat ini. Jabatan yang pernah diemban adalah Ka.UPM, PJS WK III Bidang Kemahasiswaan, Ka.BAAK, Sekretaris program studi Kebidanan D3, Ketua program studi kebidanan D3 dan WK 1 Bidang Akademik sampai dengan saat ini. Sejak tahun 2010 aktif diorganisasi Ikatan Bidan Indonesia Ranting Bekasi Utara dan saat ini menjadi pengurus Ikatan Bidan Indonesia Cabang Kota Bekasi di Bidang Pendidikan dan Pelatihan periode 2018-2023.

Puri Kresna Wati, adalah seorang dosen dan Kepala Program Studi Kebidanan (D3) di STIKes Medistra Indonesia. Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan pada tahun 2013 dan kemudian melanjutkan pendidikan Magister di Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia, peminatan Kesehatan Reproduksi yang tamat pada tahun 2017. Beberapa tulisannya sudah pernah dipublikasikan di jurnal-jurnal Nasional dan pada tahun 2020 mendapatkan hibah penelitian mengenai Stunting dari Kemenristek Dikti.

Rotua Suriyany Simamora adalah seorang penulis, dosen dan Ketua Unit Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat di STIKes Medistra Indonesia. Menyelesaikan pendidikan S1 dari FKM USU dan kemudian melanjutkan pendidikan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Indonesia Maju (STIKIM) untuk mendapat gelar M.Kes. Ia telah menulis beberapa publikasi jurnal dan pernah mendapatkan Hibah Penelitian dari Kemenristekdikti atas penelitiannya tentang Stunting.

Tetty Rina Aritonang Simaremare adalah seorang dosen dalam bidang kebidanan di STIKes Medistra Indonesia. Menyelesaikan pendidikan D4 Bidan pendidik tahun 2003 dan S2 Kebidanan tahun 2008 dari FK UNPAD Bandung untuk mendapatkan SST., M.Keb. Pada tahun 2014 memperoleh Beasiswa LPDP DIKTI dan Yayasan Medistra Indonesia di FK UNHAS Makassar dan menyelesaikan pendidikan Doktor bidang Kedokteran pada tahun 2018. Tulisannya telah dipublikasikan di Jurnal Nasional dan Internasional. Pada tahun 2020, menerima penelitian Hibah DIKTI tahun anggaran 2020 dan meneliti tentang COVID-19. Ia telah menulis artikel-artikel penelitian yang berkaitan dengan hormon reproduksi.

